

Faculté de santé publique

La qualité de vie des étudiants en soins infirmiers généraux et le niveau de burn-out

Lien entre la qualité de vie des étudiants en soins infirmiers généraux durant leurs stages en milieu hospitalier et le niveau de burn-out.

Mémoire réalisé par
Carla Porcaro

Promoteur
Walter Hesbeen

Année académique 2022-2023
Master en sciences de la santé publique finalité gestion et management

La qualité de vie des étudiants en soins infirmiers généraux et le niveau de burn-out

Lien entre la qualité de vie des étudiants en soins infirmiers généraux durant leurs stages en milieu hospitalier et le niveau de burn-out.

Mémoire réalisé par **Carla Porcaro** en vue de l'obtention du *Master en sciences de la santé publique finalité gestion et management*.

Promoteur
Walter Hesbeen

Remerciements

Je tiens à exprimer mes sincères remerciements à mon promoteur, Monsieur Walter Hesbeen, pour son aide précieuse qui a permis l'élaboration de ce mémoire. Son engagement et ses conseils ont grandement enrichi mon travail de recherche.

Je remercie les professionnels de la santé qui, par leur discours d'une grande expertise, m'ont permis de développer une vision claire et approfondie du sujet de l'étude.

Merci également aux sept étudiants qui ont accepté de se confier à moi en m'accordant leur confiance.

Je mentionne ma reconnaissance envers mes parents, sans qui rien de tout cela n'aurait été possible. Leur soutien inconditionnel a contribué à la réalisation de tous mes projets entrepris jusqu'ici.

Le plagiat

« Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie.

Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux, ...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiantes en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain. »

Sommaire

1. Introduction	8
2. Littérature et cadre théorique	10
2.1 Définition et origine historique du terme burn-out	10
2.2 Physiologie du burn-out	14
2.3 Les types de burn-out	16
2.4 Caractéristiques du burn-out	18
2.5 Les signes du burn-out.....	20
2.6 Facteurs favorisant le burn-out	22
2.7 Modèle théorique du burn-out : modèle JD-R	28
2.8 Outils pour mesurer le burn-out	30
2.9 Prévenir, réduire et gérer le burn-out	33
2.10 Épidémiologie du burn-out	36
2.11 Professions favorisant le burn-out	38
2.12 Place des acteurs dans le burn-out	39
2.13 Stratégies de défense individuelle	42
2.14 Conséquences du burn-out	43
2.15 Le bien-être des étudiants infirmiers	44
2.16 Différence entre burn-out et autres syndromes	46
2.17 Responsabilité de la maltraitance dans le burn-out	49
2.18 Conclusion et préconisation du chapitre	51
3. Témoins privilégiés	52
3.1 Entretien des témoins privilégiés	52
3.2 Conclusion et préconisation du chapitre	56
4. Entretiens semi-dirigés.....	57
4.1 Choix de la méthode	57
4.2 Sélection des participants	58

4.3 Mode de collecte des données	60
4.4 Préparation des entretiens	61
4.5 Déroulement de l'entretien	62
4.6 Retranscription et analyse.....	62
4.7 Résultats	63
4.8 Discussion	81
4.9 Conclusion et préconisation du chapitre	84
5. Perspectives et limites.....	85
6. Conclusion générale	89
Bibliographie.....	91
Annexes : entretiens semi-directifs	95
I Entretien avec Houda	95
II. Entretien avec Lisa	98
III. Entretien avec Stéphanie	102
IV. Entretien mené auprès de Dorina	108
V. Entretien avec Mathilda	111
VI. Entretien avec Mégane.....	116
VII. Entretien avec Alexandre.....	119
VIII. Entretien avec la psychologue	124
IX. Entretien avec l'infirmière ICANE	126
X. Entretien avec l'infirmière référent étudiant	129
XI Entretien avec le professeur théorique et pratique	131

1. Introduction

En 2022, nulle profession n'est à l'abri de ce phénomène appelé burn-out. L'agriculteur, l'artisan, le cadre, l'employé ou encore l'ouvrier, tous sont susceptibles d'être touchés par ce syndrome dévastateur qui, malheureusement, ne cesse de croître depuis les années 1960.

Le burn-out est défini comme étant un trouble fonctionnel de l'activité cérébrale menant à un désengagement au travail. La dégradation de l'état physique, psychique, comportemental et émotionnel conduit l'individu à se détacher progressivement de sa profession. L'altération du rapport existant entre l'individu et son poste de travail provoque l'impossibilité pour celui-ci d'exécuter qualitativement les tâches qui lui sont demandées. Ce processus peut parfois évoluer vers un syndrome dépressif.

Bien que le burn-out suscite l'intérêt des experts et soulève de nombreux questionnements, celui-ci reste, dans la littérature, mal déterminé, car il est complexe d'en détecter les causes exactes. Néanmoins, de nombreux facteurs individuels, personnels, organisationnels ainsi que sociétaux accroissent le risque de développement du burn-out au sein de la population du domaine de la santé.

Étant infirmière et ayant passé quatre années de stage au sein de différents hôpitaux, j'ai pu observer l'avancée remarquable du nombre de victimes touchées par le burn-out. Cela fut déconcertant. De nombreux collègues étudiants mettaient un terme à leur stage, le constat était évident après discussion avec ces derniers : ils étaient épuisés professionnellement. Dès cet instant, mon intérêt pour le burn-out s'est manifesté, me conduisant à tenter d'en apprendre davantage au cours de la réalisation de ce mémoire universitaire.

Ce mémoire a pour objectif de comprendre le lien entre la qualité de vie des étudiants en soins infirmiers généraux durant leurs stages en milieu hospitalier et le niveau de burn-out. S'il existe une relation entre la qualité de vie vécue lors des stages et le burn-out professionnel, alors le sous-objectif serait de sonder les besoins de ces étudiants afin de pallier cette problématique.

Une question de recherche de ce type n'apportera pas une réponse claire et concise, cependant il a semblé utile de diviser ce mémoire en trois grandes méthodes qui permettront de rassembler les éléments importants de diverses ressources pertinentes à la formulation d'une réponse.

Dans un premier temps, nous tenterons d'en apprendre davantage sur notre sujet en nous intéressant à la littérature grâce à divers ouvrages. Ce chapitre nous permettra d'enrichir nos connaissances sur les différents pionniers tels que Bégoïn ayant travaillé sur la fatigue nerveuse des téléphonistes, mais aussi Claude Veil ayant développé les états d'épuisement, ou encore Freudenberger qui, dans les années 1970, a défini le terme de *burn out syndrome*, sans oublier Christina Maslach qui a analysé les trois continuums du burn-out, et bien d'autres.

Dans un second temps, nous interrogerons des témoins privilégiés afin d'affiner notre littérature. Cette base de témoins est constituée d'une infirmière référente étudiant exerçant à l'hôpital, d'une psychologue, d'une infirmière chargée de l'accueil des nouveaux engagés dans un établissement hospitalier, d'une professeure théorique enseignant en haute école dans le secteur des soins infirmiers et étant également professeure pratique encadrant les élèves sur leurs lieux de stage.

Finalement, nous réaliserons une étude qualitative incluant sept stagiaires étudiants infirmiers exerçant en milieu hospitalier. Dans un souci de cohérence maximale, notre récolte de données s'effectuera auprès de sept étudiants infirmiers étant en dernière année de formation afin de percevoir ou non un probable épuisement professionnel rendu possible suite à l'accumulation de nombreux lieux de stage durant quatre années. Plus l'expérience professionnelle des étudiants aura été longue, plus la formulation de réponses à notre question de recherche sera plausible.

Dans la conclusion, nous récapitulerons succinctement le déroulement de cette étude ainsi que les résultats obtenus. Ces résultats permettront d'aboutir à une discussion qui argumentera les possibles points à approfondir par mes futurs confrères et qui mentionnera les limites rencontrées dans ce travail.

2. Littérature et cadre théorique

L'utilisation de différents outils de recherche a permis d'accéder à une grande variété de sources pour la rédaction de ce chapitre : la plateforme Dial.mem, les moteurs de recherche spécialisés comme Google Scholar, les revues scientifiques, les ouvrages littéraires ainsi que la base de données nommée JBIevidence synthesis. En utilisant ces différentes ressources, il a été possible de rassembler des informations et des données pertinentes pour développer une argumentation et présenter des idées de manière cohérente et bien documentée.

2.1 Définition et origine historique du terme burn-out

Pour commencer, il semble pertinent de retracer l'origine du burn-out en passant par les différentes études et découvertes qui ont été réalisées il y a de cela quelques décennies. Ces multiples recherches et hypothèses ayant parcouru le temps ont permis d'enrichir nos savoirs et connaissances sur ce phénomène complexe en perpétuelle évolution. En référence à l'ouvrage de Christophe Dejour, les premières recherches visant l'épuisement au travail réalisées par Bégoïn et Le Guillant révèlent "la fatigue nerveuse" des téléphonistes au cours des années 1958 (également nommée neurasthénie).

En 1959, Claude Veil, psychiatre français et pionnier de la psychopathologie du travail, a mentionné dans son article *Les états d'épuisement* : « *L'état d'épuisement est le fruit de la rencontre d'un individu et d'une situation. L'un et l'autre sont complexes, et l'on doit se garder des simplifications abusives. Ce n'est pas simplement la faute à telle ou telle condition de milieu, pas plus que ce n'est la faute du sujet.* » (Olié, Légeron, 2016). Claude Veil associe le concept d'épuisement professionnel au fonctionnement d'une banque, tant qu'il y a des provisions, les chèques peuvent être distribués, peu importe la somme demandée. Lorsque le compte est à découvert, même la plus petite somme devient impossible à prendre. C'est pourquoi la banque se conduit comme l'épuisement, car il y a franchissement d'un seuil. L'être humain donne énormément d'énergie qu'il puise dans sa réserve, mais lorsqu'il arrive progressivement à saturation de cette réserve, la fatigue (le relevé de compte) l'avertit qu'à ce stade, le moindre effort qu'il fournira va le conduire à une désadaptation totale (la faillite).

Au cours des années 1970, le terme “burn-out” a fait son apparition. À cette époque, ce terme est dissocié des travaux scientifiques et il est qualifié comme étant une fatigue extrême liée au travail.

Freudenberger, psychanalyste allemand établi à New-York, décide, dans les années 1970, de publier un article portant sur la création du terme de “Burn Out Syndrome”. Ce concept décrit la perte d’enthousiasme de bénévoles aidant des personnes à lutter contre la consommation de drogues dures. Cette notion est définie comme étant l’état d’épuisement au travail, se caractérisant par une perte de motivation, une augmentation de la fatigue, des rhumes, des maux de tête et des insomnies, tout cela pouvant atteindre les bénévoles soignant au sein des “Free clinics” pour toxicomanes, qui font alors leur commencement aux États-Unis. Les troubles émotionnels et les symptômes physiques d’épuisement apparaissaient après environ une année d’activité.

Également appelé “fatigue de compassion”, en référence à Christophe Dejour, le burn-out se caractérise par cette appellation, car il fait référence à l’engagement professionnel des humanitaires et des professionnels des services d’urgence et de secours auprès des personnes souffrant de détresse psychologique ou d’état traumatique. Ces personnes constituent une population “difficile” à traiter puisque leur prise en charge requiert énormément de force mentale. Cet engagement professionnel étant l’élément clé de la performance du travailleur, il constitue également un facteur de risque principal, car c’est dans l’implication et la conscience professionnelle que réside la vulnérabilité.

Christina Maslach, psychologue américaine spécialisée dans différents domaines tels que l’épuisement, le stress au travail et l’individuation de l’influence sociale, examine, en 1980, l’épuisement en milieu professionnel. Selon elle, l’individu subissant des stress quotidiens qui persistent dans la durée va se voir confronter à un burn-out professionnel lorsque ces facteurs de stress s’accumuleront et conduiront à des symptômes psychologiques et physiologiques.

Toujours au cours des années 1980, Shirom et Melamed utilisent, pour décrire l’épuisement professionnel, la fatigue physique et la lassitude cognitive qui, de manière chronique, viennent épuiser les ressources énergétiques d’un individu.

Dans les années 1990, différents organismes internationaux, comme le Bureau International du Travail, remarquent que le stress professionnel a des conséquences sur la santé des travailleurs. L’entreprise joue un rôle important entre l’individu et son environnement de travail.

Dans cet environnement peuvent survenir : stress, harcèlement moral et burn-out, étant des facteurs qui peuvent conduire à des pathologies mentales s'ils ne sont pas traités rapidement.

En 1998, Wilmar Schaufeli et Dirk Enzmann proposent comme définition : « *Le burn-out est un état d'esprit négatif persistant lié au travail, chez des individus "normaux", qui est caractérisé par de l'épuisement, un sentiment d'inefficacité, une démotivation et des comportements dysfonctionnels au travail. Cet état d'esprit n'est souvent pas remarqué par le travailleur pendant un long moment. Il résulte d'une différence entre les intentions et la réalité du travail. Souvent, les travailleurs entretiennent cet état d'esprit par des stratégies d'adaptation.* » (Schaufeli&Enzmann 1998).

En 2008, d'après Christophe Dejour, Christian du Tertre affirme que les activités ne produisant pas d'objets visibles, notamment dans le domaine des soins de santé, provoquent un manque de reconnaissance auprès des professionnels, car l'efficacité de celles-ci est discrète et immatérielle.

« *Il n'existe pas encore de consensus au niveau de la définition du burnout.* » (Manzano- García & Ayala-Calvos, 2013).

La majorité des recherches analysent le burn-out selon deux, voire trois continuums :

- « *L'énergie : le continuum va de l'épuisement à la vigueur* » (Mäkigangas & Kinnunen, 2016) ;
- « *L'identification : le continuum va du cynisme à l'implication* » (Mäkigangas & Kinnunen, 2016) ;
- « *L'efficacité : le continuum va de l'inefficacité à l'efficacité* » (Maslach & Leiter, 2008).

Dans son avis n°9339 de septembre 2017, le Conseil Supérieur de la Santé compose sa propre définition en collaboration avec les autres instances actives dans le domaine, notamment le Service Public Fédéral Emploi, Travail et Concertation Sociale (SPF ETCS).

« Le burn-out est :

Un processus multifactoriel qui résulte de l'exposition prolongée (plus de 6 mois) en situation de travail à un stress persistant, à un manque de réciprocité entre l'investissement (exigences du travail, demandes) et ce qui est reçu en retour (ressources), ou un déséquilibre des attentes et la réalité du travail vécue, qui provoque un épuisement professionnel (à la fois émotionnel, physique et psychique): fatigue extrême que les temps de repos habituels ne suffisent plus à soulager et qui devient chronique, sentiment d'être totalement vidé de ses ressources. Cet épuisement peut aussi avoir un impact sur le contrôle de ses émotions (irritabilité, colère, pleurs ...) et de ses cognitions (attention, mémoire, concentration), et peut à son tour provoquer des changements dans les comportements et les attitudes :

→ Une distanciation mentale : la personne se détache et devient cynique. Il s'agirait en fait d'une mesure d'adaptation (inefficace) face aux exigences auxquelles la personne ne sait plus faire face : progressivement, elle se désengage de son travail, diminue son investissement et met son entourage à distance, voire développe des conceptions péjoratives à propos des personnes avec qui elle travaille ; mais cette distance forme alors elle-même un problème.

→ Ce qui résulte en un sentiment d'inefficacité professionnelle : diminution de l'accomplissement personnel au travail, dévalorisation de soi, la personne ne se sent plus efficace dans son travail.

Cet état d'esprit n'est par ailleurs souvent pas remarqué par le travailleur pendant un long moment. » (Conseil Supérieur de la Santé, 2017)

Selon la littérature, en 2022, une loi a été votée réprimant le harcèlement moral au travail. En 2008, l'ensemble des partenaires sociaux ont signé un Accord National Interprofessionnel (ANI) pour la prévention du stress au travail. Cet accord a pour objectif de promouvoir la prévention des risques psychosociaux (RPS) et de promouvoir la qualité de vie au travail.

En 2009, le Ministre du Travail a mis en place un plan d'urgence de prévention des risques psychosociaux (RPS). Ce plan avait pour objectif de sensibiliser les employeurs et les travailleurs aux risques psychosociaux liés au travail, de renforcer les moyens de prévention des RPS et de favoriser le dialogue social sur cette question.

Ces mesures visent à prévenir les risques psychosociaux tels que le stress et le harcèlement moral qui peuvent avoir des conséquences néfastes pour la santé mentale et physique des travailleurs, ainsi que pour la qualité du travail et la productivité.

2.2 Physiologie du burn-out

Après avoir défini et établi l'historique du syndrome étudié, il est indispensable d'orienter les recherches sur ce qui se produit réellement à l'intérieur du mécanisme psychique en réponse aux situations de stress.

D'après les différentes études de Campbell et Ehlert, le burn-out peut entraîner des modifications physiologiques dans le corps. En effet, le stress chronique qui caractérise le burn-out peut provoquer des dysfonctionnements dans le système nerveux autonome et endocrinien, ainsi que dans le système immunitaire¹.

Plus précisément, le stress chronique peut entraîner une dysrégulation du système hypothalamo-hypophyso-surrénalien qui se traduit par une augmentation de la production de cortisol, une hormone du stress, ainsi qu'une perturbation du rythme circadien. Le cortisol peut affecter négativement le métabolisme, la réponse immunitaire ainsi que la fonction cognitive.

Le stress chronique peut également altérer la fonction du système immunitaire, en particulier en réduisant la production de certaines cytokines et en augmentant la production d'autres cytokines pro-inflammatoires. Cela peut rendre l'individu plus vulnérable aux infections, ainsi qu'à des maladies inflammatoires chroniques telles que les maladies cardiovasculaires et auto-immunes.

Enfin, le stress chronique peut également provoquer des dommages oxydatifs et inflammatoires dans les cellules et les tissus, ce qui peut accélérer le vieillissement et augmenter le risque de maladies chroniques.

Les processus cognitifs traitent les informations à travers différents systèmes naturels tels que le cerveau ou des systèmes artificiels comme les neurones artificiels. Ceux-ci vont évaluer la situation stressante et s'y adapter en fonction de l'individu lui-même. Les réactions physiologiques, comportementales et émotionnelles vont se combiner à la réaction cognitive afin d'émettre une réponse efficace au stress de manière globale. D'un point de vue physiologique, les axes hypothalamo-hypophyso-thyroïdien et surrénalien ainsi que la libération d'hormones cataboliques et anaboliques sont principalement impliqués dans la réponse au stress.

¹ En référence à l'article intitulé *Acute psychosocial stress : Does the emotional stress response correspond with physiological responses ?* des auteurs Campbell et Elhert (2012). Consulté en ligne : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0306453011003659>.

Cette dissociation s'explique par les différences émotionnelles et psychologiques qui surviennent parmi chaque individu selon des critères tels que la personnalité ou l'expérience de vie. Cette diversité complique d'autant plus l'étude des résultats biologiques liés au stress psychosocial chronique étant donné la variabilité des réponses et des réactions au stress selon chaque individu. Les études scientifiques prouvent actuellement que l'exposition au stress est étroitement liée aux maladies cardio-vasculaires, c'est pourquoi bon nombre de chercheurs tentent d'identifier les éléments physiologiques pouvant être responsables du burn-out.

- **Fonction endocrinienne**

L'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien et le système nerveux autonome sont les deux éléments essentiels de la réponse de stress aiguë qui permettent la mobilisation d'une réponse adaptative réussie face à divers facteurs de stress. Le cortisol et le cortisol diurne sont les principaux éléments mis en éveil par le HPA lors d'un épuisement professionnel. Les études n'ont pas pu relever une différence significative entre le taux de cortisol chez les sujets souffrant de burn-out et les sujets témoins sains. Pourtant, lors d'une étude de Mommersteeg, il a été significativement prouvé que le matin, le taux de cortisol était plus faible chez les personnes atteintes d'épuisement professionnel en comparaison aux sujets témoins non touchés par le syndrome. Cette constatation fut de courte durée, car peu de temps après le réveil, le taux de cortisol entre les deux groupes étudiés retrouve une équivalence. L'écart du niveau de cortisol décelé dans cette étude peut être soumis à des biais comme une incohérence dans la prise de mesure du cortisol ou encore des facteurs de confusion qui ne peuvent pas systématiquement être contrôlés. Par exemple, la qualité et la quantité du sommeil sont des facteurs influençant le taux de cortisol, ces éléments n'ayant pas été pris en considération lors de l'étude précédente, ils constituent un biais. Il en est de même pour les recherches effectuées au niveau salivaire sur deux groupes comportant les mêmes caractéristiques citées ci-dessus, aucune différence significative n'a pu être établie².

- **Hormones anabolisantes**

Les recherches sur les hormones anabolisantes ayant des rôles protecteurs et régénérateurs ont été entreprises afin d'établir un lien biologique entre le stress et la maladie.

² En référence à l'article intitulé Réponses de l'axe HPA au défi psychologique reliant le stress et la maladie : Que savons-nous sur les sources de variabilité intra- et interindividuelle ? de Sandra Zänkert, Silja Bellingrath, Stefan Wüst, et Brigitte M. Kudielka (2019). Consulté en ligne : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0306453018306450>.

La DHEA (déhydroépiandrostérone) et sa forme sulfatée, la DHEA-S, sont des précurseurs d'androgènes qui sont sécrétés par le cortex surrénalien en réponse à l'acétylcholine, tout comme le cortisol. Des études ont montré que la DHEA et la DHEA-S ont des propriétés neuroprotectrices, antioxydantes, anti-inflammatoires et anti-glucocorticoïdes. Dans une situation stressante aiguë, le niveau de DHEA-S va systématiquement augmenter et jouer un rôle protecteur en bloquant l'action du cortisol. Multiples études comparant la DHEA-S chez les sujets sains et les sujets touchés par le burn-out ont été réalisées. Les résultats de celles-ci ne montrent pas une différence significative des niveaux de DHEA-S entre les deux groupes étudiés. Néanmoins, il a été relevé que, chez les personnes atteintes d'épuisement professionnel, les plus jeunes ont un niveau plus faible de DHEA-S que les personnes plus âgées.

- **Prolactine**

Les études réalisées sur cette hormone hypophysaire antérieure n'ont, dans un premier temps, révélé aucune différence sur le taux de prolactine présent chez les femmes atteintes du burn-out ainsi que chez les femmes dites saines. Malgré ce résultat direct, il a été démontré que certains facteurs de stress psychosociaux peuvent faire augmenter le niveau de prolactine. L'épuisement professionnel étant la conséquence d'un stress psychosocial à long terme, alors indirectement, nous pouvons conclure que le taux de prolactine peut être influencé en cas de burn-out.

2.3 Les types de burn-out

Il est primordial de s'intéresser aux différents types de burn-out qui se définissent par des caractéristiques précises. La pertinence de ce point est de comprendre comment catégoriser un individu victime de burn-out afin d'affiner l'aide qui lui sera apportée lors du diagnostic. Selon le modèle de Farber (2000), il existe trois sous-types du burn-out :

- **Le burn-out frénétique**

Le burn-out frénétique, également connu sous le nom de burn-out émotionnel, est caractérisé par une forte implication dans le travail et une tendance à s'impliquer émotionnellement dans son travail au point de ne pas pouvoir se détacher de celui-ci.

Les personnes atteintes de ce type de burn-out peuvent avoir des attentes irréalistes quant à leur capacité à accomplir leur travail et peuvent avoir une forte pression sur elles-mêmes pour atteindre des objectifs élevés. Cela peut entraîner une augmentation de la charge de travail, une diminution du temps de repos et de récupération, et une perte d'énergie et des ressources physiques et émotionnelles. Les symptômes du burn-out frénétique peuvent inclure une agitation accrue, une insomnie, une irritabilité, des sautes d'humeur, une faible estime de soi et une tendance à se blâmer pour les erreurs ou les échecs.

- **Le burn-out “underchallenged”**

L'enthousiasme du début pour les tâches effectuées dans le cadre du travail initial disparaît peu à peu pour laisser place à une certaine lassitude. L'individu sent que sa situation stagne, aucune opportunité ne s'offre à lui afin de s'élever au sein de la société. *« Cette dimension est influencée positivement par l'évitement cognitif, le désengagement dans les comportements et l'expression de ses émotions. »* (Montero-Marín & al, 2014)

- **Le burn-out “worn-out”**

La quantité de travail s'accumule, le travailleur ne parvient plus à gérer la pression quant à l'attente sur les résultats désirés. Celui-ci finit donc par décrocher progressivement, car il estime que le niveau de reconnaissance qui lui est accordé ne lui suffit plus. Le burn-out "worn-out" est souvent lié à une période prolongée de stress chronique qui peut être causée par des facteurs externes tels que des conflits persistants, des horaires de travail irréguliers, des tâches répétitives et monotones ou des pressions de la part des supérieurs. Les personnes atteintes de ce type de burn-out éprouvent un sentiment d'épuisement émotionnel et physique, de désillusion et de désespoir. Ils peuvent se sentir épuisés et incapables de faire face aux demandes de leur travail, ainsi qu'au reste de leur vie personnelle. Leur moral peut être très bas et ils peuvent se sentir déconnectés des autres, ce qui peut conduire à un isolement social. *« Le burnout « worn-out » est plus relié à l'identification excessive des événements négatifs. »* (Montero-Marín & al., 2016)

2.4 Caractéristiques du burn-out

Dans un second temps, il s'avère utile d'établir la provenance des principales dimensions du burn-out ainsi que de comprendre le sens de ses éléments majeurs.

Les premiers questionnaires d'auto-évaluation pour évaluer l'épuisement professionnel ont vu le jour grâce à deux psychologues sociaux : Christina Maslach et Ayala Pines. Leur travail empirique fut, dans un premier temps, retardé par les universités qui portaient un regard négatif envers ce syndrome jugé comme inexistant. Comme l'ont précisé Maslach et Jackson : *“Parce qu'il a un son accrocheur, l'épuisement professionnel est parfois immédiatement rejeté comme une mode ou un jargon pseudoscientifique qui est tout superficiel et sans substance.”*. Cette confusion conceptuelle concernant la nature du burn-out sera révolue lors de la création et de l'acceptation du Maslach Burn-out Inventory. (Hansez et al., 2019)

Christina Maslach a établi une échelle de mesure qu'elle a créée suite à des entretiens avec des personnes épuisées par le travail. Elle l'a utilisée auprès de personnes travaillant dans le secteur social, pénitencier, de la santé et de l'enseignement. Ce choix de terrain de recherche se justifie par les exigences émotionnelles élevées auxquelles ces secteurs sont censés faire face. Suite aux analyses statistiques des résultats, une seconde échelle a vu le jour (“Maslach, Burn-out Inventory”, MBI), plus affinée.

Grâce à l'élaboration de cette nouvelle échelle et les résultats qui ont pu être observés, trois dimensions, qui sont la référence pour une approche évaluative, ont été relevées par Maslach et Jackson pour définir le burn-out : un syndrome d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation (mise à distance, cynisme) et de réduction de l'accomplissement personnel (évaluation négative de soi-même).

Parmi ces trois dimensions, l'une d'entre elles serait plus prédominante, il s'agit de la dimension d'épuisement qui se caractérise par une fatigue chronique qui pourrait conduire à des troubles anxio-dépressifs.

- **L'épuisement émotionnel**

L'épuisement émotionnel est l'une des dimensions du burn-out qui se caractérise par une fatigue physique et psychologique qui s'accompagne d'un sentiment d'épuisement émotionnel et d'un manque d'énergie. Les personnes touchées par ce type d'épuisement peuvent avoir l'impression que leurs ressources émotionnelles sont épuisées et qu'elles ne peuvent plus faire face aux exigences de leur travail. Cela peut se traduire par une incapacité à établir des relations émotionnelles avec les autres, ou encore par un manque de motivation et une froideur émotionnelle.

« Dès les années quatre-vingt, Cherniss (1980) fut l'un des premiers à souligner la prévalence de l'épuisement émotionnel chez les travailleurs sociaux. Une étude portant sur 751 travailleurs sociaux a mis en évidence que 34 % de ces professionnels avaient connu un épisode de burnout marqué par l'épuisement émotionnel durant leur vie professionnelle. » (Siebert, 2006)

- **La dépersonnalisation**

La dépersonnalisation dans le contexte du burn-out est souvent caractérisée par un comportement distant et détaché de l'individu envers les autres, une attitude cynique, une perte d'empathie et un manque de considération pour les autres. L'individu peut avoir le sentiment que ses relations interpersonnelles sont superficielles et que les autres ne comprennent pas sa situation. Il peut également se sentir isolé et seul, car il a l'impression de ne plus faire partie de son environnement professionnel ou social. En somme, la dépersonnalisation se caractérise par un sentiment de distance et de désengagement envers les autres et envers son travail.

« La dépersonnalisation peut être également considérée comme une stratégie de coping évitant, où l'individu cherche à se détourner de la source d'un stress émotionnel, à court terme elle peut sembler profitable, mais à long terme elle agira sur l'épuisement émotionnel. » (Hazanov, Kaiser & With, 2014, p.306; Koleck, Bruchon-Schweitzer & Bourgeois, 2003)

- **Réduction de l'accomplissement personnel**

Il se traduit par le sentiment d'être dans l'échec personnel, ce qui se caractérise par un état dépressif qui comporte un sentiment d'inefficacité de la part de la personne. Celle-ci perd toute estime de soi et se met à douter d'elle-même, car elle ne trouve plus aucune satisfaction dans son travail.

L'individu culpabilise, car il se rend compte que la quantité de travail qu'il fournit n'est pas en équilibre avec la qualité des résultats qu'il obtient. Cela le pousse vers une démotivation sans fin parce que celui-ci tente de pallier cela en optant pour un rythme encore plus accéléré qui, malheureusement, accentue davantage l'absence d'efficacité. « *Le désengagement psychologique peut être appréhendé comme une stratégie de défense face à une situation perçue comme menaçante pour l'identité du sujet.* » (Crocker, Major et Steele, 1998)

2.5 Les signes du burn-out

Par ailleurs, il paraît intéressant de présenter les différents signes du burn-out qui ne sont pas similaires aux caractéristiques du syndrome. Ce point de différenciation nous fait remarquer que les signes permettent de conclure à l'existence du burn-out, alors que les caractéristiques permettent de distinguer le burn-out. Cette étape trouve son importance, car il est nécessaire de prendre en considération chaque élément pouvant être décelé chez un individu potentiellement victime du syndrome étudié.

En 1974, Freudenberger établit des signes physiques, comportementaux, affectifs et cognitifs ainsi que motivationnels. Néanmoins, selon lui, l'approche clinique aborderait des facteurs individuels sous-jacents au processus d'épuisement professionnel.

- **Manifestation de trois sentiments prédominants**

Attitude idéaliste

Le burn-out touche en grande partie des individus travaillant dans le secteur de la santé, cela implique que, parfois, les travailleurs ont ce désir de sauver l'autre, de vouloir le guérir, le soigner et lui épargner des souffrances. De ce fait, la personne émet beaucoup d'énergie et se crée beaucoup d'espoir pour pouvoir atteindre ces buts. Malheureusement, celle-ci se retrouve dans un sentiment de déception lorsqu'elle réalise que ses attentes surplombent la réalité. L'individu va donc idéaliser son travail et lui accorder une place qui ne va cesser de s'accroître, quitte à délaisser toute autre activité pouvant interférer à son ambition démesurée d'atteindre ses objectifs. C'est à ce moment-là que surgissent les sentiments de fatigue et la déperdition d'énergie.

Absence d'efficacité

Au départ, le travailleur ressent de l'enthousiasme envers son travail, il éprouve de l'excitation et se mobilise pour réaliser de manière efficace les tâches qui lui sont demandées. Avec le temps, cette activité sera dévalorisée, moins idéalisée et l'individu ne lui accordera plus autant de privilège. L'ambition et la motivation qui l'entraînaient pourtant de prime abord, vont se tarir peu à peu pour laisser place à certaines revendications telles que le revenu, les horaires, les primes, etc. Le sujet va noircir son travail, exprimer de la rancœur et se concentrer sur ce qui lui paraît être des inégalités à son égard à l'instar de ses tâches qui, elles, ne seront plus à la hauteur de ses attentes.

Sentiment de frustration

Ce sentiment provient du fait que l'individu pense ne pas recevoir la gratitude qu'il mérite en exécutant son travail, il désire plus de reconnaissance. La personne est frustrée, car elle n'est plus si certaine de ses choix, de la valeur, du sens qu'elle accordait au départ à son travail. La dimension relationnelle, aussi bien envers ses collègues que les autres personnes, est altérée et plonge le travailleur dans une solitude inquiétante qui le rend apathique, dépourvu de toute objectivité. Cette apathie l'empêche d'organiser son temps et ses priorités et alimente d'autant plus ce sentiment de frustration où il se sent inutile et inefficace au travail.

- **Manifestations comportementales**

D'abord, l'absentéisme, les retards et les interruptions fréquentes au travail vont s'accumuler. L'inefficacité au travail, due à la perte d'énergie physique et mentale, va progressivement conduire à une augmentation des erreurs ou à une incapacité de travailler et donc, à des congés répétés pour maladie.

L'hygiène de vie, quant à elle, est diminuée : augmentation de la consommation d'alcool, de tabac, de nourriture plus grasse et diminution de l'activité physique.

- **Manifestations sur la vie privée**

Cela peut entraîner une diminution de la qualité de vie familiale, car les individus peuvent se sentir épuisés et incapables de participer pleinement aux activités familiales ou de s'engager dans des interactions sociales positives avec leur famille. Ils peuvent également avoir du mal à maintenir un équilibre entre leur vie professionnelle et leur vie privée, ce qui peut entraîner des conflits familiaux ou une détérioration des relations de leur couple.

- **Manifestations psychosomatiques**

Une symptomatologie qui interpelle peut éveiller les soupçons quant à l'apparition d'un burn-out : fatigue, céphalées, insomnies, inappétence, troubles digestifs et intestinaux, troubles pseudo-grippaux, niveau de prolactine élevé chez les hommes, niveau de cortisol plus faible, niveau de DHEA-s plus faible.

De plus, des manifestations somatiques telles qu'une hyper-tension artérielle, des douleurs chroniques et un diabète sucré peuvent être décelées chez une personne atteinte de burn-out, aussi bien en tant que symptôme qu'en tant que complication. Ces signes peuvent provoquer des conduites d'automédications de la part des malades qui, pour retrouver toutes leurs capacités, consomment des psychostimulants et des anxiolytiques.

- **Manifestations psychologiques**

Les symptômes peuvent être multiples : sensibilité exagérée aux frustrations, dépression, irritabilité, culpabilisation, colère, négativisme, crise de larmes, désinvestissement émotionnel, cynisme, anxiété, hyperactivité, perte de mémoire à court et à long terme, etc.

2.6 Facteurs favorisant le burn-out

À travers ce point, l'objectif premier est de démontrer que de nombreux facteurs, tant bien externes qu'internes à l'individu, peuvent être déterminants dans l'apparition du burn-out. La découverte des aspects (sociétal, organisationnel, interpersonnel et individuel) indique l'influence de divers éléments induisant un déséquilibre - aussi bien mental que physique - précurseur du syndrome.

Cary Chermiss (1980a, 1980b) et Robert Golembiewski, ainsi que ses collègues (Golembiewski et al., 1986), ont mis en évidence l'environnement organisationnel qu'ils considéraient comme facteur de risque majeur dans le développement du burn-out.

- **Au niveau sociétal**

Apparition d'une culture narcissique

La culture narcissique peut jouer un rôle dans le développement du burn-out. En effet, dans une société où l'on valorise la performance individuelle, la réussite à tout prix et l'image de soi, il peut être difficile pour certains individus de reconnaître et de gérer leur propre vulnérabilité.

Ils peuvent se mettre une pression excessive pour répondre aux attentes de leur entourage ou pour maintenir une image idéalisée d'eux-mêmes, ce qui peut les amener à travailler sans relâche, à négliger leur santé mentale et physique et à ignorer les signes de stress et de surmenage.

Par ailleurs, la culture narcissique peut également influencer la manière dont les employeurs et les collègues interagissent avec les personnes en situation de burn-out. Dans une culture centrée sur la performance et l'image de soi, ces personnes peuvent être stigmatisées ou blâmées pour leur incapacité à suivre le rythme, ce qui peut aggraver leur situation et les isoler davantage.

Il est donc important de prendre en compte les facteurs culturels et sociétaux qui peuvent contribuer à la survenue du burn-out et de promouvoir des valeurs et des pratiques plus équilibrées qui prennent en compte la vulnérabilité et la santé mentale des individus.

Travail d'équipe

Le travail d'équipe peut jouer un rôle important dans la prévention et la gestion du burn-out. En effet, il peut permettre de partager la charge de travail, de bénéficier de la diversité des compétences et des expériences, de favoriser l'entraide et la coopération, et de développer un sentiment de soutien social au travail.

Cependant, si le travail d'équipe n'est pas bien géré, il peut également contribuer au burn-out. Par exemple, un manque de communication, de coopération ou de soutien entre les membres de l'équipe peut augmenter la charge de travail et le stress, et ainsi contribuer à l'isolement social. De plus, des conflits ou des relations de pouvoir dysfonctionnelles peuvent entraîner une détérioration de l'environnement de travail et affecter la santé mentale des travailleurs.

Il est donc important de développer des stratégies efficaces de travail d'équipe pour prévenir et gérer le burn-out. En voici quelques-unes : la communication ouverte, la collaboration, la résolution de conflits et le soutien social mutuel.

Évolution de la technologie

La technologie est pratique pour améliorer la qualité et l'accès à l'information. Même si celle-ci montre une évolution prometteuse dans le monde du travail grâce à son expansion à l'échelle mondiale, la technologie n'est pas uniquement positive.

Des situations imprévues surviennent et peuvent engendrer du stress (problème réseau, ordinateur, etc). La technologie peut jouer un rôle dans le développement du burn-out. D'une part, l'utilisation excessive des technologies de l'information et de la communication peut entraîner une surcharge de travail, une augmentation des attentes en matière de disponibilité et de productivité, et une diminution de la capacité à se déconnecter du travail. D'autre part, la technologie peut également entraîner une perte de contact humain et une diminution de la qualité de la communication, ce qui peut augmenter le stress et l'isolement social. Enfin, la technologie peut également contribuer à l'épuisement en créant des interruptions constantes, des distractions et une surcharge d'informations. Il est donc important de trouver un équilibre entre l'utilisation de la technologie et les besoins de l'individu en matière de bien-être et de santé mentale.

- **Au niveau organisationnel**

Demande quantitative

La surcharge de travail est souvent citée comme un facteur de risque pour le burn-out. Lorsqu'une personne doit faire face à une charge de travail excessive, elle peut se sentir débordée et incapable de faire face à toutes les tâches qui lui sont demandées. Cela peut entraîner une augmentation du stress et de l'anxiété, ainsi qu'un sentiment d'épuisement émotionnel. Si cette situation persiste, cela peut mener à une dépersonnalisation et à une réduction de l'accomplissement personnel, les deux autres dimensions du burn-out.

De plus, la surcharge de travail peut être liée à d'autres facteurs de risque pour le burn-out tels qu'un manque de contrôle sur les tâches à effectuer, un manque de soutien social ou une culture d'entreprise qui valorise le travail excessif et le perfectionnisme. Les technologies de communication peuvent également contribuer à la surcharge de travail en rendant le travail accessible à tout moment et en tout lieu, ce qui peut rendre difficile la séparation entre vie professionnelle et vie personnelle.

Demande qualitative

« L'augmentation des conflits de rôle (incompatibilité de la réalité d'un rôle par rapport aux attentes du travailleur) et l'ambiguïté de rôle (le manque de clarté dans les informations et les exigences d'un rôle) s'accompagnent d'un accroissement du burn-out. » (Ambrose, Rutherford, Sheperd & Tashchian, 2014, Jensen, 2016)

Le conflit de rôle est l'un des facteurs de risque de burn-out. Il peut survenir lorsque les attentes et les exigences du travail sont contradictoires ou incompatibles avec les valeurs, les croyances ou les compétences de l'individu. Par exemple, un travailleur peut être confronté à un conflit de rôle lorsqu'il est chargé de tâches qui ne correspondent pas à son domaine d'expertise ou à ses préférences personnelles, ou lorsqu'il doit concilier des responsabilités familiales et professionnelles incompatibles. Le conflit de rôle peut entraîner une perte de sens au travail, une confusion ou une incertitude quant à ce qui est attendu de l'individu, ce qui peut conduire à un épuisement émotionnel et à un désengagement professionnel.

Manque d'autonomie

L'individu se sent dévalorisé lorsque la charge de travail est à la hausse, mais que son pouvoir décisionnel n'évolue pas, alors que certaines de ses manœuvres pourraient rétablir l'une ou l'autre situation problématique.

Le manque d'autonomie peut également contribuer au développement du burn-out. Lorsque les employés n'ont pas suffisamment de latitude pour prendre des décisions ou pour contrôler leur propre travail, ils peuvent se sentir frustrés et démotivés. Cette situation peut également entraîner une surcharge de travail, une perte de sens du travail et une détérioration des relations interpersonnelles avec les collègues et les supérieurs hiérarchiques. Par conséquent, il est important pour les employeurs de fournir un niveau suffisant d'autonomie aux employés afin qu'ils puissent se sentir en contrôle de leur travail et de leur vie professionnelle.

Travail émotionnel

Il est important de prendre conscience de ses émotions, de les reconnaître et de les accepter plutôt que de les réprimer ou de les ignorer. En prenant conscience de ses émotions, nous pouvons mieux les gérer. La pleine conscience est une technique qui permet de se concentrer sur le moment présent, en étant attentif à ses pensées et à ses sensations corporelles. Cela peut aider à réduire le stress et l'anxiété. Développer des stratégies de coping efficaces, comme la méditation, l'exercice physique ou la relaxation, peut aider à gérer le stress et les émotions négatives. Il est également primordial de se fixer des limites claires en termes de travail et de temps personnel, afin de maintenir un équilibre sain entre ces derniers. De plus, il est nécessaire de demander de l'aide si le stress devient trop important. Cela peut inclure des collègues, des amis ou des professionnels de la santé mentale.

- **Au niveau interpersonnel**

Les collègues

La cohésion dans une équipe peut avoir un pouvoir protecteur contre l'apparition du burn-out. Les relations de soutien, la communication et l'entraide peuvent aider à réduire le stress et à augmenter le bien-être au travail. Les collègues peuvent également se soutenir mutuellement en partageant leurs expériences et en offrant des conseils et des astuces pour gérer les défis professionnels. Les managers peuvent encourager la cohésion d'équipe en organisant des événements sociaux, en favorisant la communication et en créant un environnement de travail collaboratif. En revanche, si une communication efficace n'est pas présente au sein de cette même équipe, alors la tendance se renversera et cette désunion favorisera le développement du burn-out auprès de certains membres.

Le leadership

Le leadership peut jouer un rôle crucial dans la prévention du burn-out. Les leaders peuvent être des modèles pour leur équipe, en montrant une attitude positive et en communiquant efficacement. Les leaders peuvent également aider à créer un environnement de travail positif en établissant des objectifs clairs et réalistes, en encourageant la collaboration et en reconnaissant les contributions des membres de l'équipe.

Un leader efficace peut également aider à réduire le stress en favorisant une culture du bien-être, en offrant des ressources de soutien pour la gestion du stress et en encourageant la prise de pauses régulières. Les leaders peuvent également offrir des opportunités de développement professionnel pour aider les membres de l'équipe à développer des compétences et à se sentir valorisés dans leur travail.

Cependant, un leadership inefficace peut également contribuer au burn-out. Un leader qui est désorganisé, qui ne communique pas efficacement, qui manque de clarté ou qui ne reconnaît pas les contributions de l'équipe peut créer un environnement de travail stressant et démotivant. Il est donc important que les leaders prennent en compte l'impact de leur comportement et travaillent à améliorer leur style de leadership pour favoriser le bien-être de leur équipe.

Les facteurs relatifs aux patients

Différents facteurs associés aux patients peuvent accroître le stress : type de problème du patient (sévérité de la maladie, etc.), classification de patients (handicapé, maternité, psychiatrie, etc.), agressions répétitives de la part des patients, attitude passive du patient, etc.

Le rôle du patient dans le burn-out peut être variable en fonction du contexte. Dans le cadre de professions liées à la santé ou au social, le patient peut être une source de stress et de surcharge de travail, ce qui peut contribuer au burn-out des professionnels. Par exemple, un professionnel de la santé peut se sentir submergé par le nombre de patients à traiter et par les demandes émotionnelles des patients, ce qui peut entraîner un épuisement émotionnel.

Cependant, dans d'autres contextes, le patient peut également jouer un rôle dans la prévention du burn-out des professionnels. Une relation de confiance et de respect entre le professionnel et le patient peut aider à réduire le stress et l'anxiété associés à la profession, ce qui peut diminuer le risque de burn-out. Le patient peut également offrir une source de satisfaction pour les professionnels, ce qui renforce leur motivation et leur engagement.

En fin de compte, la relation entre le patient et le professionnel peut avoir un impact significatif sur le bien-être professionnel, et il est important pour les professionnels de trouver un équilibre entre les exigences de la profession et les besoins des patients afin de prévenir le burn-out.

- **Au niveau individuel**

Les personnes empathiques, dévouées, sensibles, introverties, perfectionnistes, anxieuses, passionnées, obsessionnelles, spontanées, impliquées et avec une faible estime d'elles-mêmes, ont tendance à être touchées plus facilement par le burn-out.

Les personnes empathiques peuvent être particulièrement touchées par le burn-out, car elles ont tendance à ressentir les émotions des autres de manière plus intense et à s'investir émotionnellement dans leur travail. Cela peut entraîner une surcharge émotionnelle et une difficulté à se détacher du travail, même en dehors des heures dédiées à leur profession. Les personnes empathiques ont également tendance à prendre sur elles le stress et les problèmes des autres, ce qui peut entraîner une charge de travail et une pression supplémentaire.

2.7 Modèle théorique du burn-out : modèle JD-R

Le modèle vers lequel se dirige ce mémoire a été mis à jour en 2017 et vise à analyser les processus de la performance au travail à travers le burn-out et l'engagement au travail.

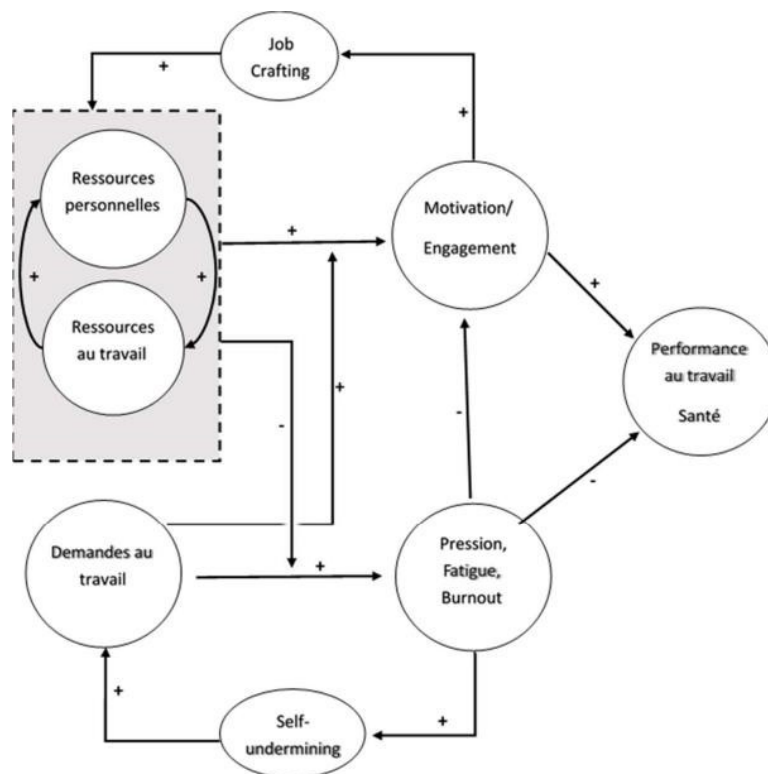
Le modèle théorique du burn-out JD-R (Job Demands-Resources) propose une approche intégrative pour comprendre les processus qui mènent au burn-out dans le milieu du travail. Ce modèle met en avant deux types de facteurs : les demandes liées au travail et les ressources disponibles.

Les demandes liées au travail comprennent des facteurs comme la charge de travail, la complexité des tâches, les conflits de rôle, l'ambiguïté du rôle et les exigences émotionnelles. Ces demandes peuvent entraîner une surcharge de travail, un manque de contrôle, un manque de soutien social et un manque de reconnaissance.

Les ressources disponibles, quant à elles, comprennent des facteurs tels que l'autonomie, le soutien social, la formation et le développement professionnel, la rétroaction et la reconnaissance. Ces ressources peuvent aider les travailleurs à faire face aux demandes de travail et à maintenir leur motivation, leur engagement et leur bien-être.

Le modèle JD-R suggère que les demandes liées au travail et les ressources disponibles peuvent interagir pour influencer les résultats liés au travail : le burn-out, l'absentéisme, la satisfaction au travail et la performance. Il met également en évidence l'importance de la perception de l'individu quant à ces demandes et ressources.

En somme, le modèle théorique JD-R met en avant l'importance de l'équilibre entre les demandes liées au travail et les ressources disponibles pour prévenir le burn-out et favoriser le bien-être et l'engagement au travail.



Modèle JD-R (traduit) de Bakker et Demerouti (2017)

« Le modèle JD-R de Schaufeli et Bakker (2004) postule l'existence de deux processus agissant en parallèle pour prédire les conséquences des conditions de travail sur la santé du travailleur (voir schéma 1). En premier lieu, le processus énergétique se centre sur les contraintes du travail qui vont amener le travailleur à dépenser de l'énergie et à s'épuiser. Ensuite, le processus motivationnel postule que les ressources du travailleur vont lui permettre de s'engager dans son travail » (Bakker & Demerouti, 2017).

Ce modèle permet de mettre en avant l'importance d'agir sur les contraintes que rencontrent les travailleurs et d'y apporter les ressources nécessaires pour pouvoir les rétablir.

Processus énergétique

Ce processus cible les demandes. Les demandes au travail sont définies comme « *les aspects physiques, psychologiques, sociaux et organisationnels du travail qui requièrent des efforts physiques et/ou psychologiques et sont donc associés à des coûts physiques et psychologiques.* » (Demerouti, Bakker, Nachreiner & Schaufeli, 2001, p.501).

Les demandes peuvent venir d'autrui ou être personnelles lorsqu'il s'agit d'une nécessité propre à l'individu. Celles-ci peuvent être perçues par le travailleur comme des obstacles ou des défis suivant les efforts demandés.

Processus motivationnel

Dans ce processus, les ressources se réfèrent « *aux aspects physiques, psychologiques, sociaux et organisationnels qui sont fonctionnels dans l'atteinte des objectifs, qui réduisent les demandes et les coûts physiologiques et psychologiques ou qui stimulent l'apprentissage, le développement et la croissance personnelle.* » (Bakker & Demerouti, 2007, p.312).

Le modèle propose deux types de ressources, les ressources personnelles ainsi que les ressources attachées au travail. Celles-ci influencent favorablement la performance du travailleur. Plus il y aura de ressources à utiliser pour faciliter la réponse à la demande, moins le travailleur sera susceptible d'être touché par le burn-out.

Interactions entre les deux processus

« *Malgré leur indépendance de base, les recherches montrent que les demandes et les ressources interagissent entre elles.* » (Bakker & Demerouti, 2017)

Lorsque les demandes (prioritairement celles qui sont vues comme des défis) sont en hausse, alors les ressources ont un impact plus conséquent sur l'engagement.

2.8 Outils pour mesurer le burn-out

Au cours de notre expérience professionnelle, notamment lors d'un stage en médecine du travail, nous avons pu découvrir l'existence de diverses échelles de diagnostic associées au burn-out syndrome. Intégrer ces échelles dans ce mémoire permet de réaliser que la simple apparition de signes ne peut être révélatrice d'un diagnostic, la mesure de ceux-ci est fortement recommandée.

- **Six-dimensionnel**

Burnout Assessment Tool (BAT)

Le Burnout Assessment Tool (BAT) est un questionnaire développé par des chercheurs de la KU Leuven en Belgique, pour évaluer le risque de burn-out chez les travailleurs. Il se compose de quinze questions réparties en six dimensions qui sont l'épuisement, la distance mentale, la déficience cognitive, la déficience émotionnelle, les plaintes psychiques et les plaintes psychosomatiques.

Les réponses sont notées sur une échelle de zéro à quatre, zéro signifiant "jamais" et quatre signifiant "toujours". Le score total est calculé en additionnant les scores pour chaque dimension, avec un score total plus élevé indiquant un risque plus élevé de burn-out.

Le BAT peut être utilisé par les travailleurs eux-mêmes ou par des professionnels de la santé pour évaluer le risque de burn-out et mettre en place des interventions préventives ou curatives. Cependant, il est important de noter que le BAT ne doit pas être utilisé comme un diagnostic formel de burn-out, mais plutôt comme un outil d'évaluation.

- **Tétradimensionnel**

Spanish burn-out inventory (SBI)

« Le SBI contient vingt items allant de zéro (jamais) à quatre (tous les jours) et comprend quatre sous- échelles (l'enthousiasme envers le travail, l'épuisement émotionnel, l'indolence et la culpabilité). » (Guidetti & al., 2017)

Le Spanish Burn-out Inventory (SBI) est un outil d'évaluation du burn-out développé par Manuel Fernández et ses collaborateurs, en Espagne, en 2010. Il se compose de vingt items évaluant trois dimensions du burn-out : épuisement émotionnel, déshumanisation et accomplissement personnel. Les répondants sont invités à évaluer leur degré d'accord avec chaque item sur une échelle de Likert à quatre points. Le SBI a été validé en espagnol et adapté dans d'autres langues, notamment en français et en portugais.

- **Tridimensionnel**

Le Maslach Burn-out Inventory

Le Maslach Burn-out Inventory (MBI) est un outil couramment utilisé pour mesurer le burn-out.

Il a été développé par Christina Maslach et Susan Jackson dans les années 1980. Il existe trois versions de l'inventaire en fonction du groupe professionnel ciblé : MBI-HSS (pour les professionnels de santé), MBI-ES (pour les enseignants) et MBI-GS (pour les professions sans interactions sociales). Les trois dimensions mesurées par le MBI sont l'épuisement émotionnel, le cynisme et le manque d'accomplissement personnel. Le MBI est considéré comme l'un des outils les plus fiables et valides pour mesurer le burn-out, mais il est important de noter qu'il ne doit pas être utilisé seul pour établir un diagnostic de burn-out, mais plutôt comme un outil de mesure des niveaux de stress professionnels.

- **Bidimensionnel**

L'Oldenburg Burnout Inventory

L'Oldenburg Burnout Inventory (OLBI) est un outil d'évaluation du burn-out qui a été développé en Allemagne par Demerouti et coll., en 2001. Il est utilisé pour évaluer à la fois l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation, qui sont deux des trois dimensions du syndrome de burn-out selon le modèle de Maslach. L'OLBI utilise une échelle de Likert pour évaluer la fréquence et la gravité de ces symptômes chez les travailleurs. Il peut être utilisé dans diverses professions et est souvent préféré au Maslach Burnout Inventory, car plus court et plus facile à administrer.

- **Unidimensionnel**

Le Shirom-Melamed Burnout Measure

« Le SMBM se centre uniquement sur l'épuisement en distinguant la fatigue physique, l'épuisement émotionnel et la lassitude cognitive. Le SMBM s'inscrit dans le prolongement de la théorie de la Conservation des Ressources. » (Reis & al., 2015)

Le Shirom-Melamed Burnout Measure (SMBM) est un outil de mesure qui se concentre principalement sur l'épuisement professionnel. Il permet de distinguer la fatigue physique, l'épuisement émotionnel et la lassitude cognitive. Cet outil a été développé par des chercheurs israéliens, Shirom et Melamed, dans les années 1990, et s'inspire de la théorie de la Conservation des Ressources qui considère que les individus ont des ressources limitées qu'ils doivent protéger pour prévenir le stress et l'épuisement professionnel. Le SMBM est un outil simple et rapide à administrer qui peut être utilisé dans différents contextes professionnels.

2.9 Prévenir, réduire et gérer le burn-out

« Dans l'Union européenne, 18% des travailleurs indiquent qu'ils sont continuellement sous pression, alors que 35% indiquent que cela se produit régulièrement (au moins 50% du temps). » (Paoli, 1997)

« Houtman et Kompier (1995) ont analysé les données de l'Enquête nationale sur le travail et la vie d'un échantillon national représentatif de la main-d'œuvre néerlandaise menée en 1977, 1983, 1986 et 1989 par le Bureau central des statistiques des Pays-Bas. Ces enquêtes ont montré que le pourcentage de travailleurs qui se sont plaints d'un rythme de travail excessif a régulièrement augmenté, passant de 38% en 1977 à 51% en 1989. Cela équivaut à une augmentation de 13% en 12 ans. » (Schaufeli & Enzmann, 1998)

Selon Cherniss (1980a), afin de prévenir l'apparition du burn-out, l'élément primaire est d'éviter la surcharge de travail. L'épuisement professionnel dans les services à la personne est causé par la surcharge de travail qui, dans un premier temps, débute par une simple augmentation de la charge de travail quantitative non modérée.

Intervention sur l'individu

- ✓ Formation en compétences socio-émotionnelles (comme la résolution de problèmes interpersonnels, la communication efficace, la gestion des émotions) pour aider à mieux gérer les relations avec les autres sur le lieu de travail ;
- ✓ Prise en charge psychologique individuelle pour aider la personne à comprendre ses émotions et ses pensées, et à élaborer des stratégies pour faire face aux situations difficiles ;
- ✓ Développement de l'estime de soi et de la confiance en soi ;
- ✓ Formation en gestion du stress et en techniques de relaxation (comme la méditation, la respiration profonde, le yoga) pour aider à réduire le niveau de stress ;
- ✓ Coaching pour aider la personne à clarifier ses objectifs et à élaborer un plan d'action pour les atteindre ;
- ✓ Encouragement de l'engagement dans des activités extraprofessionnelles qui peuvent aider à réduire le stress et à renforcer les relations sociales : bénévolat, activités de loisirs, sports, etc. ;
- ✓ Encouragement de l'adoption de modes de vie sains : alimentation équilibrée, sommeil suffisant et régulier, réduction de la consommation d'alcool et/ou de substances nocives, etc.

Il est important de noter que ces interventions doivent être personnalisées en fonction des besoins individuels de chaque personne et de la situation de travail spécifique.

Intervention sur l'organisation

Les interventions sur l'organisation constituent un élément clé pour prévenir et traiter le burn-out. Ces interventions peuvent inclure :

- ✓ L'amélioration des conditions de travail telles que la sécurité, la luminosité, l'insonorisation, la qualité de l'air, etc. ;
- ✓ L'inclusion des travailleurs dans les prises de décision, ce qui peut renforcer leur engagement et leur motivation envers leur travail ;
- ✓ L'amélioration du fonctionnement et de la gestion des équipes, notamment en favorisant une communication efficace et en clarifiant les rôles et les responsabilités de chacun ;
- ✓ La mise en place de systèmes de supervision et de soutien pour les travailleurs. Ceux-ci peuvent les aider à gérer leur charge de travail et à faire face aux pressions et aux défis du travail ;
- ✓ La rotation des activités et la formation en continu peuvent aider les travailleurs à acquérir de nouvelles compétences et à éviter la monotonie et la surcharge de travail ;
- ✓ La diminution de la charge de travail, par exemple par la délégation des tâches, le travail d'équipe, etc. ;
- ✓ L'augmentation des récompenses et des incitations pour les travailleurs telles que les salaires, les primes, les avantages sociaux, etc. ;
- ✓ L'amélioration de la communauté de travail en encourageant les interactions quotidiennes, les activités de groupe, les expressions de sentiments, etc. ;
- ✓ L'augmentation du nombre de travailleurs peut réduire la charge de travail individuelle et améliorer les conditions de travail pour tous.

Ces interventions peuvent être mises en place par les employeurs ou les responsables des ressources humaines.

Prise en charge

La prise en charge du burn-out peut varier en fonction de la sévérité des symptômes et des besoins individuels du patient. Cependant, une approche multidisciplinaire est souvent recommandée :

- ✓ L'éloignement du milieu de travail est souvent nécessaire pour permettre au patient de se reposer et de se ressourcer. Dans les cas graves, un arrêt de travail peut être prescrit pour permettre au patient de se rétablir complètement. Cependant, dans les cas moins sévères, des ajustements de travail tels que des horaires plus flexibles ou une réduction des responsabilités peuvent suffire ;
- ✓ Les antidépresseurs et les anxiolytiques peuvent être prescrits pour soulager les symptômes dépressifs et anxieux associés au burn-out. Cependant, ces médicaments ne sont généralement pas suffisants pour traiter le burn-out et doivent être utilisés en conjonction avec d'autres approches thérapeutiques ;
- ✓ La psychothérapie est une approche thérapeutique souvent utilisée pour traiter le burn-out. Les thérapies cognitives et comportementales peuvent aider le patient à changer ses pensées et ses comportements négatifs associés au travail, tandis que la thérapie interpersonnelle peut aider à améliorer les relations interpersonnelles et à renforcer les compétences en communication ;
- ✓ D'autres approches thérapeutiques comme la thérapie de groupe ou la thérapie créative, peuvent également être utiles pour aider le patient à traiter le burn-out. En fin de compte, le traitement doit être adapté aux besoins individuels du patient et peut nécessiter une approche multidisciplinaire pour être efficace.

Intervention en entreprise selon Christophe Dejour

La gestion du stress et le coaching peuvent aider à développer les compétences individuelles et à maintenir la performance des travailleurs en prévenant les décompensations psychiques telles que le burn-out. La gestion du stress peut aider les travailleurs à mieux faire face aux exigences du travail en leur apprenant à gérer leur temps, à établir des priorités et à utiliser des techniques de relaxation pour réduire leur stress. Les employeurs peuvent offrir des formations en gestion du stress à leurs employés pour les aider à acquérir ces compétences. Le coaching peut également être un outil efficace pour aider les travailleurs à améliorer leurs compétences professionnelles, à mieux communiquer avec leurs collègues et à gérer les conflits. Le coaching peut également aider les travailleurs à mieux comprendre leurs propres motivations et aspirations, ce qui peut les aider à éviter les situations de stress et à maintenir leur engagement et leur motivation. En encourageant la gestion du stress et le coaching, les employeurs peuvent non seulement aider à prévenir les décompensations psychiques comme le burn-out, mais également contribuer à maintenir la performance et la productivité des travailleurs en développant leurs compétences et en favorisant leur bien-être.

2.10 Épidémiologie du burn-out

Diverses études analysées en ayant parcouru la littérature ont suscité une attention particulière quant à l'efficacité de leur démarche ainsi que la pertinence de leurs résultats.

Une comparaison a été réalisée entre la Belgique, l'Allemagne et les Pays-Bas par Prins, en 1990. Cette étude comparative montre que le nombre de bénéficiaires de prestations d'invalidité a augmenté au sein des trois pays, mais que l'élévation la plus importante a été constatée au Pays-Bas. Toujours parmi ces trois pays, Prins a relevé que les troubles mentaux étaient le second groupe diagnostique majeur après les maladies musculo-squelettiques.

« Une enquête menée par la Commission européenne auprès de près de 16 000 travailleurs dans les 15 Etats membres de l'Union européenne a révélé que 29% considéraient que leur activité professionnelle affectait leur santé. » (Paoli, 1997)

En Belgique, en 2010, le SPF Emploi, Travail et Concertation Sociale soutient le développement d'une étude visant à objectiver le phénomène de burn-out et à en déterminer l'étendue en Belgique. Le milieu de la santé est un terrain favorable au développement du burn-out, c'est pour cela que Hansez, Mairiaux, Firket et Braeckman l'ont choisi pour établir une étude de prévalence du burn-out. L'enquête a duré 3 mois, elle s'est constituée en deux parties : d'une part le dénombrement des cas de burn-out rencontrés par les médecins généralistes, d'autre part ceux rencontrés par les médecins du travail. Les médecins participant à l'étude affirment une prévalence au burn-out de 0,8%, car ils déclarent 1089 cas de burn-out parmi les 135131 patients qu'ils ont rencontrés.

Les résultats des études fondées sur les auto-évaluations par les travailleurs montrent que le taux de burn-out atteint les 30 à 40%. Ce pourcentage est plus élevé que celui obtenu par l'étude présentée ci-dessus, car toutes les personnes souffrant de burn-out ne passent pas nécessairement par le système médical.

En Flandre, en 2014, « *une étude réalisée sur une population de médecins, de psychologues, de travailleurs sociaux et d'infirmières rapporte que 2% de la population présente un haut niveau pour tous les symptômes de burnout (épuisement, cynisme, manque d'accomplissement personnel). 38.9% des médecins, 13.8% des psychologues, 20.9% des travailleurs sociaux et 20.8% des infirmières ont un niveau d'épuisement élevé. 27.6% des médecins, 21.5% des infirmières, 16.4% des travailleurs sociaux et 11.6% des psychologues rapportent des niveaux élevés de dépersonnalisation. Enfin, 17.6% des infirmières, 14.9% des travailleurs sociaux, 9.6% des psychologues, 6.7% des médecins rapportent un faible niveau d'accomplissement personnel.* » (Eelen & al., 2014).

En Amérique et en Europe, en 2012, Aiken et al. mènent une étude sur le bien-être des travailleurs européens et américains et annoncent les pourcentages de prévalence du burn-out de différents pays pour le métier d'infirmier: « *Belgique (25%), Grèce (78%), l'Angleterre (42%), l'Irlande (41%), la Pologne (40%), les Etats-Unis (34%), l'Allemagne (30%), la Suède (29%), l'Espagne (29%), la Finlande (22%) et la Suisse (15%).* » (Hansez et al. 2019).

En Europe, en 2017, « *Banerjee et al. évaluent la prévalence du burn-out dans les services d'oncologie en Europe. Sur la Belgique, la France, le Luxembourg et les Pays-Bas, 32.3% des médecins en oncologie souffrent d'épuisement émotionnel, 36.6% de dépersonnalisation et 35.5% de manque d'accomplissement personnel.* » (Hansez et al. 2019).

Une étude réalisée auprès d'environ 750 psychologues a montré que 74% de ceux-ci ont indiqué être touchés par une "détresse personnelle" durant les trois dernières années. Parmi ce pourcentage, 37% pensaient que la qualité des soins administrés à leurs patients était diminuée par leur détresse (Guy et al., 1989).

« Sutherland et Cooper (1990) ont rapporté que le nombre de jours de travail perdus au Royaume-Uni pour des causes liées au stress a augmenté de manière significative entre 1982 et 1985. Sur les 32,8 millions de jours perdus en 1984-5, 5,53 millions (16%) étaient pour des raisons de santé mentale. Aux États-Unis, la Northwestern National Life Insurance Company (1991) a signalé qu'en 1991, 25% de leur échantillon souffraient de maladies liées au stress, comparativement à 13% en 1985. » (Schaufeli & Enzmann, 1998)

2.11 Professions favorisant le burn-out

Comme mentionné précédemment à travers l'étude des "Free clinics" réalisée en 1970, Freudenberger défend que les professions liées à la santé sont en lien avec le burn-out. Plus tard, les diverses recherches de Christina Maslach contrediront cette hypothèse en affirmant que multiples signes du burn-out précédemment détectés dans les professions liées à la santé sont rendus visibles également dans d'autres métiers. Le point commun qui réside entre chacune de ces professions est la relation d'aide que porte le professionnel aux individus. Elle en conclut donc que le burn-out peut être généralisable à bon nombre de profession. Progressivement, *« la tendance à associer le burn-out exclusivement aux professionnels des services à la personne s'affaiblit et le champ d'application s'élargit à d'autres domaines de professions. »* (Maslach et Leiter, 1997).

Vulnérabilités de ces divers métiers

Les facteurs de risque de burn-out sont souvent présents dans les métiers en contact direct avec les personnes : les professionnels de la santé, les travailleurs sociaux, les enseignants, les policiers, les pompiers, les travailleurs humanitaires, les avocats, etc. Ces métiers impliquent souvent une grande responsabilité sur le bien-être des individus, ainsi qu'une exposition à des situations de stress, de conflit et de souffrance psychologique chez les autres. De plus, les professionnels de ces métiers peuvent être confrontés à des risques d'agression physique et verbale par autrui, ce qui peut aggraver leur niveau de stress et de fatigue émotionnelle.

2.12 Place des acteurs dans le burn-out

« En raison de l'individualisation de la société, les communautés ont décliné et, avec elles, les systèmes de soutien informels. En conséquence, les demandes de services adressées aux institutions formelles de services sociaux qui avaient remplacés les anciennes structures informelles ont augmenté de façon spectaculaire, en particulier après la Seconde Guerre mondiale. » (Schaufeli & Enzmann, 1998)

Au cours du temps, divers acteurs se sont établis et jouent un rôle primaire dans le soutien aux personnes en détresse. Ensemble, ils contribuent à une tâche dite de prévention contre le burn-out.

Diversité des acteurs

En 2010, le premier ministre reçoit un rapport abordant le bien-être et l'efficacité au travail. Dans ce rapport sont mentionnées la position importante et l'influence majeure des managers dans l'apparition du burn-out. Plusieurs études affirment qu'un manager peut, à travers ses actions, ses attitudes et les mesures qu'il décide d'entreprendre, protéger les membres de son équipe contre l'apparition de ce syndrome. La promotion de la santé au travail est donc impérative auprès des managers.

« Le Bureau International du Travail estime que les effets négatifs du stress représentent entre 3 et 4 % du PIB des pays industrialisés. En Europe, le coût économique annuel du stress au travail dépasserait les 20 milliards d'euros. » (Olié & Légeron, 2016).

Médecin

Le rôle du médecin dans le burn-out est primordial, car c'est souvent lui qui est consulté en premier lieu, lorsqu'une personne présente des symptômes de burn-out. Le médecin doit être en mesure de diagnostiquer le burn-out et de proposer une prise en charge adaptée à la situation.

Il peut également jouer un rôle préventif en aidant les personnes à reconnaître les signes avant-coureurs du burn-out et en leur fournissant des outils pour gérer leur stress et leur charge de travail. Il peut également être amené à travailler en collaboration avec l'employeur pour mettre en place des mesures préventives sur le lieu de travail.

Dans le cadre de la prise en charge, le médecin peut prescrire un arrêt de travail, un traitement médicamenteux ou une thérapie, en fonction de la gravité du burn-out.

Il peut également orienter la personne vers un psychologue ou un psychiatre pour un suivi psychologique.

Enfin, le médecin peut jouer un rôle important dans la réintégration de la personne dans le monde professionnel en fournissant des conseils pour gérer le retour au travail et en travaillant avec l'employeur pour mettre en place des aménagements de poste, si nécessaire.

Syndicat

Selon Christophe Dejour, les partenaires sociaux se focalisent sur les problèmes de santé liés au travail, sur les débats relatifs à la souffrance et à la santé mentale des professionnels sur le terrain, mais également sur la responsabilité des accidents du travail (responsabilité du salarié et de l'employeur) et les maladies professionnelles.

Les syndicats peuvent jouer un rôle important dans la prévention et la gestion du burn-out en milieu professionnel. Ils peuvent notamment :

- ✓ Sensibiliser les employeurs aux risques de burn-out et à l'importance de mettre en place des mesures préventives ;
- ✓ Négocier des accords collectifs sur le travail et le bien-être des travailleurs, y compris des dispositions relatives à la prévention du burn-out ;
- ✓ Fournir des conseils et un soutien aux travailleurs confrontés au burn-out, notamment en matière de droits du travail, de réglementation du travail et de protection sociale ;
- ✓ Proposer des formations aux travailleurs et aux représentants des travailleurs sur la gestion du stress, la résilience et la prévention du burn-out ;
- ✓ Mener des enquêtes sur les risques psychosociaux dans les entreprises et aider les travailleurs à signaler les cas de burn-out ;
- ✓ Participer aux politiques publiques de prévention du burn-out, en travaillant en collaboration avec les employeurs, les autorités de réglementation et les organisations de santé.

Direction

Selon Christophe Dejour, l'enjeu central de la direction est la conception et l'entretien des lieux de discussion formels s'occupant de l'organisation du travail, mais également des lieux informels qui sont plus conviviaux malgré le fait qu'ils n'agissent pas bénéfiquement sur le maintien de la productivité.

La direction d'une entreprise ou d'une organisation a un rôle clé dans la prévention du burn-out. Elle doit mettre en place des politiques et des pratiques visant à réduire le stress au travail et à favoriser un environnement de travail sain et positif.

La direction peut également jouer un rôle important dans la détection précoce du burn-out en surveillant les signes avant-coureurs tels que l'absentéisme, la baisse de productivité et la détérioration de la qualité du travail. Elle peut encourager les employés à parler ouvertement de leurs préoccupations et à chercher de l'aide en cas de besoin.

Enfin, la direction doit s'engager à créer une culture organisationnelle positive qui valorise la santé mentale et le bien-être des employés. Cela implique d'adopter une approche proactive en matière de santé mentale au travail et de mettre en place des politiques et des pratiques qui favorisent un environnement de travail sain et positif pour tous les employés.

Inspecteur du travail

Selon Christophe Dejour, la mission de l'inspecteur est de s'assurer que les dispositions législatives et réglementaires relatives aux conditions de travail soient respectées et appliquées. Il veille également à la santé et à la sécurité des travailleurs sur leur lieu de travail.

L'inspecteur du travail joue un rôle important dans la prévention du burn-out. En effet, il peut intervenir en cas de signalement de situations de travail qui mettent en danger la santé physique et mentale des travailleurs, dont le burn-out. Il peut également mener des inspections pour s'assurer que les employeurs respectent les normes de santé et de sécurité au travail, y compris en matière de gestion du stress et de prévention du burn-out. En cas de constat de non-conformité, il peut imposer des sanctions et des mesures correctives. De plus, il peut sensibiliser les employeurs et les travailleurs aux risques psychosociaux et aux bonnes pratiques pour les prévenir. Enfin, il peut accompagner les travailleurs en difficulté vers les services de prévention et d'accompagnement adaptés.

Psychologue

Selon Christophe Dejour, le rôle du psychologue est d'observer les rapports entre le fonctionnement psychique individuel et les méthodes d'organisation sur le lieu de travail.

Le psychologue peut jouer un rôle important dans la prévention, le dépistage et le traitement du burn-out. Il peut accompagner les personnes en souffrance en leur apportant un soutien psychologique adapté à leur situation.

Dans un contexte professionnel, le psychologue peut intervenir pour analyser les facteurs de risque de burn-out et proposer des actions de prévention, comme la mise en place de formations pour améliorer les compétences en gestion du stress, la mise en place de temps de repos ou encore la réorganisation du travail.

En cas de suspicion de burn-out, le psychologue peut réaliser un bilan psychologique afin de poser un diagnostic précis et proposer des traitements adaptés. Il peut notamment utiliser des techniques de thérapie comportementale et cognitive, de relaxation ou encore d'expression des émotions pour aider la personne à surmonter sa situation.

Enfin, le psychologue peut travailler en collaboration avec les différents acteurs de l'entreprise (direction, ressources humaines, médecin du travail, etc.) pour proposer des solutions efficaces pour la prévention et le traitement du burn-out.

2.13 Stratégies de défense individuelle

Dans la stratégie de défense mentionnée par Christophe Dejour, un paradoxe survient : l'activité psychique stimulée par l'individu lui procure un sentiment d'évasion, car elle fait référence aux rêves ainsi qu'aux pensées personnelles. Cette activité est un moyen de motivation et de lutte contre la souffrance et la fatigue au travail. Paradoxalement, l'activité psychique exacerbe la souffrance et la fatigue, car ces moments d'égarement ralentissent la cadence du travailleur en diminuant sa productivité qui est pourtant soumise à la contrainte du temps. Ce phénomène conduit donc l'individu à entrer dans l'auto-accélération, c'est-à-dire qu'il s'empêche de penser pour tenir le rythme. Supprimer la pensée consiste à paralyser le fonctionnement psychique en accélérant la vitesse de répétition des gestes. Cette stratégie défensive est connue sous le nom de "répression pulsionnelle".

« Le processus de répression pulsionnelle serait d'abord le témoin de la fragilisation de l'appareil psychique et de l'appauvrissement subjectif pouvant se traduire par une 'vie opératoire'. » (P. Marty, M. Fain, 1963 ; C. Smadja, 2001 ; J. Press, 1995)

Selon Raymond Gueibe, le burn-out est souvent associé à une déshumanisation du patient par le soignant. Le patient est alors considéré comme un objet à traiter plutôt qu'une personne à soigner. Cette approche peut conduire à une détérioration de la qualité des soins, car le soignant peut être moins attentif aux besoins individuels du patient et moins empathique envers ses préoccupations. *“Une bonne journée est une journée avec X toilettes, X repas et X soins, point!”* (Gueibe, 2003)

2.14 Conséquences du burn-out

« La plupart des pays de l'Union européenne dépensent environ 10% de leur PNB pour les conséquences négatives du stress professionnel telles que l'absentéisme, les congés de maladie et l'invalidité, les réclamations. » (Schaufeli & Enzmann, 1998)

2010-2015 - Belgique

- ✓ Augmentation de 3,27% du taux d'absentéisme ;
- ✓ Augmentation de 7,23% de l'incapacité de plus de 28 jours ;
- ✓ Diminution de 3,14% des sorties d'incapacité de travail ;

Les problèmes psychologiques et les troubles musculo-squelettiques sont les principales raisons.

Comme dans d'autres pays, le burn-out a des conséquences importantes sur la santé et le bien-être des travailleurs, en Belgique. Selon une enquête menée, en 2022, par le prestataire de services RH Securex, 28,5% des travailleurs belges sont exposés à un risque de burn-out, soit une augmentation de 5% par rapport à l'année précédente.

“L'étude de Securex identifie cinq caractéristiques professionnelles cruciales qui expliquent 41% du risque de plaintes de burn-out. Quatre de ces déclencheurs se sont aggravés au cours des trois dernières années.

Par exemple, entre la période précédant la crise du Covid (enquêtes de 2018 et 2019) et l'automne 2021, le pourcentage de travailleurs ayant une charge émotionnelle au travail est passé de 32% à 40%, et ceux ayant une charge émotionnelle d'ordre privé de 31% à 38%.” (Mertens & De Vliegher, 2020).

Le burn-out a également un impact économique, avec une augmentation des absences liées à la santé, des coûts de santé et de sécurité au travail et une diminution de la productivité. Selon une étude de 2018 de la Fédération des Entreprises de Belgique (FEB), le coût annuel des absences liées au burn-out en Belgique était estimé à 1,6 milliard d'euros.

Au-delà des conséquences individuelles et économiques, le burn-out soulève également des questions de société plus larges sur les normes de travail, la culture de l'entreprise et la relation entre travail et bien-être. Il met en lumière la nécessité de promouvoir des environnements de travail sains, favorables à la santé mentale des travailleurs.

2.15 Le bien-être des étudiants infirmiers

Pour rappel, la question de recherche tente d'établir, tout au long de ce mémoire, le lien entre la qualité de vie des étudiants en soins infirmiers durant leur stage en milieu hospitalier et le niveau de burn-out professionnel chez ces derniers. Dès lors, nous savons que lorsque nous évoquons le terme “bien-être”, celui-ci fait écho à leur qualité de vie subie en stage. Les aspects clinique, scientifique et technique se présentent comme des éléments qui doivent être appris en toute bienveillance, en compagnie des professionnels présents sur le lieu de stage.

Pour commencer, comme le transmet Walter Hesbeen, ces stages donneront aux étudiants l'opportunité de s'identifier aux professionnels qu'ils désirent devenir ou, au contraire, repérer le type de soignant qu'ils ne veulent pas devenir, suite à de mauvaises expériences.

“Omerta sur l'hôpital, le livre noir des maltraitances faites aux étudiants en santé, met en lumière des pratiques qui peuvent être qualifiées d'incompatibles avec une atmosphère d'humanité ou une atmosphère soignante qui devrait imprégner tout lieu où des soins sont donnés à des êtres humains.” (Hesbeen, 2019)

Selon lui, lors de l'arrivée du stagiaire, divers éléments tels qu'un accueil de qualité, un accompagnement constructif et une évaluation pertinente doivent être mis à l'honneur afin de faire évoluer l'apprentissage de ces futurs professionnels de la santé.

Il précise, en faisant référence à Jean-François Malherbe, que bon nombre d'entre eux témoignent d'une réalité nettement différente. Un sentiment de tourment, de désillusion émerge dans l'esprit de ces stagiaires suite à des comportements à leur égard faisant appel à une violence dite "diabolique". À l'instar de la violence symbolique qui elle " *vise le bien de l'enfant ou de l'apprenant en vue de son autonomie et de sa socialisation* " (Hesbeen, 2019), la violence diabolique est malfaisante et peut être assimilée à de la maltraitance. Ce type de violence met en évidence la négligence et le bafouement qui sont exercés par les professionnels, entraînant donc un sentiment de fragilité et de vulnérabilités chez les stagiaires.

Néanmoins, monsieur Hesbeen dévoile que les professionnels révèlent que la qualité de l'encadrement qu'ils offrent aux stagiaires peut être influencée par des facteurs externes tels qu'un manque de volonté, de motivation de la part des apprenants, mais aussi des facteurs internes tels que la pénurie de personnel ou le manque d'organisation au sein du service.

“Le premier paradoxe concerne la notion même et le processus de formation. Rappelons que les études médicales et paramédicales ne consistent pas seulement dans l'acquisition de savoirs et compétences scientifiques, techniques et relationnelles, mais aussi dans une transformation de soi, un façonnement des manières de sentir, de penser, de parler et de se conduire de l'étudiant(e). Cette « éducation morale » peut être justifiée par la spécificité des métiers de médecin ou de soignant caractérisés par la confrontation à la souffrance humaine, physique, morale, sociale, par la nécessité d'y faire face en préservant ses capacités de raisonnement et d'action, par l'exigence scientifique et éthique que requiert la responsabilité de soigner. Or, ces témoignages montrent que cette transformation, au lieu d'être un processus de formation à l'esprit scientifique et aux valeurs du soin, se réduit parfois à un formatage à des valeurs et attitudes qui en diffèrent largement.” (Hesbeen, 2019)

Selon Walter Hesbeen, faisant référence à Céline Lefève, il subvient un paradoxe qui mérite réflexion. Comment l'humanité dont font preuve les professionnels de santé à l'égard d'une personne malade peut-elle se transformer en attitudes violentes face à des stagiaires en formation alors que ces derniers sont censés devenir des figures de bienveillance envers leurs futurs patients ?

Selon l'ouvrage *Bien traité les étudiants en santé* de Walter Hesbeen, cette bienveillance nous oblige à faire un lien avec la bientraitance qui, d'ordinaire, semble être une valeur incontestable pour chacun des soignants.

Hélas, cette bientraitance est parfois partiellement respectée, car elle ne se résume pas à la rigueur procédurale quant aux actes techniques administrés au patient en demande de soins de santé. D'autres éléments sont également nécessaires à la bientraitance des patients, des éléments intérieurement présents dans l'esprit du soignant tels que l'empathie, l'honnêteté, la considération, la discrétion, la sensibilité. C'est donc à travers l'intériorité des soignants que l'authenticité des éléments ci-dessus sera remarquée concrètement dans leurs pratiques quotidiennes et pas uniquement dans les actes techniques.

“L'intériorité, au contraire de l'extériorité et des comportements circonstanciels et superficiels qui la caractérisent, imprègne tous nos rapports humains, y compris ceux que l'on entretient avec les étudiants.” (Hesbeen, 2019)

Mentionnée dans l'ouvrage de Walter Hesbeen, cette phrase nous laisse penser que certes, ces critères internes sont, lorsqu'ils sont présents chez un soignant, fondamentaux pour assurer la bientraitance des patients. Toutefois, ils doivent l'être également pour assurer celle des étudiants. Selon Hesbeen, l'humanité et la considération dont font preuve les soignants lors de la prise en charge de leurs patients sont des valeurs parfois manquantes lorsqu'il s'agit de l'accueil et de la formation des étudiants. Pourtant, comme spécifié par Walter Hesbeen : *« Les étudiants, comme les malades ou les résidents, se montrent parfois dociles ou compliants, rebelles voire récalcitrants, portent intérêt à ce qui les concerne ou, à l'inverse, témoignent d'un troublant détachement. »* (Hesbeen, 2019). Dès lors, la bientraitance doit être égale dans tous les rapports humains, peu importe qu'elle soit utilisée pour soigner ou former un individu.

2.16 Différence entre burn-out et autres syndromes

Notamment expliqué par Brandi dans son mémoire édifié en 2020, bien que le stress et le burn-out soient liés, ils ne sont pas semblables. Le stress est une réponse naturelle de l'organisme face à une situation difficile ou exigeante. Le stress peut être positif lorsqu'il est de courte durée et qu'il motive une personne à agir, mais il peut aussi être négatif lorsqu'il persiste sur une longue période et qu'il devient chronique. Le stress chronique peut conduire à des problèmes de santé physique et mentale, ainsi qu'à une diminution de la performance au travail.

Le burn-out, quant à lui, est un état d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et de diminution de la réalisation de soi au travail.

Il se produit généralement après une période prolongée de stress chronique au travail, combinée à un manque de ressources et de soutien pour faire face aux demandes. Contrairement au stress, le burn-out n'est pas une réponse normale à des situations difficiles, mais plutôt un état pathologique.

Il est important pour les employeurs de reconnaître la différence entre le stress et le burn-out et de prendre des mesures pour prévenir les deux. Cela peut inclure des politiques de travail flexibles, des programmes de soutien aux employés, une communication ouverte, des opportunités de formation et de développement personnel, et une culture d'entreprise qui favorise la santé mentale et le bien-être.

Le diagnostic différentiel est un aspect important pour distinguer le burn-out du workaholisme. Le workaholisme est un comportement addictif caractérisé par une obsession pour le travail, une forte implication professionnelle et une incapacité à se détacher psychologiquement du travail, même en dehors des heures de travail.

Bien que les personnes souffrant de burn-out et de workaholisme puissent toutes deux éprouver des émotions négatives, la manifestation de ces émotions peut être différente. Comme nous l'avons souligné, dans le burn-out, les émotions négatives peuvent être faibles et conduire à la fatigue, la tristesse, la léthargie ou l'abattement, tandis que dans le workaholisme, les émotions peuvent être plus intenses, conduisant à l'irritation, la colère et l'agitation.

Il est important de distinguer le burn-out du workaholisme, car les deux conditions ont des causes et des traitements différents. Les personnes souffrant de workaholisme peuvent bénéficier d'une thérapie comportementale pour réduire leur obsession pour le travail, tandis que les personnes atteintes de burn-out peuvent avoir besoin d'une période de récupération et de soutien pour restaurer leur énergie, leur motivation et leur engagement au travail.

Il est important de différencier le burn-out d'autres syndromes tels que le bore-out et le burn-out parental, qui peuvent avoir des causes différentes.

Le bore-out est un syndrome qui se caractérise par l'ennui et la désillusion des salariés qui ne se sentent pas suffisamment stimulés dans leur travail et manquent d'activités à accomplir. Contrairement au burn-out qui est souvent causé par un surcroît de travail et une pression excessive, le bore-out est souvent associé à un manque de responsabilité et de défis professionnels.

Le burn-out parental, quant à lui, se produit chez les parents qui sont confrontés à un stress chronique lié à la charge émotionnelle et physique de prendre soin de leurs enfants. Les parents qui souffrent de burn-out parental peuvent ressentir des sentiments d'épuisement, de désespoir et de frustration.

Il est important de distinguer ces différents syndromes, car les causes et les traitements peuvent varier considérablement. Par exemple, pour prévenir le bore-out, il peut être nécessaire de fournir aux employés des tâches plus stimulantes et des opportunités de développement professionnel. Par contre, pour prévenir le burn-out parental, il peut être utile de fournir des ressources et un soutien adéquats pour aider les parents à faire face aux défis de la parentalité.

“À l'image d'une balance dont l'équilibre est rompu, la réaction de stress survient lorsqu'il y a un déséquilibre entre la perception qu'une personne a des contraintes que lui impose son environnement et la perception qu'elle a de ses propres ressources pour y faire face. Bien que le processus d'évaluation des contraintes et des ressources soit d'ordre psychologique, les effets du stress ne sont pas uniquement de nature psychologique. Il affecte aussi la santé physique, le bien-être et la productivité de la personne qui y est soumise.” (Grebott, 2008)

Selon Elisabeth Grebott, le syndrome général d'adaptation, développé par le chercheur canadien Hans Selye, décrit la réponse de l'organisme face au stress. D'après Selye, cette réponse se décompose en trois phases successives :

- **La phase d'alarme** : lorsque l'organisme est confronté à un stress. Cette phase est caractérisée par une augmentation rapide des fonctions corporelles, comme la fréquence cardiaque et la tension artérielle, en préparation à la lutte ou à la fuite.
- **La phase de résistance** : si le stress persiste, l'organisme passe à la phase de résistance. Pendant cette phase, le corps tente de s'adapter au stress en développant des mécanismes de défense et de résilience. Les fonctions corporelles qui avaient augmenté lors de la phase d'alarme commencent à se normaliser.
- **La phase d'épuisement** : si le stress persiste trop longtemps, l'organisme finit par épuiser ses réserves d'énergie et de défense, entraînant la phase d'épuisement. Les fonctions corporelles commencent à se dégrader et des symptômes tels que la fatigue, l'insomnie, la dépression et la maladie peuvent apparaître.

En similarité avec Brandi, Grebot explique que le stress peut être qualifié de « bon » ou de « mauvais » en fonction de son impact sur la santé et le bien-être d'une personne. Le bon stress est un stress positif qui peut aider une personne à être plus productive et à surmonter des défis. Il peut également aider une personne à s'adapter à de nouvelles situations et à apprendre de nouvelles compétences. Le mauvais stress est un stress négatif qui peut causer des dommages physiques et psychologiques importants, il peut résulter d'une situation de travail difficile, d'une relation personnelle tendue, d'une maladie ou de tout autre événement difficile à gérer.

2.17 Responsabilité de la maltraitance dans le burn-out

Le livre *Omerta à l'hôpital : le livre noir des maltraitances faites aux étudiants en santé* de Valérie Auslender (2018) est une enquête sur les violences et maltraitances subies par les étudiants en santé dans les hôpitaux. Le livre révèle des pratiques dégradantes et humiliantes, des cas de harcèlement, de discrimination et de violence physique et psychologique.

Parmi les témoignages, on peut citer des pratiques d'hôpitaux consistant à envoyer les étudiants en stage, sans encadrement, sans information sur les conditions de travail et les risques encourus, avec des tâches très lourdes à réaliser. Certains étudiants ont été témoins ou victimes de maltraitances physiques et verbales, de pressions psychologiques, de harcèlement moral et sexuel.

Ces maltraitances ont pu être multiples et variées. *“Du sang sur mon visage”* (Auslender, 2018) faisant référence à des compresses de sang lancées par un médecin sur une étudiante en médecine ; des patients lavés à l'eau de Cologne et sans eau ; *“De toute façon, tu es tellement conne, débile, sale et tu n'as aucune conscience professionnelle, que tu ne seras jamais infirmière.”* (Auslender, 2018); des complots entre soignants où ceux-ci détiennent des feuilles chiffant des scores dénombrant le nombre d'étudiants qu'ils réussissent à faire craquer, *“Il y avait deux portes pour rentrer dans le poste de soins, je ne devais utiliser que la porte de droite et pas celle de gauche, c'était un jeu pour eux.”* (Auslender, 2018) ; *“Le directeur m'a dit que je ne serais jamais diplômée en évoquant mon physique et ma façon de m'habiller.”* (Auslender, 2018) ; *“Quoi ? Tu veux devenir la prostituée version non grossière du chirurgien ?”* (Auslender, 2018); une équipe faisant croire à une étudiante que celle-ci sentait mauvais en dessous des bras en lui rappelant ceci tous les jours; *« Il m'a demandé un jour si je jouissais ou si j'étais silencieuse, mais que cela pouvait toujours s'arranger la bouche pleine. »* (Auslender, 2018).

Le livre souligne également le manque d'écoute et de soutien des responsables hiérarchiques et des enseignants. L'autrice appelle à une prise de conscience collective des conditions de travail des étudiants en santé, à une meilleure formation et à un meilleur encadrement des stagiaires, ainsi qu'à une culture de respect et d'écoute au sein des hôpitaux. Cet ensemble de mesures permettrait un apprentissage de qualité dans des lieux sains.

L'ouvrage a suscité une grande réaction et a mis en lumière les problèmes de maltraitance et de souffrance au travail dans le secteur de la santé. Il a également encouragé les victimes à témoigner et à dénoncer les comportements inappropriés, malgré tout avec la crainte, parfois, de perdre leur anonymat de peur d'être reconnus à travers certains détails dévoilés.

Le témoignage de l'autrice, notamment en référence au suicide de son compagnon, permet de mieux comprendre les enjeux complexes de la santé, mais également de réfléchir à l'importance de l'éthique et de l'empathie dans le milieu médical.

“Dans son travail de pionnier en Suède dans les années 1980, Heinz Leymann, un psychologue, a été le premier à utiliser le terme mobbing en ce qui concerne les comportements humains.”
(Purpora et al., 2019)

Le mobbing peut avoir un impact négatif sur la santé mentale et physique des individus ciblés, ainsi que sur leur performance au travail. Il peut également avoir des conséquences négatives sur l'ensemble de l'organisation, notamment une baisse de la productivité de la part de l'équipe et une augmentation de l'absentéisme. Il s'agit d'un comportement de harcèlement qui peut être exercé par un individu ou un groupe de personnes à l'encontre d'une personne spécifique. Les actions hostiles et répétitives peuvent inclure la critique, l'humiliation ou encore la diffamation et la dégradation des conditions de travail. Ces actions doivent être présentes sur une durée de minimum six mois pour pouvoir parler de mobbing.

Le NAQ-R (Negative Acts Questionnaire - Revised) est un questionnaire développé dans les années 1994 par Einarsen. Il paraît utile de mentionner l'existence de cet outil dans ce mémoire, car sa pertinence repose sur 22 items qui s'établissent avec trois sous-échelles : *“Harcèlement lié au travail, intimidation liée à la personne, intimidation physique.”* (Purpora et al., 2019) Celles-ci sont souvent utilisées pour évaluer la présence et la fréquence des comportements de harcèlement et de violence psychologique en milieu de travail.

Les interviewés doivent indiquer la fréquence à laquelle ils ont été exposés à ces comportements au cours des six derniers mois, sur une échelle de un (jamais) à cinq (quotidiennement).

La maltraitance peut s'appliquer aux soignants comme aux patients, comme l'explique Raymond Gueib. Il est vrai que notre société a établi des règles de conduite pour régir la nudité dans les hôpitaux, mais il est important de reconnaître que ces règles sont souvent dictées par nos apprentissages scolaires ou professionnels plutôt que par des préoccupations médicales ou éthiques.

En ce qui concerne la communication avec les patients relative aux soins, il est important que les soignants communiquent clairement et avec empathie, en expliquant les procédures médicales et en informant les patients de ce qui va se passer. Il est également important que les soignants respectent la dignité et l'intimité des patients pendant les soins, en prenant des mesures pour réduire au minimum les situations de nudité forcée ou de violation de l'intimité.

En fin de compte, il est essentiel de trouver un équilibre entre la nécessité de prodiguer des soins médicaux efficaces et la nécessité de respecter la dignité et l'intimité des patients. Cela peut être réalisé en adoptant une approche centrée sur le patient dans laquelle les soins sont adaptés aux besoins individuels et aux préférences du patient.

2.18 Conclusion et préconisation du chapitre

En effet, le burn-out est un phénomène complexe qui résulte d'une interaction entre facteurs personnels, organisationnels et sociétaux. Les facteurs personnels peuvent inclure des traits de personnalité, des comportements et des modes de pensée qui peuvent rendre une personne plus vulnérable au stress et à l'épuisement. Les facteurs organisationnels peuvent inclure une charge de travail excessive, un manque de soutien et de ressources, des conflits de rôles, une absence de reconnaissance ou de récompense, un manque d'autonomie et de participation à la prise de décisions, et un manque de soutien social au travail. Les facteurs sociétaux peuvent inclure des pressions économiques et sociales, une concurrence accrue, un changement rapide et constant, une diminution de la sécurité de l'emploi et une augmentation de l'incertitude.

Cependant, il est important de noter que la façon dont ces facteurs interagissent pour causer le burn-out peut varier considérablement d'une personne à l'autre et même d'une culture à l'autre. Par conséquent, il est essentiel de mener davantage de recherches pour mieux comprendre la nature complexe du burn-out et les interactions entre les différents facteurs.

En outre, il est important de souligner que le burn-out n'est pas seulement un problème individuel. Au niveau organisationnel, les organismes peuvent prendre des mesures pour prévenir le burn-out en offrant des ressources pour aider les employés à gérer le stress, en encourageant un équilibre entre vie professionnelle et vie privée, en favorisant une culture de soutien et de reconnaissance, et en offrant des opportunités de développement personnel et professionnel. Au niveau sociétal, il peut être important de considérer des changements dans les politiques de travail et les normes culturelles pour soutenir une approche plus équilibrée de la vie professionnelle et personnelle.

3. Témoins privilégiés

Certains concepts ne sont pas facilement compréhensibles ou ne sont pas bien documentés dans la littérature, en particulier lorsqu'il s'agit de domaines complexes comme la santé mentale. Dans cette situation, il m'a été utile de rechercher des experts dans le domaine et de recueillir leurs opinions et leurs perspectives par le biais d'entretiens individuels non-directifs visant à enrichir le cadre théorique. Pour cela, j'ai été à la rencontre de quatre types de professionnel : une infirmière référente étudiant, une psychologue, une professeure théorique et pratique et enfin, une infirmière ICANE.

3.1 Entretien des témoins privilégiés

Les témoins interrogés sont :

- Une infirmière référente étudiant et travaillant dans l'un des services de l'hôpital civil Marie Curie.

Le rôle de la référente étudiant est d'assurer l'intégration de l'étudiant au sein de l'équipe, de répondre aux éventuelles questions qui peuvent surgir tout au long du stage, d'assurer l'apprentissage du métier tant bien par elle-même que par les autres membres de l'équipe et également d'établir une évaluation finale qui sera rendue au stagiaire lors de son dernier jour de stage. Néanmoins, celle-ci mentionne la difficulté de réaliser ces tâches efficacement étant donné la pénurie de personnel grandissante. « *Parfois, j'ai moi-même l'impression que mes étudiants sont exploités, car ils doivent faire les toilettes à la chaîne et puis seulement mes collègues et moi regardons à leur apprendre des soins plus intéressants, mais hélas en gardant une rapidité qui n'est, pour moi, pas géniale pour apprendre un métier.* », explique

l'infirmière référente. Celle-ci qualifie les stagiaires comme de la main d'œuvre facile et admet le manque de reconnaissance à leur égard parfois reconnu par certains collègues. « *Je pense que le burn-out vient du fait que gérer les stages et l'école c'est déjà compliqué, mais alors devoir se lever le matin pour aller dans un stage où nous n'apprenons pas grand-chose et ne pas pouvoir réaliser des prises en charge complètes comme nous l'apprenons en cours, c'est vraiment démotivant.* », raconte encore l'infirmière référente.

- Une infirmière chargée de l'accueil des nouveaux engagés (ICANE) travaillant à l'hôpital civil Marie Curie.

Le rôle de l'ICANE est d'assurer l'intégration des nouveaux engagés et des étudiants travaillant au sein de l'établissement. « *La problématique du burn-out des étudiants pour nous, elle est encore un peu méconnue* », explique l'infirmière ICANE. Celle-ci mentionne donc une absence de connaissance d'un probable burn-out touchant les étudiants en soins infirmiers, une absence qui, selon elle, peut se justifier par le fait que les étudiants ont tendance à se confier au sein de leur établissement scolaire au détriment des hôpitaux. L'infirmière relève donc un manque de communication entre les établissements scolaires et hospitaliers concernant les raisons d'éventuels abandons de stage. « *On est conscients qu'il y a un problème, qu'il y a un mal-être des étudiants.* », raconte-t-elle.

Selon elle, ce mal-être est notamment dû au changement de génération, une nouvelle génération auprès de qui la charge de travail demandée paraît beaucoup trop lourde, une charge qui selon elle, était mieux acceptée par les anciennes générations. Un mal-être pouvant également être dû « *(...) aux rapports des stages et aux cours théoriques qui font que le rythme de travail est énorme pour eux* », relate l'infirmière ICANE. Selon elle, la dévalorisation et la déconsidération des étudiants sont causées par le mal-être des équipes soignantes. Une exploitation de l'étudiant est également nommée durant l'entrevue et se justifie par une charge de travail trop élevée provoquant donc une fatigue générale pour les étudiants, comme pour les soignants. Le manque d'encadrement est signalé et tente d'être résolu par la mise en place de grilles d'évaluation devant être remplies par l'étudiant et le soignant afin de servir de feedback en vue d'une évolution de l'étudiant. La communication semble primordiale pour l'infirmière afin de conseiller, de rétablir les éventuelles erreurs, de réduire la culpabilité ou encore d'offrir une reconnaissance aux étudiants à travers une simple discussion. « *On essaie d'aller à la rencontre des étudiants.* », explicite-t-elle.

Celle-ci se rend auprès des étudiant de première année afin d'effectuer une préparation à la mise sur le terrain. Ses coordonnées sont disponibles sur les différentes plateformes scolaires ou hospitalières, une personne est continuellement disponible sur place pour être à l'écoute. Elle raconte : « *Malgré tout, je dois dire qu'un étudiant qui vient s'adresser à moi me disant qu'il ne va pas bien, ça n'est jamais arrivé* ». Néanmoins, dans ce cas, l'école sera avertie afin d'établir un suivi psychologique. « *Le mieux serait que l'école investisse auprès de ses propres étudiants pour savoir leur vécu pour ensuite nous le relayer. Il faut mettre dans les écoles des séances de débriefing post-stage* », réitère l'infirmière ICANE.

- Une professeure théorique et pratique (diplômée d'un bachelier en soins infirmiers et d'un Master en santé publique) enseignant dans un établissement d'enseignement supérieur HEPH-Condorcet Département de la santé publique et Département des sciences de la motricité.

Le rôle de l'enseignante est non seulement d'instruire les élèves d'un point de vue théorique, mais également d'établir avec eux des débriefings post-stage. « *À chaque retour de stage, j'aime bien avoir l'avis des étudiants, cette fois-ci, il a été vraiment mitigé voir même très négatif* », raconte la professeure. Cette négativité, selon les dires de ses étudiants, vient d'un mauvais accueil et d'un manque de considération à leur égard. L'enseignante révèle, de la part des étudiants, un sentiment de mise en danger, notamment du fait de la responsabilité qui leur est attribuée, car ceux-ci doivent se débrouiller seuls. Une charge de travail désignée comme épouvantable par les étudiants et mal répartie entre les stagiaires et les soignants. « *Là où ça pose problème, c'est quand eux ont l'impression de travailler tout le temps, d'avoir à peine le temps d'être en pause et qu'à côté de ça, les équipes ont des pauses très larges et s'arrêtent régulièrement.* », relate la professeure. Selon elle, l'alourdissement de la formation avec un passage en quatre ans est d'autant plus fatigant pour les étudiants. Elle déclare : « *Mon rôle c'est déjà de les questionner quand ils reviennent de stage, j'essaye toujours de relever les points positifs, car évidemment c'est à géométrie variable, certains ont vraiment de bons stages* ». D'après elle, en cas de retour négatif de la part d'un étudiant, la coordination est mise au courant de cette plainte et un dossier sera créé. Ce dossier comportera l'avis des professeurs sur le service dont il est question dans la plainte et les étudiants ayant déjà été dans ce service seront convoqués afin de récolter d'autres expériences positives ou négatives. Le professeur explique : « *Le gros problème c'est qu'on a tellement besoin des places de stage et qui sont sont tellement rares, que même lorsque ça dysfonctionne, on doit essayer de trouver*

des moyens pour que ça aille mieux, mais on ne peut pas tout simplement retirer les étudiants de ce service-là ». L'un des moyens mis au point pour que ça aille mieux est la mise en place de séminaires de parole avec un professeur attitré qui fait des entretiens individualisés. Également, *« La section soins infirmiers a reçu l'obligation d'évaluer sa formation, c'est-à-dire que chaque enseignant doit évaluer sa formation donc on est chapoté par une agence d'évaluation qualité qui est sur Bruxelles. »* Suite à cela, *« On va avoir plusieurs années de suivi du projet, on va devoir mettre en place des choses et les pérenniser. »*, relate encore la professeure. Celle-ci mentionne que les générations changent et que les aspirations des jeunes par rapport au travail ne sont plus les mêmes qu'avant, car la qualité de vie prime sur le reste.

- Une psychologue indépendante et employée en service hospitalier

Le rôle du psychologue auprès des étudiants en souffrance est avant tout un rôle d'accompagnement. *« Nous travaillons bien souvent sur des techniques de gestion du stress, mais aussi sur la préparation à la reprise du travail pour laquelle je peux également accompagner dans la démarche de réorientation professionnelle ou de reprise d'études. »*, explique la psychologue. Cela passe, comme elle le mentionne, par la confiance en soi, l'affirmation de soi, le sentiment de culpabilité, la responsabilité de chacun, les valeurs, les comportements. Celle-ci relève un épuisement professionnel pouvant être dû *« au déséquilibre entre les demandes du service et les ressources mises à disposition du travailleur »*, mais également par une pénurie et un manque de moyens. *« Il s'agit d'un métier à vocation humaine où l'outil de travail, c'est justement sa propre personne, ses qualités humaines et la relation avec les patients. »*, relate la psychologue. Ces critères, selon elle, sont mis à mal suite à une surcharge de travail considérable. *« L'épuisement d'une équipe, le manque de temps et le fait de se couper de ses émotions, tout cela fait qu'il est difficile pour une équipe d'accueillir un stagiaire dans de bonnes conditions. »*, raconte-t-elle. Une coupure d'émotion peut-être utilisée, selon elle, comme une stratégie de déshumanisation afin de tenir le coup. Celle-ci mentionne aussi la notion de *« main d'œuvre gratuite »* envers les étudiants. *« Bien souvent, les personnes en burn-out sont perfectionnistes, ont une passion pour leur travail dès le départ et ont l'envie de bien faire. »*, déclare-t-elle encore. Ce perfectionnisme, d'après elle, peut-être responsable de nombreuses angoisses.

3.2 Conclusion et préconisation du chapitre

En conclusion, il est évident que les étudiants peuvent être considérés comme une main d'œuvre facile dans certains milieux de travail. Cette réalité du terrain est souvent très différente de celle apprise à l'école, où les étudiants sont encouragés à poursuivre leur passion et à trouver leur place dans le monde professionnel. Le manque de reconnaissance des étudiants peut entraîner des conséquences négatives sur leur motivation et leur engagement dans leur travail, ainsi que sur leur bien-être psychologique.

Il est indéniable que les étudiants en soins infirmiers font face à de nombreux défis et difficultés qui peuvent les amener à développer un burn-out. Malheureusement, les infirmiers ne sont pas toujours conscients de cette problématique, ce qui contribue à un manque de prise en charge adéquate des étudiants en souffrance. Il est également important de souligner le manque de communication entre les lieux de stage et les établissements scolaires, qui conduit à une sous-estimation des plaintes des étudiants en souffrance. Cette situation est d'autant plus préoccupante que le mal-être des étudiants est souvent lié à une charge de travail beaucoup trop lourde, à un rythme de travail intense entre les cours théoriques et la pratique en stage, ainsi qu'à un manque d'encadrement et une dévalorisation de leur travail. Il convient également de noter que les étudiants d'aujourd'hui peuvent être confrontés à des défis différents de ceux des générations précédentes, en raison notamment des changements sociétaux.

Le mauvais accueil, le manque de considération et la responsabilité disproportionnée au regard de leur absence de diplôme sont autant de problèmes qui peuvent rendre leur expérience difficile et éprouvante. De plus, la formation scolaire qui passe en quatre ans peut être longue et lourde, exigeant des étudiants une grande détermination et un engagement constant pour réussir. Cependant, il est essentiel de souligner que cette formation est nécessaire pour garantir des soins de qualité aux patients.

L'utilisation des techniques d'accompagnement pour les étudiants en soins infirmiers est une approche qui peut avoir un impact positif sur leur développement personnel et leur réussite scolaire. Il est primordial d'aider les étudiants à renforcer leur confiance en eux et leur capacité à s'affirmer dans des situations difficiles.

Certains points tels que la charge de travail, l'accueil, la considération ou encore l'exploitation sont des thèmes communs revenant dans chaque entretien.

Il est important de spécifier qu'il est clair que l'arrivée d'un étudiant sur le terrain peut être une période difficile et stressante, c'est pourquoi plusieurs initiatives ont été mises en place pour faciliter cette transition. L'établissement d'un contact dès la première année par l'infirmière ICANE permet à l'étudiant de se sentir accueilli et soutenu dès le début de sa formation. Les coordonnées de l'infirmière ICANE sont facilement accessibles sur différentes plateformes pour que les étudiants puissent les trouver rapidement en cas de besoin. La mise en place d'un suivi psychologique est également assurée par l'infirmière ICANE en cas de souffrance d'un étudiant.

De plus, la mise en place de séminaires de parole entre les étudiants et les professeurs scolaires offre une occasion de communication ouverte pour discuter des préoccupations et des défis rencontrés par les étudiants. Enfin, l'intervention de l'agence d'évaluation qui oblige chaque enseignant à évaluer sa formation et à proposer des pistes d'amélioration garantit que l'amélioration continue est un objectif clé pour l'ensemble du programme.

Ces initiatives combinées permettent de créer un environnement d'apprentissage positif et encourageant pour les étudiants, tout en s'assurant que les enseignants sont constamment en train d'améliorer leurs méthodes d'enseignement. Ce type d'approche proactive est essentiel pour garantir le succès des étudiants et l'efficacité de la formation professionnelle.

4. Entretiens semi-dirigés

4.1 Choix de la méthode

« La valeur d'une recherche scientifique est en grande partie dépendante de l'habileté du chercheur à démontrer la crédibilité de ses découvertes. » (Aubin-Augier et al., 2009)

L'idée du choix de méthode est de permettre une réponse pertinente à une question de recherche fondée. Pour cela, il a semblé pertinent de diviser la récolte de données en deux méthodes diverses provenant chacune de l'étude qualitative. L'une s'établira sur des témoignages venant de témoins privilégiés et l'autre sur des ressentis venant d'étudiants infirmiers en fin de formation, réalisant leur stage en milieu hospitalier.

« Le gatekeeper (interlocuteur privilégié) permet et facilite l'accès au terrain de recherche. » (Aujoulat, 2021)

L'étude qualitative existant depuis 1920 s'utilise lorsque les éléments observés ne sont pas mesurables, mais bien de nature plus subjective, faisant référence à l'environnement naturel des sujets étudiés. Dans ce cas précis, le syndrome du burn-out, étant d'origine psychique et mentale, définit bien la complexité d'une quelconque quantification. La méthode, les bases théoriques ainsi que le recueil de données verbales et gestuelles suggèrent une approche interprétative. À travers cette approche axée sur la compréhension, nous tenterons d'observer les émotions, les sentiments, les comportements, mais aussi les expériences personnelles.

« La recherche qualitative contribue à comprendre l'expérience humaine, à générer de nouvelles hypothèses et à développer des explications à propos d'un phénomène. » (Aujoulat, 2021)

La première méthode consiste à interroger des témoins privilégiés : une infirmière référente étudiant, une psychologue, une professeure théorique et pratique (maître de stage), et une infirmière chargée de l'accueil des nouveaux engagés. Le choix de ces quatre personnes exerçant en milieu hospitalier se justifie par leur place d'interlocuteur de première ligne avec les stagiaires. La seconde méthode suggère d'interviewer sept stagiaires comme mentionné ci-dessus. Le choix d'interviewer ceux-ci se justifie par le fait que nul informateur n'est meilleur qu'un orateur concerné.

« Le bénéfice de ce type d'étude est la possibilité de chercher à comprendre et interpréter des interactions sociales tout en essayant d'en comprendre le processus. » (Aujoulat, 2021)

Les informations obtenues par ces multiples personnes nous permettront d'en savoir davantage sur différents concepts tels que la vulnérabilité, l'épuisement professionnel, l'accompagnement, l'accomplissement, la charge de travail, le leadership, la communication, la collaboration, le travail d'équipe, la qualité de vie, la dépersonnalisation, la reconnaissance, etc. Ces concepts ont pour point commun d'être décrits comme des éléments influençant le burn-out.

4.2 Sélection des participants

Bien que de multiples types d'échantillons puissent exister comme l'échantillon de convenance, l'échantillon sélectif, l'échantillon théorique ainsi que l'échantillon regroupant l'ensemble d'une population, il est primordial d'établir au préalable l'échantillon le plus efficace pour une étude.

L'échantillon sélectif nous paraît être le meilleur choix. Celui-ci consiste en une « *Sélection suivant certains critères d'inclusion prédéfinis en fonction des objectifs de recherche et du cadre théorique.* » (Aujoulat, 2021). Cet échantillon cible la diversité afin d'obtenir un échantillon représentatif de « *la plus grande diversité de situations possibles* » (Aujoulat, 2021).

L'échantillon sélectif, également connu sous le nom d'échantillonnage de convenance, est une méthode d'échantillonnage dans laquelle les participants sont sélectionnés en fonction de leur disponibilité, de leur accessibilité ou de leur adhésion à un groupe spécifique. Cette méthode d'échantillonnage est souvent utilisée dans les études qualitatives où le chercheur a accès à un groupe spécifique de personnes qu'il souhaite étudier en détail.

Le choix de la zone où seront établies les recherches peut être sélectionné selon diverses raisons. Ayant effectué l'ensemble de mes quatre années de stage au sein de la Haute École Provinciale du Hainaut - Condorcet, il semblait évident de mener ce travail en terrain connu. Tout d'abord, cette recherche s'établira sur des étudiants en soins infirmiers exerçant leurs stages dans des établissements hospitaliers localisés dans l'entité du Grand Charleroi.

Concernant les sept stagiaires, des critères d'inclusion ont été instaurés : être en dernière année de cursus du Bachelier infirmier responsable de soins généraux, être en stage en milieu hospitalier lors de l'entretien, pratiquer son stage dans un hôpital du Grand Charleroi, comprendre le français et s'exprimer dans cette même langue, accepter de répondre sans tabou aux questions posées.

Pour les témoins privilégiés, l'instauration de critères d'inclusion fut répétée : être détenteur du diplôme certifiant le Master en sciences psychologiques (psychologue) ou le Bachelier infirmier responsable de soins généraux (infirmier référent étudiant, maître de stage, professeur théorique, infirmier ICANE), avoir au moins 5 ans d'expérience, pratiquer dans un hôpital du Grand Charleroi, comprendre le français et s'exprimer dans cette même langue, accepter de répondre sans tabou aux questions posées.

La stratégie de recrutement utilisée pour les stagiaires a été de prendre contact avec ceux-ci via des annonces passées sur les réseaux sociaux.

Chacune des personnes trouvées a fait l'objet d'une vérification identitaire grâce à un appel téléphonique au secrétariat scolaire duquel l'étudiant est membre. Pour les témoins privilégiés, appels téléphoniques et mails aux différents hôpitaux du Grand-Charleroi ont suffi pour déceler nos professionnels de la santé.

La taille de l'échantillon fut fixée non pas par imposition, mais bien par souci de pertinence maximale. Ayant opté pour des entretiens semi-dirigés s'étudiant par l'analyse thématique descriptive, cette démarche, incluant subjectivité et introspection du chercheur lors du traitement des données, demande de privilégier la qualité des entretiens plutôt que la quantité.

4.3 Mode de collecte des données

« L'entretien semi-directif ou l'entrevue semi-dirigée (...) » (Savoie-Zajc, 1997) « (...) est une technique de collecte de données qui contribue au développement de connaissances favorisant des approches qualitatives et interprétatives relevant en particulier des paradigmes constructivistes. » (Imbert, 2010)

L'entretien semi-directif à réponse libre permet de s'intéresser à un phénomène dans son ensemble et d'en comprendre les caractéristiques de manière progressive. Celui-ci cherche à décrire un processus plutôt que d'en comprendre les causes. Les questions ouvertes permettront de recevoir des données informatives qui faciliteront la formulation de réponse pour notre question de recherche. Ce type de recherche désigne un avantage quant à la souplesse qu'elle offre notamment par la possibilité de modification des étapes de la recherche en cours d'étude. En effet, l'absence de rigidité sur la formulation de nouvelles questions ou reformulations de questions déjà existantes permet au chercheur de faire émerger de nouvelles hypothèses suivant les réponses obtenues par les interviewés au cours des entretiens.

« Sur le plan épistémologique, la recherche qualitative appréhende l'objet d'étude de manière globale, proximale, directe et interprétative. » (Imbert, 2010)

Ce type de collecte de données favorise l'interactivité entre le chercheur qui adopte une posture d'écoute et l'interlocuteur qui ressent l'installation d'une relation de confiance. Le chercheur curieux et reconnaissant, suggère une liberté de réponse qui permet de récolter différents points de vue apportant une richesse au matériel collecté. La difficulté qui réside dans ce moment d'empathie, d'écoute, de partage et de compréhension est de ne pas négliger le sens critique qui peut être déstabilisé en cas de manque de distance avec l'informateur.

« L'entrevue implique une dynamique conversationnelle au cours de laquelle le chercheur et le répondant sont en interaction susceptible de générer trois biais : les biais liés au dispositif de l'enquête, les biais associés à leur situation sociale respective et les biais qui sont rattachés au contexte de l'enquête. » (Imbert,2010)

4.4 Préparation des entretiens

Les entretiens ont été réalisés par appel téléphonique d'une durée approximative de trente minutes, suivant la prise de parole de chacun. Avant de concevoir le guide d'entretien, nous avons examiné la littérature existante au sujet de la question de recherche. De plus, une analyse des données récoltées des entretiens avec les témoins privilégiés a été réalisée. Cet ensemble d'informations a aidé à identifier les domaines que nous souhaitions explorer lors des entretiens.

Les interviews débutent par une présentation brève justifiant la conception de ce mémoire universitaire. Ensuite, est mise en avant une présentation de la question de recherche et des objectifs de l'étude incluant donc l'importance de la participation des étudiants en soins infirmiers. Également, une simple explication spécifiant la non-directivité des questions ouvertes est formulée afin d'obtenir des avis complets incluant idées, ressentis, expériences, vécu, etc.

Les questions posées sont ouvertes et semi-dirigées, tout en étant formulées dans un langage clair et adapté au niveau des personnes interrogées. Le choix de formuler des questions semi-orientées, intégrant des thèmes bien définis suivant la théorie exploitée, se justifie par la volonté d'ouvrir les esprits des participants afin de leur permettre d'éveiller chez eux certains points qui les emmèneront vers d'autres, en fonction des expériences de chacun.

Lors du premier entretien, la compréhension d'une des questions fut compliquée pour le participant, une explication supplémentaire a donc été nécessaire afin d'y obtenir une réponse. Malgré cette précision, la question est restée compliquée pour le participant. De ce fait, la réponse n'était malheureusement pas constructive à traiter. Pour cause, la suppression catégorique de la question a été décidée pour les entretiens suivants.

Chaque entretien s'est clôturé avec une reprise générale des points qui ont été mentionnés par l'interviewer, une demande concernant les éventuelles interrogations du participant, un rappel sur le caractère confidentiel de ce travail et des remerciements.

4.5 Déroulement de l'entretien

Les rendez-vous se sont agencés en fonction des disponibilités de chaque participant. Le but étant d'adopter une attitude empathique, il était primordial d'être attentif au discours de l'interviewé et d'instaurer un climat de confiance et sans jugement incitant l'intervenant à s'exprimer ouvertement, sans crainte. Dans ce type d'entretien provoquant parfois des émotions assez fortes, notamment avec le partage d'expériences vécues parfois difficiles, il est important d'initier une bienveillance à l'égard de l'interviewé et de respecter les silences. Les entretiens ont été enregistrés avec l'accord préalable des participants et une confidentialité des données a été garantie. De plus, nos coordonnées ont été laissées en cas de questions relatives à l'entretien ou d'idées ressurgissant au cours des jours suivant l'entretien. Les participants ont également eu la possibilité de recevoir la transcription des entretiens, s'ils le souhaitaient.

4.6 Retranscription et analyse

L'analyse de données qualitatives implique généralement plusieurs étapes telles que la transcription des entretiens, la familiarisation avec le matériel, la création de catégories ou de thèmes, le codage des données et l'interprétation des résultats. Plusieurs étapes ont été utiles aux déchiffrages de ces résultats. Le travail a été dirigé par une analyse à la fois positionnée sur un cadre théorique prédéfini et sur une démarche inductive. La mise en évidence des verbatims est importante. Plus précisément, en référence au cadre théorique prédéfini, les rubriques ont été posées dès le départ de l'analyse, ces rubriques ont été établies en fonction du cadre théorique à partir duquel découlent les questions qui ont été posées lors des entretiens. Ensuite, l'analyse inductive a été utilisée afin de faire émerger le contenu du matériau analysé. Employée selon deux manières, elle permet tout d'abord de tenir une fonction de description qui permet de faire émerger des thèmes selon les éléments mentionnés par les interviewés, mais elle a également une fonction de théorisation permettant d'élaborer des catégories conceptualisantes grâce à une analyse en profondeur qui fait appel à de l'interprétation lors de la lecture des divers entretiens. L'alternance de ces deux fonctions est appelée processus « itératif ».

Dix rubriques ont été établies en référence à la question de recherche et en lien avec le cadre théorique. Celles-ci ont permis d'accueillir les différents thèmes et les catégories : stress, burn-out, difficultés ressenties, épuisement professionnel, réduction de l'accomplissement, leadership, conditions de travail, travail d'équipe, prévention du burn-out, maltraitance sur les étudiants en santé.

4.7 Résultats

Stress

Pour rappel théorique, Brandi explique dans son mémoire rédigé en 2020 que, même si le stress et le burn-out sont liés, ils ne sont pas la même chose. Le stress est une réponse naturelle de l'organisme face à une situation difficile ou exigeante. Le stress peut être positif lorsqu'il est de courte durée et qu'il motive une personne à agir, mais il peut également être négatif lorsqu'il persiste sur une longue période et qu'il devient chronique. Le stress chronique peut conduire à des problèmes de santé physique et mentale, ainsi qu'à une diminution de la performance au travail.

Crainte de l'intégration au sein de l'équipe

Selon Walter Hesbeen, lors de l'arrivée du stagiaire, divers éléments tels qu'un accueil de qualité, un accompagnement constructif et une évaluation pertinente doivent être mis à l'honneur afin de faire évoluer l'apprentissage de ces futurs professionnels de la santé.

D'après Houda, dès l'arrivée dans un stage, un stress de départ en rapport avec l'inconnu s'installe. *« À chaque fois, je me dis que je vais encore être dans une nouvelle équipe, qu'il faut que je m'y habitue, je me demande si les gens vont être sympa avec moi, j'ai toujours ce stress de l'inconnu qui m'attend. »* (Houda)

Selon Stéphanie, le stress **adaptatif** occupe une très grande place sur les lieux de stage. *« Je stresse surtout quant à l'adaptation au lieu de stage, l'adaptation à l'équipe, l'adaptation au protocole suivant les différents lieux de stage. »* (Stéphanie)

Selon Lisa, le stress en lien avec l'**intégration** et l'**accueil** est présent en début de chaque stage. *« Je ne suis pas spécialement à l'aise à chaque fois que je dois intégrer un nouveau lieu de stage, j'ai peur de me perdre, peur d'être mal intégrée par l'équipe, on n'est pas forcément bien accueilli non plus. »* (Lisa)

Selon Mégane, l'intégration est également une source de stress. *« La difficulté est de s'intégrer au sein de l'équipe, dans certaines équipes c'est difficile de s'intégrer. »* (Mégane)

Charge scolaire et évaluations

D'après Elisabeth Grebot, la réaction de stress survient lorsqu'il y a un déséquilibre entre la perception qu'une personne a des contraintes que lui impose son environnement (dans le cas présent, les contraintes perçues sont la charge scolaire ainsi que divers éléments qui s'y rapportent) et la perception qu'elle a de ses propres ressources pour y faire face (dans le cas présent, les ressources font référence au temps imparti).

Selon Houda, les deadlines des travaux scolaires peuvent être génératrices de stress. *« Il y a énormément de deadlines avec les travaux à l'école, je me sentais perdue parce que je devais gérer mon TFE, mes stages, mes évaluations de stage, j'étais vraiment sous pression. »* (Houda)

Relativement aux dires de Lisa, la **quantité** de rapports et les **évaluations** sont des éléments de stress. *« J'ai beaucoup de stress au niveau des rapports de stage et des évaluations, c'est vraiment la quantité de rapports qu'il y a à faire qui est contraignante. »* (Lisa)

Selon Dorina, la gestion de la **charge de travail** scolaire est perçue comme **complexe**. *« Il y a une énorme charge de travail à l'école, entre nos journaliers et nos évaluations c'est très compliqué, en plus il y a la gestion du TFE. »* (Dorina)

Conformément aux propos de Stéphanie, la **pression** mise par l'école est **décourageante**. *« L'école nous met la pression par rapport à nos rapports, à notre TFE, on est découragé, on nous laisse aucun répit. »* (Stéphanie)

D'après Alexandre, les **modalités d'évaluation** sont sources de stress. *« Au niveau des prestations techniques, les modalités d'évaluation sont stressantes, rentrer dans une chambre et devoir faire un soin en 7 minutes, c'est hyper stressant. »* (Alexandre)

Burn-out

L'épuisement émotionnel

Pour rappel théorique, la surcharge de travail est souvent citée comme un facteur de risque pour le burn-out. Lorsqu'une personne doit faire face à une charge de travail excessive, elle peut se sentir débordée et incapable de faire face à toutes les tâches qui lui sont demandées. Cela peut entraîner une augmentation du stress et de l'anxiété, ainsi qu'un sentiment d'épuisement émotionnel. Si cette situation persiste, cela peut mener à une dépersonnalisation et à une réduction de l'accomplissement personnel, les deux autres dimensions du burn-out.

Houda évoque la **surcharge de travail**. « *Les étudiants travaillent plus que les soignants, tu te dis que la journée n'en finira jamais, tu vas parce que tu dois y aller, mais tu en as marre de cette surcharge.* » (Houda)

Dorina confirme ce propos. « *Il y a une énorme charge de travail dans le service et nous sommes comme une main d'œuvre pour eux.* » (Dorina)

Mathilda affirme également. « *C'est un travail à la chaîne comme à l'usine, il faut mettre son cerveau en off pour pouvoir réaliser des soins chez tout le monde.* » (Mathilda)

Pour rappel théorique, l'épuisement émotionnel est l'une des dimensions du burn-out. Il se caractérise par une fatigue physique et psychologique qui s'accompagne d'un sentiment d'épuisement émotionnel et d'un manque d'énergie. Les personnes touchées par ce type d'épuisement peuvent avoir l'impression que leurs ressources émotionnelles sont épuisées et qu'elles ne peuvent plus faire face aux exigences de leur travail. Cela peut se traduire par une incapacité à établir des relations émotionnelles avec les autres, un manque de motivation et une froideur émotionnelle.

Houda mentionne l'**épuisement**. « *Mentalement tu es épuisé, il y a trop de charge mentale, de stress, d'angoisse, car on te prend pour un larbin.* » (Houda)

Dorina affirme à son tour cet élément, mais à l'égard de l'équipe elle-même. « *J'ai vraiment ressenti l'épuisement de l'équipe et ça, peu importe le stage où j'ai été. Leur épuisement se ressent dans leur impatience ainsi que leur fatigue.* » (Dorina)

Alexandre notifie également l'**épuisement de l'équipe**. « *Il y a beaucoup de soignants qui sont épuisés et donc je pense qu'ils ont besoin d'un souffre-douleur, je pense que les étudiants sont leur exutoire.* » (Alexandre)

Mathilda argumente un **épuisement de type physique**. « *L'épuisement il est physique, car tu es toujours au boulot. J'ai beaucoup de collègues qui se plaignent, car ils ont vraiment l'impression de vivre à l'hôpital, leur vie ce n'est plus que ça en fait.* » (Mathilda)

Mégane ajoute un **épuisement de type moral**. « *Je vais en stage alors que ça me vide, je rentre chez moi, je dors et je suis épuisée moralement et physiquement.* » (Mégane)

Alexandre associe le **sentiment d'épuisement** au **sentiment de nullité**. « *Le premier jour de stage, j'étais tout le temps tout seul, j'ai eu plein de difficultés et en rentrant, j'étais complètement épuisé et je me sentais vraiment nul.* » (Alexandre)

Pour rappel théorique, au départ, le stagiaire ressent de l'enthousiasme envers son travail, il éprouve de l'excitation et se mobilise pour réaliser de manière efficace les tâches qui lui sont demandées. Avec le temps, cette activité sera dévalorisée, moins idéalisée et l'individu ne lui accordera plus autant de privilèges.

Stéphanie évoque la notion d'**étouffement**. « *On n'a pas l'opportunité d'avoir une semaine de congé sans avoir à penser à un rapport ou à un stage, on ne respire plus, on ne sort jamais du contexte oppressant.* » (Stéphanie)

Lisa souligne la perte de **motivation**. « *À la fin de ma troisième année, j'avais plus de courage, plus de motivation et j'étais vraiment prête à tout laisser tomber.* » (Lisa)

Dépersonnalisation

Pour rappel théorique, la stratégie de défense individuelle, explicitée par Christophe Dejour et détaillée dans notre partie théorique, est un phénomène qui conduit l'individu à entrer dans l'auto-accélération, c'est-à-dire s'empêcher de penser pour tenir le rythme. Supprimer la pensée consiste à paralyser le fonctionnement psychique en accélérant la vitesse de répétition des gestes. Cette stratégie défensive est connue sous le nom de « répression pulsionnelle ».

Selon Houda, agir **machinalement** devient inévitable. « *J'ai fini par me lasser de tout, je n'avais plus envie de rien, j'avançais parce que je n'avais plus le choix, mais je perdais cette envie de travailler, je le faisais juste machinalement, je me dis mais pourquoi je fais ce métier. Tu deviens un déchet, je te jure.* » (Houda, p.1)

Dorina, en référence à l'agissement machinale, parle, elle, d'**automatisme**. « *Le personnel est éteint, je dirais et il agit en mode automatisme.* » (Dorina)

Pour rappel théorique, la dépersonnalisation dans le contexte du burn-out est souvent caractérisée par un comportement distant et détaché de l'individu envers les autres, une attitude cynique, une perte d'empathie et un manque de considération pour les autres. L'individu peut avoir le sentiment que ses relations interpersonnelles sont superficielles et que les autres ne comprennent pas sa situation. Il peut également se sentir isolé et seul, car il a l'impression de ne plus faire partie de son environnement professionnel ou social. En somme, la dépersonnalisation se caractérise par un sentiment de distance et de désengagement envers les autres et envers son travail.

Selon Lisa, un **délaissement des patients** s'installe. « *Je délaissais les patients, je ne travaillais même plus correctement, je n'avais pas le temps, j'avais vraiment l'impression de mal travailler.* » (Lisa)

Pour rappel théorique, selon Raymond Gueibe, le burn-out est souvent associé à une déshumanisation du patient par le soignant, où le patient est considéré comme un objet à traiter plutôt que comme une personne à soigner. Cette approche peut conduire à une détérioration de la qualité des soins, car le soignant peut être moins attentif aux besoins individuels du patient et moins empathique envers ses préoccupations.

Selon Mathilda, le **manque d'empathie** est présent lui aussi. « *Je me dis mais c'est quoi ce manque d'empathie et d'humanisme alors que nous sommes dans un métier humain.* » (Mathilda)

Stéphanie exprime, en référence à l'empathie, le **manque d'émotions humaines**. « *Le monde de la santé va mal, on ne fait plus attention aux émotions humaines.* » (Stéphanie)

Dans le même sens, Lisa cite : « *Clairement, on n'est pas des chiens et on mérite d'être traité comme des humains.* » (Lisa)

Pour rappel théorique, le burn-out peut entraîner une diminution de la qualité de vie familiale, car les individus peuvent se sentir épuisés et incapables de participer pleinement aux activités familiales ou de s'engager dans des interactions sociales positives avec leur famille. Ils peuvent également avoir du mal à maintenir un équilibre entre leur vie professionnelle et leur vie privée, ce qui peut entraîner des conflits familiaux ou une détérioration des relations de couple.

Lisa fait référence à une absence de **vie sociale**. « *Je n'avais plus de vie, plus de vie sociale, plus de sommeil.* » (Lisa)

Mathilda mentionne également une perte de la vie sociale. « *Plusieurs amies ont arrêté pour les mêmes raisons, parce qu'on ne vit plus, c'est aussi pour ça que j'ai fini en burn-out, plus de vie sociale.* » (Mathilda)

Selon Mathilda, une **claque mentale** surgit et vous rappelle la réalité du terrain. « *La réalité du terrain est une claque mentale, les soins sont bâclés, on me demande de travailler vite, je ne peux pas utiliser trop de matériel, car ça coute trop cher.* » (Mathilda)

Dorina confirme également la réalisation d'un **travail bâclé**. « *On finit par être dans des prises en charge bâclées.* » (Dorina)

Selon Alexandre, le développement de la **phobie** du métier est signalé. « *Pendant un moment, tout ce qui se rapportait à la discipline infirmière, je ne pouvais plus, même voir une seringue, c'était une phobie.* » (Alexandre)

Réduction de l'accomplissement

Pour rappel théorique, le sentiment de frustration provient du fait que l'individu pense ne pas recevoir la gratitude qu'il mérite en exécutant son travail, il désire plus de reconnaissance. La personne est frustrée, car elle n'est plus si certaine de ses choix, de la valeur, du sens qu'elle accordait au départ à son travail. La dimension relationnelle, aussi bien envers ses collègues ou autre personne, est altérée et le plonge dans une solitude inquiétante qui le rend apathique, dépourvu de toute objectivité. Cette apathie l'empêche d'organiser son temps et ses priorités et alimente d'autant plus ce sentiment de frustration où il se sent inutile et inefficace au travail. Les différents points relevés dans les discours ci-dessous se catégorisent dans ce sentiment de frustration.

Selon Houda, le **manque de remerciement** par rapport à la charge de travail réduirait l'accomplissement. « *On n'est pas assez remercié par rapport à ce qu'on fait, on n'a jamais un merci donc on a plus envie de rien faire tu vois.* » (Houda).

Dorina le signale à son tour et ajoute la notion d'**esclavagisme**. « *Je ne suis qu'un petit esclave qui fait le travail à leur place, je n'ai même pas un merci.* » (Dorina, p.1)

Lisa argumente également ce point. « *Jamais rien par personne, pas de bonjour, pas de s'il te plait, pas un regard, rien.* » (Lisa)

Mathilda confirme également. « *Pas de merci, tu te fais mal parler, pas de bonjour, on ne retient même pas ton prénom, juste te faire marcher dessus.* » (Mathilda)

Le discours de Houda permet d'apporter une réflexion sur le **manque de reconnaissance** par l'équipe. « *C'est tellement vexant, tu donnes le meilleur de toi, mais tu es comme un esclave, je suis un petit chien pour eux alors qu'un mot sympa suffirait.* » (Houda)

Tout comme Dorina précédemment, l'esclavagisme est également mentionné par Houda. Il en est de même pour Lisa qui signale un manque de reconnaissance lors des évaluations en stage. « *L'école me décourageait, les efforts que je fournissais pour avoir mes points n'étaient pas suffisants et c'était extrêmement décourageant.* » (Lisa)

Dans le cas de Lisa, ce manque de reconnaissance est suivi d'**un manque de communication**. « *Le fait de suivre les consignes et de ne pas avoir ses points malgré tout et on ne te dit même pas pourquoi tu n'as pas tes points, c'est difficile.* » (Lisa)

Notamment, la **communication de type relationnelle** est mise en avant par Mathilda. « *Ils travaillent mal, ils n'ont même pas le temps de parler aux patients.* » (Mathilda)

Pour rappel théorique, l'individu se sent dévalorisé lorsque la charge de travail est à la hausse, mais que son pouvoir décisionnel n'évolue pas alors que certaines de ses manœuvres pourraient rétablir l'une ou l'autre situation problématique.

Le manque d'autonomie peut également contribuer au développement du burn-out. Lorsque les employés n'ont pas suffisamment de latitude pour prendre des décisions ou pour contrôler leur propre travail, ils peuvent se sentir frustrés et démotivés.

À travers le discours de Houda, j'ai pu faire ressortir le **manque de considération**. « *Une des infirmières m'a dit que mon avis n'était pas bon, alors je suis allée en parler au chef de service et il a dit que c'était une bonne idée, le chef a donc été dire à l'infirmière que j'avais raison.* » (Houda, p.1).

Stéphanie appuie l'opinion à travers ses paroles. « *Pour eux, les étudiants ne parlent pas, ne réfléchissent pas, ne peuvent pas remarquer les erreurs, alors que nous aussi nous sommes capables de réflexivité.* » (Stéphanie)

Lisa mentionne le **manque de récompense**. « *J'ai fourni des efforts qui n'ont jamais été récompensés.* » (Lisa)

Stéphanie évoque les connaissances et l'incompétence et nous laisse interpréter cette crainte comme une **remise en doute de soi-même**. « *Je stresse par rapport à mes connaissances, est-ce que je me sens vraiment capable d'être là, est-ce que je suis capable de faire les choses, je me sens incompétente.* » (Stéphanie)

Mégane énonce une similarité à ce propos. « *Je doute parfois de mes compétences, du fait de ne pas pouvoir y arriver.* » (Mégane)

Stéphanie parle même d'un **jeu de pouvoir**. « *Il y a une hiérarchie, il y a un jeu de pouvoir qui n'a pas sa place dans les soins infirmiers, on n'est pas là pour écraser les autres.* » (Stéphanie)

Stéphanie nomme la **conscience professionnelle et la privation d'expression**. « *Les infirmiers qui ont toujours une conscience professionnelle et qui veulent bien faire les choses se retrouvent dans un piège sans nom, ils se retrouvent dans une situation où ils ne savent même plus exprimer ce qu'ils pensent.* » (Stéphanie) Cette dernière argumente également le **manque d'engagement**. « *Les gens n'ont plus envie de s'engager dans les soins infirmiers, ils n'ont plus envie d'exercer les études en soins infirmiers.* » (Stéphanie).

Pour rappel théorique, la réduction de l'accomplissement se traduit par le sentiment d'être dans l'échec personnel qui se caractérise par un état dépressif qui comporte un sentiment d'inefficacité de la part de la personne. Celle-ci perd toute estime de soi et se met à douter d'elle-même, car elle ne trouve plus aucune satisfaction dans son travail. L'individu culpabilise, car il se rend compte que la quantité de travail qu'il fournit n'est pas en équilibre avec la qualité des résultats qu'il obtient. Cela le pousse vers une démotivation sans fin que celui-ci tente de pallier cela en optant pour un rythme encore plus accéléré qui, malheureusement, accentue davantage l'absence d'efficacité.

Stéphanie fait également allusion à la **reconversion professionnelle**. « *À moins de revoir le monde du soin, il y aura de plus en plus de reconversions professionnelles et de démissions.* » (Stéphanie).

Houda avoue ressentir un **dégout** quant aux stages. Ce dernier nous laisse émettre une hypothèse sur une éventuelle **reconversion futur**. « *Les services ne sont pas fous du tout, les stages me dégoutent en fait.* » (Houda) Il en est de même pour Mégane. « *Mes études m'ont vraiment dégoutée du métier.* » (Mégane). Pareil pour Dorina : « *Je suis à la fin de mon cursus et je n'ai plus du tout envie de travailler dans le milieu hospitalier.* » (Dorina).

Mathilda évoque le **manque de valorisation**, un manque auquel nous pourrions attribuer un phénomène qui est la diminution de l'**estime de soi**. « *Tu n'es pas valorisé dans l'équipe, tu es un bouche trou.* » (Mathilda)

Mégane relate dans son discours ce même manquement : « *On se fait parler comme un chien, ils ne nous mettent pas en valeur.* » (Mégane). Ce manque de valorisation est illustré par quelques situations similaires pourtant expliquées par des étudiants différents. Mathilda mentionne : « *Parfois tu es content d'avoir réussi un soin et l'infirmière te dit que c'est juste normal de savoir le faire, car tu es en troisième année, quand tu leur demande une observation pendant un soin, ils te répondent que ce n'est pas compliqué et que tu es censé le faire seule, avec eux tu es censé tout connaître et la moindre lacune est une catastrophe.* » (Mathilda).

Alexandre explique : « *Parfois, on me demande d'aller faire un soin seul et je réponds que je n'ai jamais pratiqué ce type de soin, alors les infirmiers me disent que je suis censé le connaître, car je suis en troisième année. Quand je demande à un infirmier de venir m'aider pour un soin, il râle, quand je suis content parce que je réussis un soin on me dit que je n'ai pas à être content, car je suis en troisième année.* » (Alexandre).

Stéphanie mentionne : « *J'étais dans une chambre pour effectuer un soin et j'ai bloqué à un moment donc je suis sortie dans le couloir demander de l'aide et on m'a dit que j'étais censée savoir le faire seule, car j'étais en dernière année.* » (Stéphanie).

Leadership

Pour rappel théorique, le leadership peut jouer un rôle crucial dans la prévention du burn-out. Les leaders peuvent être des modèles pour leur équipe, en montrant une attitude positive et en communiquant efficacement. Les leaders peuvent également aider à créer un environnement de travail positif en établissant des objectifs clairs et réalistes, en encourageant la collaboration et en reconnaissant les contributions des membres de l'équipe.

Lisa évoque le **leadership** et nous permet de donner du sens quant à l'idée d'un possible **manque d'encadrement** sur les lieux de stage. « *Il n'y a pas vraiment de leadership, on est livré à nous-même, certains veulent transmettre leur savoir, mais malheureusement ce n'est pas tout le monde.* » (Lisa)

Ce manque d'encadrement est repris par Dorina à travers ses paroles. « *Je n'ai jamais été suivie ni prise en charge, on nous observe une ou deux fois et puis on t'envoie travailler seul, jamais dans un stage quelqu'un a passé la journée avec moi.* » (Dorina)

Dorina y ajoute même la notion de **responsabilité**. « *Parfois, je me vois comme une main d'œuvre, une fois j'ai dû gérer un service avec un autre étudiant, je ne savais même pas ce qu'il fallait faire, ça partait dans tous les sens en fait, ils te donnent plein de responsabilités comme ça ils s'en débarrassent.* » (Dorina)

Stéphanie appuie ce manque d'encadrement. « Il y a des stages où je ne me sens vraiment pas encadrée, ce sont les stages qui me plaisent le moins. » (Stéphanie)

Il en est de même pour Mathilda : « *La réalité de terrain, c'est qu'ils prennent mal en charge les étudiants, on n'est pas suivi.* » (Mathilda). Mégane ajoute : « *Il n'y a pas de suivis dans les équipes, la dernière fois j'ai effectué un soin chez une personne démente et donc j'avais besoin d'aide pour gérer la patiente, j'ai appelé plusieurs fois, mais jamais personne n'est venu m'aider.* » (Mégane). Alexandre confirme : « *Il n'y a pas de leadership, tu es juste une paire de bras qui va être renouvelée toutes les 3 semaines, toilette à gogo pendant qu'eux ils glandent, même eux ne montrent pas le bon exemple.* » (Alexandre).

Pour rappel théorique, un leadership inefficace peut également contribuer au burn-out. Un leader qui est désorganisé, qui ne communique pas efficacement, qui manque de clarté ou qui ne reconnaît pas les contributions de l'équipe peut créer un environnement de travail stressant et démotivant. Il est donc important que les leaders prennent en compte l'impact de leur comportement et travaillent à améliorer leur style de leadership pour favoriser le bien-être de leur équipe.

Mathilda pointe l'**investissement** du chef de service dans le leadership. « *Les infirmiers en chef ne sont pas investis et sont très mal vus par les autres membres de l'équipe, car ils sont considérés comme des bourreaux, peu de chefs sont de vrais leaders pour leur équipe.* » (Mathilda). Alexandre relève une vision similaire : « *Les cadres sont déconnectés de la réalité, ils ne connaissent plus rien au terrain et ça crée des conditions assez difficiles.* » (Alexandre).

Lisa explique un vécu qui nous laisse apporter notre propre réflexion concernant la problématique de la **rapidité** requise. « *Tantôt une infirmière a demandé à une étudiante de faire un pansement avec irrigation et l'étudiante a demandé pour que quelqu'un vienne avec elle, l'infirmière lui a répondu que dans ce cas-là elle irait elle-même, car ça ira plus vite.* » (Lisa). Mathilda confirme : « *Si t'es pas rapide, tu te fais disputer ou tu as de mauvaises notes.* » (Mathilda)

Pour rappel théorique, monsieur Hesbeen dévoile que les professionnels révèlent que la qualité de l'encadrement qu'ils offrent aux stagiaires peut être influencée par des facteurs externes tels qu'un manque de volonté, de motivation de la part des apprenants mais aussi des facteurs internes tels que la pénurie de personnel ou le manque d'organisation au sein du service.

Lisa emploie le terme **sous-effectif** ainsi que **formation** et en définit les conséquences. « *Ils sont en sous-effectif donc ils ne veulent plus former les étudiants ni prendre du temps avec eux, car ils n'en ont plus la possibilité.* » (Lisa)

Dorina confirme : « Le manque d'effectif est vraiment pesant. » (Dorina). Mathilda affirme à son tour : « Ils sont en manque de personnel et ça peut les mener aussi au burn-out. » (Mathilde). Il en est de même pour Mégane qui mentionne la **pénurie**. « *Je sais que les infirmières ont beaucoup de pression suite à la pénurie de soignants, mais elles le font beaucoup ressentir.* » (Mégane)

Alexandre cite lui aussi la pénurie : « *J'ai l'impression qu'à cause de la pénurie des soignants, nous ne sommes jamais encadrés.* » (Alexandre).

Plusieurs témoignages ont permis d'émettre une interprétation concernant la **délégation des soins**. Lisa : « *On t'envoie faire toutes les toilettes seule et puis à la fin avec un peu de chance il te reste un ou deux pansements à faire.* » (Lisa). Stéphanie : « *Dans certains stages, je me sens vraiment lâchée comme quelqu'un qui doit se débrouiller seul.* » (Stéphanie). Mathilda : « *Ils nous lèguent les soins, en fait on doit être un membre de l'équipe à part entière et on est épuisé, car on travaille à leur place.* » (Mathilda). Alexandre : « *Dès qu'on arrive en stage, on n'est pas considéré comme des stagiaires, mais comme des membres de l'équipe qui, pendant 3 semaines, vont prêter main forte alors que non, on est là pour apprendre à la base.* » (Alexandre).

Difficultés ressenties

Difficultés des professeurs

Selon Stéphanie, l'**encouragement des professeurs** est perçu comme une difficulté. « *La façon dont on est encouragé par nos professeurs, on te laisse penser que tu vas repartir avec un zéro pointé peu importe ce que tu montres en stage.* » (Stéphanie)

Lisa cite également ce manque d'**encouragement scolaire** : « *L'école me décourageait, les professeurs me décourageaient, c'était vraiment difficile.* » (Lisa). Mathilda relève le **jugement** des professeurs : « *Lorsque j'ai commencé à décrocher progressivement avant mes 6 mois d'arrêt, tous les professeurs ont commencé à me juger, à me voir sous un autre angle, ils sont devenus plus froids, à la fin des cours je pleurais et les professeurs me disaient que mes problèmes je devais les régler chez moi et pas dans leur cours.* » (Mathilda). Mégane signale la difficulté du **niveau attendu** par les professeurs : « *Il y a trop de pression par les moniteurs qui viennent en stage, je me fais évaluer et on me demande d'avoir un niveau comme si j'exerçais depuis toujours.* » (Mégane). Alexandre confirme : « *Beaucoup de professeurs pensent que tout doit couler de source chez nous, alors qu'ils oublient qu'on vient seulement de commencer, les professeurs sont cassants dans leur manière de nous parler ou de nous évaluer.* » (Alexandre).

Difficultés des horaires de stage

Stéphanie mentionne l'**organisation de la vie de famille**. « *Concernant les horaires à prester, c'est assez compliqué parce que tu dois absolument faire un week-end pendant ton stage plus une après-midi sur ta semaine, c'est donc difficile de s'organiser avec la vie de famille.* » (Stéphanie)

Mathilda, elle, relève la difficulté des **horaires chargés** : « *Pas le choix, tu es mené à faire des horaires très chargés.* » (Mathilda).

Lisa dénonce une difficulté quant à l'**organisation des horaires**. « *Par rapport aux autres écoles, je suis la seule qui termine toujours 20 minutes plus tard donc c'est toujours à moi qu'on demande de tout faire en fin de journée et forcément je suis toujours en retard.* » (Lisa)

Difficultés physiques et psychiques

Nous pouvons interpréter un **sentiment d'angoisse existentielle** à travers les mots de Mathilda qui sont les suivants : « *J'arrivais plus à rentrer dans mon école ou même dans un hôpital pour un stage, sans pleurer ou hyperventiler ou faire une crise d'angoisse, je dormais plus car je faisais des grosses crises de panique.* » (Mathilda).

Lisa dénonce une difficulté liée à la **personnalité**. « *J'ai une personnalité un peu réservée donc me présenter à de nouvelles personnes c'est un peu compliqué pour moi, lorsque je tombe sur des gens fermés alors je suis très mal à l'aise dès le début.* » (Lisa)

Difficultés liées au manque d'apprentissage

Dorina évoque l'**apprentissage**. *« J'aurais voulu apprendre plus de choses en stage, parfois c'est seulement après une semaine que je trouve mes repères, on ne nous explique jamais rien et le pire c'est que tu te fais disputer si tu ne trouves pas quelque chose dans le service. »* (Dorina)

En lien avec le manque d'apprentissage, Mégane y ajoute la notion de **dextérité**. *« On ne nous laisse pas faire grand-chose en termes d'actes infirmier, on nous laisse tout le travail d'une aide-soignante et du coup, une fois arrivé devant nos maitres de stage, on nous reproche le manque de dextérité. »* (Mégane)

Conditions de travail

Pour rappel théorique, l'ambition et la motivation qui entraînaient les stagiaires de prime abord, vont se tarir peu à peu pour laisser place à certaines revendications telles que, le revenu, les horaires, les primes, etc. Le sujet va noircir son travail, exprimer de la rancœur et se concentrer sur ce qui lui paraît être des inégalités à son égard à l'instar des tâches, qui elles, ne seront plus à la hauteur de ses attentes.

Houda relève l'aspect budgétaire, la situation est définie comme **pitoyable**. *« Je ne suis pas payée, rien d'offert, trop d'heures prestées, les conditions sont pitoyables, on n'a ni compensation, ni avantage sur certaines choses, je ne trouve pas ça normal de travailler de 6h45 à 15h30 sans même avoir un coca gratuit. »* (Houda)

Stéphanie mentionne le **budget** : *« Je n'arrive pas à trouver les mots pour t'expliquer à quel point les conditions sont horribles, pénibles, on priorise l'argent, on priorise le budget au détriment des émotions humaines. »* (Stéphanie). Il en est de même pour Mathilda et Alexandre qui font référence au budget à travers le **manque de matériel** : *« On me dit que je ne peux pas utiliser tout le matériel nécessaire à mes soins, car sinon ça va coûter trop cher à l'hôpital. »* (Mathilda). Alexandre précise : *« Je rencontre souvent le manque de matériel, il faut toujours improviser et c'est difficile de soigner quand il manque plein de choses. »* (Alexandre).

Lisa mentionne l'**absence de pauses** : *« Parfois, on ne me propose pas de prendre ma pause donc je ne la demande pas et ça ne choque personne et on ne me propose pas non plus de prendre 45 minutes à midi pour récupérer ce fameux quart d'heure. »* (Lisa).

Il en est de même pour Alexandre : « *J'ai l'impression que vu qu'on est jeunes, on n'a pas besoin de pauses à leurs yeux, après le rapport du matin ils vont déjeuner et nous on doit commencer les toilettes tout seul, pareil pour la pause du midi parfois on se retrouve avec à peine 10 minutes pour manger.* » (Alexandre).

Mathilda fait référence à une **usine** : « *En stage, je me suis toujours sentie comme à l'usine, c'est à la chaine.* » (Mathilda).

Stéphanie dénonce un **changement de conditions post-covid** : « *Les conditions ont changé depuis le covid, depuis l'immense vague de reconversions qu'il a provoquée, depuis le décès de pas mal de médecins.* » (Stéphanie). Dorina nomme elle aussi les **conditions** : « *Les soignants et les étudiants doivent faire des nuits et des jours donc les conditions ne sont pas top.* » (Dorina).

Travail d'équipe

Nous pouvons ici établir un lien avec la théorie abordée plus tôt : si le travail en équipe n'est pas bien géré, il peut contribuer au burn-out. Par exemple, un manque de communication, de coopération ou de soutien entre les membres de l'équipe peut augmenter la charge de travail et le stress, et contribuer à l'isolement social. De plus, des conflits ou des relations de pouvoir dysfonctionnelles peuvent entraîner une détérioration de l'environnement de travail et affecter la santé mentale des travailleurs.

Selon Houda, une **absence de travail** d'équipe est à souligner. « *Il n'y a pas de travail d'équipe, tu écoutes simplement ce qu'ils veulent que tu fasses et tu y vas.* » (Houda)

Lisa mentionne à son tour cette absence : « *Il n'y a pas vraiment de travail d'équipe, c'est pour ça que dès que je suis diplômée, je vais travailler de nuit.* » (Lisa).

Il en est de même pour Dorina : « *Je trouve qu'il n'y a pas de travail d'équipe dans les services où je suis allée, même si on en aurait bien eu besoin.* » (Dorina).

Mégane confirme à travers son discours. « *J'ai eu des services où les soignants ne se présentaient même pas et où on me lâchait comme ça en plein dans le service sans rien m'expliquer, aucun travail d'équipe entre les soignants et les étudiants.* » (Mégane)

Mathilda argumente, elle, ayant un avis mitigé : « *Dans les stages genre soins intensifs, ça se passe super bien, car là tu es avec un binôme et on t'apprend tout. Dans les services conventionnels, il n'y a pas de travail d'équipe avec les étudiants, faut dire qu'ils ne s'aident déjà pas les uns les autres.* » (Mathilda).

Alexandre émet à son tour un avis partagé : « *Tout dépend le service et les infirmiers qui s'y trouvent, je suis tombé dans des équipes où les soignants te prenaient en charge, t'accompagnaient, ils comprenaient que tu avais des difficultés.* » (Alexandre).

Par ailleurs, les discours de Houda et Mégane nous laissent apporter notre propre réflexion quant à l'existence d'une **cohésion d'équipe entre étudiants**. « *Avec les étudiants, j'arrive facilement à travailler et eux aussi aiment travailler avec moi la plupart du temps, parce que voilà je suis en dernière année et j'aime bien leur apprendre des choses que j'ai apprises.* » (Houda)

Mégane cite : « *Il y a vraiment un travail d'équipe entre nous, les étudiants.* » (Mégane).

Stéphanie s'exprime sur l'**aspect communicatif et compétitif** : « *Franchement, en termes de communication par rapport aux patients, ça pourrait aller mieux, mais disons que ça va même si ce n'est pas totalement optimal. Le problème est qu'il y a une grande compétition entre eux, ça reflète parfaitement la société actuelle, mais du coup ils ne sont pas très ouverts entre collègues.* » (Stéphanie).

Prévention du burn-out

Selon Houda, **voyager** serait un moyen de prévention : « *J'ai mes propres moyens de prévention contre le burn-out, l'an dernier j'ai pris une pause dans mes études et j'ai beaucoup voyagé, car je n'en pouvais plus.* » (Houda).

Mégane mentionne l'importance des **activités** : « *C'est important de faire des activités en dehors pour se vider la tête.* » (Mégane).

Selon Lisa, les préventions sont **partiellement existantes** et impliquent une **discussion entre l'établissement et le lieu de stage**. « *Il n'y en a pas vraiment, ni à l'hôpital, ni à l'école, après apparemment l'école nous écoute et puis en parle avec le lieu de stage concerné quand ça ne va pas, mais bon on y envoie quand même les étudiants par la suite donc...* » (Lisa)

Selon Stéphanie, les **préventions sont inexistantes** et évoquent une **formation sur l'assertivité** ainsi que le **manque de pédagogie**. « *Il n'y a pas de moyen de prévention, mais personnellement j'ai fait une formation cette semaine en stage aux soins intensifs sur l'assertivité et je pense que c'est une formation qui manque à tous les infirmiers, car il y a un manque profond de pédagogie.* » (Stéphanie)

Dorina mentionne également l'**absence de prévention**. « *Désolée, je ne peux pas parler de quelque chose qui n'existe pas, à ma connaissance.* » (Dorina)

Selon Mathilda, une **augmentation des mesures de prévention** est à signaler ainsi que quelques propositions personnelles telles que **la mise en place d'une cellule de parole** ainsi qu'**une visite au sein de l'équipe soignante**. « *Il y a de plus en plus de prévention, car on est de plus en plus d'étudiants à arrêter pour cause de burn-out. Selon moi, ce qui pourrait vraiment aider, ça serait d'avoir une cellule qui comporte un psychologue ainsi qu'un professeur de référence qui, tous les deux, seraient à notre écoute quand on n'est pas bien et je pense qu'il faudrait aussi aller voir les équipes parfois parce que plein d'équipes gèrent super mal les étudiants.* » (Mathilda)

Mégane fait également référence de manière indirecte à cette cellule de parole : « *Pour évacuer la charge de stress, il faudrait pouvoir discuter avec une personne attitrée comme un moniteur de stage.* » (Mégane).

Il en est de même pour Alexandre : « *Avoir un professeur référent vers lequel on pourrait se tourner en cas de difficulté ou simplement lorsque l'on ressent le besoin de parler.* » (Alexandre).

Selon Alexandre, la **réduction de la matière scolaire** préviendrait le burn-out. « *Il faudrait réduire les matières inutiles, la quantité de matière inutile est déprimante, on apprend plein de choses en cours puis, une fois arrivé en stage, tu as 50% de la matière qui ne sert à rien.* » (Alexandre)

Il souligne l'importance du **système d'évaluation des étudiants à l'égard des équipes soignantes**. « *J'avais entendu parler d'un hôpital, où après les stages, les étudiants recevaient une feuille à compléter de manière anonyme, où eux-mêmes pouvaient noter l'équipe et, si une équipe avait trop de mauvaises évaluations par les étudiants, alors ils se faisaient recadrer. Je pense que cette manœuvre ne préviendrait pas totalement le burn-out, mais elle pourrait mettre la pression sur les équipes pour qu'elles traitent mieux les étudiants.* » (Alexandre)

Alexandre suggère également **l'étalement des stages**. « *Peut-être qu'il faudrait mieux étaler la durée des stages, au lieu de faire 3 semaines non-stop pourquoi pas les étaler sur 5 semaines.* » (Alexandre)

Maltraitance sur les étudiants en santé

Pour rappel théorique, selon Walter Hesbeen, il subvient un paradoxe qui mérite réflexion. Comment l'humanité dont font preuve les professionnels de santé à l'égard d'une personne malade peut-elle se transformer en attitudes violentes face à des stagiaires en formation qui, eux-mêmes, sont censés devenir des figures de bienveillance envers les futurs patients. Selon lui, l'humanité et la considération dont font preuve les soignants lors de la prise en charge de leurs patients sont des valeurs parfois manquantes lorsqu'il s'agit de l'accueil et de la formation des étudiants. Dès lors, la bientraitance doit être égale dans tous les rapports humains, peu importe qu'elle soit utilisée pour soigner ou pour former un individu.

Houda mentionne un **complexe d'infériorité**. « *La maltraitance des étudiants en santé vient des personnes qui, une fois diplômées, vont être en dessous de nous, ce que je veux dire par en dessous de nous, ce sont les aides-soignantes, les aides logistiques, etc. Ces personnes-là ont vraiment un complexe d'infériorité et c'est elles qui sont le plus méchantes.* » (Houda)

Lisa fait référence à la **maltraitance psychologique** des soignants utilisée via le **mensonge**. « Dans l'un de mes stages, j'ai vraiment été maltraitée par l'équipe et par une aide-soignante, en particulier, qui a menti à la référente étudiante à mon sujet. J'ai vraiment vécu l'enfer et ça ne devrait pas arriver. » (Lisa) Toujours en lien avec la maltraitance psychologique, Lisa évoque le **sifflement**. « J'ai une amie qui était en stage, l'équipe ne prenait même pas la peine de retenir son prénom, ils la sifflaient, ça ne devrait pas arriver c'est de la maltraitance. » (Lisa)

Stéphanie témoigne de la **maltraitance physique envers** les patients. « Durant un stage, une dame de 120kg s'est retrouvée à terre lorsque j'ai voulu l'aider à la mettre au fauteuil. Avant sa chute, j'avais été demander de l'aide à l'équipe, mais on m'a répondu que je devais me débrouiller seule avec les techniques de manutention, voilà le résultat. » (Stéphanie)

Elle témoigne également d'une **maltraitance verbale** de la part des soignants : « *Une infirmière qui vient me hurler dessus devant un médecin en me disant que je ne pouvais pas faire de soin en étant seule, alors que personne ne vient jamais m'aider.* » (Stéphanie). Elle exemplifie une situation de **mise en danger de mort du patient** : « *Je suis aux urgences, je demande de l'aide pour un soin urgent, on ne vient pas m'aider, car soi-disant, je dois savoir gérer seule alors que le patient est limite en train de partir.* » (Stéphanie).

Dorina évoque la **maltraitance verbale** de la part des soignants. « *J'ai eu une remarque qui disait que j'avais trop confiance en moi, parce que j'ai refusé respectueusement d'aller aider une aide-soignante, car j'étais en évaluation avec un professeur. Je me fais disputer par le personnel pour tout et n'importe quoi, si ça ce n'est pas de la maltraitance.* » (Dorina)

Mathilda révèle les **menaces verbales** dont elle a été la cible et la **maltraitance physique** dont elle a été témoin. « *J'ai vu des infirmières frapper des patients et elles me disaient que si je le répétais ça allait retomber sur moi, que c'était ma parole contre la leur, qu'elles allaient appeler l'école, que ça allait mal se terminer pour moi, qu'on ne me croirait quand même pas.* » (Mathilda) À travers les paroles de Mathilda, nous pouvons interpréter une **notion de vengeance** de la part des soignants apparentée à de la **maltraitance psychologique**. « *Juste après avoir dénoncé des choses, le lendemain j'ai passé des heures à faire de la frotte pour nettoyer les selles sur les pannes, on m'obligeait à les laver à la main alors qu'il y avait des laves-pannes.* » (Mathilda)

Mégane signale une **maltraitance verbale** de la part des soignants : « *Il y a beaucoup de maltraitance verbale, on est souvent rabaissé, ils nous disent qu'on ne sait rien faire tout ça parce qu'on pose une question ou qu'on a besoin d'aide.* » (Mégane).

Pour rappel théorique, en ce qui concerne la communication avec les patients concernant les soins, il est important que les soignants communiquent clairement et avec empathie, en expliquant les procédures médicales et en informant les patients sur les étapes, sur ce qui va se passer. Il est également important que les soignants respectent la dignité et l'intimité des patients pendant les soins, en prenant des mesures pour réduire au minimum les situations de nudité forcée ou de violation de l'intimité.

Alexandre déclare, à travers son discours, avoir été témoin de **violence psychologique** de la part des soignants. « *Une élève était malentendante voir sourde d'une oreille, donc elle avait un appareil auditif, du coup pour prendre la tension de manière manuelle c'était compliqué avec le stéthoscope donc elle avait investi elle-même dans un appareil exprès qui se portait au poignet et l'équipe soignante se foutait de sa gueule, ils l'appelaient la handicapée toute la journée.* » (Alexandre)

Il explique avoir été témoin de ce qui paraît être un **viol** selon lui. « *Une patiente hémiparétique qui souffrait de cécité, il fallait lui injecter un médicament en intravaginal, l'infirmière n'a pas demandé l'autorisation à la patiente, elle n'a même pas expliqué le soin, elle a abaissé sa culotte, elle a rentré le médicament et elle est tout de suite partie. La patiente était choquée, elle se demandait quoi, elle était paniquée et elle s'est mise à pleurer, je pense que c'est du viol ça.* » (Alexandre)

Pour rappel théorique, le **mobbing** peut avoir un impact négatif sur la santé mentale et physique des individus ciblés, ainsi que sur leur performance au travail. Il peut également avoir des conséquences négatives sur l'ensemble de l'organisation, notamment une baisse de la productivité de la part de l'équipe et une augmentation de l'absentéisme. Il s'agit d'un comportement de harcèlement qui peut être exercé par un individu ou un groupe de personnes à l'encontre d'une personne spécifique. Les actions hostiles et répétitives peuvent inclure la critique, l'humiliation ou encore la diffamation et la dégradation des conditions de travail. Ces actions doivent être présentes sur une durée de minimum 6 mois pour pouvoir parler de **mobbing**.

4.8 Discussion

À la lumière des résultats présentés, certains éléments de réponse à la question de recherche initiale ressortent. Rappelons-le, le but de ce travail est de comprendre le lien entre la qualité de vie des étudiants en soins infirmiers généraux durant leurs stages en milieu hospitalier et le niveau de **burn-out**.

Après avoir mené plusieurs entretiens avec des étudiants en soins infirmiers, il est évident que le **burn-out** est un problème sérieux dans ce domaine. Les participants ont décrit des situations de travail intenses où les exigences émotionnelles et physiques sont élevées, ce qui peut rapidement entraîner l'épuisement professionnel.

Le stress chez les étudiants en soins infirmiers peut provenir de diverses sources et l'une d'entre elles est la peur de l'inconnu. Les étudiants peuvent ressentir une certaine appréhension lorsqu'ils sont confrontés à de nouvelles situations ou à des tâches qu'ils n'ont pas encore expérimentées. Une autre source de stress est la difficulté d'intégration sur les lieux de stage. Lorsque les étudiants en soins infirmiers arrivent dans un nouvel environnement, ils doivent s'adapter à une équipe de travail et trouver leur place. Le stress chez ces étudiants peut également être influencé par la charge scolaire et les évaluations. Le programme d'études en soins infirmiers est souvent intensif et exigeant, avec un grand nombre de cours, de travaux pratiques et de stages.

Les étudiants peuvent se retrouver responsables d'un grand nombre de tâches et sont souvent sous pression pour fournir des soins de qualité dans des délais serrés. Cette surcharge de travail constante et la pression qui en découle peuvent les épuiser physiquement et mentalement, augmentant ainsi leur risque de burn-out. La poursuite des études en soins infirmiers peut également entraîner une perte de vie sociale significative. Les horaires chargés, les périodes de stage et les obligations scolaires peuvent réduire le temps disponible pour les activités sociales, les loisirs et les relations personnelles. Le manque de reconnaissance peut également jouer un rôle dans le burn-out des étudiants en soins infirmiers. Ces derniers ont l'impression que leurs efforts et leur engagement ne sont pas suffisamment reconnus, que ce soit par les patients, les soignants ou les enseignants. Le manque de validation et de soutien peut entraîner une diminution de la motivation et une détérioration de l'estime de soi, contribuant ainsi à l'épuisement émotionnel. Il est clair que le stress et les exigences élevées du travail en soins infirmiers peuvent avoir des conséquences négatives sur les étudiants.

Ceux-ci signalent également un manque d'empathie envers les patients, pourtant l'empathie est essentielle dans la communication entre les soignants et les patients. Lorsque les soignants ne font pas preuve d'empathie, ils peuvent avoir du mal à comprendre les besoins émotionnels des patients et à répondre de manière appropriée. Cela peut entraîner une communication inefficace, des malentendus et une diminution de la qualité des soins. Ce manque d'empathie se répercute également sur la qualité de l'apprentissage des étudiants.

Le manque de leadership au sein des établissements de soins de santé peut contribuer au burn-out des étudiants infirmiers. Lorsqu'il y a un manque de leadership clair et de soutien de la part des soignants, les étudiants peuvent se sentir perdus et désorientés.

Lorsque les équipes sont sous-effectives, les étudiants peuvent se retrouver à devoir endosser une charge de travail plus importante, ce qui entraîne une augmentation du stress et de la pression. Lorsqu'il y a un manque de personnel, ils se voient attribuer des tâches de soins qui dépassent leur niveau de compétence ou de formation. Cela peut créer un sentiment d'insécurité car les étudiants peuvent se sentir dépassés par les responsabilités qui leur sont confiées.

Les étudiants en soins infirmiers ont besoin d'une supervision adéquate de la part des professionnels de santé expérimentés pour développer leurs compétences et acquérir de l'expérience pratique. Cela leur permettra d'être confiants lors de l'obtention du diplôme. Cependant, pour diverses raisons mentionnées par les interviewés telles que la pénurie ou le manque de ressources, il peut arriver que les étudiants ne bénéficient pas d'une supervision suffisante, ce qui peut affecter leur apprentissage.

Lorsqu'ils n'ont pas accès aux équipements tel un palan et aux ressources nécessaires pour prodiguer des soins de qualité, cela peut entraîner des difficultés et des frustrations. Les restrictions budgétaires limitent les ressources disponibles pour les étudiants en soins infirmiers, ce qui peut avoir un impact sur leurs apprentissages. Les temps de travail prolongés et l'absence de temps dédiés aux pauses peuvent épuiser physiquement et mentalement les étudiants.

Ces derniers signalent un manque de mesures de prévention. La prévention du burn-out et la promotion du bien-être sont des éléments essentiels tout au long du cursus en soins de santé. Malheureusement, les préventions sont décrites comme inexistantes ou partiellement existantes. Les étudiants suggèrent donc différentes pistes comme des formations, une communication de qualité, un étalement des stages, etc.

La maltraitance est belle et bien présente et nous avons pu comprendre à travers les différents discours qu'elle pouvait prendre différentes formes : harcèlement verbal, intimidation, abus émotionnel, discrimination, exploitation, manque de supervision adéquate, ou encore comportements physiques ou sexuels inappropriés.

En fin de compte, il est clair que le burn-out est un problème important pour les étudiants en soins infirmiers et pour la profession dans son ensemble. Il est important de continuer à sensibiliser à ce sujet et à prendre des mesures concrètes pour prévenir et traiter le burn-out chez les étudiants de la santé.

4.9 Conclusion et préconisation du chapitre

À la suite des entretiens sur le burn-out auprès des étudiants en soins infirmiers, nous pouvons conclure que cette problématique est un sujet préoccupant et complexe. Les témoignages des étudiants ont révélé plusieurs facteurs de risque auxquels ils sont confrontés tout au long de leur formation et qui peuvent conduire au burn-out.

Tout d'abord, le stress se compose d'une crainte en lien avec l'intégration au sein de l'équipe ainsi que d'une charge scolaire et des évaluations. L'épuisement professionnel comprend une surcharge de travail lourde de sens, un épuisement mental et physique, et une perte de motivation, trois éléments touchant aussi bien les soignants que les étudiants. La dépersonnalisation se compose d'actes pratiqués avec automatisme machinal, d'un délaissement des patients, d'un manque d'empathie, d'une perte de vie sociale, d'un travail bâclé et d'un développement d'une phobie envers le métier. La réduction de l'accomplissement comprend plusieurs manques (de reconnaissance, de communication, de récompense, d'engagement) et absences (de considération, de valorisation). Le leadership qui se compose d'un manque d'encadrement, d'un manque d'investissement, d'une responsabilité disproportionnée, d'équipes en sous-effectif, d'une pénurie de soignants, d'une délégation des soins. Les difficultés qui sont constituées d'un manque d'encouragement de la part des professeurs, d'horaires chargés, de répercussions physiques. Les conditions de travail non efficaces qui se composent de la répartition budgétaire contraignante, d'un manque de matériel, du non-respect des pauses légales, des changements dus au Covid. Un travail d'équipe où subsistent un manque de communication, une compétition qui reflète la société actuelle et une cohésion bénéfique entre étudiant. Les mesures de prévention de burn-out qui, malgré leurs existences partielles, restent attendues par les étudiants au vu des différentes propositions qu'ils suggèrent. Les différents types de maltraitance à l'égard des étudiants ou des patients comportent des moqueries, des mensonges, des violences physiques et verbales, des mises en danger, des violations de l'intimité et bien plus encore.

Pour palier tous ces éléments aux conséquences néfastes, aussi bien sur le bien-être que sur l'apprentissage, les étudiants proposent diverses idées qui paraissent pertinentes : une formation sur l'assertivité, une meilleure communication entre les établissements scolaires et hospitaliers, la mise en place d'une cellule de parole, des visites de contrôle au sein des équipes, des activités extra-scolaires, l'étalement des stages, la mise en place d'un système d'évaluation des équipes soignantes par les étudiants.

5. Perspectives et limites

Les étudiants en soins infirmiers sont souvent exposés à des situations stressantes et épuisantes qui peuvent les amener à développer un burn-out. Pour prévenir et traiter le burn-out chez ces étudiants, voici quelques perspectives générales :

- Offrir des formations sur la gestion du stress et la résilience : les étudiants en soins infirmiers doivent être préparés à gérer les situations difficiles et à développer leur résilience pour éviter le burn-out. Des formations sur la gestion du stress, la communication et la résolution de conflits peuvent les aider à mieux faire face aux situations difficiles ;
- Encourager l'autosoin : il est important pour les étudiants de prendre soin d'eux pour éviter le burn-out. Les établissements d'enseignement peuvent encourager l'autosoin en offrant des ressources sur la santé mentale, la nutrition, l'exercice physique et le sommeil ;
- Favoriser un environnement d'apprentissage positif : un environnement d'apprentissage positif peut aider à prévenir le burn-out. Les établissements d'enseignement peuvent encourager un environnement où les étudiants se sentent soutenus, valorisés et respectés ;
- Offrir un soutien psychologique : les étudiants en soins infirmiers peuvent bénéficier d'un soutien psychologique pour les aider à faire face aux situations stressantes. Les établissements d'enseignement peuvent offrir des services de soutien psychologique pour aider les étudiants en difficulté ;
- Encourager la participation à des activités sociales : les activités sociales peuvent aider les étudiants à se détendre et à se divertir, ce qui peut favoriser à prévenir le burn-out. Les établissements d'enseignement peuvent organiser des activités sociales pour les étudiants telles que des sorties, des événements sportifs ou culturels.

Voici quelques perspectives parues dans l'ouvrage *Omerta à l'hôpital* de Valérie Auslender :

« → Créer des “Points écoute” et des “Points informations” dans chaque école en soins infirmiers et dans chaque faculté de médecine avec pour missions :

- Accueil et écoute des étudiants victimes de violences dans des lieux confidentiels ;
- Information des étudiants sur leurs droits, sur les dispositifs administratifs ou juridiques de recours ;
- Proposition d'une aide juridique et incitation à porter plainte en cas de violences avérées ;
- Orientation vers des associations, des commissariats et des unités médico-judiciaires.

→ Créer une Fédération d'étudiants victimes de violences dans le milieu de la santé et créer des associations dans chaque région. Chaque association devra au moins avoir comme membres actifs : un médecin ayant réalisé une thèse, un(e) infirmier(ère) d'État, un(e) psychologue ou un(e) psychiatre formé(e) au psycho-traumatisme ainsi qu'un(e) juriste. Les associations auront pour missions :

- Recueil de témoignages des étudiants, soumis à l'Observatoire national des violences des étudiants en milieu de santé ;
- Mise en place d'un soutien médico-psychologique ou psychiatrique par un psychologue ou psychiatre formé au psycho-traumatisme ;
- Protection de la carrière des étudiants victimes en santé. »

(Auslender, 2018).

En mettant en place ces préconisations, les établissements d'enseignement peuvent aider à prévenir et à traiter le burn-out chez les étudiants en soins infirmiers.

Secondairement à l'analyse des entretiens, les besoins des étudiants ont été facilement identifiables, ces besoins nous ont dirigé vers quelques préconisations spécifiques à l'analyse de cette recherche. Ces recommandations sembleraient être bénéfiques pour ces étudiants, car elles répondraient à leurs attentes. Néanmoins, elles restent complémentaires à celles déjà mises en place par les établissements scolaires et hospitaliers, notamment expliquées par les divers témoins privilégiés.

- ✓ Mise en place d'une cellule de parole dans chaque établissement scolaire enseignant les soins infirmiers généraux. Cette cellule comporterait un psychologue externe du secteur hospitalier ne faisant pas partie du corps professoral. Les visites se planifieraient sur base d'un planning disponible sur chaque plateforme scolaire en ligne (Moodle, Ecampus, etc.) et permettraient donc au professionnel de la santé de se rendre dans l'établissement suivant la plage horaire qu'il trouvera sur la plateforme en ligne de l'école. L'ajustement des créneaux horaires disponibles se fera selon les disponibilités du professionnel, mais aussi celles des étudiants (hors heures de stage, hors cours obligatoires, hors examens, etc.). L'importance de créer cette cellule avec un professionnel externe impartial au secteur hospitalier et scolaire permettra à l'étudiant de s'exprimer avec aisance et confiance. Au terme de chaque mois, le psychologue devra établir un rapport récapitulant les difficultés ressenties par les étudiants qu'il aura rencontrés et le soumettra à la coordination de l'école (coordination responsable du secteur bachelier en soins infirmiers uniquement). La coordination et les membres qu'elle constitue devront traiter le rapport du mois et envisager les mesures adéquates nécessaires. L'avantage de réaliser ces entretiens avec un psychologue diplômé est de permettre non seulement à l'étudiant d'être écouté, mais également d'être aidé.

- ✓ Amélioration de la communication entre établissements scolaires et établissements hospitaliers. Une fois le rapport mensuel transmis et analysé par la coordination, une réunion mensuelle aura lieu et regroupera la coordination de l'établissement scolaire, la direction de l'établissement scolaire, les étudiants impliqués, les infirmiers référents étudiant des services impliqués, les ICANE (infirmières chargées de l'accueil des nouveaux engagés) des hôpitaux concernés, les chefs de service des services impliqués ainsi que les professeurs maître de stage. Cette réunion permettra un échange clair sur les problématiques rencontrées en vue d'une résolution rapide.

Par ailleurs, certaines limites ont été rencontrées et doivent être mentionnées. Les voici :

- La disponibilité de données : trouver des données fiables et récentes sur le burn-out peut être difficile, car il s'agit d'un phénomène complexe qui peut varier selon les contextes culturels, professionnels et individuels ;
- Le manque de recherche sur certains aspects : bien que le burn-out soit un sujet de plus en plus étudié, il y a encore des aspects qui n'ont pas été suffisamment explorés tels que l'impact du burn-out sur la santé physique, les facteurs de risque spécifiques à certaines professions ou encore l'efficacité de certaines interventions préventives ou curatives ;
- La subjectivité des mesures : les mesures du burn-out sont souvent basées sur l'auto-évaluation, ce qui peut être influencé par des facteurs tels que l'estime de soi, la culture ou l'humeur du moment. Cela peut rendre les mesures du burn-out moins fiables et moins précises ;
- Les limites de généralisation : il se peut que les conclusions d'un mémoire sur le burn-out ne soient pas généralisables à d'autres populations ou contextes en raison des différences culturelles, professionnelles ou individuelles.

Par ailleurs, après avoir analysé les divers entretiens réalisés auprès des témoins privilégiés et étudiants, il semble opportun de préciser que, pour donner davantage de pertinence à ce travail de recherche, il aurait été utile d'inclure des entretiens avec des soignants diplômés exerçant dans le milieu hospitalier. En effet, au vu des réponses des différents étudiants et de l'analyse qui en découle, il est indispensable de remarquer l'importance du rôle des soignants dans cette question de recherche. Établir des entretiens avec les soignants auraient permis de comprendre leurs points de vue sur le sujet, leurs conditions de travail qui sont potentiellement susceptibles d'impacter celles des étudiants, leur niveau de burn-out, leur qualité de vie au sein des services, leurs difficultés, etc. Un tas d'éléments qui, mis en relation avec ceux apportés par les étudiants, peuvent conduire à une réponse d'autant plus profonde et argumentée étant donné la constatation de la participation majeure des soignants dans la qualité de vie des étudiants en soins infirmiers généraux.

6. Conclusion générale

En conclusion, le burn-out est un syndrome qui résulte d'un stress chronique au travail. Il peut affecter n'importe qui, quelle que soit sa profession ou son niveau hiérarchique. Les conséquences du burn-out sont multiples et peuvent avoir un impact significatif sur la santé physique et mentale de la personne concernée.

Pour prévenir le burn-out, il est important d'adopter une approche globale qui implique une organisation du travail plus efficace, une meilleure communication au sein de l'équipe, une reconnaissance adéquate du travail accompli et une prise en compte de l'équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle.

Lorsque le burn-out est déjà installé, il est important de prendre des mesures pour réduire le stress et les symptômes associés. Cela peut inclure une pause temporaire du travail pour se reposer et récupérer, des consultations avec un professionnel de la santé mentale ou des changements dans l'organisation et les attentes de travail.

Enfin, il est important de sensibiliser les étudiants, les soignants et la société dans son ensemble aux dangers du burn-out. De plus, il est primordial de mettre en place des politiques et des pratiques qui encouragent la santé mentale et le bien-être au travail. Le burn-out est un phénomène évitable et traitable, et il est nécessaire de travailler ensemble pour réduire sa prévalence et ses conséquences négatives.

Lors de la réalisation de ce mémoire, quelques biais ont retenu notre attention :

- ✓ Biais de sélection des participants : il peut y avoir un biais dans le recrutement des participants, par exemple en se limitant aux établissements hospitaliers du Grand-Charleroi ;
- ✓ Biais de mesure : les mesures peuvent également être biaisées par des différences culturelles ou d'âge entre les participants ;
- ✓ Biais de rapport : les étudiants peuvent se sentir réticents à signaler leur épuisement professionnel ou leur stress, par crainte de représailles ou de jugement de la part de leurs pairs ou de leurs professeurs ;

✓ Biais de temps : le burn-out peut se développer au fil du temps et il est important de surveiller les changements dans le temps pour identifier les facteurs de risque et les mesures de prévention appropriées. Cependant, les études transversales qui ne suivent pas les étudiants au fil du temps peuvent être biaisées ;

✓ Biais de publication : il peut y avoir un biais de publication en faveur des études montrant des résultats positifs, car elles sont plus susceptibles d'être acceptées dans des revues de haut niveau.

Tenir compte de ces biais lors de la conception et de la réalisation de ce mémoire sur le burn-out des étudiants en soins infirmiers était important pour produire des résultats précis et significatifs. Des mesures peuvent être prises pour minimiser ces biais, par exemple en utilisant des échantillons représentatifs et des mesures de burn-out validées, et en garantissant l'anonymat des participants pour favoriser la communication ouverte et honnête.

Bibliographie

Ouvrages et revues scientifiques

Auslender V. (2018). OMERTA à l'hôpital. Le livre noir des maltraitances faites aux étudiants en santé. Ed. J'ai lu. 510 p.

Bourion, C. (2015). Le bore-out syndrom : Quand l'ennui au travail rend fou. France, Paris : Albin Michel.

Dejours C & Gernet I. (2016) Psychopathologie du travail. Ed. Elsevier Masson, coll. Les âges de la vie, 184 p.

Gueibe R. (2003). Le burn-out, une maladie de l'âme en deuil de son idéal ? paru dans la revue PERSPECTIVE SOIGNANTE.

Mikolajczak M, Roskam I. Le Burn-out parental: L'éviter et s'en sortir. Odile Jacob; 2017. 201 p.

Schaufeli, W., & Salanova, M. (2014). Burnout, boredom and engagement in the workplace. In M. C. Peeters, J. de Jonge, & T. W. Taris (Red.), An introduction to contemporary work Psychology (pp. 293-320). United States, New Jersey: John Wiley & Sons.

Sous-sources

Sources mobilisées dans le mémoire et extraites de la source :

Hesbeen W. (2019) Bien traiter les étudiants en médecine. *Le bien-être des étudiants*. Consulté en ligne : <https://www.gefers.fr/wp-content/uploads/2021/10/HESBEEN-2019-Bien-e%CC%82tre-e%CC%81tudiants.pdf> .

- Gluschkoff K., Elovainio M., Kinnunen U., Mullola S., Hintsanen M., Keltikangas-Jarvinen L. & Hintsanen T. (2016). Work stress, poor recovery and burnout in teachers. *Occupational Medicine*, 66, 564-570. doi: [10.1093/occme/kqw086](https://doi.org/10.1093/occme/kqw086) .

- Lefèvre C. « Peut-on former au soin dans la violence? », in in V. Auslender, Omerta à l'hôpital, op. cit., p. 349-350.

- Malherbe J-F (2003). Les Ruses de la violence dans les arts du soin. Essai d'éthique critique II, Montréal, Liber.

Sources mobilisées dans le mémoire et extraites de la source :

Brandi R. (2019-2020). Burn-out analyse des données contextuelles. 100 p.

- Bourion, C. (2015). Le bore-out syndrom : Quand l'ennui au travail rend fou. France, Paris : Albin Michel.
- Mikolajczak M, Roskam I. (2017). Le Burn-out parental : L'éviter et s'en sortir. 201 p.
- Schaufeli, W., & Salanova, M. (2014). Burnout, boredom and engagement in the workplace. In M. C. Peeters, J. de Jonge, & T. W. Taris (Red.), An introduction to contemporary work Psychology (pp. 293-320). United States, New Jersey: John Wiley & Sons.

Sitographie

Aubin-Auger I. et al. Introduction à la recherche qualitative. Consulté en ligne :

http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3446_2008_introduction_RQ_Exercer.pdf

Bauman F. & Odier B. (2015). Burn out : quand le travail rend malade, 312 p. Consulté en ligne : https://books.google.be/books?hl=fr&lr=&id=ut1PCgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT2&dq=burn+out&ots=2_6fMKHysu&sig=jeMrfyOSnYsDbSZbyTIWsMmgXEk&redir_esc=y#v=onepage&q=burn%20out&f=false .

Centre du Burn-out. Qu'est-ce que le burn-out ? Consulté en ligne :

<https://www.centreduburnout.org/le-burn-out/definition-burn-out/> .

Conseil Supérieur de la Santé (2017). Burnout et travail. CSS N° 9339 | septembre 2017. Consulté en ligne :

https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/css_9339_burn_out_a4_28092017.pdf

Direction de la recherche sur l'amélioration des conditions de travail (2019). Evolution 2010-2018 du burn-out en Belgique et intérêt de l'utilisation conjointe de deux outils de diagnostic

Rapport de recherche. Consulté en ligne :
https://emploi.belgique.be/sites/default/files/content/documents/Bien-être%20au%20travail/Projets%20de%20recherche/rapport_final_SPF_burnout.pdf

Floru R. Les Cahiers de l'Actif - N°264/265, pp. 25-40. Consulté en ligne :
[https://psyaanalyse.com/pdf/STRESS%20PROFESSIONNEL%20ET%20BURNOUT%20\(%2016%20pages%20-%20188%20Ko\).pdf](https://psyaanalyse.com/pdf/STRESS%20PROFESSIONNEL%20ET%20BURNOUT%20(%2016%20pages%20-%20188%20Ko).pdf).

Grebot E. (2008). Stress et burnout au travail. En ligne :
https://books.google.be/books?hl=fr&lr=&id=0qjE_40F9IcC&oi=fnd&pg=PR5&dq=stress+et+burn+out&ots=cAsExhsRzs&sig=AcLMSfaKdA0czEU4amOhNYDgRUc&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false.

Haute Autorité de Santé (2018). L'encadrement de stages La maîtrise de stage/le tutorat. Consulté en ligne : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-06/encadrement_de_stage._maitrise_de_stage.tutorat.pdf.

Hesbeen W. (2019). Bien traiter les étudiants en santé. Extrait de l'ouvrage Le bien-être des étudiants. Consulté en ligne : <https://www.gefers.fr/wp-content/uploads/2021/10/HESBEEN-2019-Bien-e%CC%82tre-e%CC%81tudiants.pdf>.

Imbert G. (2010). L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. Recherche en soins infirmiers, 102, 23-34. <https://doi.org/10.3917/rsi.102.0023>

JBIR Database of Systematic Reviews and Implementation Reports 17(12):p 2532-2540, December 2019. | DOI: 10.11124/JBISRIR-D-19-00019.

Médecins en difficulté. Lancement du Burnout Assessment Tool (BAT). Consulté en ligne :
<https://www.medecinsendifficulte.be/lancering-burnout-assessment-tool-bat/>.

Melou F. & Dagot L. (2018). « La mise à distance dans le travail social : effet sur l'épuisement émotionnel », Sociétés et jeunesses en difficulté [En ligne], 21 | Automne 2018, mis en ligne le 01 décembre 2018. URL : <http://journals.openedition.org/sejed/9325>.

Olié J-P. & Légeron P. (2016). Bull. Acad. Natle Méd. 200, n°2, pp.349-365, séance du 23 février 2016. Consulté en ligne : <https://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2017/03/P.349-366.pdf>.

Olié J-P. & Légeron P. (2016). Le Burn-out. Consulté en ligne : https://www.actuel-hse.fr/sites/default/files/article-files/burn_out_rapport.pdf .

Schaufeli W. & Enzmann D. (1998). The Burnout Companion To Study And Practice: A Critical Analysis. Consulté en ligne : <https://books.google.be/books?hl=fr&lr=&id=cL88XbNVv8QC&oi=fnd&pg=PP13&dq=schaufeli+et+enzmann+1998&ots=kgOimQEzpl&sig=2HBPHOjJthMoPUy7bCR3f4tT5j4#v=onepage&q&f=false> .

Securex. Près de 30% des travailleurs belges courent un risque (élevé) de burn-out. Consulté en ligne : <https://press.securex.be/pres-de-30-des-travailleurs-belges-courent-un-risque-eleve-de-burn-out> .

Zawieja P. & Guarnieri F. (2013). Épuisement professionnel : principales approches conceptuelles, cliniques et psychométriques. Consulté en ligne : <https://www.therapiebreve.be/documents/zawieja-ea-2013-extrait.pdf> .

Cours théoriques universitaires

Aujoulat I. (2022). Introduction aux méthodes qualitatives en santé publique.

Henrard. (2022). Epidémiologie.

Etudes et travaux universitaires

Drousie L-M. & Englebert L. (2019). Hospitalisation à domicile dans le cadre des grossesses à risque en fédération Wallonie-Bruxelles, 117 p.

Gerard S. (2020-2021). Le harcèlement scolaire à l'adolescence : Facteurs de risque, processus et conséquences, 94 p.

Dictionnaires en ligne

Processus cognitif. Définition. Consulté en ligne :

<https://www.linternaute.fr/dictionnaire/fr/definition/processus-cognitifs/> .

Annexes : entretiens semi-directifs

I. Entretien avec Houda

Moi : Bonjour, cet entretien est pratiqué dans le cadre de mon mémoire en santé publique réalisé à l'université catholique de Louvain. Ma question de recherche est : Quel est le lien entre la qualité de vie des étudiants en soins infirmiers généraux durant leurs stages en milieu hospitalier et le niveau de burn-out ? Pour tenter de répondre à cette question j'interview des stagiaires en soins infirmiers afin de récolter leurs avis sur différents points faisant attrait à mon sujet. Ces questions ouvertes servent de guide pour vous aiguiller dans vos idées mais elles ne sont en aucun directives, libre à vous de vous exprimer sur d'autres points dont vous souhaitez me faire part tout en gardant une cohérence avec le sujet de recherche.

Moi : Tout en tenant compte de ma question de recherche, si je vous parle du stress, que pouvez-vous me dire à ce sujet ?

Houda : Avant de commencer un stage ou de débiter dans une équipe dans laquelle je ne fais pas partie, j'ai ce truc de me dire : "Ok, je vais encore être dans une nouvelle équipe, faut que je m'y habitue, est-ce que les gens vont être sympa avec moi, est-ce que je vais être confrontée à des patients lourds". J'ai vraiment toujours ce stress de départ et de l'inconnu qui m'attend. Moi pour moi, c'est un vraiment un stress comme ça que j'ai.

Moi : Maintenant, si je vous parle du burn-out, que pouvez-vous me dire à ce sujet ?

Houda : En fait, je pense qu'il y a peu de temps d'ici, j'ai failli en faire un. En fait, en début d'année, je n'étais vraiment pas bien parce qu'il y avait énormément de deadline avec les travaux à l'école. Je me sentais perdue parce que je devais gérer mon TFE, mes stages, mes évaluations de stage, j'étais vraiment sous pression. Du coup, ça te rajoute des angoisses et tu finis par te lasser de tout, je n'avais plus envie de rien, j'avais parce que je n'avais plus le choix mais je perdais cette envie de travailler, je le faisais juste machinalement.

Moi : Que pouvez-vous me dire à présent sur les difficultés ressenties ?

Houda : Les difficultés que je ressens en stage c'est vraiment les équipes ... elles ne te calculent jamais. Ils ne te montrent rien donc toi tu te dis qu'ils n'ont pas le temps. Du coup, je ne vais pas vers eux, je n'ai pas envie qu'on m'envoie bouler. Mais du coup tu poses aucune question alors tu te mets dans des lacunes. Pour moi, c'est vraiment ça mes difficultés, des équipes pas réceptives.

Moi : Pouvez-vous m'expliquer ce que vous évoque l'épuisement professionnel ?

Houda : Les étudiants travaillent plus que les soignants, à la longue c'est lourd, tu te dis que ça n'en finira jamais. Tu vas parce que tu dois y aller mais t'en a marre de cette surcharge. Alors ajoute à ça un service que tu n'aimes pas, un service pas ouf du tout. La discipline ne te plaît pas, tout te dégoûte dans le stage, mentalement tu es épuisé, tu deviens un déchet je te jure. Tu n'as plus envie de rien et donc ça revient un peu sur le burn-out car tu te dis : "Mais pourquoi je fais ce métier en fait ?". On te prend pour un larbin et donc tu dois les remettre à leur place mais je sais que certains étudiants n'ont pas la capacité de faire ça et c'est pour ça qu'ils tombent en burn-out assez vite. L'épuisement il est bien présent, il y a trop de charge mentale, de stress, d'angoisse, tout en fait.

Moi : Tout en restant dans le même thème, que vous évoque la dépersonnalisation ?

Houda : Que veux-tu dire par la dépersonnalisation ? Je ne comprends pas.

Moi : C'est un sentiment de distance et de désengagement envers les autres et envers son travail mais ne vous inquiétez pas ce que vous avez dit jusqu'ici répond très bien à ce que je voulais savoir sur ce point. Voulez-vous tout de même ajouter quelque chose pour la dépersonnalisation ?

Houda : Non c'est un mot compliqué (rire).

Moi : Quel est votre ressenti sur la réduction de l'accomplissement ?

Houda : Par rapport à ça, je trouve qu'on n'est pas assez remercié par rapport à ce qu'on fait, on est stagiaire, on travaille plus qu'eux et on n'a jamais un merci donc on a plus envie de rien faire tu vois. C'est tellement vexant, tu donnes le meilleur de toi, tu n'es même pas payé et tu n'as même pas un merci. Tu es un peu comme un esclave, un remerciement, un mot sympa suffirait. Je ne suis pas un petit chien.

Moi : Que pensez-vous du leadership de l'équipe ?

Houda : Je n'aime pas toujours leur manière de travailler en équipe. Une fois, j'ai dit lors du rapport du matin que c'était mieux de diviser l'équipe en deux au lieu de tous travailler ensemble et de se suivre. Une des infirmières m'a dit que mon avis n'était pas bon alors je suis allée en parler au chef de service et il a dit que c'était une bonne idée. Le chef a donc été dire à l'infirmière que j'avais raison, qu'il fallait se diviser en deux.

Moi : Quel est votre opinion sur les conditions de travail qui vous sont imposées ?

Houda : Beh pas ouf hein. Je ne suis pas payée, rien d'offert, trop d'heure. Les conditions sont pitoyables, parlons français. On pourrait avoir des compensations, des avantages sur certaines choses, je ne trouve pas ça normal de travailler de 6h45 à 15h30 et derrière ne même pas avoir un coca gratuit.

Moi : J'allais vous demander votre point de vue sur le travail d'équipe mais vous m'avez déjà dit il y a quelque instant que vous n'aimiez pas leur manière de travailler en équipe, quelque chose à ajouter par rapport à cela ?

Houda : Avec les étudiants, j'arrive facilement à travailler et eux aussi aiment travailler avec moi la plupart du temps parce que voilà je suis en dernière année et j'aime bien leur apprendre des choses que moi-même j'ai appris. Il y a vraiment un bon échange. Sinon dans les équipes, ben il n'y a pas de travail d'équipe avec eux, tu écoutes simplement ce qu'ils veulent que tu fasses et tu y vas.

Moi : Quel est votre opinion sur les préventions contre le burn-out ?

Houda : J'ai mes propres moyens de prévention contre le burn-out. L'an dernier, j'ai pris une pause dans mes études et j'ai beaucoup voyagé. J'ai profité, j'en pouvais plus. Et encore là maintenant, j'ai enchainé les heures comme pas possible depuis septembre comme ça j'avais moins d'heures pour le deuxième quad et du coup j'ai pu repartir quelques jours me reposer. C'est vrai que moi personnellement j'ai la chance de pouvoir voyager, certains n'ont pas cette chance là et du coup difficile pour eux de prévenir le burn-out.

Moi : Je finirai cette entrevue en vous demandant ce que vous évoque les termes "maltraitance sur les étudiants en santé" ?

Houda : Pour moi, elle est présente et vient des personnes qui une fois diplômées vont être en dessous de nous, ce que j'appelle par en dessous de nous ce sont les aides-soignantes, les aides logistiques, ... Ces personnes-là ont vraiment un complexe d'infériorité et je trouve que ce sont elles qui sont le plus méchantes. Après bon, il y a des infirmières qui sont des vraies *connasses* mais bon, celles qui ont le complexe d'infériorité sont pas mal non plus.

II. Entretien avec Lisa

Moi : Bonjour, cet entretien est pratiqué dans le cadre de mon mémoire en santé publique réalisé à l'université catholique de Louvain. Ma question de recherche est : Quel est le lien entre la qualité de vie des étudiants en soins infirmiers généraux durant leurs stages en milieu hospitalier et le niveau de burn-out ? Pour tenter de répondre à cette question j'interview des stagiaires en soins infirmiers afin de récolter leurs avis sur différents points faisant attrait à mon sujet. Ces questions ouvertes servent de guide pour vous aiguiller dans vos idées mais elles ne sont en aucun cas directives, libre à vous de vous exprimer sur d'autres points dont vous souhaitez me faire part tout en gardant une cohérence avec le sujet de recherche.

Moi : Tout en tenant compte de ma question de recherche, si je vous parle du stress, que pouvez-vous me dire à ce sujet ?

Lisa : Tout d'abord, j'ai fait 3 ans en plein exercice à la Helha et là je suis en dernière année en promotion sociale à l'IPSMA à Charleroi car clairement c'était plus possible de terminer à la Helha en plein exercice. Moi je suis quelqu'un d'assez stressée au niveau des stages, je ne suis pas spécialement à l'aise à chaque fois que je dois intégrer un nouveau lieu de stage. J'ai peur de me perdre, peur d'être mal intégrée par l'équipe. On n'est pas forcément bien accueilli non plus. Cette année, ça se passe super bien mais par le passé, j'ai déjà été super mal accueillie donc à chaque fois je génère un stress de peur que ça se reproduise. Mes derniers stages se sont bien déroulés, d'un point de vue relationnel je me suis super bien intégrée donc petit à petit je laisse mes appréhensions du passé. J'ai beaucoup de stress au niveau des rapports de stage et des évaluations.

Moi : Maintenant, si je vous parle du burn-out, que pouvez-vous me dire à ce sujet ?

Lisa : Ça définit la fin de ma troisième année à la Helha... j'avais plus de courage, plus de motivation et j'étais vraiment prête à tout laisser tomber. L'école me décourageait, les profs me décourageaient, les efforts que je fournissais pour avoir mes points n'étaient pas suffisants et c'était extrêmement décourageant. Le fait de suivre les consignes et de ne pas avoir ses points malgré tout et on ne te dit même pas pourquoi tu n'as pas tes points. C'était difficile. J'ai fourni des efforts qui n'ont jamais été récompensés. Je n'avais plus de vie, plus de vie sociale, plus de sommeil. Tu vois là ça fait une semaine, que je rentre de stage, je travaille pour l'école, je fais une demi-heure de sport, je mange, je me lave, je regarde un épisode d'une série et puis je dors. Ma vie ne se résume plus qu'à ça et ce n'est pas évident. C'est épuisant. Par rapport au stage à proprement dit, c'est vraiment la quantité de rapport qu'il y a

toujours à faire qui est contraignant. Pour mes rapports, je fournis énormément de travail alors que c'est lu une fois par le professeur et puis ça part aux oubliettes. Le TFE c'est pareil, ça ne sert à rien du tout, c'est lu une fois puis c'est terminé.

Moi : Que pouvez-vous me dire à présent sur les difficultés ressenties ?

Lisa : L'intégration. J'ai une personnalité un peu réservée donc me présenter à de nouvelles personnes c'est un peu compliqué pour moi. Si les gens ont une personnalité très ouverte, c'est facile de rentrer en relation avec eux. Lorsque ce sont des gens fermés, ça me met très mal à l'aise. D'un point de vue pratique, j'ai plus vraiment de difficulté, ça roule parce que je suis en dernière année.

Moi : Pouvez-vous m'expliquer ce que vous évoque l'épuisement professionnel ?

Lisa : Devoir toujours faire plus avec moins de temps et de moyen... alors que je suis que stagiaire.

Moi : Quel est votre ressenti sur la réduction de l'accomplissement ?

Lisa : Il n'y a pas si longtemps j'étais dans un stage. Et la cadre de gériatrie, que je connais un peu car je travaille dans l'hôpital comme jobiste m'a demandé si je pouvais venir dans son service pendant 3 jours car elle n'avait pas reçu de stagiaire donc je suis allée. Du coup, je me suis retrouvée là à faire un travail d'aide-soignante car en fait c'était elle qui n'était pas là et donc je l'ai remplacé pendant 3 jours. On était que 3, le service était bondé, au bout d'un moment je délaissais les patients, je travaillais même plus correctement, je n'avais pas le temps, les sonnettes allaient de partout. J'ai vraiment eu l'impression de mal travailler, je faisais des changes où je retournais les gens comme des crêpes, je devais vite sauter à la chambre suivante. Alors que j'étais dans mes heures de stage.

Moi : Que pensez-vous du leadership de l'équipe ?

Lisa : Parfois c'est bien car on est bien accompagné soit par un référent étudiant ou alors par un membre de l'équipe. Et parfois, il n'y a pas vraiment de leadership, on est livré à nous-même, en mode va faire tes toilettes et puis que peut-être tu viendras faire un ou deux pansements. Tantôt justement c'est encore arrivé, une infirmière a proposé à une étudiante de faire un pansement avec irrigation, méchage, etc et l'étudiante a demandé à ce que quelqu'un vienne avec elle, l'infirmière lui a dit que dans ce cas-là elle y allait elle-même car ça allait aller plus vite. Et ce genre de situation m'est arrivé à moi aussi pour un enlèvement de redon.

Ça n'arrive pas partout car certains veulent vraiment transmettre leur savoir mais malheureusement ce n'est pas tout le monde. Après je peux comprendre qu'ils sont en sous-effectif et que donc ils veulent aller vite. Ils ne veulent plus former les étudiants et prendre du temps avec eux car malheureusement ils en ont plus la possibilité non plus.

Moi : Quel est votre opinion sur les conditions de travail qui vous sont imposées ?

Lisa : Pour le moment, je n'ai pas à me plaindre dans ce stage-ci. Disons que depuis que je travaille comme jobiste, j'ai plus facile à m'imposer. Je prends mon quart d'heure de pause au matin et ma demi-heure à midi sans problème. Avant, parfois, on ne me proposait pas de me prendre ma pause et du coup je ne la demandais pas et ça ne choquait personne. On ne me proposait pas non plus de prendre 45 minutes à midi pour récupérer ce fameux quart d'heure. Maintenant, de moi-même, si on ne me donne pas ma pause de 15 minutes au matin alors je prends 45 minutes à midi, je m'impose. Il n'y a pas longtemps je me suis fait râler dessus car c'était mon dernier jour de stage et 10 minutes avant la fin je me suis arrêtée pour prendre des notes pour mon rapport de stage, ça n'a pas plus à l'infirmière car elle avait besoin de moi pour prendre des paramètres mais je suis désolé après l'heure de fin du stage je ne suis plus couverte pas l'assurance donc je dois prendre quand mes notes en fait ? Du coup, j'ai reçu une remarque. Ça n'a été qu'une remarque orale et heureusement car si ça avait été une remarque écrite, je ne me serais pas laissé faire. En plus, je suis la seule qui termine toujours 20 minutes plus tard par rapport aux autres élèves donc c'est toujours à moi qu'on demande tout fin de journée et forcément je finis toujours en retard. C'est vraiment chiant.

Moi : Quel est votre avis sur le travail d'équipe utilisé ?

Lisa : Il n'y a pas toujours un travail d'équipe. C'est pour ça que dès que je suis diplômée soit je vais travailler de nuit dès que je peux ou alors je travaille de jour mais en équipe mobile. J'aime bien la radiologie et ce genre de service où tu peux plus faire ton truc tout seul quoi. Quand je vois l'ambiance des différentes équipes, je n'ai vraiment pas envie de faire partie de ça. Même entre eux ça ne va pas donc si je suis dans ce genre d'équipe c'est soit je fais un burn-out dans les 5 ans ou j'en tue un (rire). Je préfère me diriger vers quelque chose qui apaisera mon cœur jusqu'à la fin de ma carrière.

Moi : Quel est votre opinion sur les préventions contre le burn-out ?

Lisa : Il n'y en a clairement pas. Ni à l'hôpital ni au sein de l'école. Enfin, à l'école il nous écoute et apparemment ils en parlent avec les lieux de stage quand ça ne se passe pas bien

mais bon. Généralement ceux qui reviennent du G*** ils sont traumatisés de cet hôpital mais bon ce n'est pas comme si l'école faisait quelque chose pour éviter que les étudiants aillent en stage là-bas. Je sais qu'il y avait un service là-bas en particulier qui posait problème et je sais qu'ils ont fini par ne plus envoyer d'étudiant là-bas mais bon c'est parce que les profs étaient super mal accueillis aussi donc la décision a été prise pour eux et non pas pour les élèves.

Moi : Je finirai cette entrevue en vous demandant ce que vous évoque les termes “maltraitance sur les étudiants en santé” ?

Lisa : Je pense que ça ne devrait pas arriver. Moi, par exemple, dans un de mes stages à ***, j'ai vraiment été maltraitée par l'équipe et par une aide-soignante en particulier qui a menti à la référente étudiante à mon sujet. Elle m'a vraiment fait vivre l'enfer et je pense que ça ne devrait pas arriver, qu'il y a des mesures qui devraient être prises pour que ça n'arrive pas parce que clairement on est pas des chiens et on mérite d'être traité comme des êtres humains. On est des choses pour eux. J'ai une amie qui était en stage et ben l'équipe ne prenait pas la peine de retenir son prénom, il la sifflait. Ça ne devrait pas arriver, c'est de la maltraitance. Et moi lors dans mon premier stage en hôpital, l'aide-soignante que je t'ai dit, elle me parlait toujours mal, elle me donnait des ordres. Une fois, elle m'a d'abord fait espérer que j'allais prendre les glycémies, j'étais toute contente, je partais avec mon chariot toute heureuse et puis elle m'a dit : “Non en fait va plutôt ranger le linge”. Merci beaucoup... même pas de s'il te plait rien. Jamais rien par personne, pas de bonjour, pas de s'il te plait, pas un regard, rien. Ce n'est pas normal, je ne veux pas devenir ce genre d'infirmière.

III. Entretien avec Stéphanie

Moi : Bonjour cet entretien est pratiqué dans le cadre de mon mémoire en santé publique réalisé à l'université catholique de Louvain. Ma question de recherche est : Quel est le lien entre la qualité de vie des étudiants en soins infirmiers généraux durant leurs stages en milieu hospitalier et le niveau de burn-out ? Pour tenter de répondre à cette question j'interview des stagiaires en soins infirmiers afin de récolter leurs avis sur différents points faisant attrait à mon sujet. Ces questions ouvertes servent de guide pour vous aiguiller dans vos idées mais elles ne sont en aucun cas directives, libre à vous de vous exprimer sur d'autres points dont vous souhaitez me faire part tout en gardant une cohérence avec le sujet de recherche.

Moi : Tout en tenant compte de ma question de recherche, si je vous parle du stress, que pouvez-vous me dire à ce sujet ?

Stéphanie : Le stress occupe une très grande place dans les stages surtout l'adaptation au lieu de stage, l'adaptation à l'équipe, l'adaptation au protocole suivant les différents lieux de stage. Le stress en rapport avec nos connaissances évidemment, est-ce qu'on se sent capable, est-ce qu'on est capable de faire les choses. Ça dépend aussi de la façon dont on est encouragé par nos professeurs. A l'époque, j'ai fait des études de sage-femme et l'école dans laquelle je faisais mes études, n'était absolument pas encourageante avec les élèves. Cette école te laissait penser que tu allais toujours repartir avec un 0 pointé peu importe ce que tu montrais en stage. Tandis que dans l'école où je suis actuellement en promotion sociale pour devenir infirmière, les professeurs sont plutôt dans l'accompagnement et ils renforcent le côté positif des situations et vont faire des apartés sur le côté négatif. Ça réduit considérablement le stress ce comportement-là. Pour le reste, concernant les horaires à prester, c'est assez compliqué parce que tu dois absolument faire un week-end pendant ton stage + une après-midi sur ta semaine, c'est difficile de s'organiser avec la vie de famille. A côté de ça, le lieu de stage n'est pas content de l'horaire donc en dernière minute ils te demandent de changer tes pauses alors que tu n'es absolument pas employé, t'es un stagiaire comme un autre. J'estime que le lieu de stage ne devrait pas disposer des étudiants de cette façon-là. Le lieu de stage devrait être tolérant face aux horaires que les étudiants peuvent prester. Dans mon cas, c'est moi qui choisis mes horaires car je suis aide-ménagère le mardi et le jeudi et je suis maman de deux petites filles. Donc le facteur stress on ne peut pas y échapper, il sera toujours présent dans toutes les situations d'apprentissage. Quand j'entends les autres de ma classe, ils sont tous stressés cette année avec les stages et le TFE qu'il faut rendre en juin.

Moi : Maintenant, si je vous parle du burn-out, que pouvez-vous me dire à ce sujet ?

Stéphanie : Je ne sais pas si le burn-out vient des stages seul ou si le burn-out vient des stages + mon job d'aide-ménagère + ma vie de famille avec mes deux filles + ma formation en soins périnatales que je fais sur le côté. Je n'ai pas la possibilité de faire la distinction enfaite. A choisir, je dirais que le burn-out vient de mes filles qui sont respectivement en bas âge et qui me mènent un peu la vie dure chaque semaine. Donc je ne dirais pas que les stages seuls sont responsables de burn-out. Je dirais que c'est notre responsabilité de mieux programmer nos stages tu vois.

Moi : Que pouvez-vous me dire à présent sur les difficultés ressenties ?

Stéphanie : Les difficultés sont ressenties en stage et elles ont un attrait avec le comportement des infirmiers à notre égard, elles sont d'ordre hiérarchique. Il y a un jeu de pouvoir qui n'a pas sa place dans les soins infirmiers car c'est un métier d'humanité. On n'est pas là pour écraser les autres. Ce n'est pas un métier où on doit faire comprendre ou dire ouvertement aux étudiants que PARCE QU'ILS sont étudiants ils doivent se comporter d'une certaine façon. Pour eux les étudiants, ne parlent pas, ne réfléchissent pas, ne peuvent pas remarquer les erreurs. Alors que nous sommes capables de réflexivité.

Moi : Pouvez-vous m'expliquer ce que vous évoque l'épuisement professionnel ?

Stéphanie : J'ai envie de te dire qu'il faudrait plus d'engagement mais les gens n'ont plus envie de s'engager dans les soins infirmiers, ils n'ont plus envie d'exercer les études en soins infirmiers. La société va mal, le monde va mal, le monde de la santé va mal, on priorise l'argent, on priorise le budget, on ne fait plus attention aux émotions humaines, la technologie et l'intelligence artificielle sont devant tous. Les infirmiers qui ont toujours une conscience professionnelle et qui veulent faire bien les choses se retrouvent dans un piège sans nom, ils se retrouvent dans une situation où ils ne savent même plus exprimer ce qu'ils pensent. Les directions sont au courant de ce qu'il se passe mais ne savent rien faire, ils ne peuvent pas forcer les gens à devenir infirmier. Donc l'épuisement professionnel, à moins de revoir le monde du soin, va continuer. Il y aura de plus en plus de reconversion professionnelle et de démission.

Moi : Quel est votre ressenti sur la réduction de l'accomplissement ?

Stéphanie : Je me sens incompétente, pas capable quand je sors d'un stage qui a été compliqué. Par exemple, je sors d'un stage réalisé aux urgences, on m'a dit plusieurs fois que

je donnais l'impression d'être là dans un stage d'observation, que je ne m'impliquais pas, que je ne prenais pas d'initiative. Enfaite je prenais des initiatives mais dès que j'en prenais on me disait que je n'avais pas le droit de faire des soins seuls alors qu'on parle d'une clexane. En dernière année, j'estime être capable de faire une clexane sans avoir besoin d'être supervisée pour ça. Ensuite, j'ai fait un sondage vésical sur un homme en état de choc hypovolémique, il perdait beaucoup de sang par l'urètre, ça ne m'a pas vraiment fait perdre mes moyens. Ce qui m'a fait perdre mes moyens c'est lorsque je demandais de l'aide à l'infirmière devant ce patient en état critique et que l'infirmière ne cessait de me regarder en me disant : "Et comment tu aurais fait si tu étais seule ?", elle m'a répété ça plusieurs fois. Je sentais à l'intérieur de moi une colère et un bouillonnement alors j'avais qu'une envie c'était de tout lâcher pour lui dire : "Ok tu as raison, apparemment je ne suis pas capable d'être infirmière ni d'être aux urgences. Je n'ai pas ma place ici, je l'ai compris.". Le pire c'est que je n'étais qu'à mon dixième jour eux assimilent ça comme si ça faisait 3 semaines que j'étais là mais c'est faux étant donné que j'étais mon stage à cause mon travail d'aide-ménagère. Donc pour la réduction de l'accomplissement, effectivement, il se met en place à chaque fois que je me retrouve face un infirmier complètement dénué de pédagogie. Je pense que certains infirmiers devraient vraiment bénéficier de formation pour rentrer dans un processus pédagogique avec les étudiants.

Moi : Que pensez-vous du leadership de l'équipe ?

Stéphanie : Il y a vraiment des leaderships qui sont vraiment excellents sur certains lieux de stage. Actuellement, je suis aux soins intensifs, je suis vraiment bien encadrée, ils prennent le temps de m'expliquer, ils ne me demandent pas d'aller vite. On a deux patients en charge, ils me demandent surtout de me concentrer sur un patient, de comprendre l'appareillage du patient, ils m'expliquent l'appareillage si je ne le comprends pas, ils m'expliquent tout dans le détail, jusqu'aux chiffres qu'ils interprètent, ils m'expliquent aussi les techniques sur gazométrie, les calibrations sur PIPO. Après, je me suis déjà retrouvée dans d'autres stages où ça s'était bien passé aussi, notamment en cardiologie je me sentais vraiment bien. Maintenant, là où je me suis sentie moins encadrée et vraiment sans leadership c'est en gériatrie. Ce stage ne m'a vraiment pas plu. Je me suis sentie vraiment lâchée comme quelqu'un qui devait se débrouiller seule. A ce stage, j'ai vu une infirmière employer un comportement vraiment inadmissible, elle a giflé un patient devant moi, je n'ai osé rien dire, je ne savais pas quoi faire mais bon si je parlais je savais que j'allais me faire rabrouée, critiquée car beaucoup se comportaient pareil à elle.

Moi : Quel est votre opinion sur les conditions de travail qui vous sont imposées ?

Stéphanie : Je vais être complètement honnête et transparente, elles ne sont absolument pas adéquates ni bénéfiques à notre épanouissement. A l'épanouissement de personne d'ailleurs, ni les étudiants, ni les employés. Je n'arrive même à trouver les mots pour t'expliquer à quel point les conditions de travail sont horribles, elles sont pénibles. On n'a vraiment pas envie de se lever le matin pour aller en stage. J'ai eu une époque où ça ce ne me dérangeait absolument pas d'aller en stage, c'était quand j'étais dans mes études de sage-femme entre 2012 et 2014. Les conditions étaient différentes à ce moment-là mais depuis le covid, depuis l'immense vague de reconversion professionnelle, depuis le décès de pas mal de médecins, les infirmiers ne sont plus encadrés et donc ils ne peuvent plus être de bons encadrants non plus. Les infirmiers ne sont plus eux-mêmes motivés à rester dans les hôpitaux. Il n'y a d'ailleurs pas non plus de motivation financière. Je vais être engagée en pédiatrie à partir du 31 juillet pour faire une spécialisation en parallèle, j'ai déjà dit à l'hôpital qu'il n'y avait pas d'avantage à être engagé chez eux et on m'a répondu : "Si, vous avez le parking gratuit, des réductions à la cafétéria et un jour de congé tous les 4 mois si vous n'avez pas rendu de certificat médical durant ces 4 mois.". Ce sont les seuls avantages qu'elle a pu me sortir pour essayer de me convaincre de rester. En parallèle, j'ai eu contact avec une infirmière du service en question qui m'a dit qu'elles avaient hâte que l'hiver se finisse car elles n'en pouvaient plus car il manquait clairement du monde et que donc elles étaient impatientes que les nouveaux diplômés arrivent. D'entendre ça, ça me met clairement la pression, je me dis que je ne suis pas encore vraiment formée à la pédiatrie et qu'on en attend déjà beaucoup de moi. Je me demande parfois si je me vois être à l'hôpital jusqu'à la fin de ma carrière, j'ai peur parfois.

Moi : Quel est votre avis sur le travail d'équipe utilisé ?

Stéphanie : Autant je sens un travail d'équipe hyper efficace dans la majorité des stages où j'ai été et j'entends par là en termes de communication par rapport à ce qu'il se passe avec le patient. Pour ce qui est du reste, quand j'entends les infirmiers parler de leurs collègues, je trouve ça tellement irrespectueux parfois. Si un infirmier est malade et qu'il ne vient pas, on entend tous les collègues parler mal de lui. Si un infirmier reçoit un compliment du chef, les autres infirmiers ne sont pas contents, jaloux je dirais. Franchement, en termes de communication ça pourrait aller mieux mais disons que ça va quand même mais on n'est pas au niveau optimal quoi. Disons qu'on sent beaucoup de compétition entre eux, ça reflète vraiment ce qui se passe dans la société actuellement. Les gens de manière générale ne sont

plus dans l'écoute et dans l'entraide, les gens sont dans la compétitivité. Ils ne sont pas ouverts avec leurs collègues, ils pourraient l'être et ça faciliterait la tâche à tout le monde. Dans cette situation, j'ai fait une formation cette semaine en stage aux soins intensifs sur l'assertivité et je pense que c'est une formation qui manque à tous les infirmiers, ça leur serait vraiment bénéfique.

Moi : Quel est votre opinion sur les préventions contre le burn-out ?

Stéphanie : Il n'y a pas vraiment de moyen de prévention. L'école nous met la pression par rapport à nos rapports, par rapport au TFE, on n'arrête pas de nous encourager mais à côté de ça, on nous laisse aucun répit. Ils nous demandent de prendre du temps et de souffler pour nous mais comment faire ? On est soit en stage, soit en cours. On n'a pas l'opportunité d'avoir une semaine de congé sans avoir à penser à un rapport ou au TFE ou au prochain stage qui va suivre. On ne respire plus, on sort jamais du contexte oppressant. On voudrait que les choses se passent différemment. En terme hospitalier, les infirmiers ne nous facilitent pas la tâche et ne préviennent absolument pas le burn-out. Ce sont les premiers à dire quand on arrive qu'ils sont contents qu'on soit là mais bon ce n'est pas pour autant qu'il faut tout nous laisser faire seul. Dernière fois, pour la mise en place d'un port à cathéter, technique pour laquelle j'ai à peine vu la théorie, à l'école on a vraiment survolé cette technique, l'infirmière m'a envoyée faire seule ce soin. Je suis arrivée dans la chambre du patient, j'ai essayé de mettre en place le pack puis j'ai été coincé à un moment donné car je n'ai pas su mettre l'aiguille dans le pack et donc j'ai dû sortir de la chambre pour demander de l'aide à l'infirmière et elle m'a dit : "Ecoute tu es en dernière année, tu es censée savoir le faire, fais-le." Aors que merde on parle de la vie des gens quand même à la fin.

Moi : Je finirai cette entrevue en vous demandant ce que vous évoque les termes "maltraitance sur les étudiants en santé" ?

Stéphanie : Je peux très facilement te parler de ce point-là étant donné que j'ai déjà été un enfant maltraité physiquement et mentalement par mes parents ce qui fait que je ne parle plus à aucun des deux. La maltraitance sur les étudiants en santé commence déjà à partir du moment où l'étudiant arrive en stage et qu'on lui donne toutes les toilettes à faire pendant qu'on va prendre son petit café et qu'on ne se préoccupe pas trop si l'étudiant va avoir des difficultés à soulever un patient seul ou quoi que ce soit. Je prends cet exemple spécifique tout simplement car j'ai eu l'obligation d'aller faire un stage en gériatrie et durant ce stage une dame de 120kg s'est retrouvée à terre lorsque j'ai voulu l'aider à la mettre au fauteuil.

Avant de la faire chuter, j'avais été demander à l'équipe de l'aide et ils m'ont répondu : "Essaye toute seule avec les techniques de manutention et si ça ne va pas tu viens nous chercher". Ils ne se disent pas une seconde que si je viens les chercher c'est parce que j'ai déjà essayé seule, pour moi c'est une maltraitance. Autre style de maltraitance, une infirmière qui vient me hurler dessus devant un médecin en me disant que je ne pouvais pas faire de soin en étant seule alors que personne ne vient m'aider. Également, quand je demande de l'aide pour un soin et qu'on me répond : "Comment est-ce que tu aurais fait si tu étais seule ?" alors que le patient est limite entrain de partir, c'est de la maltraitance. Je n'admets pas non plus qu'une étudiante de mon âge, avec l'expérience de vie que j'ai, se retrouve devant une infirmière de 22 ans qui lui dit : "Je suis infirmière, tu dois me vouvoyer.", je suis désolée mais si je dois la vouvoyer alors elle aussi elle doit le faire avec moi. Les diplômés veulent un rapport hiérarchique mais le rapport de transversalité ils ne l'acceptent pas. En fait, il faut vraiment revoir le cadre légal qu'il y a entre les infirmiers et les étudiants infirmiers car on n'est pas là pour se soumettre à eux. Sans oublier, les pauses qu'on ne peut pas prendre, eux peuvent manger et boire mais toi non, maltraitance ça aussi.

IV. Entretien mené auprès de Dorina

Moi : Bonjour, cet entretien est pratiqué dans le cadre de mon mémoire en santé publique réalisé à l'université catholique de Louvain. Ma question de recherche est : Quel est le lien entre la qualité de vie des étudiants en soins infirmiers généraux durant leurs stages en milieu hospitalier et le niveau de burn-out ? Pour tenter de répondre à cette question j'interview des stagiaires en soins infirmiers afin de récolter leurs avis sur différents points faisant attrait à mon sujet. Ces questions ouvertes servent de guide pour vous aiguiller dans vos idées mais elles ne sont en aucun cas directives, libre à vous de vous exprimer sur d'autres points dont vous souhaitez me faire part tout en gardant une cohérence avec le sujet de recherche.

Moi : Tout en tenant compte de ma question de recherche, si je vous parle du stress, que pouvez-vous me dire à ce sujet ?

Dorina : Déjà de manière générale et je ne parle même pas des études, les stages ça me stresse. Le fait d'être une main d'œuvre surtout pendant le covid. Pendant le covid, j'ai dû gérer un service avec un autre étudiant, je ne savais même pas ce qui fallait faire, ça partait vraiment dans tous les sens. Là je suis en dernière année et c'est le même, les services te donnent plein de responsabilités comme ça ils s'en débarrassent. On est toujours dans des prises en charge très bâclées. Je n'ai jamais été suivie, prise en charge, on nous observe une fois ou deux puis on t'envoie travailler seule. Mais il n'y a jamais eu un stage où quelqu'un a passé la journée avec moi alors qu'on débute. Il y a une énorme charge de travail et entre nos journaliers et les évaluations c'était compliqué. J'ai dû rendre 9 journaliers cette année-ci en plus de la gestion de notre TFE, d'ailleurs je n'ai pas fait grand-chose car je n'ai pas le temps. C'est beaucoup de stress surtout le fait d'être en dernière année et se dire qu'on sera bientôt lâché seul. On se plaint à l'école en disant que la charge de travail est trop grande entre l'école et les stages et donc on aimerait étaler cette charge différemment. Cette année-ci on s'est sentie écrasée par un gros poids. On en pouvait plus. On a tellement hâte d'en finir.

Moi : Maintenant, si je vous parle du burn-out, que pouvez-vous me dire à ce sujet ?

Dorina : Je pense qu'on est tous stressés mais je ne me sens pas concernée par le burn-out... ce n'est pas à ce point je pense. Je ne me sens vraiment pas concerné par ça.

Moi : Que pouvez-vous me dire à présent sur les difficultés ressenties ?

Dorina : Pour moi les difficultés ressenties englobent un épuisement professionnel et une réduction de l'accomplissement parce que je suis à la fin de mon cursus et j'ai plus envie de

travailler dans le milieu hospitalier. Mes études m'ont vraiment dégouté. Je suis toujours passionnée mais le manque de prise en charge de l'équipe m'a découragé. J'ai vraiment ressenti l'épuisement de l'équipe et ça peu importe le stage où j'ai été. Le service où je l'ai ressenti le plus c'est vraiment le service de gériatrie. Leur épuisement se ressent dans leur impatience en fait, ils veulent faire vite alors que moi j'ai besoin de temps pour assimiler les choses. L'épuisement du personnel vient vraiment jouer sur notre accomplissement dans le stage en fait c'est pour ça que je mets tout ça ensemble. Leur manque d'effectif est vraiment pesant.

Moi : Que pensez-vous du leadership de l'équipe ?

Dorina : Je t'avoue que je n'ai pas d'avis dessus parce que je trouve qu'il n'y en a pas eu dans les services que j'ai fait même si on en aurait bien eu besoin. Malheureusement, j'ai fait mes études principalement pendant le covid donc pas le temps pour un leadership efficace.

Moi : Quel est votre opinion sur les conditions de travail qui vous sont imposées ?

Dorina : Le fait que l'équipe soit impatiente, épuisée, fatiguée, qu'elle doive faire des nuits, des jours, nos conditions de travail ne sont pas tops. Là j'étais en pédiatrie et personne n'a eu le temps de m'expliquer comment allumer le monitoring. C'est seulement au bout de 5 jours que quelqu'un a daigné m'expliquer ... ça en dit long sur nos conditions. Personne ne prend le temps de nous expliquer les choses. Je ne sais même pas où sont rangées les affaires dans les services car on nous le dit pas. J'aurais voulu apprendre plus de choses en stage. Parfois, c'est seulement après une semaine que je prends mes repères dans un service car on n'explique rien et le pire c'est que le service te dispute quand tu ne trouves pas quelque chose. Je sais que les étudiants défilent toutes les semaines et que c'est embêtant pour eux. Le personnel est éteint je dirais et ils agissent en mode "automatisme".

Moi : Quel est votre avis sur le travail d'équipe utilisé ?

Dorina : Je ne suis qu'un petit esclave qui fait le travail à leur place, je n'ai même pas un merci. Parfois, tout se passe bien en stage, vous bossez ensemble, en équipe, tout se passe bien et arrivé à l'évaluation, ils t'éclatent. Je vais en pneumologie et on était que deux étudiantes et j'ai dû faire tous les changes et les paramètres seule car l'équipe était en réunion, soi-disant la réunion devait durer 1h et ça a duré jusqu'à 15h15, heure de fin de mon stage. Et tu sais quoi ? Je me prends encore une remarque comme quoi je ne réponds pas aux sonnettes, ils se foutent de ma gueule en fait ? Et la référente étudiante ne me défend même

pas. J'ai eu une remarque dans une évaluation qui disait que j'avais un peu trop confiance en moi parce que j'ai répondu à une aide-soignante alors que je n'avais même pas répondu, j'ai juste dit à une aide-soignante que je ne savais pas l'aider aujourd'hui car j'étais en évaluation avec mon professeur. Le plus choquant c'est qu'il y avait 2 infis à côté qui ne faisaient rien et qui n'ont même pas été aider l'aide-soignante et c'est ces 2 infis là qui se permettent de me dire que j'ai mal répondu à l'aide-soignante. L'aide-soignante elle-même a pris ma défense et n'a même pas compris pourquoi les infis ont mis ça en remarque.

Moi : Quel est votre opinion sur les préventions contre le burn-out ?

Dorina : Désolé, je n'ai rien à dire là-dessus, je ne vais pas inventer sur ce qui n'existe pas.

Moi : Je finirai cette entrevue en vous demandant ce que vous évoque les termes "maltraitance sur les étudiants en santé" ?

Dorina : Ce que je t'ai expliqué sur l'histoire avec l'aide-soignante ça montre bien que la maltraitance est existante car pour moi cette histoire en est la preuve. Le personnel qui te dispute pour tout et n'importe quoi sans t'en donner la raison c'est une preuve de maltraitance. Eux ils ne foutent rien et restent dans le bureau, c'est toujours la même chose. Moi c'est changes et paramètres et eux les bons soins. On me demande même de superviser les jeunes étudiants, ils délèguent leur travail.

V. Entretien avec Mathilda

Moi : Bonjour, cet entretien est pratiqué dans le cadre de mon mémoire en santé publique réalisé à l'université catholique de Louvain. Ma question de recherche est : Quel est le lien entre la qualité de vie des étudiants en soins infirmiers généraux durant leurs stages en milieu hospitalier et le niveau de burn-out ? Pour tenter de répondre à cette question j'interview des stagiaires en soins infirmiers afin de récolter leurs avis sur différents points faisant attrait à mon sujet. Ces questions ouvertes servent de guide pour vous aiguiller dans vos idées mais elles ne sont en aucun cas directives, libre à vous de vous exprimer sur d'autres points dont vous souhaitez me faire part tout en gardant une cohérence avec le sujet de recherche.

Moi : Tout en tenant compte de ma question de recherche, si je vous parle du stress, que pouvez-vous me dire à ce sujet ?

Mathilda : Tout d'abord, avant de répondre à ta question, il faut que tu saches que ton mémoire et ta question tombe à pic car je suis actuellement en arrêt maladie pour dépression et burn-out alors que je n'ai même pas encore terminé mes études. J'ai débuté mes études en cours de jour. J'ai commencé à ne pas aller bien en fin de deuxième année parce que déjà les études en première année étaient déjà très stressantes, beaucoup d'informations à assimiler d'un coup, il y a beaucoup de poids sur les épaules. Dès le début, les professeurs te transmettent directement le stress d'avoir des vies entre les mains. Les professeurs ont aussi tendance à idéaliser le métier en ne parlant que des bons côtés, du fait qu'on va chouchouter nos patients alors que quand j'ai eu mon premier stage à l'hôpital j'ai clairement eu une claque mentale. À ce moment-là, je me suis dit : " Tout ce qu'on m'a fait croire en première année était du pur mensonge." On m'a fait croire que j'allais prendre soins des gens alors que je faisais des soins bâclés, on me demande travailler vite, on me dit que je ne peux pas utiliser tout le matériel nécessaire à mes soins car sinon ça va coûter trop cher à l'hôpital. Eux-mêmes travaillent mal, n'ont pas le temps de parler au patient, de faire une prise en charge correcte. Le côté idéalisé de la première année a vite été rattrapé par la réalité du terrain. Alors déjà mes stages de deuxième c'étaient horribles mais ceux de troisième encore pire, les équipes ne sont vraiment pas cool avec les étudiants, ils prennent mal en charge les étudiants parce qu'ils sont en manque de personnel et tout ça peut mener au burn-out. À la troisième année j'ai arrêté mes stages car je suis tombée en dépression, j'ai fait mon premier burn-out, j'arrivais plus à rentrer dans mon école ou même dans un hôpital pour un stage sans pleurer ou hyperventiler ou faire une crise d'angoisse. Je ne dormais plus, je faisais des grosses crises de paniques. J'ai arrêté l'école et j'ai fait plein de recherche pour faire autre chose mais je voulais à tout prix

devenir infirmière. Pendant 6 mois j'ai tout arrêté mais malgré tout je ne voulais pas perdre mes acquis dont j'ai pris un poste en tant que jobiste aide-soignante dans un hôpital, cette demi-année en tant que jobiste m'a fait aimer le métier d'infirmière car là j'avais le temps de prendre soin de mes patients. En plus de ça j'étais de nuit et la nuit on a plus le temps. Du coup j'ai décidé de reprendre mes études d'infi' mais en cours du soir et vu que j'allais en cours du soir, la journée je bossais en tant qu'aide-soignante. Là maintenant ça fait deux ans que je suis en cours du soir et donc je jongle avec mon job d'aide-soignante le jour à mi-temps et mes études d'infi le soir + mes stages qui se déroulent le jour aussi.

Moi : Maintenant, si je vous parle du burn-out, que pouvez-vous me dire à ce sujet ?

Mathilda : Au niveau de burn-out je pense que tout commence à partir du moment où tu prends conscience de la réalité du terrain. Les étudiants ne sont pas pris en charge, ils n'ont pas le temps, ils nous lèguent les soins, tu ne te sens pas suivis, pas valorisé dans l'équipe, tu es un bouche trou, si t'es pas rapide tu te fais disputer où tu as de mauvaises notes. Tu as l'impression que tu dois être un membre de l'équipe à part entière et quand tu arrives en 3^{ème} et 4^{ème} année tu as encore plus cette impression car là ils te donnent 3 ou 4 patients et tu te débrouilles seule quoi. Ici récemment j'avais tout un couloir à ma charge et sans surveillance tout ça parce qu'il manquait une infi, alors que je n'ai pas toutes les compétences d'une infi car oui, je suis bientôt diplômée mais on a besoin d'un peu d'expérience encore après les stages pour devenir une bonne infi, je pense. Alors qu'on sait très bien que si dans une situation pareille je commets une erreur, je ne serais pas protégée autant qu'une autre infi diplômée travaillant dans l'hôpital. Tout ce poids là, ça met tellement de stress et de pression. Il y aussi la lourdeur des cours et de la théorie, il y a plein de travaux, faut tout avoir dans la tête et tu ne t'arrêtes jamais, plus de vie sociale. Plusieurs amies ont arrêté pour les mêmes raisons, parce que on ne vit plus, c'est aussi pour ça que j'ai fini en burn-out. Un autre point que je voulais aussi relever avec toi c'est que quand j'ai arrêté pendant 6 mois mes études, autrement dit la période où j'étais encore en école de jour, avant cet arrêt j'étais une très bonne élève et j'avais tous les profs qui m'appréciaient beaucoup alors qu'en deuxième année quand j'ai commencé à décrocher progressivement avant mes 6 mois d'arrêt ben tous les profs ont commencé à me juger, à me voir sous un autre angle, ils sont devenus plus froids. A la fin d'un cours parfois je pleurais et les profs me disaient : "Les problèmes c'est en dehors de mon cours, c'est chez toi et pas ici." Là je me suis dit mais c'est quoi ce manque d'empathie et d'humanisme alors que c'est un métier humain. En fait, quand tu ne vas pas bien, l'école ne te suit même pas. J'ai eu une prof bien sympa qui elle a pris le relais, qui elle

a remarqué mon mal-être et a commencé à me voir en dehors des cours pour discuter avec moi et faire des cours de sophrologie. Ça a vraiment été mon pilier cette professeure.

Moi : Que pouvez-vous me dire à présent sur les difficultés ressenties ?

Mathilda : Disons que la première et deuxième tu ne sais pas faire grand-chose et j'ai clairement une infirmière en chef qui m'a dit : "Vous ne servez à rien ceux qui débutent en Haute Ecole je vais aller voir les A2." Tous les soins sont relayés au troisième quatrième en fait et toi tu ne fais rien quand tu es en deuxième alors que quand tu arrives en troisième on s'attend à ce que tu saches tout faire. On te dit : "Tu es en troisième année et tu ne sais toujours pas faire ça ???" Non vu qu'on ne m'a jamais laissé le temps de le faire.

Moi : Pouvez-vous m'expliquer ce que vous évoque l'épuisement professionnel ?

Mathilda: L'épuisement professionnel il est physique car tu es toujours au boulot, j'ai beaucoup de collègues qui se plaignent car ils ont l'impression de vivre à l'hôpital, leur vie c'en est plus que ça en fait. Ils remplacent des gens, ils font des heures supplémentaires. On est tous épuisés car en plus on fait les 3 pauses. L'épuisement professionnel est aussi mental car tu ne te sens pas souvent valorisé par quelqu'un. Je parle aussi de valorisation personnelle car quand tu rentres chez toi tu n'es pas fière de la manière dont tu as travaillé aujourd'hui et donc ça aussi c'est épuisant.

Moi : Quel est votre ressenti sur la réduction de l'accomplissement ?

Mathilda : Ben tu sais, quand tu es content d'avoir réussi à faire un soin et que l'infirmière te répond : "Ben c'est juste normal en fait" Parce qu'ils ont tendance à oublier que nous on apprend encore même si eux le font tous les jours. Quand on demande même à être suivis pendant un soin on nous répond parfois : "Ce n'est pas compliqué quand même ... vas-y seule ..." Tu as l'impression que tu es censé tout connaître et la moindre lacune est une catastrophe.

Moi : Que pensez-vous du leadership de l'équipe ?

Mathilda : Au niveau du leadership dans ma nouvelle école c'est bien parce que le professeur a vraiment un rôle de guide et non d'examineur, elle nous tire vraiment vers le haut, elle met en place avec nous des objectifs à atteindre etc. Au niveau des équipes, il n'y a pas beaucoup de leadership, ils se réhaussent pas les uns les autres, les infirmiers en chef ne sont déjà pas très investis et sont très mal vu par les autres membres de l'équipes car ils sont

considérés comme un bourreau. Peu de chef de service sont vraiment des vrais leaders pour leur équipe.

Moi : Quel est votre opinion sur les conditions de travail qui vous sont imposées ?

Mathilda : C'est un travail à la chaîne comme à l'usine, il faut mettre son cerveau en "off" pour pouvoir réaliser des soins chez tout le monde. Il faut aller très vite donc d'office tu ne peux pas faire ton travail correctement et ça même en tant qu'étudiant vu que tu es là pour remplacer du personnel malade. Les conditions de travail sont donc très compliquées. Tu es mené à faire des horaires très chargés. Les gens sont tendus, épuisés, ça n'aide pas à avoir de bonnes conditions pour travailler correctement. Il y a de moins en moins d'empathie dans le travail des gens.

Moi : Quel est votre avis sur le travail d'équipe utilisé ?

Mathilda : Il n'y en a pas vraiment, pas beaucoup d'équipe utilise cette pratique avec les étudiants. Il y a eu un stage où une infirmière a travaillé en binôme avec moi et ça s'est super bien passé. Dans les stages genre soins intensifs ça se passe super bien car là tu es avec un binôme et on t'apprend tout. Dans les services conventionnels genre médecine chirurgie ou gériatrie, là on t'envoie juste faire les toilettes et eux vont prendre leur petit déjeuner pendant une heure et demie et quand ils reviennent ils font les étonnés que tout le service soit terminé. On est épuisé car on travaille à leur place et tout ça sans valorisation, tout leur semble normal. Je me suis toujours sentie à l'usine moi.

Moi : Quel est votre opinion sur les préventions contre le burn-out ?

Mathilda : Selon moi ce qui pourrait vraiment aider ça serait d'avoir une cellule qui comporte une psychologue dans l'école qui pourrait nous écouter quand on ne se sent pas bien. Après il y a de plus en plus de prévention car on est de plus en plus à avoir arrêté pour burn-out. Au moins avoir une psychologue ou un professeur de référence. Il faudrait aussi aller voir les équipes parce que plein d'équipes gèrent super mal les étudiants car ils sont en sous-effectif. Les équipes n'ont pas de respect avec les étudiants et quand tu sais que tu vas te lever pendant 3 semaines pour te faire mal parler, même pas recevoir un bonjour, qu'on ne va même pas prendre la peine de retenir ton prénom, qu'on va te marcher dessus, qu'on attende toi que tu fasses le sale boulot vraiment.

Moi : Je finirai cette entrevue en vous demandant ce que vous évoque les termes "maltraitance sur les étudiants en santé" ?

Mathilda : Un jour, j'étais en stage et une infirmière m'a dit : "Si tu répètes ce que j'ai fait mal ça va mal se terminer pour toi, je vais appeler ton école." J'ai été menacée plusieurs fois et on me disait : "C'est ta parole contre la mienne et toi on ne te croira pas." J'ai déjà vu des infis limite frapper des patients et on me disait : "Si tu vas répéter ça retombera sur toi." Les étudiants sont maltraités c'est un fait. J'ai passé des après-midis à faire de la frotte pour nettoyer des selles sur des pannes. On m'a même obligé de les laver à la main alors qu'il y a un lave panne.

VI. Entretien avec Megane

Moi : Bonjour, cet entretien est pratiqué dans le cadre de mon mémoire en santé publique réalisé à l'université catholique de Louvain. Ma question de recherche est : Quel est le lien entre la qualité de vie des étudiants en soins infirmiers généraux durant leurs stages en milieu hospitalier et le niveau de burn-out ? Pour tenter de répondre à cette question j'interview des stagiaires en soins infirmiers afin de récolter leurs avis sur différents points faisant attrait à mon sujet. Ces questions ouvertes servent de guide pour vous aiguiller dans vos idées mais elles ne sont en aucun cas directives, libre à vous de vous exprimer sur d'autres points dont vous souhaitez me faire part tout en gardant une cohérence avec le sujet de recherche.

Moi : Tout en tenant compte de ma question de recherche, si je vous parle du stress, que pouvez-vous me dire à ce sujet ?

Megane : En ce qui concerne le stress, tout d'abord, il y a le stress que l'on s'inflige nous même, la peur de ne pas pouvoir y arriver, de douter de ses compétences. Il y a le stress par la pression qui est mise par les infirmiers, aides-soignants, les moniteurs de stage, par l'école, c'est un tout.

Moi : Maintenant, si je vous parle du burn-out, que pouvez-vous me dire à ce sujet ?

Megane : J'en ai fait un il y a un an et demi, ça a été causé par le stress quotidien, par le fait de se faire rabaisser pour tout, la difficulté des cours, les exigences des professeurs, des moniteurs de stage. Pendant cette période-là, je savais qu'il fallait que je stoppe tout, heureusement c'était pendant les congés de Pâques donc j'ai su me ressourcer mais pour le coup j'ai vraiment senti que tout s'accumulait et que j'allais abandonner. Je pleurais tous les jours, c'était vraiment un tout.

Moi : Que pouvez-vous me dire à présent sur les difficultés ressenties ?

Megane : Je dirais les exigences de certains services, la pression mise par certains moniteurs de stage. Pour te donner un exemple, je me suis faite évaluée dans un stage et on me demande d'avoir un niveau comme si j'exerçais depuis toujours, ce n'est pas possible. Il y aussi des services qui délèguent tout leur travail et on n'a pas de suivis donc c'est assez complexe. Dernièrement, j'avais un gros pansement à faire chez une personne âgée atteinte de démence et il a fallu 4h avant que l'infirmière réponde à une question et personne n'est venu m'aider alors que j'en avais besoin. La difficulté de s'intégrer aussi au sein de l'équipe, dans certaines équipes c'est difficile de s'intégrer.

Moi : Pouvez-vous m'expliquer ce que vous évoque l'épuisement professionnel ?

Megane : Pour ma part, ça rejoint un peu le burn-out, à une période je n'en pouvais vraiment plus, j'adore le métier sinon je n'en serais pas là mais parfois j'y vais alors que ça me vide, je rentre chez moi, je dors et je suis épuisée moralement et physiquement.

Moi : Quel est votre ressenti sur la réduction de l'accomplissement ?

Megane : Il y a certains lieux de stage où on ne nous laisse pas faire grand-chose en terme d'acte infirmier, on nous laisse tout le travail d'une aide-soignante et du coup arrivé devant nos maitre de stage on nous reprochent le manque de dextérité. Ce n'est pas de notre faute si on ne nous laisse pas faire grand-chose. Au niveau personnel on a l'impression de pas vraiment avancer non plus.

Moi : Que pensez-vous du leadership de l'équipe ?

Megane : Certains lieux de stage nous aident à accomplir certains objectifs mais ça dépend vraiment d'un service à un autre.

Moi : Quel est votre opinion sur les conditions de travail qui vous sont imposées ?

Megane : J'ai eu la chance de connaître des bons services mais j'ai eu des vachement moins cool. J'ai eu des services où les gens ne se présentaient même pas et où on me lâchait comme ça en plein dans le service sans rien m'expliquer. J'étais bonne qu'à faire les changes, on m'a envoyé faire une toilette mortuaire le premier jour. Ils se déchargent tous du travail qu'ils ne veulent pas faire, comme les isolements par exemple. On n'a pas de suivi, pas de nursing, on peut pas poser de question, on se fait parler comme un chien par les infirmières, ils ne nous mettent pas en valeur. Je sais que les infirmières ont une grosse charge mentale et beaucoup de pression suite à la pénurie de soignant mais ils le font beaucoup ressentir. Une fois dans un stage, les aides-soignantes se sont posées dans une chambre vide pour discuter et on s'est tapé tout le travail du service entre étudiants.

Moi : Quel est votre avis sur le travail d'équipe utilisé ?

Megane : Entre étudiant et équipe soignante il n'y a pas de travail d'équipe. Entre étudiants oui, il y a un travail d'équipe. Parfois, je travaille seule car je suis en dernière année. Pas de suivis des soignant dans tous les cas.

Moi : Quel est votre opinion sur les préventions contre le burn-out ?

Megane : Il faudrait évacuer la charge de stress, il faudrait en parler au moniteur de stage. Faire des activités en dehors pour se vider la tête ça serait pas mal. J'aurai bien aimé un jour avoir ce genre de conseils car sinon, il n'y a pas de prévention existante en tant que tel.

Moi : Je finirai cette entrevue en vous demandant ce que vous évoque les termes “maltraitance sur les étudiants en santé” ?

Megane : Il y en a beaucoup de maltraitance verbale, on n'est souvent rabaissé, ils oublient que nous sommes étudiants, on est là pour apprendre et s'améliorer. On a le droit à l'erreur, ils oublient qu'ils ont été étudiants. On nous dit qu'on ne sait rien faire tout ça parce qu'on pose une question ou qu'on a besoin d'aide. Ils disent qu'ils n'ont pas le temps pour nous, ils ne nous calculent jamais. Moi j'ai failli abandonner à cause de tout ça. Au début, je me disais qu'ils n'avaient pas des bonnes conditions de travail mais bon ça ne leur excuse pas tout et on est pas là pour subir ce genre de chose en fait.

VII. Entretien avec Alexandre

Moi : Bonjour, cet entretien est pratiqué dans le cadre de mon mémoire en santé publique réalisé à l'université catholique de Louvain. Ma question de recherche est : Quel est le lien entre la qualité de vie des étudiants en soins infirmiers généraux durant leurs stages en milieu hospitalier et le niveau de burn-out ? Pour tenter de répondre à cette question j'interview des stagiaires en soins infirmiers afin de récolter leurs avis sur différents points faisant attrait à mon sujet. Ces questions ouvertes servent de guide pour vous aiguiller dans vos idées mais elles ne sont en aucun cas directives, libre à vous de vous exprimer sur d'autres points dont vous souhaitez me faire part tout en gardant une cohérence avec le sujet de recherche.

Moi : Tout en tenant compte de ma question de recherche, si je vous parle du stress, que pouvez-vous me dire à ce sujet ?

Alexandre : Alors, je ne suis pas à mes premières hautes études, j'avais déjà réalisé des études à l'université avant d'entamer des études d'infi. Les études d'infi sont vraiment plus stressantes que ce que j'avais fait auparavant car il y a vraiment beaucoup de choses auxquelles il faut penser, on apprend beaucoup de choses, les horaires de cours sont à rallonge. Beaucoup de professeurs mettent vraiment beaucoup la pression, les études sont longues en plus. On est passé en 4 ans et les cours en 3 ans n'ont même pas été étalés en fait on a juste encore plus de cours que ceux qui étaient en 3 ans. Les cours ne sont pas tous utiles en plus, il y a tellement de chose à étudier, c'est beaucoup de stress. Les modalités d'évaluation pour les prestations techniques étaient stressantes aussi, on devait arriver à 7h du matin dans une grande salle et on passait par groupe de 6 et on nous amenait dans un grand couloir avec 3 stations de travail et on devait aller devant une porte et on avait 30 secondes pour aller lire un énoncé puis il y avait un coup de klaxon du coup on devait rentrer dans une chambre et faire un soin en 7 minutes. C'était hyper stressant, juste ce coup de klaxon, cette mise en situation, ce timing de 7 minutes alors qu'on s'entraînait à peine sur mannequin car on commençait nos études. Une fois lors d'une de ces évaluations, je suis rentrée dans une chambre et tellement la pression est montée, j'ai tout balancé et je suis sorti de la pièce.

Moi : Maintenant, si je vous parle du burn-out, que pouvez-vous me dire à ce sujet ?

Alexandre : J'ai été en burn-out suite à mes études, j'étais en deuxième année à ce moment-là, c'était à cause du stress des cours, les horaires difficiles, les profs incompréhensifs, les complications sur les lieux de stage. Pendant un moment tout ce qui se rapportait à la discipline infirmière, j'arrivais plus, même voir une seringue c'était une phobie.

Moi : Que pouvez-vous me dire à présent sur les difficultés ressenties ?

Alexandre : Dès mon premier stage, j'ai eu l'impression qu'à cause de la pénurie des soignants, dès qu'on arrive en stage, on n'est pas considéré comme des stagiaires mais comme des membres de l'équipe qui pendant 3 semaines vont prêter main forte alors que non on est là pour apprendre à la base. On doit être encadrés et ce n'est jamais le cas, je pense c'est arrivé une fois sur tous mes stages. Lors de mon premier stage, j'étais en maison de repos, le premier jour, je suis arrivé alors que je n'avais jamais fait de vraie toilette et l'infirmière n'avait pas le temps de me suivre et de m'encadrer pour ma première toilette donc elle m'a envoyé faire ma première toilette tout seul alors que je ne savais pas trop comment me débrouiller. Du coup, le premier jour vu que j'étais tout le temps tout seul, j'ai eu plein de difficultés et en rentrant j'étais complètement épuisé et je me sentais vraiment nul. Au niveau des évaluations, lorsque les profs viennent t'évaluer en stage, ils arrivent le matin, tu as 20 minutes pour faire une collecte de données, puis on prend en charge le patient sur toute la journée. Beaucoup de nos profs pensent que tout doit couler de source chez nous alors que non pas forcément, on vient de commencer. Les profs sont cassants dans leur manière de nous parler ou de nous évaluer. Je me souviens d'une fois en stage, la prof m'avait descendu toute la matinée alors que j'avais essayé de faire de mon mieux, elle m'a même demandé si j'avais des problèmes de concentration et que je devais me faire soigner, j'en ai super mal pris. De nerfs, j'ai quitté le lieu de stage et j'ai été voir la sous directrice de l'école pour lui dire que je voulais arrêter, elle a essayé de me faire rester mais ma décision était prise je voulais changer d'école et je l'ai fait. Aussi, il y a beaucoup de soignants qui sont épuisés et donc je pense qu'ils ont besoin d'un souffre-douleur, je pense les étudiants sont leurs exutoires. J'ai l'impression que les étudiantes filles sont beaucoup plus harcelées que les étudiants hommes, peut-être parce que les femmes soignantes ont peur de la réaction des hommes par rapport à la force physique, je ne sais pas. J'ai entendu des histoires où des étudiantes se faisaient traiter d'idiote, de conne, elles se faisaient harceler tous les jours et revenaient à l'école en pleure des stages. Moi sinon, une fois j'ai eu une difficulté, un infirmier qui tous les jours me faisait chier, genre je faisais le tour des paramètres et fallait encoder les paramètres sur l'application de l'hôpital donc je le faisais à chaque fois et un jour le gars est venu m'engueuler me disant que je ne l'avais pas fait et c'est vrai que ce n'était pas encodé sur le logiciel mais je n'en peux rien moi vu que je l'avais fait. Du coup le lendemain, je fais super attention de bien les encoder et pareil même blague ça ne s'était pas encodé du coup il a recommencé à me descendre. Et lors du dernier jour de stage, on a appris

que les applications avaient eu un souci informatique donc j'ai été près de lui pour discuter de ça afin qu'il s'excuse et là le ton est monté.

Moi : Pouvez-vous m'expliquer ce que vous évoque l'épuisement professionnel ?

Alexandre : De ce que j'ai retenu de tout ça, c'est que je pense que parfois dans une équipe il suffit d'une pomme pourrie et le reste de l'équipe suit. J'ai l'impression aussi que vu qu'on est jeune ils se disent qu'on n'a pas besoin de pause. Au sujet des pauses, dans un stage, après le rapport, nous les étudiants on commençait à aller faire les toilettes et tout le personnel ils allaient prendre leur petit-déjeuner dans la cuisine et restaient tous là-bas enfermés pendant une heure et puis ils nous rejoignaient. Pareil pour la pause de midi, on ne pouvait pas la prendre tant qu'eux n'avaient pas fini la leurs du coup on se retrouvait avec à peine 10 minutes pour manger.

Moi : Quel est votre ressenti sur la réduction de l'accomplissement ?

Alexandre : Quand j'étais dans un stage et qu'on me demandait d'aller faire un soin quelconque et que je répondais que je n'avais jamais fait ce soin, on me répondait : "Oh maist'es en troisième, tu es censé connaître !" mais ce n'est pas que je ne connais pas, je n'ai justejamais eu l'occasion de le faire. Quand on demandait à un infirmier de nous aider à faire un soin, il râlait. Quand on était content de la réussite d'un soin on nous disait : "T'as pas à être content, t'es en troisième !". L'école d'infir où je suis maintenant ça va mais les profs où j'étais à mon ancienne école, dans les évaluations on dirait qu'ils venaient pour faire du tri, pour casser. Il n'y avait pas d'accompagnement, c'était juste faire le tri.

Moi : Que pensez-vous du leadership de l'équipe ?

Alexandre : Tout dépend le service et les infirmiers qui s'y trouvent, je suis tombé dans des équipes où les soignants te prenaient en charge, t'accompagnaient, ils comprenaient que tu avais des difficultés. Ils étaient là pour t'aider, te monter vers le haut, ils avaient conscience que nous étudiants étions des futurs collègues et que donc rien ne servait de les casser. Et puis il y a des équipes, pas de leadership, tu es juste une paire de bras en plus qui va être renouvelée toutes 3 semaines, toilette à gogo pendant qu'eux ils glandent, même eux ne montrent pas le bon exemple. J'ai déjà vu des infirmiers poser des actes et traités les patients d'une manière qui pourrait leur coûter leur place. De toute façon on me menaçait : "Si tu en parles, c'est ma parole contre la tienne." J'ai vu des infirmiers voler dans des placards. J'ai vu des trucs de dingue. Mais tout dépend l'équipe, l'hôpital, le jour aussi.

Moi : Quel est votre opinion sur les conditions de travail qui vous sont imposées ?

Alexandre : Tout dépend aussi de l'hôpital, moi j'ai souvent rencontré le manque de matériel, faut toujours improviser et c'est difficile de soigner car il manque plein de chose. On est en sous-effectif constant donc ça ne donne pas des bonnes conditions de travail. Quand on doit faire une quinzaine de toilettes sur la matinée et qu'on n'a pas le temps de prendre la pause du matin et qu'on a à peine le temps de manger à midi car il faut déjà repartir pour lesparamètres, ce n'est pas des bonnes conditions.

Moi : Quel est votre avis sur le travail d'équipe utilisé ?

Alexandre : Les cadres sont déconnectés de la réalité, ils ne connaissent plus rien au terrain et ça créé des conditions assez difficiles. Déjà les conditions pour les soignants sont difficiles donc ils sont épuisés et ça nous retombe dessus.

Moi : Quel est votre opinion sur les préventions contre le burn-out ?

Alexandre : Déjà pour l'aspect scolaire, il n'y a pas vraiment de moyen, il faudrait réduire les matières inutiles. Cette quantité de matière inutile est déprimante, on apprend plein de chose en cours puis une fois en stage, sans exagérer, 50% de la matière elle ne sert à rien donc tu as passé des heures à étudier pour rien mais bon ça c'est plus au niveau du gouvernement. Au niveau des stage, déjà un truc que je trouve dégueulasse en stage c'est qu'on n'a pas que l'évaluation du prof on a aussi celle de l'équipe. Et j'avais entendu parler d'un hôpital, où après le stage, les étudiants recevaient une feuille à compléter de manière anonyme, où eux mêmes pouvaient noter l'équipe et si une équipe avait trop de mauvaises évaluations par les étudiants ben ils se faisaient recadrer, disons que cette manœuvre ne préviendra pas le burn- out mais elle pourrait mettre la pression sur les équipes pour qu'elles traitent mieux les étudiants. Peut-être aussi mieux étaler la durée de stage, au lieu de faire 3 semaines non-stop pourquoi pas les étaler sur 5 semaines. Eviter aussi d'avoir des cours pendant les stages, terminer les stages et arriver à l'école pour avoir cours jusque 17h30 c'est super crevant. Avoir un prof référent vers lequel on pourrait se tourner en cas de difficulté ou besoin de parler car on a toujours des profs différents quand on se fait évaluer, on n'a pas vraiment de prof qui nous suive tout du long.

Moi : Je finirai cette entrevue en vous demandant ce que vous évoque les termes "maltraitance sur les étudiants en santé" ?

Alexandre : Je me souviens de quelques histoires que j'ai entendu à l'école. Une élève était malentendante voir sourde d'une oreille donc elle avait un appareil auditif, du coup pour prendre la tension de manière manuelle c'était compliqué avec le stéthoscope donc elle avait investi elle-même dans un appareil qui se mettait au poignet et qui prenait la tension chez les patients. Les infirmiers se sont foutus de sa gueule parce qu'elle utilisait ça, ils l'appelaient "l'handicapée", genre ils disaient : "Ah elle n'a toujours pas fait la toilette l'handicapée." J'avais aussi une autre amie qui avait eu des soucis dans un service, elle ne s'était pas laissé faire et elle avait été en parler à la référente de l'hôpital, qui elle, avait été enguirlander l'équipe. Du coup toute l'équipe s'est vengée sur ma pote et elle a été obligé de laver les pannes toute la journée pendant 5 jours, non-stop des pannes. Notamment une autre histoire, une patiente hémiplegique qui souffrait aussi de cécité et fallait injecter un médicament en intravaginal, l'infirmière n'a pas demandé l'autorisation à la patiente, elle a même a pas expliqué le soin, elle a baissé la protection et elle a rentré le médicament et elle est partie. La patiente était choquée, elle se demandait quoi, elle a commencé à pleurer, elle était paniquée. La famille est rentrée dans la chambre mais l'infirmière avait planté l'étudiante toute seule dans la chambre, elle a dû gérer la patiente et la famille, c'est un peu du viol je trouve cette histoire.

VIII. Entretien avec la psychologue

Moi : Bonjour, cet entretien est pratiqué dans le cadre de mon mémoire en santé publique réalisé à l'université catholique de Louvain. Ma question de recherche est : Quel est le lien entre la qualité de vie des étudiants en soins infirmiers généraux durant leurs stages en milieu hospitalier et le niveau de burn-out professionnel chez les étudiants infirmiers ? Pour tenter de répondre à cette question je réalise des entrevues avec des témoins privilégiés considéré comme expert dans leur domaine afin de récolter leurs avis sur différents points faisant attrait à mon sujet et me permettant d'enrichir ma littérature.

Moi : Pouvez-vous vous exprimer au sujet de ma question de recherche, vos pensées, vos idées, votre ressenti ? En passant par divers aspects tels que les conditions de travail des étudiants, la communication entretenue avec eux, l'aspect préventif ainsi que votre mission et votre rôle.

Psychologue : Déjà ce que je peux te dire c'est que l'une des causes du burn-out est le déséquilibre entre les demandes du service et les ressources mises à disposition du travailleur. Et dans ce milieu, il y a une pénurie et un manque de moyens. Un cercle vicieux se met vite en place, des employés sont malades donc d'autres doivent remplacer donc l'épuisement professionnel se fait vite ressentir. Ensuite, il s'agit d'un métier à vocation humaine où l'outil de travail c'est justement sa propre personne, ses qualités humaines et la relation avec les patients. Mais malheureusement, il est difficile de donner du temps de qualité à ces personnes quand la quantité de tâches est grandissantes et qu'on est épuisé. Quand un stagiaire débarque, il est directement pris dans ce train en marche et on a que peu de temps à leur accorder pour apprendre et surtout apprendre de ses erreurs. Ce qui est le rôle d'un stagiaire finalement. Mais l'épuisement d'une équipe, le manque de temps et le fait de se couper de ses émotions font qu'il est difficile pour une équipe d'accueillir un stagiaire dans de bonnes conditions. Ce n'est pas conseillé qu'un service malade accueille un stagiaire mais bien souvent "c'est de la main d'œuvre gratuite" quelque part. La plupart ont le sentiment que c'est "marche ou crève" et qu'il est nécessaire de se "déshumaniser" et d'essayer de se couper de ses émotions pour "tenir le coup". Bien souvent, les personnes en burn-out sont perfectionnistes, ont une passion pour leur travail dès le départ et ont l'envie de bien faire. Elles culpabilisent d'en être arrivées là et d'avoir pris un certificat. Elles culpabilisent de laisser leur équipe dans cet état et angoissent à l'idée de devoir peut-être prolonger leur certificat. Pour ce qui est de mon travail, bien souvent je travaille justement sur ce sentiment de culpabilité et sur la part de responsabilité de chacun dans un service. Nous travaillons sur

les situations qui ont posés le plus problème comme une situation avec un patient, un collègue ou encore la direction. Ce qui a touché la personne dans ses valeurs ou dans son mode de fonctionnement. Quels sont les comportements qui se sont mis en place pour face à ces problèmes. Il peut s'agir de travailler sur l'affirmation de soi ou sur la confiance en soi. Nous travaillons bien souvent sur des techniques de gestion du stress mais aussi sur la préparation à la reprise du travail ou je peux également accompagner dans la démarche de réorientation professionnelle ou de reprise d'études.

IX. Entretien avec l'infirmière ICANE

Moi : Bonjour, cet entretien est pratiqué dans le cadre de mon mémoire en santé publique réalisé à l'université catholique de Louvain. Ma question de recherche est : Quel est le lien entre la qualité de vie des étudiants en soins infirmiers généraux durant leurs stages en milieu hospitalier et le niveau de burn-out professionnel chez les étudiants infirmiers ? Pour tenter de répondre à cette question je réalise des entrevues avec des témoins privilégiés considéré comme expert dans leur domaine afin de récolter leurs avis sur différents points faisant attrait à mon sujet et me permettant d'enrichir ma littérature.

Moi : Pouvez-vous vous exprimer au sujet de ma question de recherche, vos pensées, vos idées, votre ressenti ? En passant par divers aspects tels que les conditions de travail des étudiants, la communication entretenue avec eux, l'aspect préventif ainsi que votre mission et votre rôle.

ICANE : Nous on a énormément d'étudiants qui concernent 4 hôpitaux regroupés donc on a beaucoup de stage. La problématique du burn-out des étudiants pour nous il est encore un peu méconnu. Maintenant il est vrai que nous avons participé à un colloque qui nous a vraiment fait ouvrir les yeux. Je pense que ça c'est plutôt les écoles qui finalement sont au courant de ça parce que quand il y a des abandons ou des certificats c'est eux qui sont prévenus. On le sait parce que parfois on a dans nos grilles horaires des stages qui étaient prévus et les écoles nous informe qu'il y a des abandons. La raison de l'abandon on ne la connaît pas forcément. Il y a parfois des étudiants qui ne viennent pas en stage, qui ne poursuivent par leur stage et on ne sait jamais forcément pourquoi, on n'a pas de retour des écoles et les équipes ne sont pas forcément au courant. Objectivement on ne sait donc pas avoir de statistique claire. Par contre, on est conscients qu'il y a un problème, qu'il y a un mal-être des étudiants parce qu'en fait je pense que les générations ont changées, elles ne sont plus les mêmes qu'avant, on ne peut pas demander aux nouvelles générations ce que l'on demandait aux anciennes. Il faut en être conscient. Lorsque l'on s'adresse à des étudiants, lorsqu'on fait des PowerPoints, qu'on essaie de les voir en soirée, en réunion, on essaye d'être un peu plus différent, moins protocolaire sans trop sortir du cadre. C'est vrai qu'on s'adresse à une autre population, de part des colloques auxquels j'ai pu participer j'ai pu ouvrir les yeux justement sur cette problématique existante. Malgré tout je ne sais pas l'objectiver clairement. On se demande pourquoi ils ne se sentent pas bien, pourquoi ils ne terminent pas leur stage, pourquoi ils sont acculés par plein de choses mais la théorie rentre en jeu aussi. Ce sont aussi des étudiants qui pour la plupart ont aussi une activité sur le côté parce que tout le monde n'a pas papa et

maman qui interviennent dans les frais scolaires donc ils ont parfois des boulots à côté qui fait que les tâches sont multipliées. Il y a aussi les rapports des stages et les cours théoriques qui font que le rythme de travail est énorme pour eux. Quand ils viennent chez nous en stage, on est conscient qu'ils sont parfois dévalorisés, déconsidérés. On sait que l'impact qu'il y a sur les étudiants vient aussi de la manière dont le soignant à l'heure actuelle se ressent. Le soignant n'est pas bien donc ça se répercute sur l'étudiant. Malheureusement l'étudiant n'est pas bien non plus car la charge de travail est élevée, on demande du rendement, de l'hyper technicité, des protocoles en veux-tu en voilà aux soignants et donc tout ça rend par conséquent l'étudiant en difficulté. Les étudiants, le personnel, ils sont fatigués et donc le soignant a peut-être tendance un peu exploité l'étudiant. En tant que Icare, on inculque à nos infirmiers référents étudiants de bien suivre les étudiants en stage durant la réalisation des soins, on a fait des chartes par rapport à ça mais on sait que la réalité du terrain ne suit pas. On est conscients de ce manque d'encadrement, l'étudiant a besoin de pouvoir discuter de son travail, il a besoin de feedback par rapport à ce qu'il a fait sur la journée. On a des feuilles à remplir, des grilles d'évaluation quotidiennes où ils doivent remplir ce qu'ils ont fait et puis les faire signer par l'infirmier avec qui ils ont travaillé et ça de manière journalière. Suite à ça, doit avoir lieu une discussion ou des conseils doivent être donnés à l'étudiant. Malheureusement, les étudiants n'ont pas toujours ce feedback car le personnel n'a pas le temps, ne prend pas le temps. Il faut aussi dire que les étudiants doivent avoir une reconnaissance et le droit à l'erreur, ils sont entrain d'apprendre donc ils ne savent pas tout. C'est important de discuter de leurs erreurs avec eux, théoriquement elles sont toutes récupérables car le soignant doit toujours être avec l'étudiant. Il ne faut pas culpabiliser les étudiants, les écouter et dialoguer. Nous en tant que Icare (nous sommes 4), on essaie d'aller à la rencontre des étudiants, on va voir les premières années avant leur premier stage pour un peu les mettre dans le bain. Tous les étudiants ont nos coordonnées, elles sont mises sur leur plateforme Ecampus, il y a aussi des guides pratiques par rapport à leur stage et à qui s'adresser en cas de besoin. En tout cas, nous sommes toujours sur place, il y a toujours quelqu'un car nous ne prenons pas nos congés en même temps. Soit ce sont les services qui nous contactent car il y a un souci avec un étudiant ou alors c'est l'étudiant qui vient à nous. Malgré tout, je dois dire que vraiment un étudiant qui vient s'adresser à moi me disant : "J'en vais pas bien." ça n'est jamais arrivé. Dans tous les cas on a un très bon relais avec les référents étudiants donc s'il se passe quelque chose on est vite au courant. En cas de soucis avec un étudiant, on communiquera avec l'école pour établir un suivi psychologique. Faut-il encore que l'étudiant accepte de venir chercher de l'aide. Je pense que les étudiants se

confient beaucoup plus à l'établissement scolaire qu'aux membres de l'hôpital, nous nous avons des centaines de stagiaires c'est impossible d'aller voir chaque étudiant donc le mieux serait que l'école investigue auprès de ses propres étudiants pour savoir leur vécu pour ensuite nous le relayer. Il faut mettre dans les écoles des séances de débriefing post stage.

X. Entretien avec l'infirmière référent étudiant

Moi : Bonjour, cet entretien est pratiqué dans le cadre de mon mémoire en santé publique réalisé à l'université catholique de Louvain. Ma question de recherche est : Quel est le lien entre la qualité de vie des étudiants en soins infirmiers généraux durant leurs stages en milieu hospitalier et le niveau de burn-out professionnel chez les étudiants infirmiers ? Pour tenter de répondre à cette question je réalise des entrevues avec des témoins privilégiés considérés comme experts dans leur domaine afin de récolter leurs avis sur différents points faisant attrait à mon sujet et me permettant d'enrichir ma littérature.

Moi : Pouvez-vous vous exprimer au sujet de ma question de recherche, vos pensées, vos idées, votre ressenti ? En passant par divers aspects tels que les conditions de travail des étudiants, la communication entretenue avec eux, l'aspect préventif ainsi que votre mission et votre rôle.

Infirmière référent étudiant : Dans mon service, les étudiants sont obligés de venir se présenter au préalable car l'horaire n'est pas établi par l'école mais par nous-mêmes dans le service donc s'ils ne viennent pas à l'avance, on ne sait pas établir d'horaire. La communication commence donc avant le stage soit par mail ou soit en réalité. Il y a déjà un contact qui s'établit donc avec le chef de service. Au niveau de la communication au cours de leur stage, on essaie de les faire travailler jour par jour avec des différentes personnes et pas forcément le référent, on essaie qu'une relation de confiance s'établisse avec tous les soignants. Tous les jours, ils doivent compléter une auto-évaluation en décrivant ce qu'ils ont réalisé sur la journée, ce qu'ils ont ressenti durant cette journée et comment ils pensent avoir réalisés leurs soins. La personne qui les a doublé rend son feedback aussi sur la journée et grâce à ça au terme du stage, ça permet au chef de service ou même moi de faire l'évaluation de l'étudiant sans pour autant avoir travaillé avec tous les jours. Je pense que parfois les étudiants sont considérés comme de la main d'oeuvre alors que c'est important d'établir des prises en charge globales, d'établir des priorités sur la journée, il faut planifier les soins, c'est vraiment ce qu'on apprend en théorie à l'école. C'est important pour nous que les étudiants arrivent à établir leurs plans de soins, leurs priorités, à s'organiser dans leur journée et à gérer les différents soins à faire. Je pense que dans certains services d'office les étudiants sont un peu plus exploités dans le sens qu'ils vont d'abord faire les toilettes et faire tous les soins de la journée qu'il y a à faire et après on verra si on a le temps de leur apprendre quelque chose. Quand je discute avec les étudiants, ils ont tendance à se sentir comme de la main d'oeuvre facile sans vraiment apprendre quelque chose, les équipes ne leur montrent pas vraiment

grand chose. Le burn-out vient du fait que gérer les stages et l'école c'est compliqué mais en plus quand on est dans un stage dans lequel on apprend pas grand chose, qu'on a pas envie d'y aller parce qu'on sert de main d'oeuvre sans pour autant être impliqué dans tout ce qui est centré sur nos études ni même sur la réflexion infirmière alors je peux comprendre que le burn-out puisse s'installer.

XI. Entretien avec le professeur théorique et pratique

Moi : Bonjour, cet entretien est pratiqué dans le cadre de mon mémoire en santé publique réalisé à l'université catholique de Louvain. Ma question de recherche est : Quel est le lien entre la qualité de vie des étudiants en soins infirmiers généraux durant leurs stages en milieu hospitalier et le niveau de burn-out professionnel chez les étudiants infirmiers ? Pour tenter de répondre à cette question je réalise des entrevues avec des témoins privilégiés considéré comme expert dans leur domaine afin de récolter leurs avis sur différents points faisant attrait à mon sujet et me permettant d'enrichir ma littérature.

Moi : Pouvez-vous vous exprimer au sujet de ma question de recherche, vos pensées, vos idées, votre ressenti ? En passant par divers aspects tels que les conditions de travail des étudiants, la communication entretenue avec eux, l'aspect préventif ainsi que votre mission et votre rôle.

Professeur : A chaque retour de stage j'aime bien avoir l'avis des étudiants, cette fois-ci, il a été vraiment mitigé voir même très négatif. Les étudiants qui sont revenus de stage, certains étaient vraiment déboussolés et spontanément certains disent que c'est très très dur en fait, les stages sont vraiment compliqués. De ce que j'ai relevé, ils déplorent vraiment l'accueil et la considération qu'ils ont en stage. Pourtant, il suffirait de pas grand-chose, même 10 minutes de discussion autour d'une tasse de café ça suffirait, briser la glace quoi, donner un peu l'impression qu'ils vont tous contribuer à un travail d'équipe. Une étudiante m'a dit qu'elle avait l'impression que les infirmiers ne s'investissaient pas dans la relation car les périodes de stages sont trop courtes. Étant donné qu'ils vont seulement 15 jours en stage et il y a tellement d'étudiants qui défilent, les soignants ne veulent pas s'investir dans la relation qu'ils entretiennent avec eux. Les étudiants vivent très mal le fait qu'on les laisse se débrouiller seuls, ils se sentent parfois même mis en danger par rapport à la responsabilité qu'on leur laisse. Une étudiante m'explique qu'un patient n'est vraiment pas bien, les infirmiers sont en pause et donc c'est l'aide-soignante qui me prend les paramètres (ça ne va pas du tout ça déjà ...). L'étudiante insiste et aucun infirmier se lève pour venir voir jusqu'au moment où l'étudiante en deuxième année décide de prendre la glycémie car elle se dit que le patient est diabétique et de fait il était de faire un coma hypoglycémique. C'est uniquement au moment où elle a été annoncer que le patient avait 36mg/dl que tout le monde a débarqué dans la chambre. La charge de travail revient beaucoup aussi, une charge de travail épouvantable. Ils se rendent bien compte que c'est une charge de travail qui est très dense pour tout le monde, y compris pour les infirmiers et donc disons que ça les aide à accepter car

du coup ils se disent que c'est partager et que tout le monde est dans la même galère. Là on ça pose problème c'est quand eux ont l'impression de travailler tout le temps, d'avoir à peine le temps d'être en pause et qu'à côté de ça les équipes ont des pauses très larges et s'arrêtent régulièrement. Je pense aussi qu'il y a un rythme qui est demandé au cours des études et les 4 années d'études ont alourdi la formation, c'est ultra fatiguant. Le problème aussi c'est qu'il faut caser toutes les heures de cours théoriques en fonction des congés scolaires, des périodes de stage. C'est contre-productif d'avoir des journées de cours qui finissent à 18h et puis repartir en stage le lendemain. Par rapport à tout ça, mon rôle c'est déjà de les questionner quand ils reviennent de stage, j'essaie toujours de relever les points positifs car évidemment c'est à géométrie variable, certains ont vraiment de bons stages. Après l'autre solution quand cela ne va vraiment pas, c'est d'aller en parler à la coordination. Régulièrement mes collègues à la coordination vont dans les services pour remettre les pendules à l'heure, encore la semaine passée c'est arrivé mais faut-il encore que les étudiants émettent les problématiques. L'idée c'est de construire un dossier en interrogeant les professeurs sur le terrain, on va retrouver les étudiants qui ont été en stage au même endroit et on leur demande et là parfois la parole se libère et on réalise des entretiens avec les soignants du terrain pour essayer de régler le souci. Ce n'est quand même pas évident car du côté du terrain, les soignants se couvrent et du côté des étudiants on est face à des personnes qui ne veulent pas en parler. Le gros problème c'est qu'on a tellement besoin des places de stage et qu'elles sont tellement rares que même lorsque ça dysfonctionne, on doit essayer de trouver des moyens pour que ça aille mieux mais on ne peut pas tout simplement retirer les étudiants de ce service-là. C'est vraiment être diplomate et marcher sur des œufs. Peut-être pas sur du long terme mais disons qu'on arrive à résoudre quelques problématiques. Depuis peu, on a mis en place un séminaire de parole avec un professeur attitré qui fait des entretiens individualisés d'écoute, ce n'est pas une thérapie mais il les écoute et il prend note donc un rapport sera fait en fin d'année et après on verra ce qu'on peut faire avec ça. Cette année la section soins infirmier a reçu l'obligation d'évaluer sa formation c'est à dire que chaque enseignant doit évoluer sa formation donc on est chapôté par une agence d'évaluation qualité qui est sur Bruxelles. En gros, il y a une agence fédérale d'évaluation de la qualité de l'enseignement en Haute Ecole sur Bruxelles et chaque année des sections peuvent être désignées pour réaliser un dossier d'auto-évaluation donc ça veut dire que différents professeurs vont devoir faire une auto-évaluation de leur fonctionnement (de notre bachelier). A travers ça on va évaluer un tas de chose, l'aspect pédagogique, organisationnel et donc dans le pédagogique entre les stages. On a réuni les parties prenantes, j'ai organisé 5 réunions avec des enseignants, des

étudiants, la coordination, la direction et on a dû se pencher sur une grille d'évaluation, mon rôle a été de collecter les avis et de rédiger un rapport. Je te parle de ça parce que là de dans ce qui revient le plus ce sont les problématiques liées au stage. L'idée c'est que quand on a fini ce dossier d'auto-évaluation, l'an prochain, nous aurons la visite d'un expert et on est tenu par rapport aux points à améliorer qu'on a mis en avant, de proposer des solutions et de les mettre en place. Après ces 2 ans d'évaluation (le dossier d'auto-évaluation + la visite des experts) on va avoir plusieurs années de suivi du projet, on va devoir mettre en place des choses et les pérenniser. L'hôpital entre en ligne de compte aussi car les ICANE ont dû participer aux réunions ainsi que les référents étudiants. Le but c'est vraiment de rassembler les parties prenantes du bachelier pour essayer de trouver des améliorations. Les maitres de formation pratique déplorent le fait aussi qu'ils vont sur le terrain pour beaucoup d'évaluation certificative mais peu d'évaluation formative et donc il y a peu d'encadrement et pédagogiquement ce n'est pas bon pour l'étudiant car il ne se sent pas pousser dans sa formation mais plutôt évaluer tout le temps. Après il faut aussi mentionner que les jeunes d'aujourd'hui n'ont plus non plus les mêmes aspirations qu'avant et ça se voit partout notamment en médecine. Avant c'était le travail avant tout, ça avait une valeur forte, aujourd'hui la qualité de vie prime aussi et donc ça se ressent dans le sens que les étudiants ont du mal à accepter de faire un week-end par mois ou bien des soirs sur la semaine. Les générations changent, les études ne sont pas simples, c'est un tout, vraiment.