

Burn-out et compétences émotionnelles chez les sages-femmes**Étude pratique réalisée à l'Hôpital mère-enfant de Bejaia**

الإرهاك المهني والمهارات العاطفية لدى القابلات
دراسة ميدانية في مستشفى الأم والطفل بولاية بجاية

GUIRAA HATEM Wahiba*, **RAMDANI Fifi****, **OULHACI Dahia*****

Received:07/03/2021

Accepted:05/07/2021

Published:06/02/2022

Résumé :

Ce présent article se propose de vérifier si les sages-femmes de l'Hôpital mère-enfant de Bejaia laissent apparaître les symptômes d'un burn-out, tout en émettant l'hypothèse que celles-ci ne peuvent faire preuve de bonnes compétences émotionnelles.

Les résultats obtenus aux échelles de burn-out de Maslach et de profil des compétences émotionnelles de Mikolajczak auprès de 24 sages-femmes sont étonnamment différents les uns des autres. En effet, nous constatons que 18 sages-femmes présentent un degré modéré à élevé d'épuisement professionnel mais que toutes ont de bonnes compétences émotionnelles (intra et interpersonnelles) qui, en quelque sorte, les protègent contre l'effondrement et les aident à faire face et à continuer à travailler.

Mots clés : Burn-out, sage-femme, compétences émotionnelles, épuisement émotionnel, santé au travail.

Classification JEL : M12, M49, J28

Abstract :

This article examines whether the midwives at the Mother and Child Hospital in Bejaia show the symptoms of a burn-out, while at the same time hypothesising that the midwives cannot demonstrate good emotional competence.

The results of Maslach's Burnout Scale and Mikolajczak's Emotional Competence Profile of 24 midwives are surprisingly different from each other. Indeed, we find that 18 midwives have moderate to high levels of burn-out, but all have good emotional skills (intra- and interpersonal) that somehow protect them from collapse and help them cope and continue working.

Keywords: Burn-out, midwife, emotional skills, emotional exhaustion, occupational health.

*Maître de Conférences A en psychologie clinique, Université A/Mira de Bejaia, Algérie, guiraahatemwahiba@gmail.com (Auteur correspondant)

**Masterante en psychologie clinique, Université A/Mira de Bejaia, Algérie, cieldongso@gmail.com

** Masterante en psychologie clinique, Université A/Mira de Bejaia, Algérie, oulhacidahia@gmail.com

1.Introduction

Le travail occupe une place très importante dans toutes les sociétés, il permet à l'individu de s'épanouir et de se réaliser pleinement, d'ailleurs, on dit souvent que le travail est l'ami de la santé. Cependant, le travail peut prendre une tournure détestable, et les conditions défavorables au travail ainsi que la pénibilité physique et psychologique peuvent exposer les individus à des contraintes pouvant aboutir à une souffrance.

Aujourd'hui, nous connaissons l'épuisement professionnel surtout sous l'appellation anglaise burn-out. Devenu une véritable épidémie dans de nombreux pays du monde, on peut le définir comme un sentiment d'effondrement physique, de perte d'enthousiasme et d'échec professionnel qui survient lorsque les demandes dépassent notre capacité à y répondre.

C'est dans les années 1970 aux États-Unis que le terme burn-out a été utilisé pour la première fois, il concernait alors les professionnels du domaine de la relation d'aide très engagés émotionnellement dans leur travail comme les infirmiers, les médecins, les travailleurs sociaux ou encore les enseignants, pour Canoui et Mauranges, le terme burn-out a été créé « *par des soignants pour des soignants* » afin de définir un état particulier d'épuisement, d'irritation, de dégoût du travail par des professionnels dont l'activité était orientée vers l'aide envers autrui (Canoui et Mauranges, 2015).

Dans l'un de ses premiers écrits (1974), Herbet J. Freudenberger, psychanalyste, avait interprété cette pathologie au travail comme « *une maladie de l'âme en deuil de son idéal* » (Freudenberger, 1987). Dans les années qui suivent, de nombreux autres chercheurs se sont interrogés sur ce syndrome afin d'en définir le contour et aujourd'hui, beaucoup y sont arrivés (Canoui et Mauranges, 2015).

Bien que nul ne soit à l'abri de l'épuisement professionnel, les individus qui œuvrent en général en relation d'aide (soins de santé, éducation, milieu carcéral, etc.) sont plus à risque, puisqu'ils investissent une bonne part de leur énergie et de leurs ressources personnelles dans leur profession.

Les métiers d'aide, dont on a de plus en plus besoin, ont été les premiers touchés par le burn-out. On évalue à presque 50% ce syndrome chez les médecins, sages-femmes, infirmières, psychologues et assistantes sociales. En effet, le syndrome d'épuisement professionnel s'est bien construit autour des professions d'aide, par la suite, il s'est étendu à l'ensemble du monde du travail. Cependant, celles-ci ne sont pas seulement les professions de santé, mais il s'agit de toutes les professions qui ont pour objet principal de travail l'être humain. Ce sont des enseignants, des éducateurs, des policiers et gendarmes, des avocats, et tous les auxiliaires et personnels administratifs ou techniques de ces professionnels (Zawieja et Guarnieri, 2015, p.15).

Aucune société ou organisme n'est en mesure d'échapper aux situations épuisantes qui, peu à peu poussent l'individu à être « dépassé » suite à la multiplicité croissante des tâches ou des événements qui se succèdent sans interruption dans sa vie professionnelle. Les établissements de soins algériens n'en font pas l'exception, et la profession sage-femme en fait partie.

Les sages-femmes fournissent des soins obstétricaux continus à toutes les femmes d'une région géographique bien déterminée, agissant comme professionnelles en charge des femmes dont la grossesse et l'accouchement ne sont pas compliqués et poursuivant les soins aux femmes qui présentent des complications médicales et obstétricales en

partenariat avec d'autres professionnels (Hatem et al., 2009). Plusieurs facteurs spécifiques à la profession elle-même de type surcharge de travail, climat relationnel, et conditions de travail en général sont susceptibles d'être à l'origine du développement d'un burn-out avec des répercussions néfastes sur la santé mentale, émotionnelle, physique et spirituelle.

L'objectif de cette recherche a été de considérer avec attention et ce, de très près « l'état » dans lequel se trouvaient les sages-femmes du Centre Hospitalo-Universitaire (CHU) de la wilaya de Bejaïa.

2. Problématique et hypothèses

Le burn-out est "*une maladie de civilisation*" dit Pascal Chabot, philosophe et auteur belge. En effet, ce syndrome met en évidence un nouveau rapport au travail. Travailler a toujours eu un côté épuisant, mais nous nous trouvons dans une civilisation qui est bien différente d'autrefois. Aujourd'hui, l'adaptation doit se faire par rapport à une accélération du temps, à des injonctions et à d'autres types d'organisation du travail. La question de l'adaptation est centrale dans l'apparition du burn-out (Papy, 2013).

La définition du burn-out ou du concept d'épuisement professionnel pourrait paraître simple tant l'expression américaine et sa transcription française semblent claires. Les mots suggèrent d'eux-mêmes le syndrome. La popularité et la diffusion du terme montrent à quel point il est vécu et ressenti par des professionnels (Canoui et Mauranges, 2015).

Pour une bonne raison : le burn-out n'est pas qu'un épuisement professionnel dans le sens d'une immense fatigue, il est aussi un effondrement personnel lié au sentiment d'une remise en cause profonde de soi, de sa propre valeur. C'est l'estime de soi, la confiance en soi qui est altérée pour des raisons liées aux conditions mêmes d'exercice de l'activité professionnelle (Dutent, 2018).

Pas question aujourd'hui d'ignorer le phénomène, mais il en manque encore une définition opérante et consensuelle et des études épidémiologiques suffisantes pour en caractériser l'ampleur. Dans les classifications actuelles des pathologies mentales, le concept de burn-out n'apparaît pas et ne peut donc pas être caractérisé comme une maladie (Zawieja et Guarnieri, 2015, p.13).

Pour l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le burn-out se traduit par un épuisement professionnel et plus précisément un sentiment de fatigue intense, de perte de contrôle et d'incapacité à aboutir à des résultats concrets au travail. Cette même organisation le définit depuis 2019 comme « *un syndrome résultant d'un stress chronique professionnel, qui n'a pas été correctement managé* », le burn-out est caractérisé par « *un sentiment d'épuisement, du cynisme et une perte d'efficacité* ». Ainsi, l'OMS considère le burn-out comme un « *phénomène lié au travail* », il n'est donc pas référencé comme maladie professionnelle dans les systèmes nosographiques internationaux.

L'INRS (Institut National de Recherche et Statistique) quant à lui, décrit un syndrome d'épuisement professionnel et un ensemble de réactions consécutives à des situations de stress professionnel chronique (INRS, 2021).

Ayant été initialement identifié dans un cadre professionnel, le burn-out s'attache évidemment à un ensemble de facteurs relatifs au travail et à l'organisation de l'entreprise. Des facteurs qui sans doute jouent un rôle important dans la souffrance du personnel. Toutefois, deux personnes travaillant dans la même institution, ayant les mêmes compétences et les mêmes tâches ne présenteront pas forcément un burn-out. Ce sont donc

des variables inter et intra individuelles qui donneront une indication de l'expression possible du syndrome chez un sujet.

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

Par ailleurs, en raison d'une plus grande facilité d'opérationnalisation, ce sont les variables directes de l'activité, du contenu de la tâche et de son contexte qui ont été étudiées. Le burn-out notamment sa dimension « épuisement émotionnel » est corrélé avec la charge (la lourdeur des horaires) et le rythme de travail (l'imprévisibilité et la fréquence (Torrès, 2017, pp.38 -39). Cependant des analyses plus fines montrent que ce qui sous-tend l'expression du burn-out n'est pas tant la réalité objective des demandes du travail que le sentiment de les contrôler (Truchot et Badré, 2004). En effet, le sentiment de contrôle et d'autodétermination sur son travail se révèle un meilleur prédicteur du burn-out (Fernet, Guay et Senécal, 2004). Les conflits de rôle, le manque de soutien social des supérieurs hiérarchiques, mais aussi de la part des collègues, augmentent la vulnérabilité devant le burn-out.

Les facteurs interindividuels qui génèrent un burn-out s'articulent autour des victimisations vécues au travail. Les situations d'agression, de conflit avec les usagers, les brimades de la part des collègues, le harcèlement, etc., contribuent à l'expression du burn-out (Kop, Euwema et Schaufeli, 1999 ; Truchot et Badré, 2004 ; Vartia et Hyyti, 2002).

Si l'épuisement est un état caractéristique du burn-out, ce syndrome s'avère en réalité plus complexe et peut-être décrit au travers de trois dimensions : l'épuisement émotionnel, la déshumanisation de la relation interpersonnelle et la diminution de l'accomplissement personnel.

La première caractéristique du burn-out est l'état d'épuisement émotionnel. Il s'agit d'une absence quasi totale d'énergie. Le sujet sent que ses réserves d'énergie sont complètement épuisées et qu'il n'est plus capable d'apporter son assistance à autrui sous quelque forme que ce soit. Ce manque d'énergie est d'autant plus fort que l'individu pense qu'il n'a aucun moyen à sa disposition pour « recharger ses batteries ». La seule pensée d'avoir à affronter une nouvelle journée au travail dans ces conditions lui est insupportable. Cette composante d'épuisement émotionnel représente la dimension stress du burn-out. La deuxième caractéristique du burn-out concerne un état de désinvestissement ou de désengagement de la relation à l'autre. Elle se traduit par une attitude négative et détachée de la part de la personne envers ses clients, patients ou collègues, qui finissent par être traités comme des objets. Ce détachement excessif est souvent accompagné d'une perte d'idéalisme. La composante de désinvestissement-dépersonnalisation correspond à la dimension interpersonnelle du phénomène de burn-out. Finalement, la troisième caractéristique du burn-out tient en une diminution du sens de l'accomplissement et de la réalisation de soi ou en une forme de sentiment d'inefficacité personnelle. Le sujet va porter un regard particulièrement négatif et dévalorisant sur la plupart de ses accomplissements personnels et professionnels. Cette perte de confiance en soi résultant de ce type d'attitude est associée à des états dépressifs importants et à une incapacité à faire face aux obligations professionnelles. Cette forte sensation d'être inefficace peut aboutir à

long terme sur un verdict d'échec que l'individu s'impose à lui-même et dont les conséquences peuvent être particulièrement graves tant pour le professionnel que pour l'organisme professionnel dans lequel il travaille. La composante de diminution du sens d'accomplissement représente la dimension d'autoévaluation du burn-out (Boudoukha, 2020, p.30).

Sur le plan physique, ce sont des signes et des symptômes somatiques non spécifiques comme une fatigue ou une lassitude, des troubles du sommeil, et des infections prolongées ou répétées. 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* » (Coutanceau et al., 2016, p. 24).

À notre connaissance, peu de recherches sur le sujet ont été réalisées au niveau national. Le burn-out reste donc un syndrome très méconnu, tant par les professionnels que par les personnes qui en sont atteintes, et qui diront tout simplement qu'il est la définition d'une extrême fatigue ou d'un stress ordinaire.

En 2014, à la Maternité du CHU de Constantine, seulement 15 sages-femmes sur un total de 70 travaillaient toujours, soit un déficit de près de 80% de l'effectif. Selon la présidente de l'association nationale des sages-femmes algériennes, Akila Guerrouche, toutes celles qui n'étaient plus de service ont opté pour le dépôt de leur congé maladie. Aussi, plus de 24 arrêts de travail ont été déposés en l'espace d'une semaine laissant les sages-femmes de cette structure pour « épuisées » suite aux conditions de travail, à la mauvaise gestion, au laisser-aller des lieux et à l'agressivité des patientes envers elles (Harhoura, 2010).

En plus d'accompagner la femme enceinte jusqu'à la naissance de son enfant, la sage-femme assure également le suivi médical de la grossesse en effectuant des examens cliniques nécessaires, mais aussi le suivi psychologique de la future maman et sa préparation à l'accouchement. Ceci peut souvent porter atteinte aux émotions de la sage-femme, notamment lorsqu'il y a des situations de fausses couches et d'avortements (OSFQ, 2018).

Dans certains cas, la perte de l'enfant ou celle de la mère aura un sérieux impact sur la santé physique et mentale de la sage-femme, si en plus, facteurs organisationnels et risques psychosociaux sont présents. Les compétences émotionnelles de la sage-femme sont d'une grande importance. Des émotions mal régulées peuvent nuire et déstabiliser l'état de santé de cette dernière, ce qui la laissera profondément perturbée. Affrontant quotidiennement les moments stressants qu'implique sans cesse leur métier, les sages-femmes peuvent dangereusement être confrontées au burn-out.

Les questions que nous nous posons sont donc les suivantes :

- Les sages-femmes de l'Hôpital mère-enfant de Bejaia, présentent-elles les symptômes d'un épuisement professionnel ?
- Ces sages-femmes font-elles preuve de bonnes compétences émotionnelles ?

Hypothèses :

- Les sages-femmes de l'Hôpital mère-enfant de Bejaia présentent les symptômes d'un épuisement professionnel.

- Étant donné qu'elles sont épuisées, nous émettons l'hypothèse qu'elles ne font pas preuve de bonnes compétences émotionnelles.

3. Opérationnalisation des concepts

Épuisement professionnel : englobe les indicateurs physiques, comportementaux et émotionnels suivants :

- Stress ; - Anxiété ; - Fatigue physique ; - Fatigue émotionnelle ; - Épuisement émotionnel ; - Irritabilité ; - Désengagement ; - Dépersonnalisation ; - Désintérêt ; - Changements d'attitudes et de comportements ; - Réduction de l'accomplissement personnel.

Sage-femme :

Elle assure : - L'accompagnement de la femme enceinte ; - Les séances de préparation à la naissance et à la parentalité ; - Les accouchements ; - Elle procure des soins à la mère et à l'enfant ; - S'occupe de la vaccination de ces derniers ; Elle pratique les actes d'échographie obstétricale ou de dépistage ; - Elle informe et oriente ses patientes.

Compétences émotionnelles : il s'agit de compétences émotionnelles personnelles et sociales :

- Empathie ; - Compréhension de ses sentiments ; - Compréhension des émotions des autres ; - Écoute et identification de ses émotions ; - Écoute et identification des émotions des autres ; - Contrôle de ses émotions.

4. Méthode et outils

Pour examiner les hypothèses de cette recherche, nous avons eu recours à la méthode descriptive qualitative-quantitative, le volet quantitatif nous permet de démontrer l'existence d'un burn-out en l'exprimant en chiffres (statistiques) et le volet qualitatif, quant à lui, est destiné à recueillir des éléments qualitatifs, qui sont – la plupart du temps – non directement chiffrables par les individus interrogés ou étudiés. Elle vise généralement à comprendre en profondeur des attitudes ou comportements (Kivits & al., 2016, p.162). Par « entretiens individuels », nous laissons entendre « étude de cas ». Leyens (1983) souligne la force persuasive de l'étude de cas et démontre qu'elle est plus convaincante qu'une foule de statistiques (Ionescu & Blanchet, 2009, p.16).

N'ayant pas de sages-femmes-hommes, seules les femmes étaient concernées par notre étude. Notre groupe de recherche comprenait 24 sages-femmes dont l'âge variait entre 27 et 53 ans.

Afin d'approcher et d'instaurer une relation de confiance avec les sages-femmes, nous avons fait le choix d'utiliser l'entretien de recherche. L'entretien de recherche est une méthode de collecte qui vise à recueillir des données (informations, ressentis, sentiments, récits, témoignages, etc.) appelées matériaux, dans le but de les analyser (Chauchat, 1995). L'entretien de recherche n'a pas d'objectif thérapeutique ou diagnostique, mais il cible l'accroissement des connaissances dans un domaine choisi par le chercheur (Chahraoui et Bénony, 1999, p.141).

Tout chercheur doit être en mesure de connaître les types d'entretiens dans le but de ne pas tomber dans la confusion. Nous-en rencontrons trois types : l'entretien directif, l'entretien semi-directif et l'entretien libre. C'est l'entretien semi-directif qui convient le

plus aux objectifs de notre recherche, c'est donc avec ce dernier que nous avons décidé de procéder.

Dans l'entretien semi-directif, le chercheur dispose d'un certain nombre de thèmes ou de questions guides, relativement ouvertes, sur lesquels il souhaite que l'interviewé réponde. Mais il ne pose pas forcément toutes les questions dans l'ordre dans lequel il les a notées et sous leur formulation exacte. Il y a davantage de liberté pour le chercheur, mais aussi pour l'enquêté. Autant que possible, le chercheur laisse venir l'interviewé afin que celui-ci puisse parler ouvertement, dans les mots qu'il souhaite et dans l'ordre qui lui convient. Le chercheur essaie simplement de recentrer l'entretien sur les thèmes qui l'intéresse quand l'entretien s'en écarte, et de poser les questions auxquelles l'interviewé ne vient pas par lui-même (Lefèvre, 2010).

Afin de structurer au mieux notre entretien, nous avons établi un guide à partir d'éléments issus de notre enquête exploratoire ; les questions qu'il contient sont ouvertes et les thèmes sont proposés suivant 4 axes. 27 questions figurent sur notre guide d'entretien ; - 5 dans l'axe premier (informations générales) ; - 7 dans le deuxième (le métier de sage-femme) ; - 7 dans le troisième (indicateurs de fatigue et burn-out) ; - 8 dans le quatrième et dernier axe (les compétences émotionnelles). Il est à noter que nous n'avons pas demandé le nom des sages-femmes, bien que cela ne leur posait aucun souci (certaines avaient même insistées pour le donner).

Dans notre recherche, nous avons utilisé en plus de l'entretien semi-directif, deux autres outils : le Maslach Burnout Inventory MBI de Christina Maslach et le Profil des Compétences Émotionnelles (Profile of Emotional Competence PEC) de Moïra Mikolajczak.

Le MBI est « *la mesure de référence du burn-out, employée par les structures professionnelles et par les chercheurs pour évaluer la façon dont les employés appréhendent leur travail.* » (Maslach et Leiter, 2011, p. 235)

Le MBI mesure trois dimensions principales de l'expérience d'un individu avec le travail : épuisement-énergie, dépersonnalisation implication, et inefficacité-accomplissement. L'échelle de mesure va de 0 à 7 : 0 correspondant à jamais, 1 à quelques fois par an ou moins, et 5 à quelques fois par semaine, tandis que 6 correspond à tous les jours. Les groupes de travail qui ont des scores importants au niveau de l'épuisement émotionnel et de la dépersonnalisation, et un score bas au niveau de l'accomplissement personnel sont touchés par le burn-out. Ceux qui présentent les caractéristiques opposées – qui ont un faible score au niveau de l'épuisement émotionnel et de la dépersonnalisation, et un score important au niveau de l'accomplissement personnel – montrent de nombreux aspects de l'engagement professionnel (Maslach et Leiter, 2011, p. 236).

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

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

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

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

Un protocole de cotation accompagne le MBI qui a pour principe le calcul des scores qu'on obtient par l'addition des chiffres encadrés qui représentent les réponses de

l'enquête aux items composant le MBI, cette opération aboutit à 3 scores qui traduisent trois degrés des dimensions de l'épuisement professionnel. L'évaluation des scores obtenus s'effectue en faisant le rapport avec les normes établies par Maslach et ses collaborateurs (1981) comme suit :

- Scores de l'épuisement émotionnel : $1+2+3+6+8+13+14+16+20$ =score ; Score bas < à 17 ; Score modéré de 18 à 29 ; Score élevé > à 30
- Scores de la déshumanisation : $5+10+11+15+22$ = score ; Score bas < à 5 ; Score modéré de 6 à 11 ; Score élevé > à 12
- Scores de manque de l'accomplissement personnel : $4+7+9+12+17+18+19+21$ = score ; Score élevé < à 33 ; Score modéré de 34 à 39 ; Score bas > à 40

Selon Maslach et Jackson, il existe deux manières de catégoriser le patient victime du burn-out : soit dimension par dimension, ainsi on est atteint de burn-out si EE élevée, ou DP élevée, ou AP faible ; soit en donnant un score global au sujet à partir de ces dimensions : burn-out faible si une seule dimension est atteinte : EE élevée ou DP élevée, ou AP bas, burn-out modéré si deux dimensions sont atteintes : EE + DP, ou EE + AP, DP + AP, burn-out sévère si les trois dimensions atteintes : EE élevée + DP élevée + AP bas (Maslach et Jackson, 1986).

La version originale anglaise du MBI a été traduite et validée en français en 1994 par Dion et Tessier, validation confirmée en 2012 par Truchot et al.

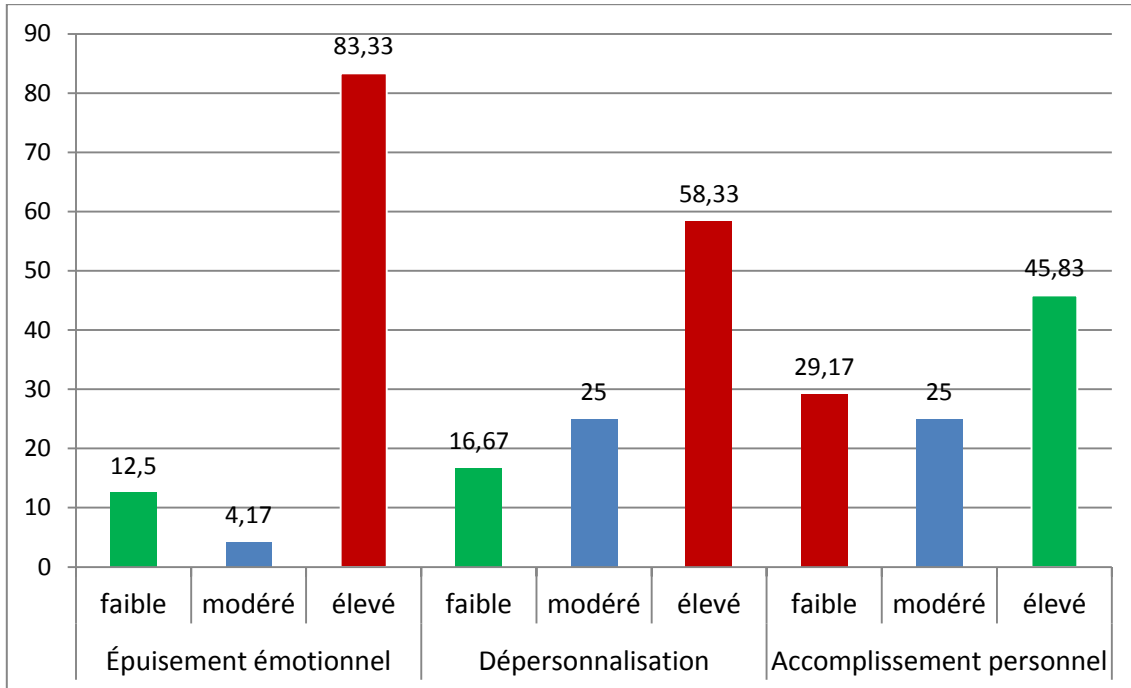
Le PEC contient 50 items et fournit 13 scores (10 de sous-échelles et 3 scores totaux : - Identification de mes émotions ; - Identification des émotions d'autrui ; - Compréhension de mes émotions ; - Compréhension des émotions d'autrui ; - Expression de mes émotions ; - Écoute des émotions d'autrui ; - Régulation de mes émotions ; - Régulation des émotions d'autrui ; - Utilisation de mes émotions ; - Utilisation des émotions d'autrui). Pour les trois derniers : 1 score total de CE ; 1 sous-score de CE intrapersonnel (identification, compréhension, etc. de mes émotions) ; 1 sous-score de CE interpersonnel (identification, compréhension, etc. des émotions des autres).

Pour chaque échelle, le score est calculé en effectuant la moyenne des items qui le composent :

- Identification de mes émotions (6, 16, 20*, 48, 49*) ;
- Identification des émotions d'autrui (7, 29*, 30, 40*, 44*) ;
- Compréhension de mes émotions (1*, 2*, 10, 26*, 43*) ;
- Compréhension des émotions d'autrui (5*, 13, 14, 18*, 34*) ;
- Expression de mes émotions (8, 17, 25*, 38*, 42*) ;
- Écoute des émotions d'autrui (23, 28*, 31*, 45, 46*) ;
- Régulation de mes émotions (12, 15, 37*, 39, 50) ;
- Régulation des émotions d'autrui (19, 27, 33, 35, 36, 47) ;
- Utilisation de mes émotions (9*, 21, 22, 24, 41) ;
- Utilisation des émotions d'autrui (3, 4, 11, 32, 36).

5. Résultats et discussion

Figure (1): Résultats obtenus à l'échelle MBI



Source : Réalisé par les auteures à partir des résultats de l'analyse SPSS 20.

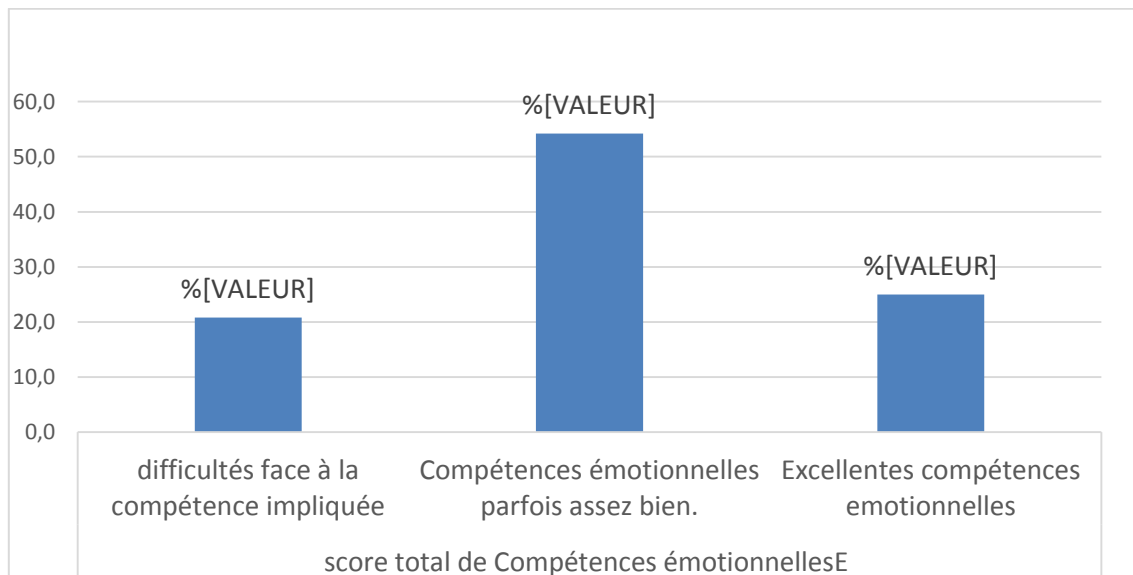
Le graphique ci-dessus révèle les résultats des 24 sages-femmes participantes à la recherche et montre que 83.33% d'entre elles souffrent d'un épuisement émotionnel élevé, 58.33% manifestent une dépersonnalisation, et 29.17% éprouvent un sentiment de manque d'accomplissement personnel au travail. Notre hypothèse stipulant que les sages-femmes de l'Hôpital mère-enfant de Bejaia présentent les symptômes d'un épuisement professionnel, est donc confirmée.

Nos résultats rejoignent les résultats de Benmessaoud H., Liani N., Khoudour Z., Tadjer G. & Lamara- Mahamed A. (2004), qui avaient observé que le malaise infirmier est manifeste à travers les forts taux d'épuisement émotionnel (56%) et de réduction de l'accomplissement personnel (30%). Nos résultats rejoignent aussi ceux obtenus par Amamou, B., Bannour, A. S., Ben Hadj Yahia, M., Ben Nasr, S., & Ben Hadj Ali, B. (2010) sur la haute prévalence du burn-out dans les unités Tunisiennes prenant en charge des patients en fin de vie en démontrant que le burn-out était élevé chez 81.7%, 80% avaient un niveau élevé d'épuisement émotionnel, 70% avaient un niveau élevé de dépersonnalisation et 17% avaient un niveau bas de sentiment d'accomplissement personnel. Même constat fait par Khatri Ben Moussa en 2016 dans son étude sur le burn-out chez les infirmiers du centre hospitalier universitaire de Marrakech en soulignant que les sages-femmes présentaient les scores les plus élevés d'épuisement émotionnel, tandis qu'un niveau élevé de dépersonnalisation a été retrouvé chez les infirmiers spécialisés en psychiatrie et ceux des urgences plus que les autres. Les résultats ne différaient guère pour le degré de l'accomplissement personnel en ce qui concerne les spécialités et les lieux d'exercice. La majorité (60%) des infirmiers qui regrettaient le choix du métier, étaient épuisés émotionnellement ; et presque la moitié d'entre eux (49%) souffrait de dépersonnalisation.

On peut expliquer le taux élevé d'épuisement émotionnel (82%) par les situations de travail intense qui génèrent une forte charge émotionnelle et qui sont trop rapprochées les

unes des autres, on peut citer comme exemple la situation des sages-femmes qui sont régulièrement confrontées à des situations très difficiles émotionnellement (la perte du bébé ou celle de la mère par exemple). Le problème vient du fait que ces situations difficiles sont trop rapprochées les unes des autres sans un temps de récupération entre elles, ce qui conduit à l'érosion puis à l'assèchement des ressources émotionnelles des sages-femmes qui se réfugient dans des attitudes froides voire cyniques qui étonnent les parturientes et leurs familles.

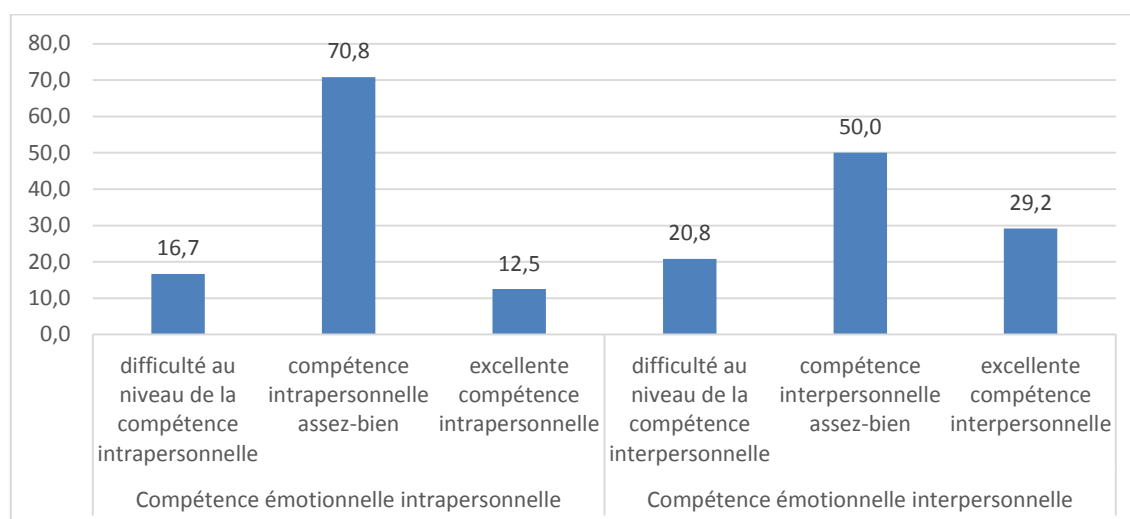
Figure (2) : Résultats obtenus à l'échelle PEC



Source : Réalisé par les auteures à partir des résultats de l'analyse SPSS 20.

Les résultats de ce graphique montrent que 20.8% des participantes ont des difficultés face à la compétence impliquée, la moitié des participantes (50%) gèrent parfois bien les émotions mais parfois elles les dépassent. De plus, les résultats indiquent que 25% des participantes ont d'excellentes compétences émotionnelles ce qui indique une excellente capacité à gérer leurs émotions.

Figure (3) : Résultats des compétences émotionnelles interpersonnelles et intrapersonnelles chez les participantes



Source : Réalisé par les auteures à partir des résultats de l'analyse SPSS 20.

Les résultats de ce graphique montrent que 70,8 % des participantes ont d'assez bonnes compétences intrapersonnelles et que la moitié des participantes font preuve d'assez bonnes compétences interpersonnelles. Notre hypothèse stipulant qu'étant donné que les sages-femmes de l'Hôpital mère-enfant de Bejaia sont en burn-out, elles ne peuvent faire preuve de bonnes compétences émotionnelles, est donc réfutée.

En effet, les sages-femmes participant à notre recherche présentent d'assez bonnes compétences émotionnelles, surtout intrapersonnelles (comprendre, exprimer, réguler ses émotions) qu'on peut considérer comme une stratégie de faire face (coping) au burn-out. En effet, ces compétences émotionnelles contribuent à une meilleure santé physique et mentale chez les sages-femmes en diminuant les conséquences néfastes du burn-out telles que la dépression ou l'absentéisme.

Des centaines de recherches scientifiques ont pu mettre en évidence que le niveau d'intelligence émotionnelle influence les domaines les plus importants de la vie d'une personne, à savoir : Son bien-être et sa santé physique : Avoir de bonnes compétences émotionnelles (CE) permet de voir la vie plus positivement, de voir le meilleur des situations. De bonnes CE sont un facteur de protection contre le développement de troubles psychologiques comme la dépression ou le burn-out. Les CE permettent aussi à l'individu de rebondir plus facilement face aux situations émotionnelles difficiles. Aussi, ne pas ignorer les informations émotionnelles permet de réduire le niveau de stress, ce qui réduira la probabilité de développer des maladies cardiovasculaires ou gastro-intestinales. Des CE bien développées peuvent aussi réduire les migraines ou encore les problèmes de peau. Enfin, elles aident à ne pas développer des conduites addictives (consommation d'alcool, cannabis, etc.). (Gendron, 2007).

Par ailleurs, des entretiens individuels ont été menés avec quatre sages-femmes dans le but de répondre à l'existence supposée de la symptomatologie d'un burn-out chez ces dernières. Les principaux symptômes rencontrés chez nos quatre cas sont rapportés dans le tableau ci-dessous.

Tableau (4): Principaux symptômes rencontrés chez les 4 cas

Symptômes	Lila	Hayet	Ourida	Sabah
Manque d'énergie	+	+	+	+
Ennui	+	+	+	
Désintérêt	+	+	+	
Prise de distance, évitement des relations avec les patientes et/ou collègues	+	+	+	+
Troubles de l'attention au contact des patientes	+		+	+
Perte d'empathie	+	+	+	+
Troubles de la concentration et de la mémoire		+	+	+
Indécision	+	+	+	+
Fantasmes d'évasion	+	+		+
Multiplication des pauses	+	+		+
Importance accrue donnée aux conditions de travail matérielles	+	+	+	+

Source : Réalisé par les auteures à partir des données de l'entretien de recherche

Nous noterons par exemple, la perte de l'idéalisme (du métier), la présence d'une disposition négative vis-à-vis du travail, l'irritabilité, le sentiment d'être indispensable et le manque d'énergie. Presque aucun signe d'enthousiasme n'a été trouvé chez les sages-femmes que nous avons rencontrées. Plus important encore, une modalité qui se dit « souvent dangereuse » a été détectée : la suridentification.

La suridentification au travail se développe d'une manière subtile et insidieuse. Et comme les symptômes du burn-out (souvent inconnus du sujet qui en souffre), de

nombreuses personnes avouent qu'elles n'ont pas réalisé la force de cette suridentification avant de perdre leur emploi, de prendre leur retraite ou d'être affectées à d'autres formes d'emplois.

Lorsque ces modifications surviennent, les personnes en question sont anéanties, qu'il s'agisse de sages-femmes, de médecins ou de simples employés d'entreprise. Elles ne sont plus sûres de leur identité ni de l'utilité qu'elles peuvent avoir vis-à-vis d'elles-mêmes ou d'autrui. En plus de toucher la personne en situation de burn-out - dans notre cas les sages-femmes - leur relation avec les patientes, leur entourage mais également la qualité de travail sont affectés.

L'isolement est devenu « un besoin élémentaire » chez toutes ces femmes qui veulent disparaître de temps à autre (à chaque fois que l'occasion se présente). C'est pour elles une façon de se défendre de toute forme d'agression extérieure, qu'elle soit liée ou non à leur travail. De là naît l'absentéisme qui, avec le temps, pousse, voire encourage la sage-femme à ne plus se soucier de « ce qui reste » de sa vie professionnelle, chose qui après coup, la rend vulnérable au développement d'un sentiment de culpabilité. Ce dernier menant très souvent vers la dépression.

Dans le cas de nos sujets, ce n'est pas seulement la surcharge au travail ou le manque de moyens qui alimentent la présence et le développement du burn-out, mais tout un ensemble de facteurs, tous liés les uns aux autres, d'une façon ou d'une autre. L'ingratitude, le manque de respect, les exigences des patientes (et de leurs familles), les contraintes administratives, ont beaucoup à voir également.

Beaucoup se demanderont pourquoi ces personnes en situation de burn-out n'ont pas lâcher prise, comment font-elles toujours leur métier, et ce malgré tous les problèmes qu'elles rencontrent tous les jours, que ce soit sur les lieux de travail ou ailleurs. On pensera aussi que le stress, l'anxiété, les maux de tête, la dépression et beaucoup d'autres réactions, infections et syndromes sont tous aussi susceptibles de mettre la sage-femme en danger : la prise de médicaments potentielle (calmants, somnifères, antidépresseurs, anxiolytiques) et la prise de drogues diverses en forment la cause première quand aucun suivi ou soutien n'est disponible.

Comme deuxième point de recherche, nous avons émis l'hypothèse selon laquelle les sages-femmes ne feraient pas preuve de bonnes compétences émotionnelles étant donné qu'elles présentent la symptomatologie d'un burn-out, or, tous les cas que nous avons vu, toutes les sages-femmes avec lesquelles nous nous sommes entretenus, et ce d'après les résultats du PEC de chacune, font preuve de bonnes compétences émotionnelles. Elles ont la capacité à identifier, comprendre, exprimer et utiliser leurs émotions et les émotions d'autrui et toutes ces qualités jouent un rôle essentiel dans leur santé mentale, mais aussi physique. En effet, l'émotion est l'état principal qui fait que la sage-femme sache « comment elle doit traiter l'information », selon les situations rencontrées : on comprendra que même si celles-ci sont « irritées » de temps à autre (burn-out) par exemple, cela ne suffit pas pour faire qu'elles soient dans l'incapacité d'appréhender les émotions de leur patientes, collègues ou connaissances.

Le fait que les sages-femmes soient elles-mêmes des femmes, mariées pour la plupart, et parentes a aussi beaucoup d'effet sur leur relation avec les patientes, qui même si parfois est délicate vu l'état des choses, n'est pas pour autant une raison qui les priverait de leur capacité à comprendre autrui. Citons ci-après les plus prépondérantes.

La régulation émotionnelle renvoie particulièrement aux compétences émotionnelles qui permettent à l'individu de moduler et gérer son état émotionnel ; et ainsi d'apporter une réponse émotionnelle appropriée aux situations changeantes et complexes

de la vie moderne. Pour certains, elle fait référence à la notion d'intelligence émotionnelle (IE), Parmi ses modèles, le modèle de Goleman (2001) qui reprend les apports des travaux de Salovey et Mayer, définit l'IE comme la capacité à reconnaître et à maîtriser les émotions en soi et chez les autres. Elle est décomposée en quatre principales compétences regroupées sous deux catégories : compétences personnelles et sociales ; respectivement, la conscience de soi ou auto-évaluation (capacité à comprendre ses émotions et à reconnaître leur incidence), la maîtrise de soi ou auto-régulation (capacité à maîtriser ses émotions et impulsions et à s'adapter à l'évolution de la situation), la conscience sociale ou empathie (capacité à détecter et à comprendre les émotions d'autrui et à y réagir tout en comprenant les réseaux sociaux) et la gestion des relations sociales ou aptitudes sociales de communication (qui correspond à la nécessité à inspirer et à influencer les autres tout en favorisant leur développement et en gérant les conflits). (Gendron, 2007)

6. Conclusion

Nous sommes maintenant conscientes de l'ampleur que le burn-out peut avoir sur la vie professionnelle de l'individu qui en souffre. En plus, il peut être étonnant de voir à quelle fréquence les conséquences de ce syndrome sont capables d'affecter l'existence complète de la sage-femme ou de son entourage.

Nous avons beau penser que les mesures à prendre pour améliorer les conditions de travail des sages-femmes de l'Hôpital Mère-Enfant de Bejaia sont limitées, nous nous trompons, car nous pouvons apporter bien plus de solutions que celles qui reviennent toujours durant les réunions des responsables de services, mais qui ne mènent que très rarement à des résultats gratifiants. Par « nous » nous voulons dire, nous psychologues, mais aussi enseignants chercheurs, responsables et professionnels de la santé au travail. Tout le monde peut être concerné par l'état des lieux, même les parturientes et leurs familles. En parallèle, seront mis en avant la prise en charge des professionnels souffrant du burn-out, et la prévention de ses symptômes, mais avant, le plus essentiel serait de faire connaître l'épuisement professionnel, ce qu'il est, ses aspects et dimensions, ses caractéristiques, ses risques, son impact sur la vie et la santé mentale de chacun, travaillant aussi bien dans le cadre de la santé ou non.

Pour terminer, nous proposons quelques recommandations que nous jugeons « bénéfiques » et qui sont à prendre en considération par quiconque serait prêt à apporter des modifications, voire des changements permanents dans la vie de ces sages-femmes :

- Mettre fin au manque d'effectif : Plus de sages-femmes, mais aussi plus d'infirmiers, plus de médecins et plus d'aides-soignants. Ceci permettra à tout le monde de ne pas avoir à accomplir des tâches qui ne sont pas les leurs, et donc de réduire la charge qui pèse sur chacun ;
- Programmer les heures de travail et les horaires de gardes : nous avons remarqué que les sages-femmes ne travaillaient pas toutes le même nombre d'heures par semaine, certaines travaillent plus de jours que les autres, d'autres font plus de gardes. Arranger tout le monde pour le bien de tous est la meilleure des résolutions ;
- Être très vigilant face aux principaux indicateurs de malaise que sont l'augmentation des situations d'absentéisme, de conflits, l'augmentation des accidents de travail qui sont autant de signes d'une situation qui se dégrade. Il s'agit alors de promouvoir au sein de l'établissement les conditions d'une bonne qualité de vie au travail, en favorisant notamment la reconnaissance au travail, des marges

de manœuvre suffisantes pour faire son travail en veillant à éviter les conflits de valeurs.

- Savoir repérer cette phase qu'on appelle la phase du burn-in dans laquelle l'individu surinvestit son travail et le mène à un rythme effréné. En effet, c'est précisément à ce moment-là qu'il faudrait pouvoir s'arrêter pour récupérer.
- Développer la notion d'épuisement professionnel, mais aussi ses aspects, ses causes, ses symptômes, son impact sur la santé physique et psychologique ainsi que ses conséquences.

Références

- Amamou, B., Bannour, A. S., Ben Hadj Yahia, M., Ben Nasr, S., & Ben Hadj Ali, B. (2014). Haute prévalence du burnout dans les unités Tunisiennes prenant en charge des patients en fin de vie [High prevalence of burnout in the Tunisian units that support terminally ill patients]. *The Pan African medical journal*, 19, 9. <https://doi.org/10.11604/pamj.2014.19.9.2865>
- Benmessaoud, H., Liani, N., Khoudour, Z., Tadjer, G. & Lamara- Mahamed, A. (2004). Santé mentale des soignants et contraintes psychosociales en milieu de soins, *J.M.T Le Journal de la Médecine du travail*, N° ISSN : 1112-2438, N°9- Nouvelle série, Annaba Numéro spécial, 14^{èmes} journées nationales de médecine du travail, Annaba les 30 novembre 1 et 2 décembre 2004.
- Boudoukha, A. H. (2020). *Burn-out et stress post-traumatique*, Dunod (2e éd.), Paris.
- Canoui, P. & Mauranges, A. (2015). *Le burn-out à l'hôpital : Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants*, Elsevier Masson SAS (5e éd.), Pologne.
- Chahraoui, Kh. & Bénony, H. (1999). *L'entretien clinique*, Dunod, Paris.
- Chauchat, H. (1995). *L'enquête en psycho-sociologie*, PUF (3e éd.), Paris.
- Coutanceau, R. & al. (2016). *Stress, burn-out, harcèlement moral : De la souffrance au travail au management qualitatif*, Dunod, Paris.
- Dutent, N. (2018). Faut-il reconnaître le burn-out comme maladie professionnelle ? Table ronde avec Danièle Linhart, sociologue du travail, directrice de recherches émérite au CNRS, Jean-Claude Delgènes, directeur général du cabinet Technologia et Philippe Zawieja, chercheur associé à l'université de Sherbrooke (Québec), Repéré à : <https://www.humanite.fr/faut-il-reconnaitre-le-burn-out-comme-maladie-professionnelle-650608>
- Fernet, C., Guay, F., & Senécal, C. (2004). Adjusting to job demands: The role of work self-determination and job control in predicting burnout. *Journal of Vocational Behavior*, 65(1), 39-56. [https://doi.org/10.1016/S0001-8791\(03\)00098-8](https://doi.org/10.1016/S0001-8791(03)00098-8)
- Freudenberg, H. (1987). *L'épuisement professionnel : La Brulure interne*, Gaétan Morin Éditeur, Québec.

-
- Harhoura, R. (2010). *Sages-femmes en Algérie : Un métier à risques*. Repéré à : <https://www.djazairiess.com/fr/horizons/11832>
- Hatem, M., Sandall, J., Devane, D., Soltani, H. & Gates, S. (2009). Comparaison des modèles de soins obstétricaux dirigés par les sages-femmes à d'autres modèles de soins offerts aux femmes enceintes : une revue systématique Cochrane. *Pratiques et Organisation des Soins*, 4(4), 267-274. <https://doi.org/10.3917/pos.404.0267>
- Gendron, B. (2007). Des compétences émotionnelles au capital émotionnel : une approche théorique relative aux émotions, *Cahiers du Cerfee*, Paris.
- INRS santé et sécurité au travail. *Dossier : épuisement professionnel ou burnout* [en ligne, PDF]. France : INRS, 2021, 10 p. Disponible sur : <file:///C:/Users/MacBook%20Air/Downloads/Epuisement%20professionnel%20ou%20burnout.pdf>.
- Ionescu, S. & Blanchet, A. (2009). *Méthodologie de la recherche en psychologie clinique*, PUF, Paris.
- Khatri, B. M. (2016). *Le burnout chez les infirmiers du centre hospitalier universitaire de Marrakech*, Thèse de Doctorat en Médecine, Université Cadi Ayyad, Marrakech.
- Kivits, J. & al. (2016). *Les recherches qualitatives en santé*, Armand Colin, Paris.
- Kop, N., Euwema, M.C. & Schaufeli, W. B. (1999). Burnout, job stress and violent behaviour among Dutch police officers, *Work and Stress*, Vol. 13, NO. 4, 326-340.
- Maslach, C. & Jackson, S-E. (1986). *Maslach Burnout Inventory: Manual*, 2nd edition. Palo Alto : CA.
- Lefèvre, N. (2012). *Méthodes et techniques d'enquête : L'entretien comme méthode de recherche*. Repéré à : Http://staps.univlille2.fr/fileadmin/user_upload/ressources_peda/Masters/SLEC/entre_meth_recher.pdf
- Maslach, C. & Leiter, P. (2011). *Burn-out : le syndrome d'épuisement professionnel*, Les Arènes, Paris.
- OSFQ : Ordre des Sages-Femmes du Québec. (2018). Définition d'une sage-femme. www.osfq.org
- Papy, G. (2013). Le burn-out est une maladie de civilisation. *Le Vif*. <http://www.levif.be/actualite/sante/le-burn-out-est-une-maladie-decivilisation/article-normal-87967.html>
- Torrès, O. (2017). *La santé du dirigeant : de la souffrance patronale à l'entrepreneuriat salubre*, De Boeck Supérieur (2e éd.), Belgique.
- Truchot, D. (2004). *L'épuisement professionnel et Burn out : concepts, modèles, interventions*, Dunod, Paris.

- Truchot, D. & Badré, D. (2004). Agressions au travail et burnout chez les travailleurs sociaux : Influence de l'auto-efficacité et du pouvoir organisationnel. *Stress et Trauma*, 4(3), 187-194.
- Vartia, M. & Hyyti, J. (2002). Gender differences in workplace bullying among prison officers, *European Journal of Work and Organizational Psychology*, Vol. 11, n° 1, pp. 113-126.
- Zawieja, P. & Guarnieri, F. (2015). *L'épuisement professionnel : Diagnostic, analyse, prévention*, Armand Colin, Paris.