

**L'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL :
LA SOUFFRANCE DU PERSONNEL SOIGNANT DANS LE MILIEU
PSYCHIATRIQUE
BURNOUT :
THE SUFFERING OF THE CARING PERSONNEL IN THE PSYCHIATRIC
INSTITUTION**

Dr: Sarra Samra Benharrats*

Pr: Mohamed Mebtoul**

RESUME

Dans le champ médical, la souffrance, le mal-être et la maladie sont centrés sur et définis pour le patient. La vision des hôpitaux se focalise particulièrement sur le patient-soigné, son suivi et la qualité des prestations fournies, étant donné qu'il est porteur d'un mal-être somatique et ou psychique. Mais quand est-il du soignant, qui souffre dans son activité de soin ?

Notre travail de praticien spécialiste en psychiatrie à l'établissement hospitalier spécialisé (EHS) de Sidi Chami d'Oran en Algérie nous a permis de voir, pas uniquement le mal être du soigné, mais celui du collègue soignant aussi. Nous sommes arrivés à prendre en charge certains collègues sur le plan psychique. Nous avons constaté la souffrance et l'épuisement professionnel au sein de l'hôpital psychiatrique.

Dans cet article, nous illustrons un travail de terrain en rapport avec une enquête sociologique, où nous sommes allés au-delà de l'explication psychologique du phénomène de l'épuisement professionnel, à rechercher ses déterminants socioprofessionnels. A ce

* Doctorante en Sciences Sociales et Santé, Université d'Oran 2.

benharrats.sarra@univ-oran2.dz

** Professeur en Sociologie, Université d'Oran 2, Unité de Recherche en Sciences Sociales et Santé (GRAS), mebtoul@netcourrier.com

titre, nous avons tenté de répondre à certaines questions : La souffrance au travail est-t-elle spécifique au personnel de santé ? Quel sont les déterminants en cause ? Est-ce que l'épuisement professionnel est spécifique au milieu psychiatrique ?

MOTS CLES :

mal-être, soignant, EHS de Sidi Chami, épuisement professionnel, déterminants socioprofessionnels, milieu psychiatrique.

ABSTRACT

In the medical field, suffering, ill-being and illness are focused on and defined for the patient. The vision of hospitals is focuses particularly on patient-care, its follow-up and the quality of the provided services, since he carries a somatic or psychic illness. However, what about the caregiver, who suffers in his activity of care?

Our work as a practitioner specialized in psychiatry in SidiChamispecialized hospital of Oran (Algeria) has allowed us to see not only the ill-being of the patient, but that of the caregiver as well. We came to treat some colleagues on the psychic order. We found suffering and burnout in the psychiatric hospital.

In this article, we illustrate a fieldwork in relation with a sociological survey, where we have gone beyond the psychological explanation of the phenomenon of burnout, to look for its socioprofessional determinants. As such, we have tried to answer some questions: Is suffering in workplace specific to health workers? What are the determinants involved? Is burnout specific to the psychiatric environment?

KEYWORDS :

Illness, caregiver, Sidi Chami PsychiatricHospital, burnout, socioprofessionaldeterminants, psychiatricenvironment.

INTRODUCTION

Le travail de l'équipe soignante en milieu psychiatrique est spécifique. C'est un travail qui nécessite une grande disponibilité. Le soignant est exposé à une charge mentale et physique importante. Il est confronté aux difficultés liées aux conditions de travail, à l'entourage professionnel et aux demandeurs de soins qui peuvent être exigeants, plaintifs et presque toujours insatisfaits. Ici, le travail ne consiste pas uniquement à appliquer les prescriptions ordonnées par les thérapeutes mais aussi à maîtriser les malades mentaux si nécessaire, à fournir une énergie physique, à supporter leurs comportements, à les accompagner dans leurs besoins les plus élémentaires de la vie, à apaiser leurs peines et leurs tourments et à les aider à surmonter leurs faiblesses et difficultés médicosociales.

Toutes ces contraintes vécues peuvent entraîner des souffrances et des états de mal-être chez le personnel soignant, des contraintes qui entravent la qualité des prestations et provoquent une aggravation probable du mal-être du soigné : comment un soignant souffrant, épuisé et fatigué va-t-il prendre soin des malades en psychiatrie ? Le personnel médical et paramédical vit un état de mal-être, souvent corrélé à l'état d'épuisement professionnel. Ce dernier est l'un des handicaps majeurs pour la prise en charge complète et efficace des patients dans toute discipline médicale.

Notre objectif est de comprendre et analyser l'épuisement professionnel vécu par les professionnels de la santé dans un service de psychiatrie marqué par l'isolement et le stigmate. Nous souhaitons donc mettre en mots l'épuisement professionnel du personnel soignant à travers son expérience de soin qui mérite d'être écoutée. Il nous semble important de l'objectiver en mettant l'accent sur les déterminants socioprofessionnels qui ont rendu le personnel soignant épuisé et souffrant dans son milieu de travail, ainsi que la gestion déployée pour y faire face.

Plusieurs expressions désignent l'épuisement professionnel. Les termes consacrés sont : le *burnout*, le mal être, la souffrance professionnelle. Nous avons choisi le terme «*épuisement professionnel*» employé par le personnel soignant dans le terrain de notre enquête. Il regroupe une panoplie de termes et de significations : fatigue, dépression, lassitude qui touchent à la fois la psyché et le soma.

Parmi la littérature portant sur l'épuisement professionnel, nous soulignons le rôle précurseur des écrits du psychologue et psychanalyste américain Herbert J. Freudenberger¹ (Freudenberger, 1974). Il est l'un des premiers qui a proposé une définition et en a décrit les symptômes après la création du terme *burnout* par Harold Bradley en 1968 dans son article «*Community-Based Treatment for Young Adult Offenders*» (Bradley, 1969).

Pour Herbert J. Freudenberger, « L'épuisement professionnel est un état causé par l'utilisation excessive de son énergie et de ses ressources, qui provoque un sentiment d'échec, puis d'épuisement pouvant conduire à l'exténuation ». Après quelques années de travaux sur ce syndrome, en 1980, il donne une nouvelle définition : « C'est l'épuisement des ressources internes et la diminution d'énergie, de vitalité et de capacité à fonctionner, qui résultent d'un effort soutenu par l'individu pour atteindre un but irréalisable dans un contexte de travail et plus particulièrement dans les professions d'aide ».

En 1976, Christina Maslach, psychologue analyste, décrit le *burnout* en situant ses causes dans les conditions de l'environnement professionnel comme « *un syndrome des professions d'aide, une incapacité d'adaptation de l'intervenant à un niveau de stress émotionnel continu causé par l'environnement du travail* » (Maslach, 1978). Sur la base d'études empiriques, Christina Maslach a conçu une échelle de mesure du syndrome de l'épuisement professionnel «*Maslach Burnout Inventory*» (Esnard, 2014; Maslach & Jackson,

¹Herbert J. Freudenberger (1926-1999) psychologue et psychothérapeute américain. En 1980, il publie un livre intitulé "L'épuisement professionnel : La brûlure interne".

1981). Le *burnout* est un concept neuf qui ne se superpose pas à un diagnostic psychiatrique mais qui peut mener à la dépression, résultant d'un stress professionnel chronique (Martineau-Arbes, Giné, Grosdemouge, & Bernad, 2014).

Nous avons réalisé une enquête qualitative auprès du personnel soignant de l'EHS² psychiatrique de Sidi Chami d'Oran en Algérie au cours de l'année 2016. Nous avons effectué des entretiens à caractères hétérogènes, de par le statut familial des enquêtés, le genre et le type de profession à savoir le médecin psychiatre, le médecin généraliste, l'assistante sociale, l'aide-soignant et tous ceux qui fournissent soins, aides, soutiens et hygiènes. Nos enquêtés présentent des âges différents allant de 26 ans à 62 ans et il est de même pour leurs durées d'expériences qui varient entre 6 ans et 32 ans. Cette hétérogénéité des enquêtés est dans un but d'avoir un résultat global qui permet une meilleure analyse pour pouvoir répondre à nos questionnements de départ sur l'épuisement professionnel.

Notre article s'appuie sur quatre thématiques : la perception de l'épuisement professionnel au travail, la perception actuelle de la profession de soins psychiatriques, le choix professionnel en milieu psychiatrique et enfin l'organisation du travail dans ce dernier.

Le terrain ne nous est pas étranger, du fait de notre exercice professionnel à l'EHS en tant que médecin psychiatre. Notre accès au terrain était facile, car nous n'étions pas dans le besoin de recourir à des intermédiaires ni de faire les présentations avec les enquêtés, mais il a fallu quand même adopter une nouvelle posture au sein de cette institution qui fut difficile. Pour ce faire, se convertir à une nouvelle discipline fut nécessaire, où le regard du médecin et du sociologue se croisent pour voir la personne dans son individuel et son collectif. Effectivement, le regard du psychiatre croisé à celui du sociologue est un regard complémentaire et non exclusif pour une meilleure compréhension des concepts de la santé mentale (Benharrats, 2017).

² EHS : Etablissement Hospitalier Spécialisé.

S'introduire en tant que sociologue en laissant la blouse blanche du médecin fut un peu délicat. Cette reconversion ne nous concernait pas uniquement, mais il s'agissait aussi de convertir les collègues en des enquêtés. Les enquêtés exprimaient la liberté de répondre aux questions face au sociologue qui touchait directement les points de leur souffrance au travail, et la spontanéité de leurs réponses face au psychiatre, comme un moment de thérapie.

Nous avons réalisé un travail préalable en s'appuyant sur des discussions et des entretiens informels avec le personnel soignant. Une nouvelle organisation de notre travail au sein de l'hôpital psychiatrique s'est instaurée. Nous restions en dehors de nos horaires de travail à l'EHS pour nous rapprocher plus des médecins et pour toucher le personnel paramédical qui nous est souvent invisible.

Dans un premier temps, nous décryptons les mots des enquêtés qui expriment en mieux le mal-être au travail en milieu psychiatrique. A partir de ces mots pour dire les maux du personnel soignant, nous évoquons le milieu professionnel comme un milieu totalitaire (Goffman, 2002) rejeté par la société et stigmatisant tous ceux qui sont dans son enceinte (Goffman, 1975). Il représente un des déterminants majeurs responsables de la genèse du *burnout*. Dans un deuxième temps, nous exposons un autre élément centré sur le choix de la profession souvent imposé, non souhaité par le personnel pouvant entraîner le *burnout*. Enfin, l'épuisement professionnel du personnel soignant est aussi lié au stress produit au travail par effet des « *stresseurs organisationnels*³ ».

LES MOTS POUR DIRE LES MAUX DE L'ÉPUISEMENT

Cette partie a pour objet d'indiquer les différentes expressions qui donnent sens à l'épuisement professionnel du personnel soignant

³Stresseurs Organisationnels : Ce sont les modalités d'organisation au milieu professionnel qui peuvent être un facteur de stress suite à la mauvaise gestion des politiques organisationnelles du travail.

en milieu psychiatrique. Depuis la création du mot *burnout*, de nombreuses définitions ont été proposées par différentes disciplines. Dans les sciences médicales, on a tenté de le « psychiatriser⁴ » en le considérant comme une catégorie diagnostique dans les maladies professionnelles, nécessitant une prévention et une prise en charge. En outre, ce phénomène se doit plus aux sciences sociales (Cathébras, 1991).

La signification du mot anglais *burnout* est : brûler complètement (Delphine, 2006). Une signification qui a donné ultérieurement la naissance à plusieurs vocables : l'épuisement professionnel, « *la maladie du battant* » (Freudenberger, 1974), la réponse à un stress professionnel chronique (Gil-Mont, 2008), ou le déséquilibre entre la demande du patient et la capacité de l'offre du prestataire de soins (Lazarus, 1999). Ce dernier le définit explicitement comme : « une demande qui dépasse les ressources disponibles auprès de la personne concernée même de façon non consciente » (Cherkaoui, Montargo, Peretti, & Yanat, 2012).

Les définitions proposées pour l'épuisement professionnel ne semblent pas avoir la même « force » que celles des personnes touchées par le *burnout*. Nous restituons ici les mots et les expressions du personnel de la santé traduisant l'épuisement professionnel : « *Je suis épuisé..., je suis fatigué...* », « *Je souffre psychologiquement...* ». Et parfois, ces expressions interprètent cette souffrance de manière implicite : « *Je m'ennuie...* », « *Je démoralise* », « *J'ai craqué...* », « *Je suis submergée...* », « *On travaille dans des conditions qui nous font regretter le choix de la médecine* ».

L'expression de l'épuisement professionnel chez l'équipe soignante peut être métaphorique : « *Je suis l'épuisement professionnel [éclat de rire]...* », « *Je sens que notre travail est vide...* », « *Je compte même*

⁴Le burnout a été introduit dans la classification de l'association américaine de psychiatrie dans sa troisième édition (DSM III) en 1980 sous l'appellation de « troubles de l'adaptation avec inhibition au travail ».

mes heures au travail». Comme si sa présence dans les lieux du travail est semblable à celle du milieu carcéral. Ou encore : « *Je me vide...* » Comme si la personne se vide de son sang au risque de laisser la vie à cause de ce travail.

L'enceinte de la structure psychiatrique s'étend sur plusieurs hectares (plus de 600,000 m²) d'espaces libres et de verdure contenant plusieurs pavillons⁵ de petites superficies, soit presque trois (03) fois la superficie du centre hospitalier universitaire d'Oran qui englobe dans sa superficie plus de quarante services. Dans cette structure éparse de l'EHS, les pavillons sont en situation d'éclatement positionnel, une disposition qui crée une forme de cloisonnement d'espace et de contact entre le personnel soignant des différentes structures. Les pavillons sont entourés d'une clôture qui délimite un espace de détente pour les patients hospitalisés, souvent exploités aussi par le personnel en présence des patients, sans pour autant profiter des grandes superficies de verdure qui entourent les différents pavillons.

Nous avons pu observer que les pavillons de l'hôpital sont sinistres. Il s'agit de plusieurs blocs de béton troués de fenêtres et de portes barreaudées, contenant un espace fait d'absence de rire et de mauvaise ambiance. Ici les sentiments ne doivent pas être extériorisés ou exprimés, à l'exception de la colère ou de la violence. Le personnel préfère que ses pauses et ses moments de détente aient lieu en dehors des pavillons et dans le cas échéant connectés aux smartphones pour « fuir » le milieu psychiatrique (Benharrats, 2016).

Le travail dans la structure se fait de manière machinale, en ayant un contact restreint entre les collègues:

⁵ L'établissement est constitué de cinq services dont quatre pour la psychiatrie adulte et un pour la psychiatrie infanto-juvénile. Il est structuré en onze pavillons opérationnels pour hospitalisation avec une capacité d'hospitalisation globale de 420 lits organisés et une marge de 50 lits techniques d'hospitalisation. Source : Direction de la santé et de la population de la wilaya d'Oran.

« Au travail, on a un comportement “schizophrénique“, on travaille avec moins de contact, on évite les collègues notre discours est pauvre et superficiel. Ici [dans la structure], l’un évite l’autre », dit un psychiatre (8 ans d’expérience).

A partir de ce qui a été dit et non-dit par le personnel soignant en milieu psychiatrique pour exprimer la souffrance et le mal-être professionnel, nous nous penchons sur un des déterminants de l’épuisement professionnel : le milieu psychiatrique et la profession de soin psychiatrique.

UNE PROFESSION PENIBLE DANS UN MILIEU DIFFICILE

Le milieu psychiatrique est un milieu de soin particulier et totalitaire (Goffman, 2002). Il est souvent source de stigmatisation (Goffman, 2002). Ceci nous conduit à un questionnement important sur le lien entre l’institution et le *burnout*, et le lien entre la profession de soin psychiatrique et l’épuisement professionnel.

Les termes identifiants l’institution psychiatrique révèlent une volonté progressive de dé-stigmatiser cette espace de soin. Nous pouvons rappeler les différents mots utilisés : L’asile, structure pour aliéné, l’institution psychiatrique, l’hôpital psychiatrique...etc. La nomination de la structure a connu un changement évolutif, dans un but de dé-stigmatisation de la maladie mentale et de la psychiatrie. Une évolution nominative qui a comme objectif d’ôter l’étiquette stigmatisante longtemps attribuée à cet établissement. Un but partagé même par le personnel soignant de la structure.

Si la société algérienne s’inscrit fortement dans la distanciation symbolique et physique à l’égard de la maladie mentale, il faut l’attribuer en partie à une construction sociopolitique de la peur du désordre social et familial, particulièrement quand l’institution familiale reste fortement dominée par un patriarcat qui est aussi transversal aux institutions sociales et politiques.

La peur ou le refus de « voir » le malade dit mental, apparait comme un affect extrêmement puissant produit en effet par l'environnement sociopolitique en Algérie. Chantal Jaquet (Bouffartigue, 2015; Jaquet, 2014) dans son ouvrage « Les transclasses ou la non-reproduction », montre que « l'affect a sa nécessité propre : il n'obéit pas aux injonctions de la raison et ne disparaît pas par décret ; Il tient sa puissance des causes extérieures qui continuent à produire des effets et qui laissent des traces ». C'est pourquoi nous dit Spinoza⁶ « un affect ne peut être contraire ni supprimé que par un affect contraire et plus fort que l'affect à contrarier » (Spinoza, 1677).

55 ans après l'indépendance, l'hôpital psychiatrique algérien fonctionne de façon encore dominante comme un asile tel que décrit par Goffman (Goffman, 2002). Le malade dit mental est un reclus qui a rarement la possibilité de rompre avec une identité de « fou » qui lui est collé fortement par et dans l'institution psychiatrique. En outre, l'hôpital est soumis à une organisation fortement administrée et centralisée qui laisse peu de place à une réflexion collective et autonome du personnel de santé. Celui-ci est prisonnier des injonctions fortes qui lui sont dictées de façon autoritaire par le pouvoir local (wilaya), concernant l'intégration forcée de certains malades mentaux étiquetés de « dangereux » qu'il faut absolument les enfermer. La psychiatrie devient une profession à haut risque dans un contexte social et politique très contraignant. Il est de l'ordre de la censure et de l'interdit face à toute remise en question qui irait dans le sens de l'autonomisation d'une psychiatrie plus engagée et critique à l'égard d'un fonctionnement politico-administratif, pouvant redonner un sens plus novateur et socialement valorisant concernant cette profession (Mebtoul, 2002). On comprend alors que le personnel de santé, dans le champ de la psychiatrie étatique, quitte l'hôpital pour exercer dans le privé et à l'étranger, notamment en France. Ce sont en effet les psychiatres qui s'exilent le plus à l'étranger parmi les

⁶Baruch Spinoza (1632, 1677), philosophe néerlandais.

spécialistes algériens. Ils représentent un taux de plus de 43% du nombre total des médecins algériens spécialistes qui ont quitté le pays (Hebba, 2015), soit dix psychiatres qui s'installent chaque année à l'étranger (Ismain, 2016).

Pour celles et ceux qui ont décidé de continuer le travail médical et paramédical dans un hôpital psychiatrique, ils sont nécessairement confrontés à des conditions de travail anormales. Ils subissent les multiples aléas sociaux et professionnels dans une organisation du travail marquée par les multiples flous qui abîment l'identité professionnelle des praticiens de la santé, faisant en sorte que le travail devienne un non-sens. En outre, une organisation du travail socialement éloignée du personnel de santé, fonctionnant plus par injonctions administratives, s'interdit de comptabiliser le travail invisible, polyvalent et socialement non reconnu assuré par un personnel de santé qui ne peuvent que fortement clamer leur épuisement professionnel.

Le milieu psychiatrique se distingue par la spécificité de la maladie qu'il prend en charge. En effet, la maladie mentale est une pathologie particulière, déniée, à caractère « dangereux » pour soi et pour autrui, exprimée souvent par des symptômes dit délirants et hallucinatoires. C'est une maladie où les plaintes en rapport avec la douleur psychique et morale du patient sont rarement exprimées à la manière des autres pathologies dites somatiques, ce qui lui confère son caractère spécifique, difficile et épuisant pour certain professionnel de la santé qui la prend en charge.

Ce personnel est en situation de découragement vis-à-vis de la prise en charge de la maladie mentale. Il est confronté à l'incompréhension des symptômes de cette maladie, et le fantasme de la guérison de cette souffrance chronique. Un élément majeur de la survenue de l'épuisement professionnel.

Parallèlement, Le personnel soignant est souvent pointé du doigt. Il est considéré « malade » comme le « malade » qu'il prend en charge,

puisqu'il a pu le supporter (le tolérer) et trouver un terrain d'entente avec lui. A contrario, il est étiqueté sans cœur, réprimant et violentant l'autre (le malade) pour garder sa « normalité » relative à la société. Au final, la société produit un état « de phobie de la psychiatrie » (Benharrats , 2014).

L'évènement vécu par l'infirmière illustre l'étiquetage négatif du milieu psychiatrique par la société. Celle-ci a été refusée par un prétendant parce qu'elle travaille dans un hôpital psychiatrique. Cet évènement provoque un état de frustration de cette infirmière et de ses collègues de travail favorisant le risque d'isolement affectif, et un état de confusion sur le sens réel de la profession.

Les travaux de Heider (1958) ont montré que « les explications causales sont des variables déterminantes de la perception sociale, influant aussi bien sur les stratégies individuelles de présentation de soi que sur le jugement sur autrui » (Esnard, 2014). Ceci explique le pouvoir de la représentation qu'a la société de la maladie mentale sur le façonnement des représentations individuelles, incluant les représentations stigmatisantes de la société vis-à-vis de la maladie mentale et du professionnel de la santé en milieu psychiatrique.

L'équipe soignante de manière générale et celle qui travail en milieu psychiatrique, a le même objectif (le soin) mais pas forcément la même fonction ; néanmoins cet objectif est focalisé sur la personne humaine, selon Goffman, il s'agit du « travail sur l'homme » (Goffman, 2002).

Le travail en milieu psychiatrique a ses particularités. Il s'agit d'un travail difficile, le personnel soignant est exposé à une charge physique et psychique importante. Exposé à une charge physique, il est contraint parfois de contenir le patient en cas d'agitation, et être en permanence disponible, pour l'accompagner dans sa prise de médicaments, son alimentation, son sommeil et même son hygiène personnelle, notamment lorsque le patient se néglige, ne s'alimente pas et refuse le traitement : situation très fréquente dans la pathologie mentale.

La charge physique au travail implique une multiplicité de tâches du personnel. Ces tâches attribuées à l'aide-soignant, l'infirmier, ou le simple agent du service, sont souvent intriquées et se chevauchent. Car en plus du travail défini pour chacun, ce même personnel est dans l'obligation de faire d'autres travaux dans le service, parfois pour combler ou compléter un manque ou une discontinuité de tâches :

« Si le parterre est sale je le fais, je prépare les dossiers pour les médecins, je traite les fiches navette pour l'administration, s'il y a un convoi j'appelle le parc pour l'ambulance, je veille avec les agents à la distribution du café et des médicaments pour les malades. On fait la toilette des malades un jour sur deux et celui des lits et du service tous les jours, ensuite, je mets de l'ordre pour les visites des familles, qui sont assez rares, puis je vois ce que les médecins veulent (voir un malade, changer le traitement...). Puis viens le déjeuner, le traitement, le café pour les malades. Si on a une agitation, je suis appelée à assister mes collègues pour contenir le malade. Puis enfin je contrôle les médicaments du soir et même la pharmacie, je passe les consignes et surtout si je n'ai pas encore terminé mon travail je dépasse mon heure, je déborde vers 19h et je sors avec l'équipe de 7h00 à 19h00, alors que je suis sensée sortir à 16h00 » dit avec détail une aide-soignante, 16 ans d'expérience dans l'hôpital psychiatrique.

Hugues nomme la délégation du « *sale boulot* » ou le « *dirtywork* » au personnel du « second rang » tel que les infirmiers et les aides-soignants (Cartier, 2005; Chapoulie, 1984) à qui, on a fait subir aussi le phénomène de « *glissement de tâche* » en leur attribuant d'autres fonctions (Catanas, 2008). Nous citons dans le même contexte, l'exemple de l'administration du traitement injectable et l'acte de prélèvements sanguin. Alors qu'il s'agit d'actes paramédicaux spécifiques aux infirmiers, ces tâches sont souvent confiées aux aides-soignants.

La charge psychique est toujours en parallèle à la charge physique. Cette charge est due à l'exposition permanente du personnel à la

souffrance, au déséquilibre et la marginalisation des malades mentaux. Le modèle sociologique de Pines et Aronson (Malakh-Pines & Aronson, 1988) le confirme : « *le burnout est un état d'épuisement physique, émotionnel et mental provoqué par une longue implication dans des situations émotionnellement exigeante* » (Zawieja & Guanieri, 2013). Cette situation les confronte à une forme de répétition de traumatisme et de mal-être, qui parfois contraint le soignant à ne pas le partager et à le garder pour soi, par obligation de secret médical ou par manque de partage avec l'entourage professionnel (CAIRN, 2010; Esnard, 2014). Le professionnel reste impliqué dans le vécu de l'Autre souffrant. De plus, la question de la maladie et de la souffrance devient répétitive, prégnante et envahissante au fil des jours et des consultations. Le professionnel n'a pas d'espace de parole, il ne peut pas constater que d'autres collègues reconnaissent les mêmes contraintes de travail et partagent en partie ses sentiments.

La pression psychique du personnel soignant se constate aussi, par la non coopération de certaines familles à la prise en charge de leurs membres malades, ou encore par les accusations stigmatisantes et dénigrantes de ces mêmes familles. Ils considèrent souvent le personnel comme incompetent, inhumain et sans cœur dans ses rapports avec le patient atteint de troubles mentaux :

« Elle [la famille qui rejette son malade] ne vient même pas voir son malade, et demander ses besoins durant son séjour à l'hôpital, et quand elle se présente pour le prendre, elle l'ausculte comme un médecin à la recherche de griffure ou de blessures pour dire que nous les battons ou les maltraitons ! Alors que c'est les familles⁷ qui battent les patients, ils les ramènent pleins de bleus... Et le plus beau dans l'histoire, c'est quand ces même personnes disent que nous frappons les malades et que nous volons leurs affaires. C'est tout à fait le

⁷ Ici l'aide-soignante parle des familles qui n'acceptent pas la maladie mentale et qui rejettent leurs membres malades.

contraire, on leur donne des vêtements, et ils mangent parfois des trucs qu'ils ne mangent même pas chez eux », dit une aide-soignante (16 ans d'expérience). Sur le même concept une infirmière (8 ans d'expérience) avance : « Les familles des patients abandonnent leurs malades et puis nous cherchent la petite bête... ! ».

En contrepartie, ce même personnel retrouve un minimum de confort psychique dans la reconnaissance d'autres familles qui lui permette de surmonter la pression psychique. Les familles socialement diversifiées peuvent produire chez le personnel soignant, ce qu'on appelle l'équilibre *effort/ rétribution*, élément protecteur contre l'épuisement professionnel (Siegrist, 2011).

La pression psychique du personnel soignant de l'institution est forte et augmentée par l'anonymat de certains patients. Le personnel est censé les nommer pour humaniser sa relation avec. Sur les dossiers de ces patients, on inscrit le nom de « X musulman (e)⁸ », mais pour communiquer avec ce patient le personnel le baptise, et lui donne un nom :

« Nous attribuons un nom à certains patients que nous ne connaissons pas, ou refuse de nous donner leurs noms suite à leurs maladies... les nommer "X musulman" est une chose qui me fait mal et qui me fatigue... », Dit un psychiatre (20 ans d'expérience).

La charge psychique renforce le sentiment de déception ou celui de l'échec professionnel en raison de l'éternel cycle de la stabilisation et de la rechute des patients. La pathologie mentale accède rarement à la guérison. Elle se limite à un idéal objectif de la stabilisation et de l'adhérence à la prise en charge thérapeutique. Une déception que le médecin « vit comme un élément d'impuissance, ce qui n'est en fait qu'une impossibilité » (Lebrun, 1993) :

⁸ X-musulman(e) : une convention administrative de l'établissement psychiatrique à établir le dossier des patients inconnus sous la nomination de X-musulman avec un code identificateur du dossier.

« Quand je traite mes patients même les plus difficiles et que je voie qu'ils se stabilisent, je sens une joie immense. Et quand ces mêmes malades rechutent et reviennent à l'hôpital pour une nouvelle hospitalisation, je déprime, je sens que tout ce que j'ai fait est au compteur zéro », dit un psychiatre (8 ans d'expérience).

La pression de cette charge physique et psychique porté par le personnel au milieu psychiatrique est un des déterminants majeurs de la survenue du *burnout*, « *La psychiatrie est une profession exposée en raison de la violence rencontrée au cours de cette pratique, de la stigmatisation de la population traitée étendue à ceux qui la traitent, du pourcentage de victimes d'exclusion sociale, aggravant les problèmes de cette population. Elle est aussi exposée du fait de la chronicité de cette pathologie confrontant les psychiatres à leur impuissance.* » (Estryn-Behar, Braudo, Fry, & Guetarni, 2011).

Le travail au milieu psychiatrique est un travail à haut risque (Dervaux & Lucet, 2015). Ce risque est corrélé à l'exposition du personnel aux cas des patients qui, par leur instabilité ou leur agressivité, peuvent centrer leur violence sur le personnel soignant, au point de mettre en péril leur vie.

Le risque est aussi dû à l'exposition aux patients placés d'office⁹, connus « dangereux », parce qu'ils ont commis des actes délictueux ou homicides. Avec ce type de patients, le personnel joue un double rôle : Le rôle du soignant et celui du gardien de prison, car si par malheur le patient placé d'office commet un acte délictueux dans la structure ou fugue (s'évade de point de vue juridique), le personnel soignant sera contraint de se présenter aux autorités compétentes¹⁰ pour leurs fournir des explications. Il risque d'être poursuivi pour défaillance professionnelle : « [...] *Ce type d'établissement commande encore tous les jours le divorce permanent, ou du moins la tension*

⁹ Placés d'office : patients en hospitalisation d'office par décision des autorités habilitées.

¹⁰ Autorités compétentes : le procureur de la république et le juge.

constante, entre l'activité thérapeutique et les exigences de la sécurité et de sauvegarde sociales dont a hérité l'hôpital »(Goffman, 2002).

Le milieu professionnel psychiatrique intègre de manière complexe l'aspect juridique et médical. Le psychiatre est souvent appelé à établir des certificats de bonne santé mentale, des expertises pénales ou civiles, des consultations au milieu pénitencier, de traiter les patients homicides dans les structures psychiatriques fermées, etc.(De Gantes, Bellagamba, & Lehucher-Michel, 2014). Le sentiment du risque de cette profession est relié par le professionnel, au sens de la responsabilité et la multiplicité des tâches. Plus il y a la responsabilité, plus le risque est important et plus le stress augmente et donc le *burnout* risque de s'installer (Delphine, 2006).

UN CHOIX IMPOSE D'UNE PROFESSION DEVALORISANTE

Le choix de la profession est un choix identitaire. Il s'agit du choix d'une identité sociale, avec ses deux composantes « *l'identité pour soi et pour autrui* », dont la première est corrélative à la reconnaissance de la seconde (Dubar, 1991). La maladie mentale et le milieu psychiatrique sont sous l'emprise de la stigmatisation de la société, pouvant représenter une forme de dissuasion du choix professionnel dans ce milieu.

La société opère sous des catégorisations professionnelles en élaborant ses représentations et sa conception de l'icône professionnelle qu'elle soit idéalisée ou stigmatisée. La profession de la santé se remarque par son appartenance à un groupe social idéalisé et largement distingué des autres professions (Rubbers, 2003; Demazière & Gadéa, 2009). Cette idéalisation est-elle maintenue pour les professionnels de la santé en milieu psychiatrique ? Les professionnels de santé en milieu psychiatrique appartiennent-ils à cette catégorie sociale malgré la stigmatisation ?

Le choix de la profession en milieu psychiatrique peut être imposé ou être le produit de l'erreur, comme l'avance ce psychiatre : « *mon choix*

pour la psychiatre est fortuit, ce n'était pas vraiment décidé... » (Psychiatre 26 ans d'expérience, 54 ans). Un autre psychiatre déclare : *« Le choix de la psychiatrie était par défaut... mon classement dans le concours de résidanat était moyen, ce qui a fait l'objet de ce choix »* (psychiatre 34 ans, 8 ans d'expérience). Ce qui implique que pour ces deux psychiatres, le choix de leur spécialité est regretté, car un bon choix est tout sauf la psychiatrie. En partie, le regret du choix de la profession en psychiatrie peut se comprendre, car la stigmatisation de la maladie mentale touche même ceux qui soignent cette maladie propageant le stigmate du soigné au soignant.

La profession de psychiatre est aussi dévalorisée en raison de la production sociale d'une hiérarchie entre les différentes spécialités médicales. Ce qui renvoie aussi à une catégorisation de spécialités en bonne et moins bonne en fonction des tâches attribuées « spécialité de sale boulot » (Cartier, 2005). C'est à l'intérieur des mondes sociaux de la médecine que la fracture va aussi s'opérer. Le service de psychiatrie est de l'ordre de l'invisibilité géographique et sociale, situé dans un espace caché, qu'on ne saurait voir. En outre, le personnel « indiscipliné » des autres services est souvent muté au service de psychiatrie. Enfin, les critères de sélection dans le concours d'accès à la spécialité renforcent cette hiérarchie entre les spécialités, en les catégorisant en spécialités « nobles » telles que la cardiologie et les spécialités chirurgicales et en spécialités « moins nobles » : la psychiatrie, la médecine légale et l'épidémiologie.

Le médecin généraliste au milieu psychiatrique semble être concerné par la catégorisation socioprofessionnelle. Il est à la fois exclu par le corps paramédical parce qu'il est médecin et il est exclu par les psychiatres parce qu'il n'est pas spécialiste. Cette exclusion crée une forme de confusion de rôle et de statut, qui sont responsables de non coopération et de discontinuité de tâches au milieu professionnel sources de burnout.

Il est parfois difficile de constater le regret et l'épuisement professionnel des médecins généralistes en milieu psychiatrique, car à la base, ils ne sont pas stigmatisés comme les psychiatres. Or, il semble que le milieu psychiatrique est la cause principale du stigmate et donc du regret, car il s'agit d'un milieu imposé par une situation sociale, dont le chômage, comme l'exprime ce médecin généraliste qui a 6 ans d'expérience en milieu psychiatrique : « *Etre médecin généraliste dans un hôpital psychiatrique n'est pas vraiment mon choix, c'est le chômage qui m'a ramené ici* ». Le médecin généraliste devient un « bouche trou », son affectation en milieu psychiatrique entraîne une forme de choc et de rejet du milieu de travail.

En milieu psychiatrique, le médecin généraliste occupe « une place marginale et résiduelle dans le système de soins », sa position ne lui donne pas l'accès à une « identité professionnelle puissante et autonome... Il est en arrière-plan, à l'ombre des spécialistes, et en conséquence en marge du monde hospitalo-universitaire » (Mebtoul, 2017; Mebtoul, 2015).

STRESSEURS ORGANISATIONNELS ET LA GENESE DE L'ÉPUISEMENT

Nous tenterons de traiter dans cette partie, les facteurs organisationnels responsables de la genèse de l'épuisement professionnel en milieu psychiatrique. L'organisation du travail est un facteur non négligeable dans la survenue ou la prévention du burnout. « *Le travail a toujours lieu dans un contexte organisé, impliquant une diversité de travailleurs... la question du professionnalisme rejoint la question de la politique des organisations* » (Becker, 2009).

L'hôpital psychiatrique de Sidi Chami a connu une instabilité administrative importante au cours des cinq dernières années. L'instabilité a concerné l'installation de nouveaux directeurs et le départ à la retraite pour d'autres. Etre un directeur à l'hôpital

psychiatrique est un poste transitoire pour une promotion vers d'autres postes ou pour un départ à la retraite. En plus de l'instabilité administrative, l'hôpital a connu un départ à la retraite important du personnel au cours de cette année. On compte 10 départs en 2016. En moyenne, chaque service a connu au moins un à deux départs du personnel soignant en retraite.

L'un des déterminants majeurs du stress ou du *burnout* au milieu professionnel est le changement organisationnel. Il crée des situations de modification d'habitudes organisationnelles et comportementales au sein de l'équipe professionnelle difficile à accepter en raison de *la force de l'habitude*. Les modifications de l'habitude ne sont pas toujours positives et provoquent des conditions de travail compliquées et difficiles. Ce qui entraîne une pression et un stress, qui sont source de *burnout* (Cherkaoui, Montargo, Peretti, & Yanat, 2012; Autissier & Moutot, 2013).

Les décisions du changement organisationnel à l'hôpital psychiatrique de Sidi Chami émanent rarement des personnes proches et concernées par le changement, à savoir le médecin chef ou le surveillant médical, mais se font par l'autorité administrative, dont les principaux acteurs sont le directeur général et le directeur des activités de santé.

Ce type de changement basé sur un *modèle autoritaire vertical* (Lotarski, 2016) est imposé brutalement au personnel soignant. Il ne comprend pas et n'adhère pas à ces mutations organisationnelles. Ceci conduit à une situation de déséquilibre et de résistance entraînant habituellement le stress et la fatigue au travail (le *burnout*).

Le changement de directeurs conduit à des décisions contradictoires qui ont pour effet pervers la démotivation du personnel. Parmi les règlements du nouveau directeur à l'origine d'une situation d'instabilité, on peut évoquer le dépôt d'une nouvelle liste de psychiatres experts au parquet, sans demander l'avis ou le consentement des médecins concernés. Il s'agit de décisions

administratives imposées à l'équipe soignante, où celle-ci ne se reconnaît pas dans ces décisions.

L'hôpital devient par la force des choses, un non-lieu, pour reprendre Marc Augé (Augé, 1992; Colleyn & Dozon, 2008) qui le caractérise fondamentalement comme orphelin de relations sociales puissantes, marqué par la chosification de l'espace, où il s'agit de traiter le malade, pour tenter d'arrêter par la médiation du médicament, l'instabilité psychique du malade, et non pas de tenter de construire un espace de parole qui apparaît de l'ordre de l'utopie dans un service hospitalier pris dans une logique de la médiocrité institutionnelle. En effet, ce qui préoccupe les responsables sanitaires, c'est moins le changement socio-organisationnel dans une logique participative de tous les acteurs de l'institution, que la captation aveugle du nombre de malades, privilégiant de façon dominante le statu quo qui leur permet de reproduire leurs pouvoirs. Autrement dit, la dimension sociopolitique n'est pas étrangère, loin de là, à la façon dont le monde social de la psychiatrie en Algérie, va construire son rapport au travail et à l'organisation. Le personnel de la santé indique clairement qu'il ne se reconnaît pas dans cette organisation, objet d'une greffe administrée qui lui est extérieure, parce que n'ayant jamais participé à sa conception et à sa mise en œuvre (Mebtoul, 1999).

Nous citons le manque de personnel, et sa disposition dans les différents services, que nous considérons aussi comme un élément important dans l'organisation de l'activité de santé. Car, l'insuffisance ou « *la pénurie importante en personnel psychiatrique résulte peut être moins du grand nombre des malades que de l'obstination mise par le machine institutionnelle à définir ce domaine en termes de services* » (Goffman, 2002). L'exemple de l'hôpital psychiatrique de Sidi Chamiqui est composé d'équipes paramédicales qui comptent au maximum deux infirmiers et un aide-soignant par service contenant au minimum trente malades hospitalisés.

Le manque de personnel est un problème souvent rencontré dans les établissements de soins. Ce manque touche par excellence le milieu psychiatrique en raison du départ en retraite ou la démission de certains personnels. On assiste à la mise en place de « *stresseurs organisationnels* » (Carrier-Vernhet, 2012; Baggioa, Iglesias-Rutishauserb, & Sutter, 2014), favorisant des conditions de travail difficiles : Augmentation de la charge horaire, physique et mentale responsable de conflits et de l'ambiguïté des rôles de chacun dans l'équipe. Ceci génère chez le personnel une nouvelle perception de la justice organisationnelle et la disparité entre les collègues de travail qui n'est pas toujours positive (Zawieja & Guanieri, 2013; Cherkaoui, Montargo, Peretti, & Yanat, 2012).

Le manque de personnel provoque aussi un manque de soutien social au travail (Wassenhove, 2014) perturbant l'entente et la communication entre le personnel, reproduisant des situations de discontinuité de tâches, de contradiction dans les décisions qui sont souvent importantes notamment pour la prise en charge des patients.

L'organisation de l'équipe soignante est caractérisée par une mauvaise définition des rôles et une distribution inégale des tâches. Le professionnel est contraint d'assurer son travail et celui des autres, ou à faire un travail autre que sa spécialité. Un chevauchement des fonctions et une pression se produisent pour combler un manque de personnel. Nous nous référons aux travaux de Lazarus et Folkman qui soulignent que : « *Le stress est une relation particulière entre la personne et l'environnement, relation qui est évaluée par l'individu comme excédant ses ressources et menaçant son bien-être* » (Servant, 2013). Sachant que la discordance entre les ressources disponibles ou insuffisantes et les obligations ou les contraintes au travail sont des déterminants majeurs du *burnout* au travail (Cherkaoui, Montargo, Peretti, & Yanat, 2012).

Le dysfonctionnement organisationnel dans le milieu psychiatrique peut se traduire par le manque de moyens, qui sont des causes de

stress et de difficultés au travail. Car, à contrario, le stress dans les pays industrialisés est généralement secondaire à la technologie nouvelle et elle est dite « *techno-stress* » (Légeron, 2008). Le manque de moyens est considéré parmi les difficultés que rencontre le praticien dans son activité, qui rend difficile l'actualisation de l'idéal de prise en charge du malade (Loriol, 2011). Un idéal professionnel entravé aboutit insidieusement à l'épuisement (Barbier, 2004).

CONCLUSION

L'épuisement professionnel n'est pas étranger au milieu psychiatrique. Il est défini et vécu par le professionnel de manière implicite et explicite, mais quelle que soit la forme d'expression, la souffrance existe chez ces professionnels et retentit inéluctablement sur la qualité du travail et les prestations fournies.

Ce travail, nous met devant le résultat que le milieu psychiatrique en lui-même est source d'épuisement professionnel révélant le caractère extrinsèque dans la survenue de ce mal-être. Et ce, de par l'organisation de travail dans la structure hospitalière, imposée par « l'autorité verticale » qui crée un état de stress permanent et une ségrégation du personnel, et le regard stigmatisant de la société vis-à-vis de la maladie mentale, du soignant et de l'institution psychiatrique. Le travail en milieu psychiatrique est un travail spécifique qui nécessite une charge physique et psychique permanente ce qui génère un surinvestissement, source d'épuisement professionnel. Il s'agit d'un travail imposé, non réfléchi et considéré comme un travail à haut risque.

Notre enquête au milieu psychiatrique nous a permis de répondre en partie aux questions de départ, et nous met devant de nouveaux questionnements sur l'existence d'autres déterminants intrinsèques ou extrinsèques au professionnel de soins psychiatriques, sur la présence de mécanismes et de conduites déployées par ce personnel pour y faire face.

BIBLIOGRAPHIE

- Augé, M. (1992). *Non-lieux. Introduction à une anthropologie de la surmodernité*. (L. Seuil, Ed.) Paris.
- Autissier, D., & Moutot, J.-M. (2013). *Méthode de conduite du changement* (3 ed.). Paris, France: DUNOD. Retrieved Jun 11, 2016
- Baggioa, S., Iglesias-Rutishauserb, K., & Sutter, P. (2014, February). Mesurer l'exposition au stress dans l'entreprise : le questionnaire des stressés organisationnels et sociaux. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*, 75(1), 34-42.
- Barbier, D. (2004). Le syndrome d'épuisement professionnel du soignant. *Presse Medicale* 2004, 33(06), 394-348.
- Becker, H. S. (2009). Préface. In D. Didier, G. Charles, & L. Découverte (Ed.), *Sociologie des groupes professionnels Acquis récents et nouveaux défis* (pp. 9-12).
- Benharrats , S. S. (2014). La phobie de la psychiatrie. *7ème congrès de la société franco-algérienne de psychiatrie (SFAP)*. EHU Oran.
- Benharrats, S. S. (2016). *L'épuisement professionnel du personnel soignant dans le milieu psychiatrique : Le cas de L'EHS de Sid Chamî d'Oran*. Mémoire de Master en Sociologie et Santé, Université d'Oran 2 - Mohamed Ben Ahmed, Oran.
- Benharrats, S. S. (2017). La maladie mentale : un croisement de regard entre la psychiatrie et la sociologie. *Colloque International : La jeune recherche en sciences sociales et humaines au Maghreb. Institutions et acteurs*. Oran: Centre de Recherche en Anthropologie Sociale et Culturelle.
- Bouffartigue, P. (2015). « Chantal Jaquet, Les Transclasses ou la non-reproduction, Paris, PUF, 2014, 238 p. ». *La nouvelle revue du travail*(7). Retrieved from <http://nrt.revues.org/2508>

- Bradley, H. B. (1969, July 1). Community-based Treatment for Young Adult Offenders. *Crime and Delinquency*, 15(03).
- CAIRN. (2010). À travers les revues. *Bulletin de psychologie*, 5(509), 379-387. doi:DOI 10.3917/bupsy.509.0379
- Carrier-Vernhet, A. (2012). *Implication organisationnelle et épuisement professionnel : une analyse par la théorie de la conservation des ressources*. Thèse de doctorat en sciences de la gestion , Université de Grenoble .
- Cartier, M. (2005). Perspectives sociologiques sur le travail dans les services : les apports de Hughes, Becker et Gold. *Le Mouvement Social*, 2(211), 37-49.
- Catanas, M. (2008, Décembre). La question du « sale boulot » à l'hôpital : petite sociologie de la délégation des actes dans les professions du soin. *Sociologie du travail*.
- Cathébras, P. (1991). Du « burn out » au « syndrome des yuppies » : deux avatars modernes de la fatigue. *Sciences sociales et santé*, 9(3), 64-94.
- Chapoulie, J.-M. (1984). Everett C. Hughes et le développement du travail de terrain en sociologie. *Revue française de sociologie*, 25(4), 582-608.
- Cherkaoui, W., Montargo, N., Peretti, J.-M., & Yanat, Z. (2012). Stress et épuisement prof dans un contexte de changement organisationnel : le cas de l'hôpital au Maroc. *Humanisme et Entreprise*, 310(5), 21-40. doi:10.3917/hume.310.0021
- Colleyn, J.-P., & Dozon, J.-P. (2008). Lieux et non-lieux de Marc Augé. *L'HOMME, L'anthropologue et le contemporain : autour de Marc Augé, 185-186*, 7-32. doi:10.4000/lhomme.24099
- De Gantes, E., Bellagamba, G., & Lehucher-Michel, M.-P. (2014). Analyse lexicale de la qualité de vie au travail des psychiatres à l'hôpital. *Santé Publique*, 26(6), 803-812.

- Delphine, C. (2006). *De l'émotionnel au relationnel De la dérouté au Burn-Out.*
- Demazière, D., & Gadéa, C. (2009). *Sociologie des groupes professionnels Acquis récents et nouveaux défis.* (L. Découverte, Ed.)
- Dervaux, A., & Lucet, C. (2015). Italie : Le risque de burn-out chez les jeunes professionnels en santé mentale. *Perspectives Psy*, 54(1), 73-75.
- Dubar, C. (1991). *La socialisation, construction des identités sociales et professionnelles.* Paris: Armand Colin.
- Esnard, C. C. (2014). Burnout en contexte professionnel soignant: la valorisation sociale des explications causales en termes d'effort. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 2(102), 233-258.
- Estryn-Behar, M., Braudo, M.-H., Fry, C., & Guetarni, K. (2011). Enquête comparative sur le syndrome d'épuisement professionnel chez les psychiatres et les autres spécialistes des hôpitaux publics en France (enquête SESMAT). *L'information psychiatrique*, 87(2), 95-117.
- Freudenberger, H. J. (1974, January). Staff Burn-Out. *Social Issues*, 30(01), 159-165.
- Gil-Mont, P. R. (2008). Magnitude of relationship between burnout and absenteeism : a. *Psychological Reports*, 102(2), 465-468.
- Goffman, E. (1975). *Stigmate : Les usages sociaux des handicaps.* Les Editions de Minuit.
- Goffman, E. (2002). *Asiles, études sur la condition sociale des malades mentaux.* Les éditions de minuit.
- Hebba, S. (2015). L'Algérie a perdu ses psychiatres au moment où elle en avait le plus besoin. *HUFFPOST Algeria*. Retrieved from http://www.huffpostmaghreb.com/2015/04/18/psychiatres-sante-mentale_n_7091644.html

- Ismain. (2016). Fuite de cerveaux : 10 psychiatres s'installent chaque année à l'étranger. *Réflexion*. Retrieved from http://www.reflexiondz.net/FUITE-DE-CERVEAUX-10-psychiatres-s-installent-chaque-annee-a-l-etranger_a43190.html
- Jaquet, C. (2014). *Les Transclasses ou la non-reproduction*. (PUF, Ed.) Paris.
- Lazarus, R. S. (1999). *Stress and Emotion: A New Synthesis*. Springer Publishing Company; 1 edition (May 4, 2006).
- Lebrun, J. P. (1993). *De la maladie médicale*. Bruxelles : De Boeck.
- Légeron, P. (2008). Le stress professionnel. *L'information psychiatrique*, 84(9), 809-820.
- Loriol, M. (2011). Sens et reconnaissance dans le travail. (H. a. ouverte, Ed.) *Traité de sociologie du travail*, 43-67.
- Lotarski, A. A. (2016). Agir en situation complexe Note de synthèse 1 - La conduite du changement. Université de Mons-Hainaut .
- Malakh-Pines, A., & Aronson, E. (1988). *Career burnout: causes and cures*. l'Université du Michigan: Free Press.
- Malasch, C. (1978, October). The Client Role in Staff Burn-Out. *Social Issues*, 34(04), 111-124. doi:10.1111/j.1540-4560.1978.tb00778.x
- Martineau-Arbes, A., Giné, M., Grosdemouge, P., & Bernad, R. (2014). *Le syndrome d'épuisement, une maladie professionnelle : étude pour la reconnaissance du syndrome d'épuisement professionnel au tableau des maladies professionnelles*. (J.-C. Delgènes, Ed.) Technologia. Retrieved from <http://www.technologia.fr>
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981, April). The measurement of experienced burnout. *Journal Of Organizational Behavior*, 02(02), 99-113. doi:10.1002/job.4030020205

- Mebtoul, M. (1999). La médecine face aux pouvoirs : L'exemple de l'Algérie. *Socio-anthropologie*(5). Retrieved from <http://socio-anthropologie.revues.org/56>
- Mebtoul, M. (2002). La profession médicale peut-elle se construire dans un espace banalisé et déprécié? *Santé Publique et Sciences Sociales*(8 et 9).
- Mebtoul, M. (Ed.). (2015). *Les soins de proximité en Algérie, A l'écoute des patients et des professionnels de la santé*. L'Harmattan- GRAS.
- Mebtoul, M. (2017, Juillet 23). Pour une médecine de famille en Algérie. *El Watan*.
- Rubbers, B. (2003). *Devenir médecin, en république démocratique du Congo : la trajectoire socioprofessionnelle des diplômés en médecines de l'université de Lubumbashi*. L'Harmattan.
- Servant, D. (2013). *Le stress au travail Prévention et prise en charge en thérapies comportementales et cognitives*. Elsevier Masson.
- Siegrist, J. (2011). Les risques psychosociaux Discussion. In L. R. santé (Ed.). Paris: Les Rencontres du Cnis Travail et santé .
- Spinoza, B. (1677). *Ethique. Quatrième partie : De la servitude humaine ou des forces des sentiments, proposition 7*.
- Wassenhove, W. V. (2014). Modèle de Karasek. *Dictionnaire des risques psychosociaux Le Seuil*, 170-174.
- Zawieja, P., & Guanieri, F. (2013). *Epuisement professionnel : Approche innovantes et pluridisciplinaires*. Armand Colin.