

Centre Africain d'Etudes Supérieures en Gestion



INSTITUT SUPERIEUR DE SANTE
INSTITUT SUPERIEUR DE SANTE

DIPLOME SUPERIEUR DES SERVICES DE SANTE

OPTION : GESTION DES PROGRAMMES DE SANTE

12ème promotion 2001-2003

MEMOIRE DE FIN DE CYCLE



THEME :

**IDENTIFICATION DES DETERMINANTS ET ACTIONS
A METTRE EN PLACE POUR LIMITER L'EPUISEMENT
PROFESSIONNEL CHEZ LES SOIGNANTS DES PVVIH :
*CAS DU CTA DU CHU DE FANN (DAKAR)***

Bibliothèque du CESAG



108738

Présenté et soutenu par :

Dr. BOKO Attahi Désiré

Sous la direction de :

Dr. GOUNONGBE Ari
Psychologue,
Enseignant associé au CESAG

DEDICACES

*** A Dieu**

Ce travail n'aurait pas été possible sans ta divine protection et sans ton inspiration.

Je te rends grâce pour tous tes bienfaits.

*** A Fatou Diabagaté épouse BOKO,**

*** A Mélissa, Claude-Stéphanie et Malick-Désiré**

Pour tous les sacrifices que vous avez dû consentir durant ces 18 longs mois passés loin de vous.

Toute ma gratitude pour le soutien et le réconfort inestimables dont j'ai pu bénéficier de votre part durant toute cette période.

Ce travail est le vôtre.

Puisse Dieu faire qu'il nous offre des opportunités.

*** A la famille BOKO**

D'abord, pour avoir fait de moi ce que je suis.

Ensuite, pour votre soutien appréciable à mon endroit.

Enfin, pour avoir fait en sorte que mon absence, durant ces 18 mois, n'ait pas été ressentie par les nôtres.

Dieu fasse que nous demeurions à jamais unis.



REMERCIEMENTS

Nos infinis remerciements à tous les artisans qui ont œuvré à la réalisation de cette formation dont nous avons bénéficié et qui connaît son aboutissement dans le présent travail. En particulier :

* A ***l'Etat de Côte d'Ivoire*** pour l'opportunité qu'il nous a offerte en nous permettant de suivre cette formation.

Dieu fasse que ce pays retrouve la paix.

* A ***l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)*** qui a bien accepté de financer les 18 mois de formation au CESAG.

* Au ***Centre Africain d'Etudes Supérieures en Gestion (CESAG)*** et à tout son personnel pour la qualité de formation dispensée.

* Au ***Docteur MENA Mo***, directeur de l'Institut Supérieur de Santé (ISS) du CESAG, conseiller régional de l'OMS pour ses conseils avisés, sa disponibilité, sa grande sollicitude et surtout son implication personnelle dans la résolution de certaines de nos difficultés extra-scolaires.

* A ***Madame Laurence CODJIA***, sous-directrice de l'ISS pour l'enseignement que nous avons reçu.

* Au ***Docteur Ari GOUNONGBE***, psychologue, Assistant Technique de l'Association pour la Promotion de l'Education et de la Formation à l'Etranger (APEFE) à la Division SIDA/IST de la Direction de la Santé, pour avoir accepté et pris de son temps pour diriger avec rigueur ce travail.

- * A **Messieurs Ibrahima LO** et **Abdul Hamid Diouf**, enseignants associés au CESAG pour leur apport appréciable à ce travail.
- * A **Mesdames GUEYE** et **M'BENGUE**, assistantes à l'Institut Supérieur de Santé du CESAG, pour leur grande sollicitude.
- * Au **Docteur N'Dèye Fatou NGOM-THIAM**, Médecin-chef coordonnateur du Centre de Traitement Ambulatoire (CTA) du CHU de Fann, pour sa sollicitude et pour nous avoir accepté dans son service. Toute notre reconnaissance et à travers elle, à tout le personnel du CTA.
- * Au **Docteur DIOUF Martin**, Médecin-chef adjoint du CTA pour sa grande disponibilité et son appréciable contribution à ce travail.
- * A tous **les stagiaires de la 12^{ème} promotion du DSGS** et de la **4^{ème} promotion du DSES** pour les moments tant agréables que désagréables que cette formation nous a permis de vivre ensemble à Dakar. Nous y voyons le sceau de la consolidation de ce réseau d'amis qui s'est créé de façon naturelle.
- * Une mention spéciale au **Docteur YAO**, au **Docteur YESSOH**, à **Clovis**, à **Affaly** et à **Prosper** pour avoir permis de recréer l'environnement d'une vie familiale.



SOMMAIRE

	Pages
DEDICACES.....	i
REMERCIEMENTS.....	ii
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS.....	vi
INTRODUCTION.....	1
I- CONTEXTE DE L'ETUDE.....	4
I-1 Pandémie de l'infection à VIH au Sénégal.....	4
I-2 Réponse face au SIDA.....	5
I-3 Présentation du cadre de l'étude : le Centre de Traitement Ambulatoire (CTA) de Dakar.....	7
II- CADRE CONCEPTUEL.....	13
II-1 Historique : Naissance et émergence du concept de Burn-out.....	13
II-2 Définition du burn-out ou syndrome d'épuisement professionnel.....	14
III- PROBLEMATIQUE DE L'ETUDE.....	20
III-1 Formulation du problème.....	20
III-2 Ampleur et importance du problème.....	21
III-3 Conséquences du problème.....	24
IV- METHODOLOGIE.....	26
V- ANALYSE DU PROBLEME.....	29

VI- ANALYSE DES CAUSES DU PROBLEME.....	31
VI-1 Les causes selon la revue de la littérature.....	31
VI-2 Hiérarchisation des causes.....	36
VI-3 Hypothèse de recherche.....	38
VI-4 Opérationnalisation des causes.....	38
VI-5 Résultats de la vérification des hypothèses.....	40
VII- IDENTIFICATION ET CHOIX DE LA SOLUTION.....	42
VII-1 Identification des solutions possibles.....	42
VII-3 Choix et justification de la solution.....	48
VIII- PLAN DE MISE EN ŒUVRE DE LA SOLUTION.....	52
VIII-1 Cadre logique.....	52
VIII-2 Plan d'action.....	56
IX- MISE EN ŒUVRE DE LA SOLUTION.....	60
X- EVALUATION DE LA MISE EN ŒUVRE.....	61
XI- CONCLUSION.....	62
XII- RECOMMANDATIONS.....	64
BIBLIOGRAPHIE.....	66
LES ANNEXES.....	70
ANNEXE 1.....	I
ANNEXE 2.....	V
ANNEXE 3.....	IX
ANNEXE 4.....	X
ANNEXE 5.....	XII

LISTE DES SIGLES ET DES ABREVIATIONS

- AES** : Accident exposant au sang
- AGR** : Activités génératrices de revenus
- APEFE** : Association pour la Promotion de l'Education et de la Formation à l'Etranger
- ARV** : Antirétroviral
- CC** : Conditions critiques
- CDVA** : Centres de dépistage volontaire et anonyme
- CEA** : Commission Economique pour l'Afrique
- CHU** : Centre Hospitalier Universitaire
- CISMA** : Conférence Internationale sur le SIDA et les MST en Afrique
- CNLS/PNLS** : Comité/Programme National de Lutte contre le SIDA
- CRF** : Croix Rouge Française
- CTA** : Centre de Traitement Ambulatoire
- FHI** : Family Health International
- HDJ** : Hospitalisation du jour
- IEC** : Information Education Communication
- IOV** : Indicateurs objectivement vérifiables
- ISAARV** : Initiative Sénégalaise d'Accès aux Antirétroviraux
- IST/MST** : Infection/Maladies sexuellement transmissible (s)
- MV** : Moyens de vérification
- OMS** : Organisation Mondiale de la Santé
- ONUSIDA** : Programme commun des nations Unies sur le SIDA
- OPALS** : Organisation Panafricaine de Lutte contre le SIDA
- OUA** : Organisation de l'Unité Africaine
- PAE** : Programme d'Aide aux Employés
- PEC** : Prise en charge
- PIB** : Produit intérieur brut
- PMT** : Plan à moyen terme
- PvVIH** : Personne vivant avec le VIH
- SIDA** : Syndrome d'Immuno-Déficienc e Acquis
- VIH** : Virus de l'Immunodéficienc e Humaine

INTRODUCTION

L'infection à VIH¹ à travers le monde, de par son développement rapide, constitue aujourd'hui plus que jamais un problème de santé publique.

Depuis l'enregistrement des premiers cas de SIDA en 1981, l'infection à VIH n'a cessé de se propager. Aujourd'hui, l'on dénombre selon l'ONUSIDA², 42 millions de personnes vivant avec le VIH (PvVIH) à travers le monde. Sur ce nombre de PvVIH, 70 % des adultes et 80 % des enfants sont issus de l'Afrique sub-saharienne. Au cours de l'année 2002, cinq millions de personnes ont été nouvellement infectées et le nombre de décès est de 3,1 millions. Le SIDA, selon ces mêmes sources³, était responsable déjà à la fin de 2000 du décès de 21,8 millions d'adultes, faisant de lui la première cause de mortalité en Afrique et la quatrième dans le monde.

Du point de vue de l'impact négatif qu'a l'infection à VIH sur le développement, il a été établi que cette pandémie constitue un véritable frein au développement (34). Elle est la maladie qui remet en question les progrès accumulés ces dernières années en matière de santé dans les pays africains en particulier. Elle a en effet réduit d'une dizaine d'années l'espérance de vie dans les pays les plus touchés. Le Sida n'est donc plus seulement un problème de santé publique mais également un problème de développement. Pour faire face à ce fléau, toute la planète se mobilise même si l'évolution fulgurante a parfois laissé croire à l'inaction de certains dirigeants. Aussi de récentes initiatives telles que le forum de la CEA en 2000 à ADDIS ABEBA, le conseil de sécurité des Nations Unies en 2000, le sommet de O.U.A. en 2001 et la session spéciale des Nations Unies sur le SIDA en 2001 illustrent-elles éloquemment l'engagement de la communauté internationale pour faire barrage à cette pandémie. Ainsi, en Afrique, en vue de l'endiguer et la faire reculer, les nations ont élaboré et mis en œuvre des programmes de lutte contre le SIDA.

¹ Le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est responsable du SIDA. Il existe le VIH1 et le VIH2

² Source : le point sur l'épidémie de SIDA, Décembre 2002, ONUSIDA (33)

³ Source : le point sur l'épidémie de SIDA, Décembre 2000, ONUSIDA

Le Sénégal, à l'instar des pays africains a engagé de façon hardie la lutte contre l'infection à VIH. Ce qui lui vaut l'encourageant résultat du taux de prévalence⁴ du VIH maintenu autour de 1%.

Pendant de nombreuses années, dans la lutte que le monde livre au VIH, l'attention était centrée sur la prévention. A mesure que l'infection à VIH se transforme en épidémie du SIDA, une plus grande importance est accordée aux soins des malades et au soutien psychosocial des personnes atteintes du SIDA et de leurs familles. Ce qui a vu s'intensifier la relation d'aide entre soignant et soigné. Cette relation d'aide a lieu dans un contexte de médecine moderne dans sa conception restrictive de technosciences qui tente d'atteindre des idéaux en allant plus loin ; mais qui, hélas, ne réussit pas toujours à déboucher sur la guérison. Ceci d'autant plus que contre le VIH, il n'y a pour le moment que des alternatives palliatives et non radicales en matière de traitement. Ce qui dénote des limites de la médecine face à l'infection à VIH, rendant « très particulière » cette affection. Du coup, le soignant se retrouve confronté en permanence à un espace dominé par ce triptyque aberrant de vie-sexe-mort que l'on pourrait résumer par cette réflexion : « le sexe qui donne la vie peut donner la mort ». Par ailleurs, la relation soignant-soigné s'opère dans une organisation avec ses contraintes. Aussi, cet environnement de travail est-il marqué par d'importants facteurs de stress, lesquels facteurs peuvent générer chez tout professionnel qui y exerce, un état de fatigue morale et physique connu sous le nom de syndrome d'épuisement professionnel ou « burn-out ».

Nous nous sommes intéressé à la question du syndrome d'épuisement professionnel survenant chez les soignants des PvVIH au Sénégal. Cette question nous est apparue importante d'autant que d'une part il y a de plus en plus de PvVIH ayant accès à la prise en charge (PEC) médicale et psychosociale et que d'autre part les soignants sont fortement sollicités.

⁴ Proportion des personnes infectées par le VIH au sein de la population générale du Sénégal

La présente étude relative à l'identification des déterminants et des actions à mettre en place pour limiter mais surtout prévenir les situations d'épuisement professionnel chez les soignants des PvVIH ne manque pas d'intérêt et cela pour diverses raisons :

- Primo, elle permettra de faire prendre conscience aux instances de la santé, mais aussi à ce type de personnel, qu'à l'instar de ce qui se passe sous d'autres cieux, celui-ci est guetté par le syndrome d'épuisement professionnel. Pour la simple raison qu'il n'existe aucune prédisposition qui en préserve systématiquement ce dernier.
- Secundo, cette étude permettra d'intégrer le concept d'épuisement professionnel comme élément important à prendre en compte dans la prise de certaines décisions. Aussi, en vue de mieux en établir la relation de cause à effet, il faut en avoir une bonne connaissance.
- Enfin, ce travail s'engage à proposer aux gestionnaires de services de santé des dispositifs de prise en charge du syndrome d'épuisement professionnel mais aussi à amener les soignants à pouvoir l'identifier avant qu'il ne se convertisse en trouble somatique ou induise des troubles de comportement.

Nous osons espérer que ce travail ouvrira, grâce à d'autres contributions, des perspectives d'approfondissement sur la question de l'épuisement professionnel chez les personnels de la santé en Afrique.

I- CONTEXTE DE L'ETUDE

I-1 la pandémie de l'infection à VIH/SIDA au Sénégal

Les performances en matière de lutte contre le SIDA font du Sénégal un exemple de réussite qui devrait faire école en Afrique. En effet, les différents efforts entrepris dans ce pays depuis l'avènement de ce fléau ont permis de freiner la propagation du VIH de sorte à maintenir constante et stable la prévalence à moins de 2% (32). Ainsi, les estimations à la fin de 2000 faisaient-elles état d'un taux de prévalence à 1,4%⁵ dans la population générale avec 80.000 personnes infectées par le VIH/SIDA dont 77.000 adultes dont l'âge est compris entre 15 et 49 ans et 3.000 enfants (moins de 15 ans) ; les nouvelles infections étaient de 5.500 et le sexe ratio de 1,3 : ce qui fait 9 hommes infectés pour 7 femmes. Au Sénégal, depuis le début de l'infection à VIH/SIDA jusqu'en Décembre 2000, le nombre de décès cumulé lié à cette pandémie s'élevait à 30.000 dont 5.000 décès pour la seule année 2.000. Par ailleurs, le nombre d'orphelins du SIDA était évalué à 20.000.

L'infection à VIH/SIDA a un impact social, économique mais aussi politique. L'impact social provient de ce que le SIDA est responsable de désintégration familiale et sociale. Concernant l'impact économique de l'infection à VIH/SIDA, il se traduit au niveau des ménages par l'aggravation de la pauvreté, la difficulté d'accès au service de santé etc.(34). Au plan macro-économique, on note l'aggravation du déficit budgétaire, la réduction du PIB par tête d'habitant (34). Cela parce que la population active est la plus touchée⁶. Quant à l'impact politique, il découle de l'ampleur de l'infection à VIH appelant à un engagement politique. Face au risque réel d'augmentation de la prévalence du VIH/SIDA, des stratégies nationales ont été élaborées en vue de la riposte.

⁵ Bulletin épidémiologique VIH 2000

⁶ L'on estime que 96,25 % des PvVIH ont entre 15 et 49 ans. Ces estimations figurent dans le PMT 2

I-2 La réponse face au SIDA

I-2-1 Les stratégies élaborées⁷ et mises en œuvre par le CNLS⁸

Dès le premier cas du SIDA au Sénégal en 1986, les autorités ont marqué leur engagement dans la lutte contre cette pandémie. Ce qui s'est traduit par la création du Comité National de lutte contre le SIDA (CNLS), comité multisectoriel et pluridimensionnel ayant des démembrements aux niveaux régional et départemental.

Un survol historique fait apparaître les années 1987-1992, 1994-1998, et 1997-2001 comme des repères dans la conception et la mise en œuvre de la planification stratégique à travers les plans à moyen terme (PMT).

Le PMT4 (2002-2006)⁹ rappelle dans ses grandes lignes les stratégies sur lesquelles s'appuie le CNLS pour lutter contre le SIDA et réduire son impact dans la population. Ces stratégies sont :

- la prévention de la transmission du VIH ;
- la prise en charge (PEC) thérapeutique et psychosociale des PvVIH et de leurs familles ;
- la surveillance épidémiologique de l'infection à VIH et IST (infection sexuellement transmissible), l'évaluation et la recherche ;
- la coordination, la gestion et le plaidoyer ;
- l'éthique et le juridique.

⁷ Les stratégies du CNLS sont relatives à : la prévention de la transmission sexuelle, la transmission sanguine, la transmission Mère-Enfant du VIH, la prise en charge médicale et psychosociale des PvVIH et de leurs familles, la réduction des conséquences socio-économiques du VIH, la surveillance épidémiologique de l'infection à VIH et des IST.

⁸ Comité national de lutte contre le SIDA : il a été créé en 1986 au Sénégal mais il ne sera officiellement reconnu qu'en 1990 par arrêté ministériel n° 001291 du 2 février 1990-MSP/CAB/CT1 portant création du comité pluridisciplinaire de prévention du SIDA. Ce comité est désormais dénommé Conseil National de lutte contre le SIDA.

⁹ Le plan stratégique 2002-2006 de lutte contre le SIDA a pour but de permettre au gouvernement du Sénégal de capitaliser les acquis de la lutte contre le SIDA, de maintenir durant la période 2002-2006 la prévalence du VIH à un niveau inférieur à 3 %, d'améliorer la qualité de vie des PvVIH et de réduire l'impact socio-économique du VIH/SIDA (34).

I-2-2 La place de la prise en charge (PEC) des PvVIH dans les stratégies nationales de lutte contre le SIDA

Le Sénégal a très vite choisi de combiner prévention et soins des PvVIH pour une plus grande efficacité. Aussi, la PEC des malades du SIDA est-elle recommandée à tous les niveaux du système sanitaire (34). Elle combine le traitement des affections opportunistes au soutien psychosocial aux PvVIH, et constitue un axe prioritaire dans la lutte contre le SIDA. Son objectif est d'améliorer la qualité de vie des PvVIH par une baisse significative de la morbidité et de la mortalité liées au VIH. Et depuis 1998, cette PEC médicale est complétée par l'accès aux antirétroviraux (ARV) dans le cadre de l'Initiative Sénégalaise d'Accès aux Antirétroviraux (ISAARV)¹⁰.

Les professionnels de santé s'occupant de la prise en charge médicale et psychosociale des PvVIH ont dès lors vu leur charge de travail accrue.

I-2-3 Investissement du personnel soignant dans un contexte d'infection à VIH/SIDA.

La difficulté et le caractère exigeant que revêt la PEC des PvVIH, proviennent du fait que cette pratique s'accompagne le plus souvent d'une charge émotionnelle lourde, due notamment à la gravité de la maladie, au nombre de plus en plus croissant de cas, au nombre élevé de décès, à un attachement affectif souvent important à l'égard des patients et aux problèmes sociaux des PvVIH auxquels sont confrontés les soignants. A cela, il convient d'ajouter que cette charge émotionnelle découle également de la confrontation du soignant avec l'inaccessibilité de sa « toute puissance » de guérisseur. Certes, l'avènement des traitements nouveaux a fortement modifié le vécu de la PEC des PvVIH. Cependant, il existe aujourd'hui une grande disparité entre les malades dont l'état a été très amélioré par les thérapies et ceux qui n'ont pas bénéficié de l'amélioration escomptée ou chez qui elle a été de courte durée.

¹⁰ L'ISAARV : Le Sénégal a mis en place un protocole d'étude qui a démarré en Août 1998. Elle a pour objectifs d'étudier la faisabilité de la multithérapie antirétrovirale dans un pays aux ressources limitées et de pérenniser cette initiative. Elle a subi plusieurs évolutions entre 2000 et 2001 telles que la réduction du prix des ARV ; l'élargissement des activités de l'ISAARV avec l'inclusion de nouveaux clients adultes, enfants et l'accès à la prévention de la transmission Mère-Enfant, les perspectives de décentralisation des activités dans les dix régions du Sénégal.

Ce nouveau contexte modifie donc profondément la relation patient-personnel soignant. Les uns et les autres sont confrontés aux difficultés d'observance, à l'adaptation à un traitement à long terme actif mais contraignant, au réinvestissement dans des projets de vie, au désir d'enfant, à l'incertitude face à l'avenir, aux échappements thérapeutiques, mais hélas à l'idée de mort. Il s'impose donc l'intervention efficace des professionnels sanitaires et sociaux pour accompagner les PvVIH dans leur stratégie d'ajustement à une affection à évolution prolongée dont on ne sait pas encore quel sera le pronostic à long terme.

I-3 Présentation du cadre de l'étude : Le CTA de Dakar

Situé à proximité du service des maladies infectieuses au sein du CHU de Fann, le Centre de Traitement Ambulatoire (CTA) de Dakar est ouvert depuis Août 1998¹¹ grâce à une collaboration tripartite entre le Ministère de la Santé, l'OPALS¹²/Croix Rouge Française¹³ et le Rotary Club Doyen de Dakar.

I-3-1 La structure et le personnel

C'est un bâtiment à deux niveaux abritant :

- Au rez-de-chaussée : un accueil et une salle d'attente ; une salle de consultation ; une salle de soins faisant office de pharmacie ; deux salles d'hospitalisation de jour et des toilettes.
- A l'étage : un bureau de secrétariat ; deux bureaux de médecins ; une salle de réunion et une pièce de service.

Un autre bâtiment (encore non fonctionnel), prévu pour la pharmacie d'approvisionnement des ARV, a été construit en 2001 par le Programme National de Lutte contre le SIDA (PNLS). Un dernier bâtiment, fonctionnel depuis Août 2002, abrite le centre nutritionnel, le service social, des salles de consultation, la salle de prélèvement sanguin et le laboratoire. Du point de vue de la capacité du CTA, l'hôpital de jour peut accueillir six patients par jour dans ses deux salles d'hospitalisation de trois lits chacune.

¹¹ Inauguré le 13 Juin 1998, les activités au CTA ont démarré effectivement le 1^{er} Août 1998.

¹² OPALS : Organisation Panafricaine de Lutte contre le SIDA a été fondée en 1988 à la suite du rassemblement à Stockholm de médecins africains et européens pendant la VI^{ème} Conférence Internationale sur le SIDA.

¹³ Une convention de partenariat est signée en Novembre 1998 entre l'OPALS et la Croix Rouge Française (CRF) au terme de la quelle la CRF assure maintenant la gestion des CTA.

L'affluence des patients en consultation a dû imposer en son temps que l'on installât une table d'examen dans une des salles d'hospitalisation : vingt patients sont consultés en moyenne par jour par médecin. Par ailleurs, l'équipe du CTA était composée, au moment où nous débutions notre stage en juillet 2002, de 13 personnes : un médecin-coordonnateur, un médecin-adjoint, deux infirmiers, deux assistants sociaux, une assistante médicale, une technicienne de laboratoire, une secrétaire, deux gardiens, un planton-coursier et un agent d'entretien.

I-3-2 L'organisation et le fonctionnement du CTA¹⁴

I-3-2-1 Les missions du CTA

Conformément au programme de l'OPALS/CRF, les missions du CTA sont :

- Assister le CHU et le CNLS dans la PEC des PvVIH en assurant une PEC médicale et psychosociale.
- Promouvoir l'action communautaire par la participation des PvVIH au fonctionnement du CTA et à leur propre PEC grâce à l'intégration d'activités génératrices de revenus (AGR).
- Mettre en œuvre des programmes de recherches biomédicales et en sciences sociales : les thérapeutiques antirétrovirales et les aspects psychosociaux de l'observance du traitement antirétroviral (ARV).
- Promouvoir la formation et l'information du personnel médical et paramédical.

I-3-2-2 Description des activités du CTA

Depuis la date de son ouverture, le CTA mène des activités de prise en charge médicale, psychosociale conformément à ses objectifs.

¹⁴ Sur le plan statutaire, le CTA est une organisation à but non lucratif. Ses activités se déroulent en rapport avec celles du CHU Fann et sous la supervision du service des maladies infectieuses.

1) La prise en charge médicale

Les soins médicaux sont des tâches quotidiennes des médecins et du personnel paramédical du CTA. 1240 PvVIH¹⁵ ont été ou sont suivies depuis l'ouverture du centre. Cet effectif va croissant au fil des années, dénotant de la qualité de travail qui y est accompli. Sur ces 1240 PVVIH suivies, 300 soit 24,1 % sont sous antirétroviraux (ARV). Il est à souligner cependant que la charge de travail est accrue du fait de la quasi constance du nombre d'agents de santé du CTA. Cette PEC des PvVIH s'articule autour de plusieurs points : le suivi médical en ambulatoire, le suivi en hospitalisation de jour, la référence intra ou extra hospitalière, le diagnostic au laboratoire.

• Le suivi médical en ambulatoire :

Les patients arrivent au CTA selon un mode de référence en provenance des CHU, des hôpitaux régionaux ou de district, des structures sanitaires privées, des laboratoires de dépistage, des associations de PvVIH ou d'initiative personnelle. Les consultations médicales¹⁶ sont effectuées par les médecins assistés de l'équipe de soins. En effet, chacun des médecins consulte tous les jours (de Lundi à Vendredi), en même temps qu'il met à contribution ses collaborateurs, soit pour exécution des prescriptions, soit pour le renforcement de l'aspect psychologique de la PEC. Les principaux volets de ces consultations sont des visites de contrôle, le diagnostic et traitement des infections opportunistes, le suivi de PvVIH sous ARV mais également des consultations des personnes non infectées par le VIH. Une consultation bihebdomadaire de psychothérapie de soutien aux PvVIH est assurée par un psychiatre.

Le tableau 1 et le graphique 1 nous donnent une idée de l'évolution du volume de consultations, de même que celle de l'effectif du personnel du CTA au fil des années.

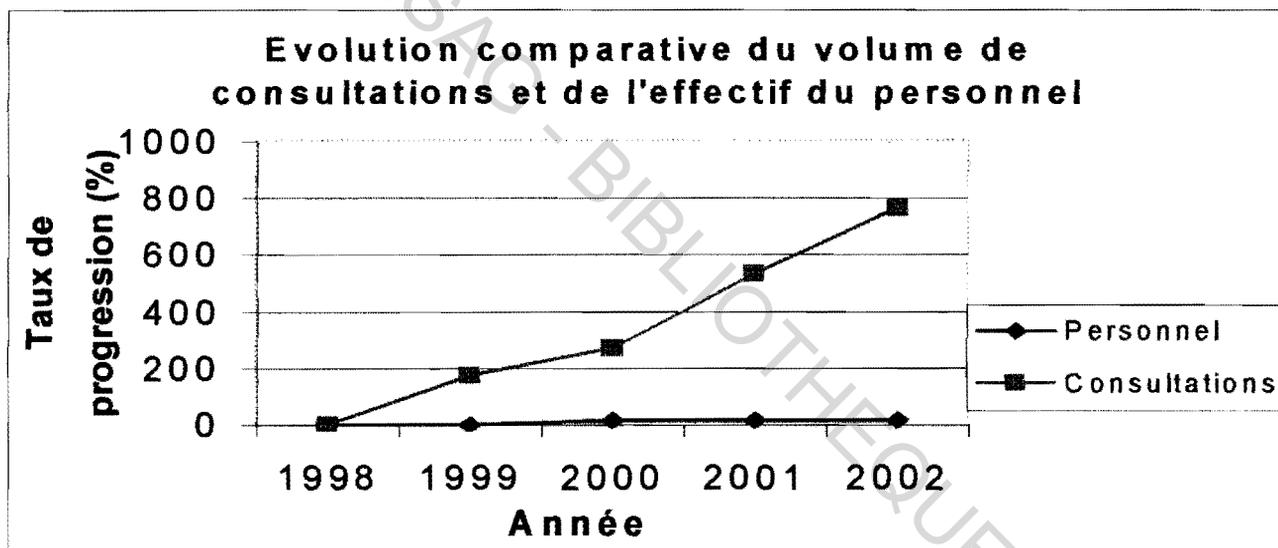
¹⁵ 1240 PvVIH constituent le cumul de patients ayant un dossier de PEC de 1998 à 2003. En 2001, ce nombre était de 705 PvVIH et on notait : 18% de décès, 22% de perdus de vue et 60% ayant un suivi régulier (154 étaient sous ARV).

¹⁶ Les consultations concernent les consultations liées ou non au VIH. Il s'agit pour les consultations liées au VIH de : diagnostic et de traitement des infections opportunistes, visites médicales de contrôle, counselling pré test et post test, suivi des PVVIH sous ARV. Les consultations non liées au VIH concernent les accès palustres, les broncho-pneumopathies et autres pathologies.

Tableau 1: Répartition du volume de consultations et de l'effectif du personnel selon les années

<i>Année</i>	1998	1999	2000	2001	2002
Nombre					
Consultations	603	1655	2244	3822	5237
Effectif personnel	11	11	13	13	13

Graphique 1



Le volume de consultations s'est accru d'environ 800% de 1998 à 2002 pour un effectif de personnel¹⁷ qui a évolué de 18%.

¹⁷ Nous avons comptabilisé aussi bien le personnel soignant que le personnel d'appui.

- **Le suivi en hospitalisation de jour (HDJ)**

Le CTA dispose de six lits d'HDJ. L'hospitalisation se fait sur prescription des médecins pour des soins urgents ou en attente d'une hospitalisation longue durée au service des maladies infectieuses.

- **La référence intra et extrahospitalière**

un système de référence fonctionnel des malades du CTA vers d'autres services (au CHU de Fann ou au CHU Le Dantec) a été établi pour la PEC spécialisée de ces derniers.

- **Le diagnostic au laboratoire**

Le CTA dispose d'un laboratoire pour assurer les analyses de routine (hématologie et dépistage du VIH) qui fait de lui une plaque tournante dans le suivi immuno-virologique¹⁸ des PvVIH.

2) La prise en charge psychosociale

Cette approche indissociable de l'approche médicale est essentiellement centrée sur l'individu et ses préoccupations. Elle s'articule autour de plusieurs points :

- **L'information et le conseil (counselling¹⁹)**
- **Les visites à domicile²⁰**
- **Les groupes de parole pour PvVIH (quatre séances réalisées par mois)**
- **Les visites intrahospitalières**
- **L'accompagnement²¹ intrahospitalier**
- **Le développement de passerelle avec les autres structures de prise en charge communautaire.**

¹⁸Le dépistage se fait au moyen de tests rapides, la confirmation au Western Blot étant assurée par le laboratoire du CHU Le Dantec. Les prélèvements pour charge virale et de CD4/CD8 y sont centralisés pour être acheminés au CHU Le Dantec. Le comptage de CD4 se fait également par la formule de DYNA BEADS (technique manuelle de lecture des CD4)¹⁸.

¹⁹ Concept d'origine anglosaxonne se définissant comme une relation interpersonnelle d'aide active et de soutien ayant pour but de permettre aux personnes atteintes de se sentir mieux, de mobiliser et de développer de manière autonome des attitudes et des ressources propres pour faire face aux situations difficiles (41).

²⁰ Les visites à domicile ont pour motif : le soutien psychologique, la relance des perdus de vue, la solution de crise familiale, l'aide médico-sociale et l'aide à l'observance du traitement.

²¹ C'est la capacité à être présent auprès des personnes, à répondre à leurs questions et à leurs attentes (41).

Cette PEC psychosociale est assurée par le personnel du CTA, aidée en cela par une association des PvVIH dénommée « Bok Jëf²² » (œuvrer ensemble).

3) La recherche et la formation

Les patients du CTA ont participé à différents protocoles de recherche²³ telle que l'Initiative Sénégalaise d'Accès aux Antirétroviraux (ISAARV) en collaboration avec le PNLIS et le service des maladies infectieuses. Le personnel du CTA participe par ailleurs à l'encadrement des étudiants en médecine et aux activités de formation et de sensibilisation initiées par le PNLIS.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

²² Bok Jëf : c'est une association de PvVIH mise sur pied en 2000, formée par le CTA sur certains aspects de l'infection à VIH et au counselling.

²³Ce protocole de recherche avec pour objectifs d'étudier la faisabilité de la multithérapie antirétrovirale dans un pays aux ressources limitées et de pérenniser cette initiative. Différents schémas thérapeutiques sont proposés : 2 Inhibiteurs Non Nucléosiques + 1 Antiprotéase ; 2 Inhibiteurs Non Nucléosiques + 1 Inhibiteur Nucléosique ; Trithérapie associant des Inhibiteurs Non Nucléosiques.

II- CADRE CONCEPTUEL

II-1 Historique : naissance et émergence du concept de « burn-out »

Le terme Anglo saxon de « burn-out syndrom », épuisement professionnel en Français, « Karōshi » (mort par la fatigue au travail) en Japonais (12), est un syndrome²⁴ né d'un constat populaire fait par des soignants pour des soignants. Les premiers travaux concernant ce syndrome semblaient rejoindre des aspects connus en matière de psychopathologie du travail en accordant au stress une place privilégiée. En fait, selon Pierre CANOUI (6) ce concept d'épuisement avait déjà été énoncé en France par Claude VEIL²⁵ dans les années 1950, permettant de décrire des manifestations « particulières » qui ne ressemblaient à aucune autre et de comprendre des cas déconcertants qui n'entraient pas dans la nosologie classique. Mais le terme de burn-out apparaît réellement pour la première fois en 1974 dans les écrits de Herbert FREUDENBERGER (18), un psychanalyste américain. Ses premières observations concernent des soignants d'une clinique psychiatrique où lui-même travaillait. Pour parler de cet état particulier de détresse qu'il observe chez ces soignants, il choisit d'utiliser « burn-out ».

« Je me suis rendu compte au cours de mon exercice que les gens sont parfois victimes d'incendie tout comme les immeubles sous l'effet de la tension produite par la vie de notre monde complexe, leurs ressources internes en viennent à se consumer comme sous l'action des flammes, ne laissant qu'un vide immense à l'intérieur même si l'enveloppe externe semble plus intact » écrivait-il

²⁴ Un syndrome est une association de plusieurs signes constituant une entité clinique.

²⁵ Auteur de « les états d'épuisement, concours médical, 1959 »

II-2 Définition du burn-out ou syndrome d'épuisement professionnel

II-2-1 Les termes

Il existe une corrélation importante entre le stress dû à l'activité professionnelle et le syndrome d'épuisement professionnel (20). Il paraît donc utile de définir les notions s'y rapportant.

1) Le stress

Le stress est une réaction à une situation de « violence », notamment au plan individuel, qui peut intervenir à tout moment. Il est souvent positif car il impose une adaptation immédiate de la part du sujet, un ajustement qui permet de retrouver l'équilibre. Il se définit comme étant la conséquence d'une action ou d'une situation qui fait peser sur une personne des contraintes spéciales, physiques, ou psychologiques ou les deux à la fois. Il peut également être la forme que prend une réaction générale de la personne face à cette action ou situation, face à laquelle la réponse adaptée fait défaut (20).

2) Le stress au travail

L'Agence européenne pour la santé et la sécurité au travail (1) distingue dans les travaux scientifiques sur le stress professionnel trois approches différentes, mais qui se recoupent, utilisées pour définir et étudier le stress.

- La première consiste à considérer le stress comme élément nocif ou répulsif de l'environnement de travail (**approche scientifique**).
- La deuxième consiste à définir le stress professionnel d'après les effets physiologiques courants de toute une série de stimuli répulsifs ou nuisibles, le stress étant une réaction physiologique à un milieu menaçant ou préjudiciable (**approche physiologique**).

- La troisième envisage le stress comme l'interaction dynamique entre la personne et son environnement de travail : le stress étant imputé à une mauvaise interaction entre cette personne et son environnement ou étant mesuré en fonction des processus cognitifs et des réactions émotionnelles sur lesquelles repose cette interaction (**approche psychologique**). Et un consensus semble se dégager autour de cette troisième approche.

Dans le cadre du burn-out, il ne s'agit pas d'un stress aigu mais l'action répétée d'un stress chronique dans un cadre professionnel.

3) Le burn-out ou épuisement professionnel

Selon FREUDENBERGER (18), le « burn-out » c'est le fait de s'user, d'être épuisé, de brûler jusqu'au bout après avoir réclamé trop d'énergie ou de ressources. A l'image d'une allumette qui se consume quand elle est exposée à l'oxygène, le burn-out définit la « consommation » progressive, et de manière imperceptible des personnes exposées pendant une durée suffisamment longue à un espace générant des émotions non nécessairement exprimées (19). Une autre image, celle inspirée de l'industrie spatiale, est suffisamment suggestive pour caractériser cet état. En effet, le burn-out s'apparente à « la situation d'une fusée dont l'épuisement de carburant a pour résultante la surchauffe et le risque de bris de la machine » (6). Ce concept se définit comme le syndrome d'épuisement des ressources physiques, mentales et émotionnelles, consécutif aux exigences relationnelles excessives des professions sociales, éducatives et médicales : il affecte tant le physique que le psychisme de l'acteur de santé. Il se rencontre surtout chez la personne qui poursuit des idéaux élevés dans sa vie personnelle, familiale ou professionnelle, puisqu'elle consacre toute son énergie à atteindre un but irréaliste dans les conditions actuelles. Ses effets sont d'autant plus importants que l'outil de travail essentiel de ce professionnel est sa propre personne (43). Aussi, le burn-out se manifeste-t-il à la fois au niveau de la personne et de l'organisation du travail où se produisent les comportements professionnels.

Christina MASLACH définit en 1982 le burn-out comme le syndrome d'épuisement physique et émotionnel qui conduit au développement d'une image de soi inadéquate, d'attitudes négatives au travail avec perte d'intérêt et de sentiment pour les patients (25).

II-2-2 les caractéristiques du syndrome d'épuisement professionnel

II-2-2-1 Etapes de développement du syndrome d'épuisement Professionnel

Le syndrome d'épuisement professionnel est un processus évolutif²⁶. Les victimes de ce syndrome passent par quatre phases successives (43) :

- ***La phase d'enthousiasme***

La personne est pleine d'énergie, a de grands idéaux et veut transformer le monde. Elle se donne intensément à son travail qui constitue sa principale source de gratification.

- ***La phase de stagnation***

La personne commence à s'essouffler, les choses ne se passent pas comme elle l'espérait, les usagers ne changent pas vite, l'administration ne coopère pas assez. Elle décide donc de se consacrer plus de temps à son travail, mais ce surinvestissement, au lieu de produire des résultats escomptés, se traduit par des troubles de santé.

- ***La phase de frustration***

La personne commence à se questionner sur la valeur de son travail et à douter d'elle, de son jugement et de ses capacités. Les clients sont difficiles à supporter, ils sont perçus comme ingrats et ennuyeux. Tout irrite et les problèmes de santé se multiplient.

- ***La phase d'apathie***

La personne a « brûlé » toutes ses énergies. Elle évite les contacts, arrive en retard, rate ses rendez-vous, néglige son travail ; c'est le désespoir : elle déprime et il peut lui arriver de songer au suicide. Elle a besoin de thérapies spéciales.

²⁶Le syndrome de l'épuisement professionnel est un processus évolutif qui commence quand les contraintes professionnelles sont excessives et prolongées et s'achève lorsque le travailleur adopte une attitude défensive face aux contraintes (4).

II-2-2-2 Les symptômes de l'épuisement professionnel

Au cours de son évolution, le syndrome d'épuisement professionnel se traduit par quatre types de symptômes (43) :

- ***Les symptômes comportementaux***

L'on note un désintérêt de plus en plus accentué pour son travail, une appréhension devant les responsabilités professionnelles avec évidemment, retards, absences subites et non planifiées. L'individu peut également présenter des signes de relâchement vestimentaire et hygiénique, un manque de professionnalisme gênant avec éventuellement des signes d'abus de médicament ou d'alcool.

- ***Les symptômes somatiques***

La personne en voie d'épuisement présente des signes de fatigue, de tension chronique, des douleurs variables, des troubles de sommeil. Selon ses prédispositions particulières elle pourra présenter des signes cardiovasculaires, digestifs, génito-urinaires, cutanés, etc.

- ***Les symptômes émotionnels et affectifs***

L'individu peut présenter de l'irritabilité, des sautes d'humeur, de la tristesse allant même jusqu'au désespoir avec des idées suicidaires, de l'apathie et un profond sentiment d'insatisfaction et de douleur morale. L'affect pourra aussi prendre des colorations de méfiance, de distanciation, de cynisme (les autres sont vécus comme des objets) même à l'endroit des usagers des services sociaux. Les proches de la famille n'échappent pas non plus à cet appauvrissement affectif.

- ***Les symptômes cognitifs***

L'individu pourra présenter des troubles d'attention, de vigilance, de mémoire ; son fonctionnement mental est globalement diminué, ce qui se répercute directement sur sa performance professionnelle.

Plus simplement, un épuisement professionnel peut ressembler de façon troublante à une dépression. Toutefois, il existe une différence entre un état d'esprit dépressif et la forme de dépression que caractérise le burn-out.

En effet, le véritable déprimé verra également toutes les sphères de sa vie touchées par cet état léthargique ; ce qui n'est pas le cas de la personne épuisée. De plus, tandis qu'une personne dépressive aura tendance à se sentir coupable pour ce qui lui arrive, celle qui est en train de brûler aura plutôt tendance à éprouver la colère (36).

II-2-2-3 La mesure du burn-out et la description du syndrome d'épuisement professionnel

En créant un outil d'évaluation, le M.B.I. (Maslach Burn-out Inventory)²⁷, MASLACH et JACKSON (26) ont permis d'isoler une des caractéristiques fondamentales du syndrome d'épuisement professionnel. Elles ont en effet, défini ce syndrome selon 3 critères : l'épuisement physique ou émotionnel, la déshumanisation de la relation à l'autre (la dépersonnalisation) et la perte du sens d'accomplissement de soi au travail.

- ***L'épuisement physique ou émotionnel***

Il est généré essentiellement par une demande de soutien psychologique excessive chez les professionnels en situation de relation d'aide. C'est une composante-clé du syndrome.

- ***La déshumanisation de la relation à l'autre (dépersonnalisation)***

Elle se traduit par une perte d'empathie, une impatience, un détachement excessif dans les rapports interprofessionnels pouvant aller jusqu'au cynisme, une plus grande routine des soins avec une tendance à traiter le patient comme un objet.

- ***La perte de sens d'accomplissement personnel***

Plus le sujet fait d'efforts pour faire face à son travail, plus il s'épuise, plus il perd son efficacité, plus il se démotive, installant par là-même une sorte de cercle vicieux où il finit par douter de ses propres capacités, baisse les bras et éprouve un réel manque d'accomplissement.

²⁷ MBI (Maslach Burn-out Inventory) est un questionnaire reconnu visant à déterminer si l'on souffre d'épuisement professionnel. Il comprend 22 items que nous résumerons en trois questions :

- 1- Etes-vous fatigué au lever et au coucher
- 2- Au travail, avez-vous tendance à mettre une distance de plus en plus grande entre vous et vos clients, patients, collègues ?
- 3- Doutez-vous de l'utilité de votre travail et de votre utilité au travail ?

Le syndrome d'épuisement professionnel a donc des répercussions importantes sur le plan personnel et social. Ainsi, FREUDENBERGER (18) le qualifie "comme une maladie de l'âme en deuil de son idéal". Quant à RUSZNIEWKI, il indique que le soignant oscillera alors entre deux extrêmes face au malade : « **l'identification**²⁸ et **la distanciation**²⁹ » (28).

CESAG - BIBLIOTHEQUE

²⁸ L'Identification est la forme extrême d'empathie.

²⁹ La distanciation représente la fuite, et toutes les tentatives du soignant d'éviter pour lui-même une souffrance trop intense. Les conséquences peuvent être fâcheuses pour le patient.

Quatre techniques de distanciation seraient employées par les soignants :

1- La généralisation: on n'individualise plus les patients, ni les soins, on fait de la routine ;

2-La réassurance : on adopte un comportement et des paroles faussement optimistes : cette forme de persécution est un déni de la réalité ;

3- L'évitement : on ne s'investit que dans les seuls actes techniques, on est hyperactif. Cela se traduit par une "instrumentation" du malade qui devient objet de techniques ;

4- La banalisation de la souffrance et de la mort : cette attitude crée l'indifférence, le désintérêt, et surtout la démotivation. (28)

III- PROBLEMATIQUE DE L'ETUDE

Dans ce chapitre, nous mettrons en exergue l'ampleur, l'importance du problème de notre étude et nous en décrirons les conséquences. Mais avant tout, il convient de le formuler.

III-1 La formulation du problème

Selon BLAN RICHARD SCOTH, « une organisation est une entité sociale qui a pour raison d'être la réalisation de certains objectifs »³⁰. Elle a pour finalité la production de biens ou de services. Son efficacité ou sa performance requièrent certaines conditions idéales. Aussi, tout ce qui peut constituer un obstacle à la marche vers l'objectif visé est-il combattu avec vigueur par les responsables de cette organisation. C'est sous cet angle que nous positionnerons la problématique de notre étude.

La mission du CTA est de fournir aux PvVIH des soins et une PEC psychosociale dans un environnement sanitaire non stigmatisant. C'est donc une relation d'aide que le personnel de cette structure entretient avec ses patients. Cette relation d'aide a imposé des exigences nouvelles dans la stratégie d'approche des aidés par les soignants à travers l'investissement tant physique que psychique de ces derniers du fait du caractère particulier de l'infection à VIH. Il faut pour cela, que le personnel de santé soit doté de ressources d'énergie « inépuisables » ou de système adaptatif qui permette de continuer à remplir pleinement sa fonction d'aide. Autrement dit, idéalement, la profession sanitaire ou sociale ne doit ni avoir raison du professionnel ni mettre à mal la santé de celui-ci. Ainsi, la situation souhaitée par les responsables du CTA est que le personnel y travaillant assure la PEC des PvVIH sans, pour autant, que l'accomplissement de cette mission n'ait un quelconque impact négatif sur le vécu de celui-ci.

³⁰ Extrait du cours du module sur la gestion des programmes de santé dispensé par M. Abdul Hamid DIOUF enseignant associé au CESAG.

Or, la démarche méthodologique que nous avons utilisée³¹ nous informe sur :

- les conditions de travail dominées en permanence par les facteurs de stress.
- les signes de menace d'épuisement imminent mais également des signes d'épuisement avéré chez certains membres du personnel de ce centre et qui serait lié à l'exercice professionnel.

En résumé, le problème identifié est que le personnel travaillant de manière contante dans un espace comme le CTA qui est fréquenté par des personnes infectées par le VIH, fait l'objet d'affects pouvant entraîner des perturbations de fonctionnement tant au niveau de la vie professionnelle que privée.

Notre étude s'attachera à mettre en lumière ce phénomène, et proposer des solutions en vue de résoudre ce problème.

III-2 Ampleur et importance du problème

L'ampleur du problème de l'épuisement professionnel chez le personnel du CTA pourrait s'apprécier par le nombre d'agents de santé ayant manifesté un aspect de ce malaise. Et l'analyse du rapport de l'atelier organisé en 2002 sur le burn-out (19) nous donne de bons indicateurs. En effet, lors de cet atelier, la prise de parole facile par les soignants, l'absence de temps de latence pour cette prise de parole indiquent bien le besoin pour ces derniers de s'exprimer sur une situation qui est pour eux une préoccupation, celle relative à l'implication que la PEC des PvVIH a sur leur vécu. Nous estimons à environ 34 % des soignants³² du CTA ayant présenté des signes d'épuisement, mais chez la quasi totalité de ces soignants, des signes de réelle menace d'épuisement ont été relevés. Le syndrome d'épuisement professionnel prend tout son intérêt quand on le considère comme un des aspects de la pathologie de la relation d'aide.

³¹ Analyse du rapport de l'atelier sur le burn-out organisé en Juillet 2002 au CTA et enquête de terrain.

³² Résultat de l'analyse du questionnaire (en annexe 1) auquel nous avons soumis les soignants du CTA : Sur neuf soignants, trois (soit 34 %) ont présenté un épuisement professionnel

Et lorsque cette relation d'aide vient à « tomber malade », la symptomatologie est celle d'un épuisement professionnel. Vu sous cet angle, ce problème trouve toute son ampleur dans ses allures d'endémie chez les soignants. A cet effet, les résultats d'une étude réalisée dans un service de réanimation pédiatrique en France ont révélé que 41,3% du personnel soignant sont atteints d'épuisement professionnel (5). Une autre enquête³³ a été réalisée dans deux hôpitaux de la région parisienne : l'Institut Gustave-Roussy (IGR) et l'Hôpital Bicêtre. Elle montre que dans ces deux hôpitaux 25% des infirmiers présentent un épuisement émotionnel, 25% autres ont un accomplissement personnel perçu comme insuffisant et enfin le retrait d'investissement concerne 16% et 7% respectivement à Bicêtre et à IGR (3). Toujours en France, devant la prise de conscience des responsables du CHU de Bordeaux sur l'épuisement professionnel, une étude (35) a été commanditée en 1999 auprès du personnel de soins. Cette étude a indiqué que 17% des soignants souffriraient d'épuisement psychique, 15% de dépersonnalisation et 24% de manque d'accomplissement. L'âge moyen de ce personnel était de 40 ans avec une ancienneté d'environ 10 ans dans ce service.

D'une façon générale, la convergence des études sur le syndrome d'épuisement professionnel nous renseigne davantage sur l'ampleur de ce problème. En effet, tous les travaux tant français (3,5,15,35), allemands (24), américains (14) que canadiens (7,22,39) réalisés montrent que 25 à 40% des soignants sont épuisés. Et d'après un récent reportage du New York times³⁴, l'épuisement professionnel serait un des principaux points discutés lors des réunions des ressources humaines. Il est indiqué par ailleurs que le stress et les problèmes qui lui sont liés coûteraient aux organisations plus de 150 milliards de dollars par an. Sur cette question, la quasi inexistence d'études réalisées en Afrique ne rime absolument pas avec le fait que ce problème ne soit pas important dans les pays africains ; bien au contraire.

³³ Rapportée par Richard BELFER dans l'infirmière magazine- n° 73- Juin 1993 (3)

³⁴ Quotidien Américain

De façon évidente, rien d'autre en dehors de la pauvreté en données statistiques ne milite en faveur de ce que l'épuisement professionnel ne soit pas un phénomène pouvant affecter le personnel soignant impliqué dans le suivi des PvVIH dans les pays africains. Pour étayer cette allégation, nous citerons l'étude de DESCLAUX (13), réalisée dans le service de Pédiatrie de Centre Hospitalier National Sanou Souro de Bobo-Dioulasso (Burkina Faso) accueillant des enfants suspectés ou dépistés VIH positifs. Et, selon cet auteur, l'épidémie du SIDA a induit chez les infirmières des perceptions dominées par : des sentiments d'impuissance et de découragement (liés aux échecs thérapeutiques et au caractère insurmontable des difficultés financières) ; des sentiments d'insécurité (persistante malgré l'adoption plus ou moins précise des précautions universelles) et des sentiments d'incertitude (concernant le risque de contamination, l'intérêt même de la PEC thérapeutique des enfants). Ces différents sentiments conduisent la plupart du temps ces infirmières à des situations d'épuisement.

Au Sénégal, nous tenterons d'appréhender l'importance du syndrome d'épuisement professionnel chez les soignants des PvVIH, sous l'angle de la place qu'occupe la PEC médicale et psychosociale des PvVIH dans les stratégies nationales de lutte contre le SIDA. En effet, la PEC des PvVIH constitue une priorité, requérant pour ce faire, un personnel en quantité, mais aussi de qualité pour assurer des soins qualitatifs. Ce qui suppose que soient disponibles, des soignants non « diminués » donc non épuisés.

Cette préoccupation a d'ailleurs été prise en compte au cours de l'atelier³⁵ sur les ARV tenu à Gorée (Sénégal) en 2001. Aborder donc la question de l'épuisement professionnel apparaît comme une perspective d'amélioration de l'« approche-patient » tout à fait pertinente.

³⁵ Cet atelier sur "la place des ARV dans la PEC des PvVIH en Afrique (Gorée- 2001)" a recommandé qu'une recherche soit menée sur l'épuisement psychologique des soignants des PvVIH.

III-3 Les conséquences du problème

L'épuisement professionnel chez les soignants a des conséquences³⁶ au niveau tant individuel que social.

III-3-1 Au niveau individuel

L'épuisement professionnel non dépisté ou non traité peut être dangereux (39). Les conséquences au niveau individuel de ce phénomène sont :

- la survenue chez ces soignants des complications telles que la dépression majeure avec des idées de suicide et les somatisations secondaires³⁷ (polynéphrite, arthrite rhumatoïde, infarctus du myocarde etc.) (23).
- les erreurs médicales que pourraient faire les soignants. Un soignant, à ce point épuisé, ne peut prodiguer des soins de qualité, des soins humanisants.

Une autre conséquence pourrait être la problématique de l'éthique qu'imposerait la relation d'aide. En d'autres termes, il s'agit des réflexions psychologiques et philosophiques qu'appelle l'épuisement professionnel à travers des questions telles que : comment être vis-à-vis d'autrui ? Quelle distance établir pour apporter l'aide tout en étant respectueux de la personne et ne pas se consumer soi-même ? Jusqu'où se trouver soi-même ? Dans quel esprit d'équité ? Aussi, le syndrome d'épuisement professionnel impliquerait-il la question de la Responsabilité, de la Justice et finalement de l'Amour (5).

III-3-2 Au niveau social

Le syndrome d'épuisement professionnel peut avoir comme conséquences au CTA : les dysfonctionnements dans le travail et la détérioration de la performance de cette structure. Et si elle se manifeste à grande échelle, cette situation pourrait, in fine, constituer une entrave à l'atteinte des objectifs du CNLS quant à sa stratégie de PEC médicale et psychosociale des PvVIH.

³⁶ Ces conséquences sont issues de la revue de la littérature et non celles relevées au CTA.

³⁷ Il ressort d'études que les métiers éprouvants psychologiquement augmentent le risque de maladies cardiaques (l'hypertension artérielle), de troubles musculo-squelettiques (dorsalgie, troubles des membres inférieurs), de cancer, d'ulcère (23).

Le phénomène d'épuisement professionnel chez les soignants du CTA est le problème identifié dans cette structure. Nous en avons défini l'ampleur et l'importance d'une part, et décrit les conséquences éventuelles d'autre part ; nous pouvons à présent en présenter la méthodologie suivie. En effet, à chacune de ces étapes, une ou plusieurs méthodes nous ont aidé à arriver à nos fins. Enfin, des recommandations relatives aux conclusions de cette étude seront formulées.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

IV- METHODOLOGIE

Notre étude s'inscrit dans le cadre d'une résolution de problèmes³⁸. La méthodologie utilisée pour traiter du problème de l'épuisement professionnel a dépendu des différentes étapes du processus de résolution de problèmes.

IV-1 L'identification du problème

L'identification du problème du syndrome d'épuisement professionnel chez le personnel soignant s'est faite suite à l'analyse situationnelle du cadre de notre étude. Cette analyse porte sur les rapports d'activités³⁹, les entretiens avec le personnel. Les résultats de cette analyse ont permis d'identifier un certain nombre de problèmes majeurs dont l'épuisement professionnel chez le soignant. Par la suite, nous avons procédé à l'endroit du personnel à une enquête basée sur un questionnaire⁴⁰ avec grille d'interprétation ; ceci dans le but de confirmer l'existence effective de ce problème. La méthode de l'observation a, par ailleurs, aidé à en décrire ses manifestations.

IV-2 L'analyse des causes du problème.

IV-2-1 Les méthodes d'identification des causes :

La revue de la littérature nous a permis d'identifier les causes possibles à l'avènement du syndrome d'épuisement professionnel chez le personnel soignant. Nous avons ensuite pris en compte des causes possibles évoquées par le personnel du CTA. Enfin, grâce la collaboration des responsables du CTA, nous avons procédé à la hiérarchisation de ces causes.

³⁸ c'est le processus de prise de décision dans une organisation ; le processus part de l'analyse du contexte avec identification du problème jusqu'à la mise en œuvre de la solution retenue et son évaluation en passant par toutes les étapes intermédiaires. (Source : Codex de Méthode de Résolution de problèmes dispensée par Mme Laurence CODJIA, Enseignant au CESAG)

³⁹ Rapports d'activités dont le rapport de l'atelier sur le burn-out organisé au CTA en Juillet 2002.

IV-2-2 Les méthodes de hiérarchisation des causes :

La matrice de critères aidera à la hiérarchisation des causes. Les causes principales seront celles qu'auront jugées prioritaires les responsables du CTA (deux médecins, le responsable du service social et le major du service). Une fois retenues, ces causes devront être testées auprès des soignants du centre.

IV-2-3 Les méthodes permettant de tester des causes du problème :

Une étude a été réalisée afin de vérifier l'hypothèse de recherche que l'analyse du problème a permis d'émettre. Il s'est agit, après avoir donc identifié les déterminants de l'épuisement professionnel apparu chez le personnel du CTA, de tester l'influence ou non des variables retenues comme étant les causes principales sur la survenue de l'épuisement professionnel.

La population de cette étude est constituée par neuf membres du personnel du CTA (deux médecins, trois infirmiers, deux assistants sociaux, deux techniciens de laboratoire). Sont exclus de cette étude tout le personnel non sanitaire et non social, le personnel ayant moins de trois mois d'activité, les stagiaires et bénévoles servant au CTA.

Les données de l'enquête destinées à vérifier l'hypothèse de recherche ont été collectées à l'aide d'interviews⁴¹.

IV-3 L'identification et le choix de la solution

La revue de la littérature nous a permis d'identifier les solutions possibles. La mise en rapport de ces solutions avec celles évoquées par le personnel a débouché sur la hiérarchisation des options. Pour ce faire, la matrice des critères nous aidera à hiérarchiser ces solutions et à en choisir l'une d'entre elles.

IV-4 L'élaboration du plan de mise en œuvre

Les concertations menées avec les responsables et le personnel du CTA ont permis la facilitation et ont servi, entre autres, à entreprendre la planification opérationnelle de la solution retenue.

⁴⁰ Voir questionnaire en annexe 1

⁴¹ Voir guide d'entretien en annexe 2

IV-5 La mise en œuvre de la solution

L'observation et notre implication personnelle permettent de nous rendre compte du déroulement des activités conformément au plan de mise en œuvre.

IV-6 L'évaluation de la mise en œuvre de la solution

Nous procéderons à la comparaison du niveau des activités réalisées par rapport à celui prévu. Il s'agira, dans cette logique, de porter un jugement de valeur sur les activités qui ont connu un début de mise en œuvre.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

V- ANALYSE DU PROBLEME

Nous nous emploierons dans ce chapitre à analyser le phénomène de l'épuisement professionnel chez les soignants du CTA en décrivant uniquement ses manifestations. D'un point de vue générale, chez tous les acteurs intervenant au CTA, la problématique du SIDA préoccupe tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'hôpital ; en effet, ses retombées se manifestent aussi bien dans la vie professionnelle que privée. La première manifestation de l'épuisement professionnel constatée chez le personnel du CTA est que du fait de la douleur morale à laquelle ils sont confrontés, certains d'entre eux reconnaissent que devant des situations, ils ressentent beaucoup plus l'envie de disparaître de la vue du patient, l'envie de ne plus écouter le récit de ce dernier, de l'éviter (19). Deux réalités internes justifieraient ces attitudes : la première tiendrait de la tendance au jugement qui habite le soignant le privant de la distance empathique. Ainsi, sont mises en avant l'inconscience ou l'irresponsabilité de la conduite de la personne contaminée. Ce qui fait alors primer le jugement dans l'appréciation par le soignant du comportement de la PvVIH. Or, la tendance au CTA est de faire en sorte que le soignant dans sa pratique ne s'intéresse point à l'origine du mal. Aussi, ce positionnement relationnel de jugement justifie-t-il l'attitude de ne plus vouloir voir les patients. La deuxième réalité interne serait l'anxiété, la « peur » auxquelles sont confrontés les soignants, car la problématique du SIDA « ronge » et « dérange » (19).

Le personnel travaillant au laboratoire où sont effectués les tests de dépistage du VIH, vit d'une certaine façon les implications de cet environnement de travail. En effet, ce personnel est très affecté en fin de journée de travail lorsque le bilan des analyses fait état d'une majorité de résultat VIH positif (19). Il se dit alors très insatisfait, découragé avec parfois même une pointe de désespoir ; ce davantage, lorsqu'il s'agit de patient de jeune âge. Il arrive aussi au cours d'un interrogatoire du patient, que le professionnel de santé présente une sorte d'absence brève, révélatrice de surmenage, de fatigue. Cet état de fatigabilité est également évoquée dans les entretiens informels.

Une autre manifestation du syndrome d'épuisement qu'il nous a été donné de relever chez les soignants est la répercussion que soigner des PvVIH a sur la vie familiale, sur les relations parents-enfants. Ainsi, certains professionnels pères de familles ont allégué toute la difficulté qu'ils ont à expliquer à leurs filles des questions liées à l'infection à VIH/SIDA, alors que ceux-ci s'attachent à entretenir inlassablement de ces questions aux patients dans le cadre de leur travail (19). Et certains de ces soignants vivent une anxiété inhérente au SIDA, simplement à l'idée de possible contamination d'un proche ; ce qui ne fait qu'entretenir et grandir les sentiments de compassion et d'angoisse. Dans sa grande majorité, le corps soignant vit très mal le comportement de rejet de certaines PvVIH par leur famille, malgré tout le travail abattu et l'effort investi pour déstigmatiser l'infection à VIH. Cet état de fait génère chez ce corps soignant déconcertation et découragement. Devant la multiplicité des cas sociaux inespérés, le soignant finit par développer un sentiment d'impuissance. De même que le décès d'un patient est vécu par certains des soignants comme un échec par inefficacité, mais aussi et toujours comme un chagrin pour la perte d'une personne avec qui une communication profonde et durable s'était établie au file du suivi. Et selon ce qui nous a été rapporté, cet état de fait n'est pas sans impact sur la vie conjugale.

Sur le comportement conscient des soignants, des répercussions ont été notées (19) ; ce sont :

- la tendance à l'oubli ;
- la phobie de la couleur rouge, couleur du sang ;
- l'absence progressive du sentiment de compassion dans les rapports humains ;
- la disparition progressive du sourire dans les rapports quotidiens.

Après avoir analysé le problème de l'épuisement professionnel au CTA sous l'angle de ses manifestations, il convient d'achever cette analyse en abordant la question relative à ses déterminants ou causes.

VI- ANALYSE DES CAUSES DU PROBLEME

D'entrée de jeu, nous identifierons les causes responsables de la survenue d'épuisement professionnel chez les soignants, puis nous les hiérarchiserons. Et enfin, nous serons amené à émettre une hypothèse de recherche : c'est cette hypothèse qui nous permettra d'échafauder notre étude en vue de tester la liaison entre les variables retenues et le problème. Pour cela, il nous faudra au préalable opérationnaliser ces variables.

VI-1 Les causes selon la revue de la littérature

Selon les recherches menées par SAINT-ARNAUD (39), les « soignants ayant une charge de travail excessive », ceux qui « ont un nombre de patients important à leur charge » et « doivent traiter un large ensemble d'informations » présentent un profil de détresse psychologique élevé. Ainsi donc, résume cet auteur, les risques de survenue de burn-out s'accroissent lorsque la charge mentale est forte. Il conclut en soulignant le risque que présentent le manque de soutien et l'absence de concertation entre ces professionnels. Ces facteurs déterminant l'épuisement professionnel convergent avec ceux relevés dans l'étude menée par ESTRYN-BEHAR (16). En effet, cette étude montre que le risque d'épuisement professionnel est élevé dans les services où est présente une charge cognitive (liée à la complexité des tâches) et psychique (liée aux relations au sein de l'équipe et avec les malades).

La majorité des recherches sur le sujet de l'épuisement professionnel (4,14,15,16,35,38,39,40) montre que les causes de ce phénomène sont reliées entre autres, à la tâche et à l'organisation du travail.

Parmi ces facteurs en rapport avec le travail pouvant conduire à l'épuisement professionnel sont cités : les exigences du travail, les souffrances morales vécues par le soignant, les conflits et ambiguïtés du rôle joué par le professionnel et l'absence de la reconnaissance professionnelle et sociale du soignant.

VI-1-1 Les exigences du travail

Les exigences de travail se traduisent par le rythme de travail qui s'accroît avec de moins en moins de moyens pour faire face, entraînant une grande insatisfaction. L'on note un manque de personnel pour accomplir le travail : la demande de soins en santé croit du fait de l'augmentation des PvVIH fréquentant le CTA alors que les ressources ne suivent pas. Par ailleurs, le fait qu'il n'y ait pour le soignant aucun répit dans le feu de l'action (traduisant un problème organisationnel) peut également le conduire à l'épuisement.

VI-1-2 Les souffrances morales vécues par le soignant

Toutes les professions qui impliquent une relation d'aide sont à « risque⁴² » puisque cette relation demande une source d'énergie à transmettre à la personne aidée et une prise en charge des problèmes vécus par cette personne aidée. Ces souffrances morales proviennent en fait de la mauvaise gestion de la relation d'aide ; et ce, du fait de difficulté insurmontable de la charge émotionnelle consécutive (15) :

- au manque de distance émotive dû à la trop grande identification au patient par le soignant ;
- aux souffrances morales dues aux attentes exagérées que le soignant s'impose à lui-même, mais aussi qu'il impose aux autres. L'épuisement survient alors dans un contexte d'idéal non atteint pour la simple et bonne raison que face aux problèmes des aidés, le soignant est impuissant ;
- à un sentiment d'insécurité contribuant à entretenir la pression morale subie par le soignant. En effet, le contact en permanence avec des personnes infectées par VIH n'est pas sans générer chez ce dernier une certaine crainte d'être à son tour contaminé⁴³.

⁴² Le syndrome d'épuisement professionnel a été reconnu comme un risque professionnel pour les métiers de contacts, par exemple dans le domaine des soins de santé, de l'éducation et des services sociaux (4)

⁴³ Cette contamination concerne le VIH mais aussi les maladies opportunistes (Tuberculose etc.)

VI-1-3 Les conflits et les ambiguïtés de rôle joué par le soignant

L'épuisement professionnel peut être dû à des souffrances provoquées par des situations :

- de communications ambiguës au sein de l'organisation, se traduisant par des directives confuses ou avec lesquelles le soignant n'est pas d'accord ;
- de méconnaissance du travail par manque de formation ou d'informations ;
- de dévalorisation due à la perte d'autonomie, de liberté ou de pouvoir sur son travail. En effet, la capacité de déterminer la façon de faire son travail, de même que la participation aux prises de décisions constituent des facteurs de valorisation pour le professionnel. Et lorsque ces facteurs viennent à manquer, cela peut être source de démotivation pouvant conduire le professionnel à l'épuisement.

VI-1-4 L'absence de reconnaissance professionnelle et sociale

C'est un des facteurs le plus souvent mentionné par les victimes de l'épuisement professionnel ; elle fait suite à :

- un manque de manifestation de satisfaction de la part des personnes aidées à l'endroit des soignants ;
- un manque de soutien aux soignants de la part de l'organisation. En effet, une organisation où les relations entre collègues sont caractérisées par la méfiance et le jugement, où les relations sont réduites au minimum, où l'on doit camoufler ses erreurs de peur d'être mis à l'écart, où les rapports avec la hiérarchie sont strictement hiérarchisés, bureaucratisés ; une telle organisation rend malade.

Ces causes issues de la revue de la littérature et qui sont **des facteurs de stress**, sont représentées dans le diagramme cause-effet⁴⁴ (fig.1).

⁴⁴ C'est une présentation graphique dont les principales branches illustrent des catégories de causes

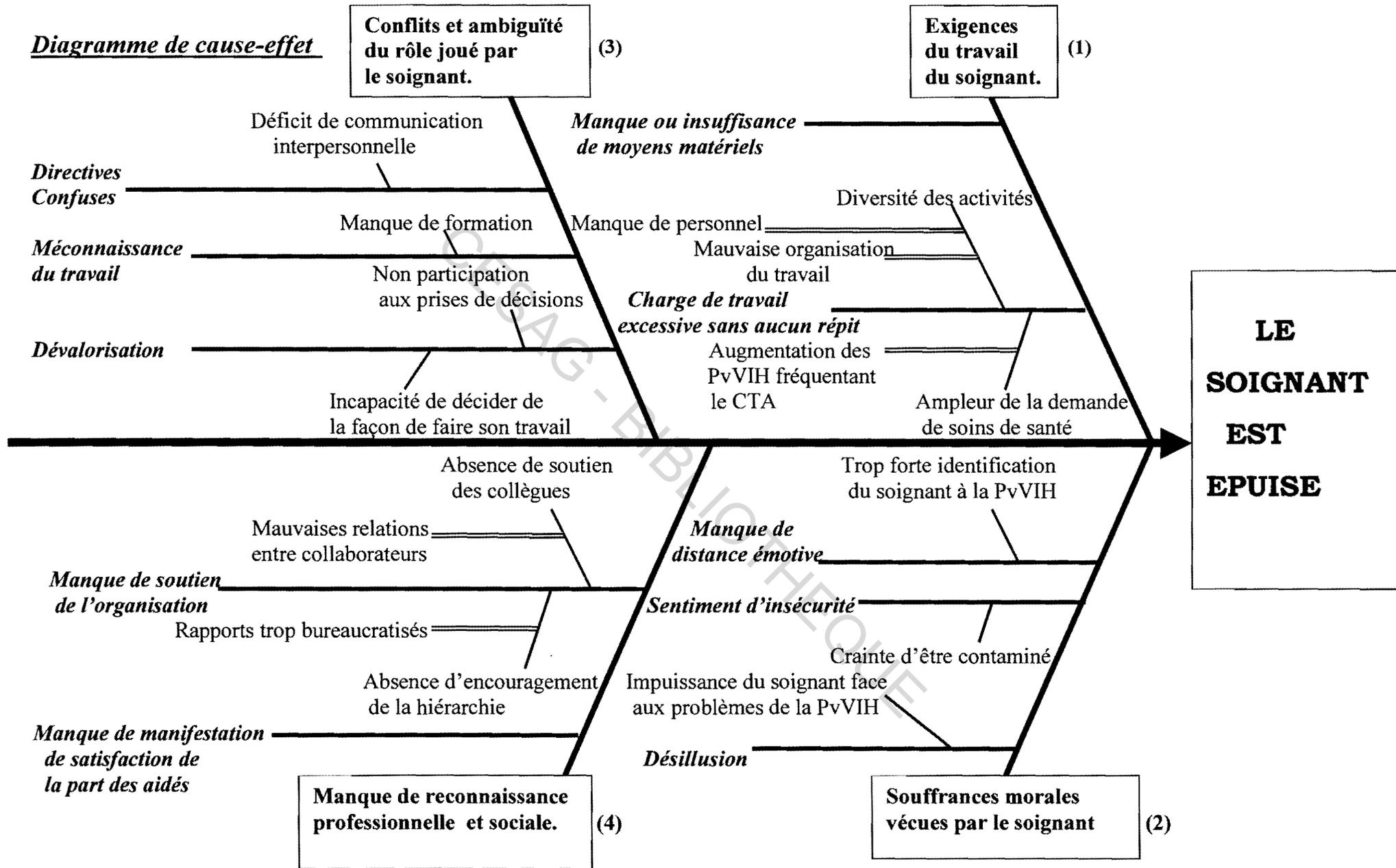
Les quatre principales causes identifiées comme étant responsables d'épuisement professionnel (ce sont les causes primaires) sont représentées par les quatre lignes obliques émanant de la ligne horizontale centrale.

Quant aux causes secondaires et tertiaires, elles sont désignées par les ramifications issues de ces lignes obliques.

L'étape qui a suivi, a été celle de la hiérarchisation de ces différentes causes identifiées par le personnel du CTA, c'est-à-dire que le personnel aura eu à indiquer parmi ces différentes causes celles qu'il estime les plus déterminantes dans la survenue de l'épuisement professionnel dans sa structure.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Diagramme de cause-effet



VI-2 Hiérarchisation des causes du problème

En s'aidant de la matrice des critères (17), les causes du problème ont été hiérarchisées. A cet effet, deux critères ont été retenus pour valoriser chacune des différentes causes identifiées. Ce sont :

- **l'importance que la cause représente pour la structure ;**
- **le risque que pourrait occasionner la cause en cas d'inaction .**

Avec une échelle de notation comportant cinq niveaux pour chaque critère, les échelles suivantes ont été constituées :

Critère « importance » :

Très faible = 1 ; faible = 2 ; moyenne = 3 ; grande = 4 ; très grande = 5

Critère « risque en cas d'inaction » :

Très infime = 1 ; infime = 2 ; moyen = 3 ; grand = 4 ; très grand = 5

Tableau 2 : Matrice des critères

CAUSES DE LA SURVENUE DU BURN-OUT CHEZ LE SOIGNANT		CRITERES		TOTAL
<i>Causes primaires</i>	<i>Causes secondaires Et tertiaires</i>	<i>Importance</i>	<i>Risque en cas d'inaction</i>	
Exigences du travail du soignant	1.Charge de travail excessive sans aucun répit (due à l'ampleur de demande de soins, à la diversité des activités par manque de personnel et la mauvaise organisation du travail)	3,5	3,5	7
	2.Absence ou insuffisance de moyens matériels	1	1	2
Souffrances morales vécues par le soignant	3.Manque de distance émotive (du fait de la trop grande identification du soignant à la PvVIH)	3,5	3	6,5
	4. La désillusion (due à l'impuissance du soignant face aux problèmes vécus par les PvVIH)	2,5	2,75	5,25
	5. Sentiment d'insécurité ressenti par le soignant (par crainte d'être contaminé)	2,75	2,75	5,5
Les conflits et ambiguïté du rôle joué par le soignant	6. Directives confuses (par déficit de communication interpersonnelle)	1	1	2
	7.Méconnaissance du travail (par manque de formation ou d'information)	1	1	2
	8. Dévalorisation (du fait de la non participation aux prises de décisions et de l'incapacité pour le soignant de décider de la façon de faire son travail)	1	1	2
Absence de reconnaissance professionnelle et sociale du soignant	9. Manque de soutien de la part de l'organisation (par absence de soutien des collègues et absence d'encouragement de la hiérarchie)	1	1	2
	10.Manque de manifestation de satisfaction des aidés	1	1	2

Les principales causes retenues⁴⁵ par les personnels de santé ayant participé à la priorisation des causes sont :

- la charge de travail excessive du soignant ;
- le manque de distance émotive du soignant ;
- le sentiment d'insécurité ressenti par le soignant ;
- la désillusion du soignant.

Ces causes de survenue du syndrome d'épuisement professionnel constituent les causes à vérifier sur le terrain. Il s'agit donc de tester auprès du personnel soignant du CTA afin de confirmer ou d'infirmier des liens de causalité entre ces facteurs retenus et la survenue du problème de notre étude. Pour ce faire, il nous faut formuler l'hypothèse de recherche.

VI-3 Hypothèse de recherche

Nous fonderons notre recherche sur l'hypothèse suivante : la survenue du syndrome d'épuisement professionnel chez les soignants du CTA est influencée par un ensemble de facteurs que sont la charge de travail excessive du soignant, le manque de distance émotive du soignant, le sentiment d'insécurité ressenti par le soignant et la désillusion du soignant.

VI-4 Opérationnalisation des causes

Les causes prioritaires ont été opérationnalisées par les responsables du CTA. Cette opérationnalisation des causes prioritaires se présente comme suit :

VI-4-1 Première cause : La charge de travail excessive du soignant.

La moyenne de consultations par jour considérée comme raisonnablement supportable au CTA est de 10. La raison en est qu'une consultation de PvVIH englobe des soins médicaux et une aide psychologique.

Elle peut durer en moyenne 30 minutes ou au delà et demande une débauche de ressources intellectuelles, de même que des compétences relationnelles. On considère alors qu'un personnel enquêté a une charge de travail excessive lorsque le volume de consultations ou de patients pris en charge excède 15 par jour.

Par ailleurs, sur la base des attributions de personnel, nous avons dressé la liste des activités considérées comme « traditionnelles » conformément à la description des postes. L'enquête nous a ensuite permis d'identifier des activités jugées « supplémentaires⁴⁶ ». Et l'on considère qu'un personnel enquêté ayant au moins une activité supplémentaire à exécuter pendant la période prévue pour l'accomplissement des activités traditionnelles a une surcharge de travail (autrement dit une charge de travail trop élevée ou excessive). En définitive, si au moins un personnel enquêté a une charge de travail excessive, nous jugeons donc que cette hypothèse est confirmée.

VI-4-2 Deuxième cause : Le manque de distance émotionnelle du soignant.

La PEC des PvVIH requiert des soignants certaines dispositions morales et intellectuelles à savoir écoute, discrétion, modestie, disponibilité, patience (41). Ces dispositions ne sont possibles que lorsque au cours de l'acte médical, le soignant utilise comme outil l'empathie⁴⁷. Tout soignant doit faire preuve d'empathie envers les PvVIH, lui permettant de prendre favorablement en charge ses patients. Malheureusement, il arrive que, pour diverses raisons, au lieu de l'empathie, l'identification s'impose au soignant. Or l'identification qui est la forme extrême de l'empathie, respecte au maximum le malade mais devient source de stress trop répété pour le soignant qui ne pourrait plus gérer ses émotions (41). L'évocation par au moins un soignant interviewé d'utiliser l'identification à la PvVIH confirme cette hypothèse.

VI-4-3 Troisième cause : Le sentiment d'insécurité ressenti par le soignant.

Par rapport aux risques de contamination par Accident Exposant au Sang (AES), des mesures de prévention universelles sont recommandées à tous les professionnels pratiquant des actes ou assurant des soins aux PvVIH. Malgré l'adoption et la mise en œuvre de ces mesures, certains professionnels ressentent un sentiment quasi permanent d'insécurité eu égard à un risque de contamination du VIH.

⁴⁵ Les causes retenues sont celles qui ont obtenu un nombre total de points supérieur ou égal à 5.

⁴⁶ Voir annexe 3 : Tableau de répartition du personnel et des activités se rattachant à leurs fonctions respectives.

L'évocation par au moins un soignant interviewé du sentiment d'insécurité confirme cette hypothèse.

VI-4-4 Quatrième cause : La désillusion du soignant.

Devant des patients difficiles et moins gratifiants en terme de réussite médicale, il y a une tendance à moins de satisfaction chez le soignant. On peut, de ce point de vue, envisager le syndrome d'épuisement professionnel comme l'équivalent du syndrome de vocation. En effet, même si la vocation originelle du soignant fait aujourd'hui partie de l'imaginaire, il convient d'indiquer que le rôle du soignant contient en son sein une dimension idéaliste. Aussi en assurant la PEC des PvVIH, le soignant tente de donner le meilleur de lui-même afin de répondre de façon appropriée aux problèmes que lui pose la personne aidée. Il arrive que tout ne se déroule pas comme souhaité parce que face à certaines situations le soignant est impuissant. Il est alors désillusionné. L'évocation par au moins un soignant enquêté de déception chaque fois qu'il est impuissant devant les problèmes posés par une PvVIH confirme cette hypothèse.

Sur la base de cette opérationnalisation, un guide d'entretien a été élaboré en vue de collecter les données permettant de vérifier l'hypothèse de recherche.

VI-5 Résultats de la vérification de l'hypothèse

L'entretien réalisé auprès du personnel soignant du CTA (deux médecins, trois infirmiers diplômés d'état, deux assistants sociaux et deux techniciennes de laboratoire) a permis d'aboutir aux résultats suivants relatifs aux variables testées.

VI-5-1 La cause « charge de travail excessive »

Cette cause a été retrouvée chez huit des neuf soignants interviewés (soit 88%), confirmant ainsi l'hypothèse.

⁴⁷ Etre empathique, c'est comprendre l'autre dans ce qu'il exprime, dans ce qu'il vit sans éprouver pour autant les mêmes émotions que lui, sans être à sa place (41).

VI-5-2 La cause « manque de distance émotive »

Elle a été retrouvée chez six des soignants interviewés (soit 66%), confirmant de ce fait cette hypothèse.

VI-5-3 La cause « sentiment d'insécurité ressenti par le soignant »

Ce sentiment n'a été évoqué par aucun des soignants interviewés ; ce qui nous permet de rejeter cette hypothèse.

VI-5-4 La cause « désillusion du soignant »

Aucun des interviewés n'a déclaré avoir été déçu⁴⁸ suite à un sentiment d'impuissance face à certains problèmes des PvVIH, infirmant ainsi cette autre hypothèse.

Les conclusions de l'enquête menée auprès du personnel soignant du CTA sont celles-ci : "**la charge de travail excessive et le manque de distance émotive** constituent les causes réelles de la survenue du syndrome d'épuisement professionnel". Ce sont, en fait, des facteurs déterminants liés d'une part à certaines conditions de travail, d'autre part à une souffrance morale relative à la relation d'aide et qui sont sources de **stress** chez le soignant. Tout soignant, soumis de façon prolongée à l'action combinée ou non de ces facteurs de stress, est à plus ou moins long terme une personne à risque quant à la survenue chez lui du syndrome d'épuisement professionnel. Car en la matière, les caractéristiques personnelles⁴⁹ ont peu d'influence sur la sensibilité à l'épuisement professionnel (36).

Il apparaît donc opportun, compte tenu du caractère de phénomène existentiel⁵⁰ que revêt le syndrome d'épuisement professionnel, de mettre en place des actions pour en réduire les situations de survenue.

Ce que nous allons aborder dans le chapitre suivant.

⁴⁸ Il s'agit de grande déception pouvant amener le travailleur à avoir envie de quitter sa profession de soignant.

⁴⁹ Les études de la personnalité des soignants atteints d'épuisement professionnel ne mettent pas en évidence des personnalités à risque. Elles permettent seulement de définir des traits psychologiques (robustesse) ou des types de coping (manière de faire face possédant un lieu de contrôle interne) qui semblent protéger certains soignants des effets de stress(36).

⁵⁰ Le syndrome d'épuisement professionnel est une problématique existentielle, d'une part parce que les soignants sont confrontés aux souffrances des êtres qu'ils doivent aidés et d'autre part parce qu'ils souffrent eux-mêmes d'une crise d'identité (5)

VII- IDENTIFICATION ET CHOIX DE LA SOLUTION

VII-1 Identification des solutions possibles

La revue de la littérature (3,7,10,11,27,28,29,30,35) nous permet de répertorier des solutions utilisées dans certains pays pour résoudre le problème de l'épuisement professionnel.

Dans l'étude de Natacha NOEL (30), celle-ci a recommandé comme solution à envisager pour limiter le syndrome d'épuisement professionnel, **une augmentation des effectifs du personnel**. En effet, la pénurie de personnel nuit à la qualité des soins et conduit à un surcroît de travail qui peut entraîner une perte de motivation, donc source d'épuisement. Aussi, en augmentant simplement les effectifs, l'on améliore les conditions de travail et la qualité de soins.

Une étude québécoise (7) a montré que, en vue d'éviter l'épuisement professionnel à son personnel, la direction du Centre Hospitalier des Soins de Longue Durée de la RIVE et de MIRABEL a ramené l'horaire de travail de trois équipes d'un centre d'accueil de une semaine à quatre jours⁵¹. Le projet a démarré en 1998 et a touché la quasi-totalité du personnel : infirmiers, aide-infirmiers, personnel de service alimentaire, des préposés à l'entretien ménager, à la buanderie et à la maintenance : au total 134 personnes. L'ensemble des postes a été revu, les heures redistribuées, les horaires rebâtis et les façons de faire modifiées. **Ce réaménagement des quarts de travail** a eu plusieurs effets bénéfiques, entre autres, celui de décloisonnement des tâches. Le chevauchement des horaires qui a d'abord provoqué du mécontentement, est perçu maintenant comme une façon de favoriser la communication et l'entraide. Il permet un meilleur échange d'informations d'une équipe à l'autre (on se parle au lieu de consulter un rapport). Il allège aussi le travail à certains moments stratégiques (distribution de médicaments) en assurant la présence temporaire de plus de personnel durant 30 à 90 minutes.

⁵¹ L'horaire hebdomadaire de 36 h 15 mn est réduit à 33 h sur quatre jours de 8 h 15 mn.

Après deux ans d'expérimentation, les avantages de la nouvelle organisation du travail sont largement reconnus : meilleure qualité de vie personnelle et au travail, amélioration des soins, plus grande satisfaction des patients, plus grande souplesse de la part du personnel. On a aussi la garantie de l'emploi avec des postes à plein temps.

Selon certains auteurs (10,30), **la formation continue** est, à n'en point douter, une solution à envisager pour éviter l'épuisement professionnel. Ils estiment, en effet, que la formation permet de prendre du recul par rapport à sa pratique quotidienne de soignant, de découvrir de nouvelles manières d'agir auprès des personnes malades, d'acquérir des connaissances spécifiques. Les compétences développées à la suite d'une formation valorisent le soignant. Car, cette acquisition de connaissances permet de prendre de l'assurance, d'être moins démuni face à des situations difficiles. Cette formation concernera l'accompagnement de fin de vie, la relation d'aide ou la gestion de stress.

Yan MUCKLE (29) indique qu'aux Etats Unis, le moyen le plus utilisé pour résoudre le problème de l'épuisement professionnel, c'est le **coaching**, profession née à la fin des années 80. Sorte d'hybride entre le mentor, le fan et l'entraîneur sportif, le coach dispense son aide par téléphone sur la base hebdomadaire et tente ainsi d'aider son client à trouver des solutions aux problèmes professionnels ou personnels qui l'assaillent.

MELMAN Charlotte (27) souligne le rôle important joué par la mise en place d'**un dispositif téléphonique**⁵² dans la prévention du syndrome d'épuisement professionnel. Une équipe de professionnels recueille à travers toute la France les doutes, les peurs, les histoires cliniques personnelles, les témoignages et offre une aide aux soignants. Il apparaît comme un lieu de rapprochement, d'échanges, d'écoute, d'informations validées et d'orientation si nécessaires à l'endroit des soignants des PvVIH.

⁵² Ce réseau téléphonique se dénomme « VIH INFO SOIGNANTS » .

Au Québec, pour pallier le problème de l'épuisement professionnel quatre ministères ont sollicité l'aide d'un organisme communautaire⁵³ qui a mis sur pied un programme destiné uniquement aux personnes qui sont aux prises avec le surmenage ou se sentent près de craquer. Ce programme offre un suivi individuel et l'aide d'un professionnel (psychologue ou travailleur social) qui va jusqu'à négocier avec l'employeur les conditions de retour au travail du personnel (28). Toujours au Québec, devant l'ampleur du problème de l'épuisement professionnel qui était responsable de près de 41% d'absentéisme chez le personnel des écoles, les responsables ont :

- mis sur pied une politique d'accueil des nouveaux venus.
Il s'agit d'un **réseau « d'aidants naturels »** constitué par certains personnels populaires ayant reçu une formation en écoute active ;
- créé **un centre de ressourcement** où les employés peuvent se rendre le soir et s'adonner à l'aquaforme ou à certains sports ;
- embauché **des conférenciers** pour intervenir sur l'épuisement professionnel ;
- organisé à l'intention du personnel **des pièces théâtrales** sur l'épuisement professionnel.

Le nombre d'absences prolongées pour invalidité de nature psychologique est ainsi passé de 68 en 1994-1995 à 17 en 2000 (28).

L'étude de Natacha NOEL (30) montre que la prévention du stress et du syndrome d'épuisement professionnel passe par une bonne communication au sein des équipes. Cette étude rapporte que dans un service de Gériatrie au Canada, la direction a mis en place **un plan de communication** privilégiant les transmissions orales. Elles ont permis de valoriser, de responsabiliser chaque soignant dans sa fonction et d'assurer une meilleure PEC globale des patients. Elles ont aussi contribué à un gain de temps en évitant la déperdition de l'information. Pour compléter les échanges oraux, une planification murale s'est avérée indispensable. De même que les réunions régulières d'équipe étaient planifiées ; réunions qui permettaient d'établir les objectifs et de les réajuster si besoin.

⁵³ Le nom de cet organisme communautaire offrant ce programme d'aide est : « ARBRE »

Par ailleurs, il a été institué dans cette structure **des groupes de paroles** animés par un psychologue. Ces groupes de paroles constituaient un lieu de soutien privilégié. En effet, ils permettaient de réfléchir sur les difficultés rencontrées durant la semaine, de décharger les émotions, les ressentis. Ils ont pu ainsi limiter la charge psychologique résultant de la confrontation à la souffrance et à la mort des malades.

COLOMBAT (11), MOREAU (28) et Yan MUCKLE (29) rapportent que les responsables des ressources humaines dans le secteur tant privé que public dans la plupart des pays du Nord, résolvent le problème de l'épuisement professionnel en mettant sur pied des « **Programmes d'Aide aux Employés (PAE)** ». D'abord apparus dans les entreprises qui ne savaient plus quoi faire de leurs employés en butte avec des problèmes d'alcool, les PAE tentent maintenant de panser les plaies d'âme en fournissant des services d'assistance socio-psychologique confidentielle à l'interne ou en ayant recours à des experts tels que Consultants Shepell⁵⁴. Les résultats auxquels les PAE permettent d'aboutir sont :

1) Pour l'individu :

- une amélioration des relations avec l'entourage familial et social ;
- une augmentation de la créativité et du rendement au travail ;
- un état d'équilibre et de bien-être vécu.

2) Pour les équipes :

- un développement de l'esprit d'équipe ;
- une amélioration du climat de travail ;
- un règlement plus rapide des conflits.

3) Pour les organisations :

- une implantation plus rapide des changements ;
- une réduction de l'absentéisme ;
- une augmentation des profits.

⁵⁴ Consultants Shepell est un groupe offrant des services d'assistance socio-psychologique, et qui est actif dans 1400 entreprises à travers le monde notamment au Canada, aux USA, en Angleterre etc. En 2000, 30% de leur intervention avaient lieu à la suite de restructuration massive qui occasionne beaucoup d'anxiété, d'insécurité responsables d'épuisement professionnel.

A Ottawa au Canada, un cabinet d'experts⁵⁵ a relevé quelques faiblesses aux PAE surtout dans sa mise en œuvre. Pour ces experts, un PAE se réduit à une parole isolée, en dehors du lieu de travail. Aussi, proposent-ils, pour prévenir le syndrome d'épuisement professionnel, **la création d'espaces de paroles** au sein de la structure c'est-à-dire un "lieu de parole dans un lieu de travail". Ces espaces de paroles ont lieu sous forme de rencontres ponctuelles, régulières cycliques ou continues. C'est là où sont envisagés :

- des réunions sur le fonctionnement et l'organisation où tous les problèmes pratiques sont discutés ;
- des réunions de discussion des cas cliniques où les malades suivis sont présentés en présence de toutes les composantes de l'équipe ;
- des groupes de paroles auxquels la participation des personnels est libre et sont animés par un psychothérapeute (psychiatre, psychologue, psychanalyste) si possible extérieur à la structure. Ils permettent au travailleur de relater sa réalité concrète vécue, sa vérité subjective et d'en rechercher un sens au sein du groupe.

C'est d'ailleurs cette solution qui est appliquée selon l'enquête réalisée par Richard BELFER (3) à l'Institut Gustave-Roussy (IGR) et à l'Hôpital Bicêtre, en France. Cette enquête indique, en effet, que pour mieux gérer le stress et lutter contre l'épuisement professionnel des soignants, les responsables de ces deux structures ont mis en place **des groupes de paroles ou de soutien** entre professionnels, mais aussi l'aide de psychothérapeutes.

Le rapport de l'enquête (35) menée au CHU de Bordeaux indique que pour combattre le syndrome d'épuisement professionnel, les responsables de ce centre ont mis en place **un dispositif global de soutien** au personnel : conférences, formations sur la gestion du stress et sur le syndrome d'épuisement professionnel, groupes de paroles, présence de psychiatres dans les équipes de soins, accompagnement actif des jeunes soignants.

⁵⁵ Ce cabinet canadien se dénomme "Consultants Desmarais-Lavalée"

D'autres solutions telles que la mise en place de « **projets de vie** » sont envisagées pour limiter la survenue du syndrome d'épuisement professionnel. Ce type de solution a été appliqué dans un Service Hospitalier de Gériatrie⁵⁶ au Canada sous forme de projet de soins⁵⁷. Ce qui a favorisé le relationnel et valorisé ainsi le soignant et le soigné. En effet, cela a permis l'instauration d'un respect mutuel et l'amélioration de la communication, évitant ainsi les facteurs de stress générateurs du syndrome d'épuisement professionnel (30).

Enfin, une autre solution se trouve être **la recherche personnelle du soignant pour se ressourcer**. Pour l'auteur Natacha NOEL (30) qui l'a préconisée, tout soignant doit pouvoir savoir trouver un équilibre entre sa vie professionnelle et sa vie personnelle. Il doit prendre conscience que se ressourcer, c'est savoir prendre soin de lui. Aussi, il est recommandé selon les goûts du soignant de pratiquer un sport, une activité qui apporte de la détente voire de la relaxation. Cela pourrait être simplement s'entourer d'un réseau d'amis ou chercher le réconfort au sein de sa famille. Toutes ces mesures permettraient de « recharger ses énergies » et éviter par voie de conséquence l'épuisement dû au travail.

Au terme de la revue de la littérature, des solutions⁵⁸ ont donc été identifiées que nous pourrions envisager au niveau institutionnel pour limiter les situations d'épuisement professionnel chez les soignants au CTA.

⁵⁶ Médecine de la vieillesse

⁵⁷ Le « projet de soins » est une sorte de contrat qui s'établit entre le soignant et le soigné où les soins sont négociés et non plus imposés. Ces mesures favorisent l'autonomie du patient, mais aussi celle du soignant qui s'adaptent l'un à l'autre

⁵⁸ Les solutions rapportées sont des solutions identifiées dans les pays du nord. Dans la documentation que nous avons compulsée, il ne nous a pas été possible de trouver des solutions pratiques en Afrique pour lutter contre le burn-out.

Tableau 3 : Matrice des critères

Option	Critères				Total
	Coût de la mise en œuvre	Faisabilité de la mise en œuvre	Soutien des responsables	Temps de la mise en œuvre	
1. Augmentation des effectifs	1	1	5	1	8
2. Formation continue	3	3	3	1	10
3. Réaménagement du planning de travail et mise en place d'espaces de paroles	5	5	5	5	20
4. Dispositif téléphonique d'aide	1	3	5	1	10
5. Sorties Détente	3	5	1	5	14

"Le réaménagement du planning de travail combiné à la mise en place d'espaces de paroles" est la solution retenue de concert avec le personnel du CTA.

VII-2-2 Justification de la solution retenue

Le réaménagement du planning de travail combiné à la mise en place d'espaces de paroles est la solution retenue, car ayant obtenu le plus grand score après la hiérarchisation des solutions.

Cette solution à deux stratégies, se justifie par sa capacité à résoudre le problème du syndrome d'épuisement professionnel chez le soignant. En effet, le réaménagement du planning de travail consistera pour chacun des médecins à ne planifier les consultations des patients que trois jours dans la semaine avec un nombre limite maximal de patients à recevoir par jour. Une permanence sera assurée à tour de rôle par chacun des praticiens, les deux autres jours de la semaine. Et lorsqu'un médecin n'est pas de permanence, il vaque à d'autres occupations professionnelles moins contraignantes (administration, recherche etc.) ou à ses occupations extra-professionnelles. Ce qui permettra aux praticiens d'avoir une charge de travail moins excessive d'une part, de connaître un peu de répit vis-à-vis des contraintes liées au travail d'autre part. Cette disposition se répercutera de facto sur le volume de travail dans toute les unités fonctionnelles⁵⁹. En effet, la consultation constitue une sorte de « passage obligé » à partir duquel l'usager est orienté dans les autres unités soit pour sa dotation en médicaments, soit pour recevoir des soins infirmiers, soit pour bénéficier d'un renforcement en counselling, soit enfin pour subir des analyses de laboratoire etc. Cet axe de la solution a eu pour préalable une légère revue à la hausse de l'effectif du personnel⁶⁰ du CTA. Cela dénote de ce que si l'augmentation de l'effectif du personnel constitue une alternative à la résolution du problème du burn-out, elle n'a de chance d'être efficace que si elle est accompagnée de certaines mesures. C'est en ce sens que le réaménagement du planning du travail se trouve justifié. Quant à la mise en place d'espaces de paroles, elle est la réponse adaptée à la limitation de ce syndrome quelque soit l'origine du facteur de stress en cause.

⁵⁹ Les unités fonctionnelles au CTA sont: la consultation, l'hospitalisation du jour, le service social, le laboratoire, la pharmacie, le service nutritionnel, le prélèvement.

⁶⁰ Depuis Janvier 2003, le personnel du CTA s'est étoffé d'un médecin-nutritionniste, d'un médecin généraliste vacataire et d'une infirmière.

En effet, ces espaces de paroles sont sous la forme de groupes de paroles⁶¹ et de rencontres d'échanges avec des structures externes⁶². Ils permettent aux soignants de réfléchir sur les difficultés rencontrées dans leur pratique de la PEC des PvVIH, de décharger les émotions, les ressentis. Ce n'est pas juste un dévouement, mais un processus continu proposé et qui permet une mise en rapport des vécus subjectifs, découverts et ressentis par ces travailleurs. Aussi, ont-ils pour objectifs de donner l'occasion aux soignants, en parlant de leur expérience, de s'en inspirer et de prendre une certaine distance par rapport aux souffrances de leurs patients en apprenant à analyser leur réaction. Cette deuxième composante de la solution se justifie également par le fait qu'elle converge avec les recommandations⁶³ du CNLS (10) faites à l'endroit des structures comme les Centres de Dépistage Volontaire et Anonyme (CDVA).

Après avoir retenu la solution relative au problème de notre étude, il nous faut la mettre en œuvre. Il convient donc de déterminer les objectifs, les résultats attendus et les activités de notre projet.

⁶¹ Le nombre de participants par groupe de paroles ne doit pas dépasser 10 à 15. Il est important d'y respecter chacun dans sa spécificité (la position hiérarchique de chacun ne devant pas peser sur l'écoute et la parole). La parole de l'autre est respectée et il est indispensable de préciser la confidentialité absolue. Ces groupes de paroles sont animés par un psychologue facilitant l'expression de chacun et le dialogue.

⁶² Il s'agit d'autres structures assurant le dépistage de SIDA et ou assurant la PEC des PvVIH

⁶³ Le CNLS recommande aux Centres de Dépistage Volontaire et Anonyme un accompagnement psychologique de leur personnel : pour prévenir l'épuisement professionnel, des séances de partage d'expériences seront régulièrement organisées entre les membres du personnel. La périodicité sera fonction de la charge de travail et des signes de fatigue du personnel (10)

VIII- PLAN DE MISE EN ŒUVRE DE LA SOLUTION

Dans la planification opérationnelle de la solution retenue, nous nous emploierons à construire le cadre logique⁶⁴ et à établir le plan d'action⁶⁵ de notre projet.

VIII-1 Le cadre logique

Pour la réalisation du "réaménagement du planning de travail et mise en place d'espaces de paroles", ont été déterminés :

- d'une part, les objectifs, les résultats attendus et les activités relatifs ;
- d'autre part, les conditions critiques (CC), les indicateurs objectivement vérifiables (IOV) et les moyens de vérification (MV) correspondants.

La construction du cadre logique s'est faite en plusieurs étapes.

- 1- La première étape a consisté à identifier **l'objectif spécifique (but)** de la solution envisagée qui est de : « réduire de 34% à 10% le taux de syndrome d'épuisement professionnel chez les soignants du CTA du CHU de Fann, de Mars 2003 à Décembre 2003 ».
- 2- La deuxième étape a permis de définir **les résultats (extrants)** permettant d'atteindre cet objectif spécifique. Ce sont :
 - les soignants ont une charge de travail non excessive ;
 - les soignants du CTA sont psychologiquement accompagnés.

⁶⁴ Le cadre logique est un outil de planification efficace s'appuyant sur une démarche systématique et ordonnée pour en arriver à une compréhension claire et une formulation précise d'un projet ou programme. Il permet de clarifier les liens logiques entre les objectifs et sous objectifs du projet ou programme, d'identifier les indicateurs de réalisation de ces objectifs et d'identifier les conditions extérieures qui peuvent influencer l'atteinte des résultats attendus. Il se présente sous forme d'une matrice 4X4 comportant 1) la logique verticale composée du résumé narratif ou logique d'intervention (objectif global, objectif spécifique, résultats et activités) et les conditions critiques 2) la logique horizontale comprenant les indicateurs objectivement vérifiables et les moyens de vérification correspondant à chaque niveau de la logique verticale. (Source : cours du module de gestion des programmes de santé dispensé par M. Abdul Hamid DIOUF enseignant associé au CESAG)

⁶⁵ Le plan d'action est un document dressant la liste de toutes les activités planifiées, leurs dates de début, de fin, les ressources nécessaires ainsi que les personnes responsables à tous les niveaux (Source : cours du module gestion des programmes dispensé par M. Abdul Hamid DIOUF)

3- La troisième étape a défini **les activités (intrants)** nécessaires pour obtenir ces résultats, à savoir :

- la réunion pour prendre la décision de réaménager le planning de travail, l'élaboration de planning de permanence des prestataires, suivie de la mise en exécution de ce planning ;
- l'organisation périodique de séances de groupes de paroles entre soignants du CTA (tous les trois mois) ;
- l'organisation périodique de rencontres d'échanges entre le CTA et des structures externes (tous les quatre mois).

4- L'objectif spécifique, les résultats et les activités formulés permettent, à la quatrième étape, de déterminer **l'objectif global (finalité)** auquel doit contribuer la solution et qui est : « l'amélioration de la qualité de vie professionnelle et personnelle des soignants ».

Après la description de la logique d'intervention du projet, les étapes qui ont suivi ont consisté à déterminer **les conditions critiques (CC)**, les **indicateurs objectivement vérifiables (IOV)** et **les moyens de vérification (MV)** relatifs à chacun des intrants, extrants, objectifs et que nous consignons dans le tableau 4

Tableau 4 : Le cadre logique

Résumé narratif	Indicateurs objectivement vérifiables (IOV)	Moyens de vérification (MV)	Conditions critiques (CC)
<p>Objectif global :</p> <p>Contribuer à l'amélioration de la qualité de vie professionnelle et personnelle des soignants</p>	<p>Satisfaction des soignants</p>	<p>Enquête</p>	<p>Bonne gestion et maîtrise des facteurs de stress extra-professionnels</p>
<p>Objectif spécifique :</p> <p>Réduire de 34% à 10% le taux de syndrome d'épuisement professionnel chez les soignants du CTA de Mars 2003 à Décembre 2003</p>	<p>Le taux de syndrome d'épuisement professionnel chez les soignants</p>	<p>Enquête</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Volonté soutenue des responsables de lutter contre le burn-out syndrom. - Intérêt manifeste et continu des soignants pour les actions mises en place pour lutter contre le burn-out
<p>Résultats :</p> <p>R1 : 100 % des soignants ont une charge de travail non excessive.</p> <p>R2 : 100 % des soignants sont psychologiquement accompagnés</p>	<p>Proportion des soignants ayant une charge de travail non excessive</p> <p>Proportion des soignants psychologiquement accompagnés</p>	<p>Enquête</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rapport d'activités de groupes de paroles et de rencontres - Liste des participants 	<p>Respect strict du planning de travail</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adhésion des soignants - Participation active de personnels des structures externes.

Tableau 4 (suite)

Résumé narratif	Indicateurs objectivement vérifiables (IOV)	Moyens de vérification (MV)	Conditions critiques (CC)
Activités :			
1.1 Organiser une réunion pour décider du réaménagement du planning de travail	Une réunion est organisée	Procès-verbal de réunion	
1.2 Elaborer le planning de permanence des prestataires	Un planning de permanence des prestataires est élaboré	Tour de permanence des prestataires	
1.3 Mettre en exécution le planning réaménagé	Le planning de travail réaménagé est mis en exécution par le personnel	- Liste de rendez-vous des patients - Rapports d'activités	Adhésion du personnel Respect des nouvelles dispositions par les patients
2.1 Organiser périodiquement une séance de groupes de paroles entre soignants du CTA	Une séance de groupes de paroles est organisée tous les trois mois	Rapport de groupes de paroles	- Disponibilité d'un psychologue - Disponibilité d'un local (salle de réunion) - Disponibilité des personnels de structures externes
2.2 Organiser périodiquement une rencontre d'échanges entre le CTA et une structure externe	Une rencontre d'échanges entre le CTA et une structure externe est organisée tous les quatre mois.	Rapport de rencontres	- Consentement des responsables de structures externes

VIII-2 Le plan d'action

Toutes les informations relatives aux activités planifiées dans le cadre du projet (réaménagement du planning de travail et mise en place d'espaces de paroles) sont contenues dans le plan d'action⁶⁶ (tableau 5) suivi du chronogramme de ces activités que présente le tableau 6.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

⁶⁶ Le plan d'action constitue un précieux outil de gestion efficace et efficiente d'un projet.

Tableau 5 :**Plan d'action**

Activités	Date de Début	Date de fin	Ressources humaines	Ressources Matérielles	Personnes responsables	Budget	Sources de financement
1.1 Organiser une réunion pour décider du réaménagement du planning de travail	10 Mars 2003	10 Mars 2003	Membres du staff	Local (salle de réunion)	Médecin-chef	Néant	Néant
1.2 Elaborer le planning de permanence des prestataires	10 Mars 2003	*	Membres Commission médicale	- Salle de réunion - Flip chart - Marqueurs	Responsable Commission Médicale	PM°	PM°
1.3 Mettre en exécution le planning réaménagé	13 Mars 2003	13 Mars 2003	Personnel CTA	Néant	Responsable Commission Médicale	Néant	Néant
2.1 Organiser périodiquement une séance de groupes de paroles entre les soignants du CTA	23 Mai 2003	21 Novembre 2003	- Personnel CTA - Psychologue	Local (salle de réunion)	Responsable Service social	PM°°	PM°°

<p>2.2 Organiser périodiquement une rencontre d'échanges entre le CTA et une structure externe</p>	<p>20 Juin 2003</p>	<p>24 Octobre 2003</p>	<p>- Personnel CTA - Personnel de structures externes</p>	<p>- Local (salle de réunion) - Raftaichissement</p>	<p>Responsable Service social</p>	<p>50 000 F.</p>	<p>CTA</p>
<p>3.Evaluation</p>	<p>30 Juillet 2003</p>	<p>17 Décembre 2003</p>	<p>- Evalueur - Personnel CTA</p>	<p>Photocopies fiches d'évaluation</p>	<p>Médecin-chef Adjoint</p>	<p>PM^{°°°}</p>	<p>PM^{°°°}</p>

* : Activité continue dont la date de fin est indéterminée.

PM° : Matériel disponible

PM^{°°} : Le psychologue animant les groupes de paroles est l'Assistant Technique de l'APEFE à la Direction de la santé, chargé d'appuyer les activités de PEC psychosociale au CTA.

PM^{°°°} : Fiches à photocopier au secrétariat

Tableau 6 : Chronogramme des activités (Diagramme de Gantt)

Activités	ECHEANCIER										
	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre	
Organiser une réunion pour décider du réaménagement du planning travail	x										
Elaborer le planning de permanence des prestataires	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Mettre en exécution le planning réaménagé	x										
Organiser une séance de groupe de paroles - 1 ^{ère} séance - 2 ^{ème} séance - 3 ^{ème} séance			x			x				x	
Organiser une rencontre d'échanges avec une structure externe - 1 ^{ère} rencontre - 2 ^{ème} rencontre				x					x		
Evaluation						x					x

IX- LA MISE EN ŒUVRE DE LA SOLUTION

Face à la réalité préoccupante que constitue le syndrome d'épuisement professionnel au CTA, les responsables de cette entité ont affiché la ferme volonté de lutter contre ce problème : ce qui s'est révélé être une circonstance heureuse pour notre projet. Cette volonté de la part des responsables du CTA s'est traduite par l'introduction du réaménagement du planning de travail. C'est en effet au cours d'une réunion de staff que la décision de procéder au réaménagement du planning de travail a été prise et adoptée. Un tour de permanence⁶⁷ des praticiens a été élaboré par le responsable de la commission médicale et diffusé aux concernés. Cette activité d'élaboration de tour de permanence est répétitive et doit avoir lieu chaque fin de mois. Par ailleurs, la mise en exécution du planning de travail remanié s'est effectuée le 13 Mars 2003. Ainsi, depuis cette date, les consultations ne sont planifiées que les Lundi, Mardi et Jeudi avec, pour chaque praticien, un maximum de 10 patients à recevoir par jour, conformément au respect d'un agenda de rendez-vous. En plus de cela, selon le planning de permanence, chacun des praticiens, à tour de rôle, assure la consultation les Mercredi et Vendredi, de même que les soirs de Mardi et de Jeudi.

Les activités qui devront suivre sont l'organisation de séances de groupes de paroles entre les soignants du CTA et l'organisation de rencontres entre les personnels du CTA et ceux des structures externes ; activités dont les premières séances sont prévues respectivement les 23 Mai et 20 Juin 2003. Ces deux dernières activités sont périodiques et devront se réaliser conformément au chronogramme établi..

⁶⁷ Voir Annexe 4

X- EVALUATION DE LA MISE EN OEUVRE

L'évaluation de la mise en œuvre de notre projet devra porter sur le processus, de même que sur les résultats de la mise en œuvre.

La solution proposée, comporte deux axes qui sont le réaménagement du planning de travail et la mise en place d'espaces de paroles. Ces axes s'appuient sur des activités à mener jusqu'à Décembre 2003, avec pour objectif spécifique de réduire le taux de syndrome d'épuisement de 34% à 10% chez les soignants du CTA.

Deux évaluations sont prévues, l'une en juillet 2003 et l'autre en Décembre 2003. L'évaluation de Juillet se fera au cours d'un atelier organisé à cet effet et portera sur :

- l'état d'exécution du plan d'action du projet (un guide d'évaluation⁶⁸ que nous préconisons sera utilisé) ;
- l'appréciation par le personnel des effets de ce projet sur l'organisation du centre.

Quant à l'évaluation de Décembre, elle a pour but de mesurer le degré d'atteinte de l'objectif spécifique fixé. Une enquête faite d'un questionnaire⁶⁹ avec une grille d'interprétation sera réalisée auprès des personnels du CTA. Le critère d'évaluation est le taux de syndrome d'épuisement professionnel chez les soignants du CTA. La comparaison du taux fourni par les résultats de l'enquête et du taux d'avant projet permettra d'apprécier l'efficacité du projet et de tirer les leçons qui s'imposent.

⁶⁸ Voir annexe 5

⁶⁹ Ce questionnaire est relatif au Test d'épuisement professionnel ou du burn-out (annexe 1). D'autres tests d'évaluation du burn-out existent et pourraient être utilisés.

XI- CONCLUSION

Véritable dysfonctionnement de la relation d'aide à un usager en difficulté sociale, médicale ou socioculturelle, le syndrome d'épuisement professionnel ou "burn-out syndrom" se révèle être un phénomène très souvent occulté et donc mal connu en Afrique en général. Alors même que les avancées en matière de recherches biomédicales et pharmacologiques sont indubitables, le SIDA continue sa progression, appelant à une lutte plus que jamais renforcée. Dans le cadre de cette lutte contre le SIDA, il est fait appel à diverses stratégies dont la PEC des PvVIH. Ce qui indique très clairement l'établissement d'une relation d'aide entre les soignants et les PvVIH. Cependant, toutefois que l'on a souhaité apporter quelques améliorations à ce complexe relationnel, l'on s'est appesanti soit sur l'aidé (à travers toutes les actions mises en place en faveur des PvVIH), soit sur la relation elle-même (à travers les techniques telles que le counselling et autres techniques relatives à la communication tendant à l'améliorer). Très rarement malheureusement, l'on s'est intéressé à l'existence de l'aidant. Or, outre le rôle éminemment important reconnu à la dimension technique du soignant, la capacité de ce dernier à procurer une aide au patient influence fortement l'efficacité de cette aide. En effet, un soignant épuisé n'est pas performant, particulièrement dans sa mission de PEC des PvVIH. C'est ce qui nous a guidé à axer la problématique de notre étude sur le syndrome d'épuisement professionnel chez les soignants des PvVIH du Sénégal en général et du CTA en particulier. Il s'agissait pour nous, d'identifier les déterminants de ce phénomène et de proposer des actions pour en limiter les situations de survenue.

Résultant en général de la conjugaison de plusieurs facteurs de stress individuels, environnementaux et institutionnels, les causes identifiées de ce phénomène sont la charge de travail excessive et le manque de distance émotionnelle des personnels soignants.

Les actions que nous jugeons à même de venir à bout de ce problème au CTA sont le réaménagement du planning de travail et la mise en place d'espaces de paroles.

La mise en œuvre de ce projet est sensée apporter la réponse appropriée car s'attaquant aux causes identifiées. En effet, en procédant à la modification du planning de travail, l'on crée les conditions d'éviter aux soignants la charge de travail excessive et avec elle le lot de stress qu'elle génère. Par ailleurs, les espaces de paroles offrent à ces soignants un cadre d'échanges de leurs expériences en matière de PEC des PvVIH. Ce qui permet à ces derniers de décharger leurs émotions et de limiter leur charge psychologique face aux souffrances morales qu'entraîne la relation d'aide : ils bénéficient ainsi d'un accompagnement, d'un soutien.

Une fois ce dispositif mis en place, son efficacité ne sera appréciée qu'après une évaluation tenant compte des objectifs que ce projet s'est fixé et ce, par l'entremise des indicateurs choisis. Mais, vu le caractère de causes multifactorielles reconnu au syndrome d'épuisement professionnel, il est licite, dans le but d'atteindre une plus grande et durable efficacité, de faire des recommandations aux structures assurant le dépistage et la PEC des PvVIH, aux responsables et personnels du CTA, au CNLS, aux pouvoirs publics et aux bailleurs de fonds du CTA.

XII- RECOMMANDATIONS

XII-1 Aux structures assurant le dépistage du VIH et la PEC des PvVIH

- S'impliquer dans les activités d'échanges et de partage d'expériences entre leurs personnels respectifs.

XII-2 Aux responsables et personnel du CTA de Dakar

- Développer une culture d'organisation dynamique du travail afin d'adapter la gestion des activités aux situations de contrainte.
- Adhérer pleinement aux activités d'accompagnement psychologique organisées à leur endroit.
- Assurer la pérennité des activités d'accompagnement psychologique du personnel par la création d'un comité de coordination et de suivi qui devra élaborer chaque année un plan d'action.
- Accorder au congé annuel toute son importance et partant, prendre effectivement son congé à la période indiquée.
- Renforcer la lutte contre le syndrome d'épuisement professionnel par la recherche pour chaque membre du personnel de ressourcement au niveau individuel.

XII-3 Aux responsables du CNLS

- Réaliser une étude à grande échelle d'évaluation du syndrome d'épuisement professionnel chez les soignants des PvVIH du Sénégal afin de mesurer l'ampleur de ce phénomène.
- Elaborer un programme de formation continue à l'intention des soignants des PvVIH. Les modules de cette formation devraient être relatives à :
 - la gestion du stress, des émotions ;
 - l'épuisement professionnel.
- Appuyer les structures sanitaires de dépistage du VIH et de PEC des PvVIH dans leur dynamique de création d'un cadre de partage d'expériences.
- Créer les conditions de partenariat en matière de recherche de solutions de l'épuisement professionnel entre les structures sénégalaises assurant la PEC des PvVIH et les structures homologues africaines.

XII-4 Aux pouvoirs publics

- Assurer une bonne gestion des ressources humaines par la mise à la disposition du CTA d'un personnel tenant compte de l'accroissement du nombre des PvVIH fréquentant cette structure.
- Multiplier les Centres de Traitement Ambulatoire.

XII-5 Aux bailleurs de fonds du CTA de Dakar

- Mettre à la disposition du CTA les ressources financières prévisionnelles pour l'organisation de sorties de détente périodiques à l'intention du personnel de ce centre.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

BIBLIOGRAPHIE

- 1 Agence européenne pour la santé et la sécurité au travail, Luxembourg : Office des publications officielles des communautés européennes. 2000. ISBN 92-828-9255-7
(<http://agency.osha.eu.int/publications/reports/stress/toc.php>)
- 2 Baal, J.M., Coll-Seck, A.M., D'Almeida, L., Mbengue, A., Sané, O., Seck, M., Sylla, O., Guide de counselling VIH/SIDA., The population council, Bureau Régional pour l'Afrique occidentale et centrale, Décembre 1991.
- 3 Belfer, R., Une infirmière sur quatre est épuisée. Analyse d'une étude préoccupante : la preuve par stress. L'Infirmière Magazine (**en ligne**). Juin 1993, n° 73.
Disponible sur :
(<http://wassil.free.fr/population-concernee.html>)
(consulté le 02/01/2003)
- 4 Bertolote, JM., Fleischmann, A., Le syndrome d'épuisement. GOHNET numéro 2, hiver 2001-2002
- 5 Canoui, P., Approche de la souffrance des soignants par l'analyse du concept de l'épuisement professionnel, le burn-out. Considérations psychologiques et éthiques en réanimation pédiatrique (**en ligne**). Thèse de Doctorat d'université en éthique médicale et santé publique, Université Descartes, paris V, 1996
Disponible sur :
(<http://www.inserm.fr/ethique/Tra.../>)
(consulté le 22/10/2002)
- 6 Canoui, P., Moranges, A., Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants. De l'analyse du burn-out aux réponses. Editions Masson 1998
- 7 Centre Canadien d'Hygiène et de Sécurité au Travail (CCHST), Santé en milieu de travail (**en ligne**). Disponible sur :
(<http://www.cchst.ca/reponsesst/hsprograms/eap.htm>)
(consulté le 21/02/2003)
- 8 CHSLD de la Rive et de Mirabel, Un horaire de quatre jours pour éviter l'épuisement professionnel (**en ligne**).
Disponible sur :
(<http://www.multimania.com/chsld/>)
(consulté le 24/02/2003)
- 9 CNLS, Bulletin épidémiologique HIV/SIDA n°9- Mars 2002, CNLS-FHI-USAID.
- 10 CNLS, les Centres de Dépistage Volontaire et Anonyme : Normes et protocoles-2002, CNLS-FHI.

- 11 Colombat, Ph., une solution institutionnelle (**en ligne**)
Disponible sur :
(<http://antelnet.astamedica.fr/>)
(consulté le 24/02/2003)
- 12 Dejours, C., 1993. Travail, usure mentale. Bayard éditions, Paris (2^{ème} édition).
- 13 Desclaux, A., Des infirmières face au SIDA. Impact de l'épidémie sur les rôles des professionnels dans un service de Pédiatrie du Burkina Faso, in Khartala (éd). Vivre et penser le SIDA en Afrique, pp 541-557, Septembre 2001.
- 14 Donatelle, R.J., Hawkins, M.J., Employee stress claims : Increasing implications for health promotion programs. American Journal of health promotion, 1989, 3 :19-25.
- 15 Duhaime, M., Lepage, N., Quand l'organisation du travail conduit à l'épuisement professionnel. Cahier santé (**en ligne**). Hiver 2000, numéro 8
Disponible sur :
(<http://www.ceq.qc.ca/sante/cahier/hiv00/epuise.htm>)
(consulté le 02/01/2003)
- 16 Estry, B., et col., Stress at work and mental health status among female hospital workers. British Journal of industrial Medicine. 1990. P 20-25.
- 17 Franco, L.M., Newman, J., Murphy, G., Mariani, E., La qualité par la résolution de problèmes et l'amélioration des processus, USAID, 2^{ème} édition.
- 18 Freudenberg, H.J., Staff burnout. Journal of social issues. 1974, 30 :159-165.
- 19 Gounongbé, A., Rapport de l'atelier sur le burnout, texte non publié, Juillet 2002, 4p.
- 20 Hellried, D., et al., Management des organisations, 5^{ème} édition, 1989, ISBN 2-8041-1674-3.
- 21 Infection par le VIH, 1994, MNH/ARCAT-SIDA, 5^{ème} édition, 67-70.
- 22 Jamal, M., Baba, VV., Job stress and burnout among canadian managers and nurses : an empirical examination. Canadian Journal of Public Health, 2000, 91 (6) : 454-458.
- 23 Kortum-Margot, E., Aspects psychosociaux de la vie professionnelle. GOHNET numéro 2, hiver 2001-2002
- 24 Landau, K., Psycho-physical strain and the burnout phenomenon among health care professionals. L'Ergonomie à l'Hôpital. ed. Octares. 1992. 331-337.
- 25 Maslach, C., Golberg, J., Prevention of burnout : New perspectives. Applied Prevention Psychology, 1998, 7 : 63-74.

- 26 Maslach, C., Jackson, SE., Maslach Burn out Inventory, Consulting psychologist press, Palo Alto, 1996.
- 27 Melman, C., VIH Info Soignants, un dispositif téléphonique au service des soignants. Livre des résumés : Communications orales, IVème Conférence Internationale sur la Prise en charge extra hospitalière et communautaire des PvVIH, Décembre 1999, Lisbonne, Portugal, p 61.
- 28 Moreau, C., Notre Programme d'Aide aux Employés (PAE) **(en ligne)**. Disponible sur : <http://www.corpsameesprit.com> (consulté le 24/02/2003)
- 29 Muckle, Y., Des cas d'épuisement professionnel se multiplient : épidémie ou sensiblerie? Des victimes, des médecins, des patrons brisent le silence. **(en ligne)**. Disponible sur : <http://www.apamm.endirect.qc.ca/aidants/sources-epuisement.htm> (consulté le 24/02/2003)
- 30 Noël, N., L'épuisement professionnel en Gérontologie : Peut-on y soigner sans s'épuiser? **(en ligne)**. Mémoire de fin d'études. IFSI TENON, 1999. Disponible sur : <http://www.multimania.com/dupontthierry/TEFE-natacha.htm> (consulté le 24/02/2003)
- 31 OMS, La prévention primaire des troubles mentaux, neurologiques et psychosociaux, chapitre 5 : Syndrome d'épuisement. Genève, 1998. 99-121
- 32 ONUSIDA (2001) : Lutte contre le SIDA: L'expérience sénégalaise. Genève : ONUSIDA, Collection des Meilleures Pratiques.
- 33 ONUSIDA-OMS, Le point sur l'épidémie de SIDA : Décembre 2002.
- 34 PNLs : Plan stratégique 2002-2006, Ministère de la Santé publique et de l'Action Sociale, Sénégal.
- 35 Quancard-Miel, H., Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants. Rapport N° 12 **(en ligne)**. Bordeaux 02-7 Novembre 2000. Disponible sur : <http://www.reseau-chu/A-Article/N12BORDEAUX01.html> (consulté le 08/01/2003)
- 36 Rioux, A., L'épuisement professionnel selon Freudenberg. Psycho-textes **(en ligne)**. Disponible sur : <http://iquebec.ifrance.com/alainriouxpq/burn.htm> <http://www.psicho-ressources.com/bibli/epuisement.html> (consulté le 02/01/2003)

- 37 Rivet, B., et al., Mesure de la prévention de la dépression et de burnout syndrome chez les agents du CHU de Marseille (**en ligne**). Marseille 1994.
Disponible sur :
(<http://psycho-fr.broca.inserm.fr/recherche/Rech/AnGFEP/Profess.html>)
(consulté le 02/01/2003)
- 38 Rodary, C., Gauvain-Piquard, A., et coll., stress et épuisement professionnel, objectifs soins, 1993, 16-26-34.
- 39 Saint-Arnaud, L., et coll., Les symptômes psychologiques en milieu hospitalier. L'Ergonomie à l'Hôpital. ed. Octares. 1992. 338-342.
- 40 Société Canadienne de Pédiatrie, Surmenés, sous-payés et peu appréciés. Gazette SCP (**en ligne**) Mars-Avril 2002.
Disponible sur :
(<http://www.cps.ca/français/publications/gazette/2002/MarsAvril/MedecinDepression.htm>)
(consulté le 02/01/2003)
- 41 Sylla, O., Diouf, G., Sérigne, M.M., Ndiaye-Baye, P., Guide du counselling VIH/SIDA, CNLS, ed 2002.
- 42 Thurin, J-M., Epidémiologie en psychiatrie : répertoire des travaux francophones de 1989 à 1994 (**en ligne**). Paris, 1999.
Disponible sur :
(<http://psycho-fr.broca.inserm.fr/recherche/Rech/AnGFEP/Profess.html>)
(consulté le 02/01/2003)
- 43 Voinson, S., Le burnout, Espoir 54 (**en ligne**). Décembre 2001, Bulletin de Liaison N° 3. Disponible sur :
(<http://espoir54.chez.tiscali.fr/bulletinN3.htm>)
(consulté le 21/02/2003)
- 44 Weller, J.M. (2002). Stress relationnel et distance au public, de la relation de service à la relation d'aide. Sociologie du travail, 44, 75-97.
- 45 Zouzoua, C., Contribution à l'amélioration de la qualité de la pratique du counselling VIH/SIDA par les personnels de santé au Sénégal : Cas du service des maladies infectieuses du CHU de Fann, Mémoire pour l'obtention du diplôme supérieur des services de santé- Mai 2000. 94p

Les annexes

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Annexe 1

QUESTIONNAIRE*

Examinez avec soin les dix derniers mois de votre vie. Avez-vous noté des changements en vous ou dans votre entourage?

Veillez cocher pour chacune des questions la bonne réponse.

1. Vous fatiguez-vous plus facilement ? Etes-vous exténué, sans énergie ?

- a) aucun ou pas de changement
- b) peu de changement
- c) un certain changement (disons « moyennement »)
- d) beaucoup de changement
- e) énormément de changement

2. Les gens vous disent que vous avez l'air fatigué ?

- a) aucun ou pas de changement
- b) peu de changement
- c) un certain changement (disons « moyennement »)
- d) beaucoup de changement
- e) énormément de changement

3. Travaillez-vous de plus en plus alors que votre rendement diminue constamment ?

- a) aucun ou pas de changement
- b) peu de changement
- c) un certain changement (disons « moyennement »)
- d) beaucoup de changement
- e) énormément de changement

4. Avez-vous une attitude plus cynique et désabusé ?

- a) aucun ou pas de changement
- b) peu de changement
- c) un certain changement (disons « moyennement »)
- d) beaucoup de changement
- e) énormément de changement

5. Ressentez-vous souvent une mélancolie (tristesse) que vous ne pouvez expliquer ?

- a) aucun ou pas de changement
- b) peu de changement
- c) un certain changement (disons « moyennement »)
- d) beaucoup de changement
- e) énormément de changement

6. Avez-vous tendance à oublier des rendez-vous ou à perdre des objets ?

- a) aucun ou pas de changement
- b) peu de changement
- c) un certain changement (disons « moyennement »)
- d) beaucoup de changement
- e) énormément de changement

7. Etes-vous plus irritable, plus colérique ou plus déçu face à votre entourage ?

- a) aucun ou pas de changement
- b) peu de changement
- c) un certain changement (disons « moyennement »)
- d) beaucoup de changement
- e) énormément de changement

8. Voyez-vous de moins en moins votre famille et vos amis intimes ?

- a) aucun ou pas de changement
- b) peu de changement
- c) un certain changement (disons « moyennement »)
- d) beaucoup de changement
- e) énormément de changement

9. Etes-vous trop occupé pour vaquer à des occupations régulières telles que lire des rapports, faire des appels téléphoniques ou envoyer des cartes de souhaits ?

- a) aucun ou pas de changement
- b) peu de changement
- c) un certain changement (disons « moyennement »)
- d) beaucoup de changement
- e) énormément de changement

10. Souffrez-vous régulièrement de malaises physiques (courbatures, mal de tête) ?

- a) aucun ou pas de changement
- b) peu de changement
- c) un certain changement (disons « moyennement »)
- d) beaucoup de changement
- e) énormément de changement

11. Vous sentez-vous désorienté lorsque vous avez terminé vos activités de la journée ?

- a) aucun ou pas de changement / /
- b) peu de changement / /
- c) un certain changement (disons « moyennement ») / /
- d) beaucoup de changement / /
- e) énormément de changement / /

12. Avez-vous l'impression que le bonheur vous échappe ?

- a) aucun ou pas de changement / /
- b) peu de changement / /
- c) un certain changement (disons « moyennement ») / /
- d) beaucoup de changement / /
- e) énormément de changement / /

13. Etes-vous capable d'accepter les blagues qu'on fait à votre sujet ?

- a) aucun ou pas de changement / /
- b) peu de changement / /
- c) un certain changement (disons « moyennement ») / /
- d) beaucoup de changement / /
- e) énormément de changement / /

14. Votre vie sexuelle vous demande-t-elle plus d'énergie par rapport à la satisfaction qu'elle vous procure ?

- a) aucun ou pas de changement / /
- b) peu de changement / /
- c) un certain changement (disons « moyennement ») / /
- d) beaucoup de changement / /
- e) énormément de changement / /

15. Découvrez-vous que vous n'avez rien à dire aux autres ?

- a) aucun ou pas de changement / /
- b) peu de changement / /
- c) un certain changement (disons « moyennement ») / /
- d) beaucoup de changement / /
- e) énormément de changement / /

Merci pour avoir bien voulu accepter de répondre à ces questions.

BAREME D'INTERPRETATION

Echelle de notation:

- a) = 1
- b) = 2
- c) = 3
- d) = 4
- e) = 5

Interprétation

- De 0 à 25points : aucun problème (tout va bien).
- De 26 à 35 points : vous devriez faire attention à certains aspects de votre vie.
- De 36 à 50 points : vous êtes candidat au burn-out.
- De 51 à 65 points : vous êtes en train de brûler.
- De 66 points et plus : vous avez atteint un point critique ; votre santé physique et psychologique est menacée.

* : Ce questionnaire est **le test d'épuisement professionnel** adapté de :
Freudenberger, H.J. ; la brûlure interne, inédit, 1980, pp. 33-34. Traduction par
EdiCompo Inc., 1982.

Disponible sur :

[\(http://bcandide.tripod.com/testburnout.html\)](http://bcandide.tripod.com/testburnout.html)

[\(http://bcandide.tripod.com/intromental.html\)](http://bcandide.tripod.com/intromental.html)

Annexe 2

GUIDE D'ENTRETIEN

Références de l'enquêté

1- Sexe : Masculin /---/ Féminin/---/

2- Age : Moins de 30 ans/---/
30- 39 ans/---/
40- 49 ans/---/
Plus de 50 ans /---/

3- Situation matrimoniale¹

C M D V UL
/---/ /---/ /---/ /---/ /---/

4- Diplôme :-----

5- Structure sanitaire actuelle : -----

Informations sur la profession

5- Quelle est votre qualification professionnelle ?

Médecin /---/ Infirmier (ière) /---/ Assistant (e) social (e) /---/
Technicien (ne) labo /---/ Autre (Précisez) /---/-----

6- Depuis combien d'années exercez-vous cette profession ?

Moins de 4 ans /---/
5 à 9 ans /---/
10 à 14 ans /---/
15 à 19 ans /---/
20 à 29 ans /---/
30 ans et plus./---/

7- Quel est votre emploi actuel ?

8-Depuis quand êtes-vous en service au CTA ?

1998 1999 2000 2001 2002
/---/ /---/ /---/ /---/ /---/

¹ C : célibataire ; M : marié(e) ; D : divorcé(e) ; V : veuf(ve) ; UL : union libre

9- Dans quelle structure sanitaire étiez-vous avant votre arrivée au CTA ?

Informations sur les conditions et l'environnement de travail

10- Avez-vous bénéficié de formation depuis que vous travaillez ?

Oui /---/

Non /---/

11- Si oui, depuis combien de temps remonte votre dernière formation ?

Moins de 1 an /---/

1 à 2 ans /---/

Plus de 2 ans /---/

12- Le matériel dont vous disposez pour travailler vous satisfait-il ?

Oui /---/

Non /---/

13- Si non, comment qualifiez-vous ce matériel ?

Inadapté

/---/

Insuffisant

/---/

Autre (précisez)

/---/ -----

14- Quel est le nombre d'heures de prise en charge directe des patients par vous en une journée de travail ? -----

15- Combien de patients recevez-vous en moyenne en une journée de travail ?

16- Qualifiez-vous certaines de vos tâches quotidiennes de supplémentaires ?

Oui /---/

Non /---/

17- Considérez-vous que votre charge de travail est énorme ?

Oui /---/

Non /---/

Que suggérez-vous par rapport à cette charge de travail ?-----

18- Disposez-vous de moment de répit dans une journée de travail ?

Oui /---/

Non /---/

Si oui, de combien de temps environ ?-----

19- Pensez-vous être reconnu pour la qualité de votre travail ?

Par les patients :	Oui /---/	Non /---/	Aucune idée /---/
Par vos collègues :	Oui /---/	Non /---/	Aucune idée /---/
Par vos supérieurs :	Oui /---/	Non /---/	Aucune idée /---/

20- Vous arrive-t-il de ne pas réussir à donner satisfaction par rapport à des problèmes vécus par vos patients ? Oui /---/ Non /---/

Si oui, vous sentez-vous dans ce cas impuissant au point d'être très déçu ?
Oui /---/ Non /---/

21- Avez-vous l'impression que les patients sont satisfaits de votre travail ?
Toujours /---/ Parfois /---/ Jamais /---/

Si oui, le manifestent-ils ?
Toujours /---/ Parfois /---/ Jamais /---/

22- Vous arrive-t-il de voir en certains patients des personnages de votre entourage privé ?
La plupart du temps /---/ Quelquefois /---/ Jamais /---/

23- Les problèmes vécus par vos patients affectent-ils votre vie à vous au point de ressentir des émotions ? Oui /---/ Non /---/

Si oui, y a-t-il un rapport avec le fait que ce soit des PvVIH ?
Oui /---/ Non /---/

24- La situation aurait-elle été différente s' il s'agissait d'un autre type de patient ?
Oui /---/ Non /---/

Si oui, pourquoi ?-----

25- Vous arrive-t-il de ne plus supporter les patients ?
Oui /---/ Non /---/

Si oui, quelles sont les raisons ?-----

26- Connaissez-vous les facteurs favorisant une contamination suite à un Accident Exposant au Sang (AES) ? Oui /---/ Non /---/

27- Citez les mesures de prévention universelles en cas d'AES que vous connaissez :-----

28- Ressentez-vous un sentiment d'insécurité (par crainte de contamination) par rapport à l'environnement du CTA ?

Toujours /---/ Parfois /---/ Jamais /---/

29- Comment trouvez-vous les rapports entre les membres du personnel du CTA ? Bons /---/ Mauvais /---/

30- Bénéficiez-vous du soutien de vos collègues ? Oui /---/ Non /---/

31- Etes-vous associé aux prises de décision dans le service ? Oui /---/ Non /---/

32- L'organisation actuelle du CTA vous gêne-t-elle dans l'accomplissement de votre travail ? Oui /---/ Non /---/

Si oui, quelle suggestion pourriez-vous faire pour l'améliorer ?-----

33-Vous est-il arrivé de penser à quitter votre emploi actuel ? Oui /---/ Non /---/

Si oui, qu'est-ce qui pourrait vous faire changer d'avis ?

Si non, qu'est-ce qui vous motiverait d'avantage à poursuivre le travail au CTA ?

34- Faites-nous des suggestions² qui pourraient contribuer à améliorer globalement vos conditions de travail -----

² Suggestions sur des questions que nous n'aurions pas abordées

Annexe 3

Tableau 7 : Répartition des personnels et de leur fonction

Personnel	Fonction
Médecin-coordonnateur	<ul style="list-style-type: none"> - Coordination des activités - Administration - Relations extérieures - Consultations* - Encadrement des étudiants* - Recherche
Médecin	<ul style="list-style-type: none"> - Aide à l'administration* - Consultation - Encadrement des étudiants* - Recherche - Sensibilisation de masse* - Participation au comité de sélection accès ARV
Infirmiers	<ul style="list-style-type: none"> - Exécution des soins - Gestion des stocks de médicaments - Distribution de médicaments - Prélèvement sanguin pour examen de laboratoire - Visites intrahospitalières*
Assistants sociaux	<ul style="list-style-type: none"> - Coordination des activités sociales - Suivi psychologique des PVVIH - Visites à domicile des PVVIH - Prise de rendez-vous de spécialité*
Assistante médicale	<ul style="list-style-type: none"> - Assistance au médecin - Accueil et vente de tickets de consultation - Archivage - Système d'information de gestion
Technicienne de laboratoire	<ul style="list-style-type: none"> - Activités techniques de laboratoire - Liaison avec les laboratoires externes
Secrétaire	Secrétariat
Gardiens	Sécurité
Planton- coursier	Courses
Agents d'entretien	Entretien et propreté des locaux

*** : Fonction dont les activités sont considérées comme supplémentaires**

Annexe 4

PLANNING DE TRAVAIL REAMENAGE

Jours	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Horaires (8 heures à 18 heures)					
Matin	-Réunion de staff - Consultation*	Consultation*	Permanence***	Consultation*	Permanence***
Soir	**	Permanence***	Permanence***	Permanence***	Permanence***

- * : Les patients ne sont reçus que sur rendez-vous ; chaque médecin ne recevant au maximum que 10 patients par matinée de consultation
- ** : Le soir de Lundi est prévu pour la poursuite des consultations matinales qui débutent après 10 heures 30 (en raison du staff).
- *** : La permanence est assurée par un médecin selon un calendrier de permanence.

**Centre de Traitement Ambulatoire
OPALS SENEGAL
CHU de Fann**

PLANNING PERMANENCE CONSULTATION (Médecins) AVRIL 2003

Jours	1	2	3	7	8	9	10	11	14	15	16	17	18	21	22	23	24	25	28	29	30	
Lundi																						
Mardi*	S a n o n				M a r t i n					S e n g h o r					S a n o n					M a r t i n		
Mercredi**		M a r t i n				S e n g h o r					S a n o n					M a r t i n					S e n g h o r	
Jeudi*			S e n g h o r				S a n o n					M a r t i n					S e n g h o r					
Vendredi**								M a r t i n					S e n g h o r					S a n o n				

* Les Mardi et Jeudi, la permanence débute après la consultation journalière.

** Les Mercredi et Vendredi, la permanence est assurée aux heures ouvrables.

Annexe 5

Tableau 8 : Guide d'évaluation

Activités	Résultats attendus	Résultats obtenus	Moyens de vérification
Organiser une réunion pour décider du réaménagement du planning travail	Une réunion est organisée		Procès-verbal de réunion
Elaborer le planning de permanence des prestataires	Un planning de permanence des prestataires est élaboré		Tour de permanence des prestataires
Mettre en exécution le planning réaménagé	Le planning de travail réaménagé est mis en exécution par le personnel		- Liste de rendez-vous des patients. - Rapports d'activités
Organiser périodiquement une séance de groupes de paroles entre soignants du CTA	Une séance de groupes de paroles est organisée		Rapport de groupes de paroles
Organiser périodiquement une rencontre d'échanges entre le CTA et une structure externe	Une rencontre d'échanges entre le CTA et une structure externe est organisée		Rapport de rencontre

PRISE EN CHARGE DES PVIH AU CTA/OPALS- CHU FANN

Identification

N° Identification..... âge..... sexe.....

Date de l'examen..... profession.....

Examen clinique initial

Données Anthropométriques

Poids..... Taille.....

BMI..... Karnosky.....

Antécédents

1. Personnels

Situation matrimoniale

- Marié Polygamie : si oui nombre d'épouses
- Célibataire veuf divorcé
- Nombre d'enfants..... âge des enfants : 0-4 ans..... 5-10ans..... >10 ans.....

Antécédents de voyage oui non

Afrique Europe USA Asie préciser.....

Risque VIH

- Mullipartenariat-hétérosex oui non Homosexualité oui non
- Transfusion sanguine oui non Toxicomanie IV oui non
- Partenaire VIH+ oui non Prostitution oui non
- Mère VIH+ oui non non précisé
- Autre oui non préciser.....

2. Médicaux

Antécédents MST Oui Non Si oui préciser

• Ecoulement Ulcération Condylome Non précisé

Antécédents principales affections opportunistes Oui Non

• Tuberculose pulmonaire Tuberculose extrapulmonaire

• Zona Candidose buccale Candidose oesophagienne

• Prurigo Dermite séborrhéique Kaposi cutané Herpès

• Autres Si oui préciser.....

Examen Physique

Pouls..... Température..... Tension Artérielle..... EG..... muqueuses.....

Signes respiratoires Oui Non

Toux chronique durée.....

Expectoration Hémoptysie Dyspnée Autres préciser.....

Signes digestifs Oui Non

Candidose Buccale candidose oesophagienne Leucoplasie Chevelue

Diarrhée Hépatomégalie Splénomégalie Autres

Préciser.....

Dermatologiques Oui Non

Herpès Prurigo Kaposi cutané Zona

Dermite séborrhéique

Autres préciser.....

Neurologiques oui non

Neuropathies périphériques Toxoplasmose cérébrale CMV

Autres préciser.....

Spléno-ganglionnaire

Adénopathies oui non préciser le siège.....

Splénomégalie oui non

Autres affections Oui Non

Préciser.....
.....

Stade Profil

En résumé.....
.....
.....

CAT.....
.....
.....

Traitement : Oui Non

Préciser.....

Prophylaxie.....

Observations.....
.....
.....

CESAG - BIBLIOTHEQUE

T A R I F¹

• Consultation	1 000 F
• Hospitalisation	2 000 F
• Dépistage	3 000 F
• Biochimie	3 000 F
• NFS-VS-Plaquettes	2 500 F