



UNIVERSITE CADI AYYAD
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
MARRAKECH

ANNEE 2008

THESE N° 52

BURNOUT CHEZ LES INFIRMIERS DE OUARZAZATE

THESE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE .../.../2008

PAR

Mme. **Mahjouba BOUTE**

Née le 15/08/1981 à Agdez

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

MOTS CLES

BURNOUT – EPUISEMENT PROFESSIONNEL
INFIRMIERS – MBI – OUARZAZATE

JURY

Mr. M. HARIF
Professeur d'Hématologie

Mme. I. TAZI
Professeur de Psychiatrie

Mr. S. AIT BEN ALI
Professeur de Neurochirurgie

Mme. S. EL HASSANI
Professeur de Rhumatologie

Mme. K. KRATTI
Professeur de Gastro-Entérologie

Mr. M. LATIFI
Professeur agrégé de Traumatologie

PRESIDENT

RAPPORTEUR

JUGES

**UNIVERSITE CADI AYYAD
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
MARRAKECH**

DOYEN HONORAIRE : Pr. MEHADJI Badie-azzamann
VICE DOYENS HONORAIRES : Pr. FEDOUACH Sabah
: Pr. AIT BEN ALI Said
: Pr. BOURAS Najib

ADMINISTRATION

DOYEN : Pr. Abdelhaq ALAOUI YAZIDI
VICE DOYEN A LA RECHERCHE ET : Pr. Ahmed OUSEHAL
COOPERATION : Pr. Abdelmounaim ABOUSSAD
VICE DOYEN AUX AFFAIRES
PEDAGOGIQUES

PROFESSEURS D'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR

Pr. ABBASSI	Hassan	Gynécologie-Obstétrique
Pr. ABOUSSAD	Abdelmounaim	Pédiatrie
Pr. AIT BEN ALI	Said	Neurochirurgie
Pr. ALAOUI YAZIDI	Abdelhaq	Pneumo-phtisiologie
Pr. BELAABIDIA	Badia	Anatomie-Pathologique
Pr. BOUSKRAOUI	Mohamed	Pédiatrie
Pr. EL HASSANI	Selma	Rhumatologie
Pr. EL IDRISSE DAFALI	My abdelhamid	Chirurgie Générale
Pr. ESSADKI	Omar	Radiologie
Pr. FIKRI	Tarik	Traumatologie
Pr. KISSANI	Najib	Neurologie
Pr. KRATI	Khadija	Gastro-Entérologie

Burnout chez les infirmiers de Ouarzazate

Pr. OUSEHAL	Ahmed	Radiologie
Pr. RAJI	Abdelaziz	Oto-Rhino-Laryngologie
Pr. SBIHI	Mohamed	Pédiatrie
Pr. SOUMMANI	Abderraouf	Gynécologie-Obstétrique
Pr. TAZI	Imane	Psychiatrie

PROFESSEURS AGREGES

Pr. ABOULFALAH	Abderrahim	Gynécologie – Obstétrique
Pr. AMAL	Said	Dermatologie
Pr. AIT SAB	Imane	Pédiatrie
Pr. ASRI	Fatima	Psychiatrie
Pr. ASMOUKI	Hamid	Gynécologie – Obstétrique
Pr. BEN ELKHAIAH	Ridouan	Chirurgie – Générale
Pr. BOUMZEBRA	Drissi	Chirurgie Cardiovasculaire
Pr. CHABAA	Leila	Biochimie
Pr. ESSAADOUNI	Lamiaa	Médecine Interne
Pr. FINECH	Benasser	Chirurgie – Générale
Pr. GHANNANE	Houssine	Neurochirurgie
Pr. GUENNOUN	Nezha	Gastro – Entérologie
Pr. LATIFI	Mohamed	Traumato – Orthopédie
Pr. LOUZI	Abdelouahed	Chirurgie générale
Pr. MAHMAL	Lahoucine	Hématologie clinique
Pr. MANSOURI	Nadia	Chirurgie maxillo-faciale Et stomatologie
Pr. MOUDOUNI	Said mohamed	Urologie
Pr. MOUTAOUAKIL	Abdeljalil	Ophtalmologie
Pr. SAMKAOUI	Mohamed	Anesthésie-Réanimation
Pr. SARF	Ismail	Urologie
Pr. YOUNOUS	Said	Anesthésie-Réanimation
Pr. AKHDARI	Nadia	Dermatologie
Pr. TAHRI JOUTEH HASSANI	Ali	Radiothérapie
Pr. SAIDI	Halim	Traumato - Orthopédie
Pr. NAJEB	Youssef	Traumato - Orthopédie

PROFESSEURS ASSISTANTS

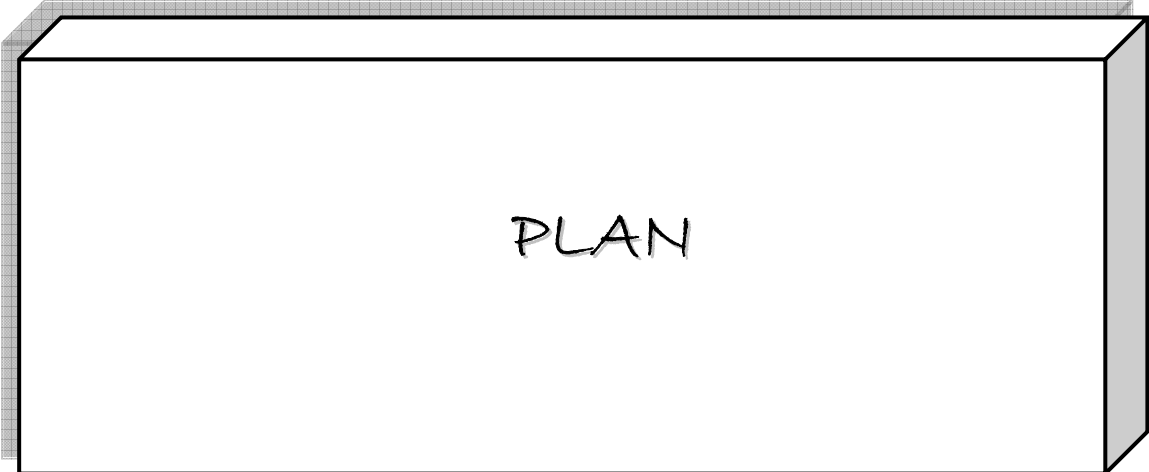
Pr. ADERDOUR	Lahcen	Oto-Rhino-Laryngologie
Pr. ADMOU	Brahim	Immunologie
Pr. AMINE	Mohamed	Epidémiologie - Clinique
Pr. ATTAR	Hicham	Anatomie - Pathologique
Pr. BAHA ALI	Tarik	Ophtalmologie
Pr. BOURROUS	Monir	Pédiatrie
Pr. CHERIF IDRISSE EL GANOUNI	Najat	Radiologie
Pr. DAHAMI	Zakaria	Urologie
Pr. DIOURI AYAD	Afaf	Endocrinologie et maladies métaboliques
Pr. EL ADIB	Ahmed rhassane	Anesthésie-Réanimation
Pr. EL FEZZAZI	Redouane	Chirurgie - Pédiatrique
Pr. EL HATTAOUI	Mustapha	Cardiologie
Pr. EL HOUDZI	Jamila	Pédiatrie
Pr. ETTALBI	Saloua	Chirurgie - Réparatrice
Pr. HERRAG	Mohamed	Pneumo-Phtisiologie
Pr. KHALLOUKI	Mohammed	Anesthésie-Réanimation
Pr. LAOUAD	Inas	Néphrologie
Pr. LMEJJATTI	Mohamed	Neurochirurgie
Pr. MAHMAL	Aziz	Pneumo - Phtisiologie
Pr. MANOUDI	Fatiha	Psychiatrie
Pr. NEJMI	Hicham	Anesthésie - Réanimation
Pr. OULAD SAIAD	Mohamed	Chirurgie - Pédiatrique
Pr. TASSI	Nora	Maladies - Infectieuses
Pr. ZOUGARI	Leila	Parasitologie –Mycologie



ABREVIATIONS

LISTE DES ABREVIATIONS

AP	: Accomplissement personnel
ASB	: Adjoint de santé breveté
ATD	: Antidépresseurs
AXL	: Anxiolytiques
CHP	: Centre hospitalier provincial
CHU	: Centre hospitalier universitaire
DP	: Dépersonnalisation
EE	: Epuisement émotionnel
IA	: Infirmier auxiliaire
IB	: Infirmier breveté
IDE	: Infirmier diplômé d'état
MBI	: Maslach Burnout Inventory



INTRODUCTION	01
MATERIEL ET METHODES	04
I. <u>Matériel de l'étude</u>	<u>05</u>
1. Type de l'étude	05
2. Population de l'étude.....	05
3. La taille de l'échantillon.....	05
4. Le questionnaire.....	06
5. Déroulement de l'enquête.....	09
II. <u>Méthodes statistiques</u>	<u>10</u>
RESULTATS	11
<u>I- Taux de réponse</u>	<u>12</u>
<u>II- Caractéristiques sociodémographiques des infirmiers</u>	<u>12</u>
<u>III/ Caractéristiques liées a la profession:</u>	<u>15</u>
<u>IV/Consommation de toxiques et automédication:</u>	<u>20</u>
<u>V/Habitudes de vie</u>	<u>21</u>
<u>VI- Résultats du maslach burnout inventory chez les infirmiers</u>	<u>22</u>
<u>VIII- Analyse bivariant</u>	<u>24</u>
DISCUSSION	46
I. <u>Généralités</u>	<u>47</u>
II. <u>Etude du burnout</u>	<u>63</u>
1. Comparaison de la prévalence du burnout chez les infirmiers de Ouarzazate avec celle d'infirmiers d'autres pays.....	63

2. Comparaison de la prévalence du burnout chez les infirmiers avec celle des enseignants, médecins résidants, médecins internes et étudiants du CHU Med.VI de Marrakech.....	68
3. Comparaison de la prévalence du burnout chez les infirmiers avec celle des médecins généralistes français.....	69
4. Comparaison de la prévalence du burnout chez les infirmiers avec celle des autres professions.....	72
III. <u>Les facteurs influençants la survenue du burnout</u>.....	<u>73</u>
IV. <u>Les limites de notre étude</u>.....	<u>79</u>
CONCLUSION.....	80
ANNEXES.....	82
RESUMES	
BIBLIOGRAPHIE	



INTRODUCTION

En 1970, Herbert Freudenberger, psychiatre anglais, introduit la notion de burnout, ou syndrome d'épuisement professionnel, en rapportant les difficultés rencontrées dans de nouvelles structures de prise en charge : les *free clinics*, où les intervenants en toxicomanie doivent montrer une extrême disponibilité, entraînant une pression plus grande.(1)

Le burnout professionnel toucherait plutôt des "individus-fusées" hyperactifs voire hypermaniaques, si rigoureux pour eux-mêmes et exigeants dans leur obligation de résultats qu'ils épuiserait leur énergie jusqu'à exploser ("craquer") telles des machines.(2)

Le burnout se définit par trois dimensions, évoluant successivement :

- **l'épuisement émotionnel (EE)** ou fatigue psychologique, avec une sensation d'abattement qui rend irritable et dont les conséquences physiques sont des troubles somatiques non spécifiques. L'épuisement émotionnel est peu ou pas amélioré par le repos.

- **la déshumanisation ou dépersonnalisation de la relation (DP)** ou perte d'intérêt vis-à-vis des bénéficiaires du service (patient, client...), considérés comme des objets impersonnels et non plus comme des individus ; cette sécheresse relationnelle est le noyau dur du syndrome.

- **la diminution de l'accomplissement personnel (AP)**, vécue comme un sentiment d'échec professionnel (1,3).

Il s'agit d'une maladie spécifique pouvant survenir chez un sujet sain : *la maladie de la relation d'aide*. Ainsi, le burnout peut toucher toutes les professions dites de « contact », en particuliers les professionnels de santé (médecins et infirmiers...), les enseignants, les agents de police.... Le burnout touchera environ 15% toutes professions confondues (4,5,6,7).

De nombreuses études épidémiologiques faites chez les infirmiers montrent des résultats convergents : l'épuisement professionnel atteint environ 25% des infirmiers d'hôpitaux généraux tous services confondus. Le stress professionnel apparaît donc important chez les infirmiers et on parle de plus en plus de burnout dans la profession.

Au Maroc, à notre connaissance et à la limite de notre analyse de la littérature, nous n'avons pas trouvé d'études sur le burnout chez les infirmiers, pour ce, nous avons mené une enquête auprès des infirmiers de Ouarzazate compte tenue de notre vécu lors de notre stage de septième année, cette expérience nous a permis de constater l'ampleur du stress professionnel

chez cette population, ce qui nous a inciter à approcher ce phénomène complexe afin d'en faire un état des lieux.

L'objectif de notre travail était d' :

- Evaluer l'existence et l'intensité du burnout chez les infirmiers travaillants à Ouarzazate.
- Détecter les facteurs influençants la survenue de ce syndrome.



MATÉRIEL & MÉTHODES

I-MATERIEL D'ETUDE :

1-Type d'étude :

Il s'agit d'une enquête épidémiologique transversale

2- Population de l'étude :

Notre enquête a concerné les 130 infirmiers(ères) travaillant dans les trois formations sanitaires publiques de OUARZAZATE :

- Le centre hospitalier provincial SIDI HSAYEN BENNACER contenant les services suivants :
 - les services médicaux : pédiatrie, médecine, réanimation, psychiatrie
 - les services chirurgicaux : formés de deux services de chirurgie, un pour les femmes et l'autre pour les hommes (hospitalisation des patients de chirurgie générale, urologie, traumatologie et neurochirurgie), un service de chirurgie pédiatrique et le bloc opératoire.
 - le service de gynéco-obstétrique
 - le service des urgences
- L'hôpital BOUGAFER des spécialités annexé au CHP contenant les services suivants : ophtalmologie, oto-rhino-laryngologie et pneumo-phtisiologie.
- La circonscription sanitaire formée de quatre centres de santé :
 - les centres de santé urbains : SIDI DAOUD, DOUAR CHEMS et TASSOUMAAT
 - un centre de santé rurale de TARMIGT

3-La taille de l'échantillon :

Pour calculer la taille de l'échantillon, il fallait tenir compte de la prévalence du burnout dans la littérature (25%) et de la précision souhaitée (5%). La taille est obtenue par la formule suivante: $N = P (1 - P) (Z_{\alpha} / D)^2$

N : taille de l'échantillon.

P : prévalence de la consommation toxique selon la littérature.

Zx : degré de confiance.

D : écart d'imprécision.

Ainsi la taille de l'échantillon minimale était estimée à 85 participants.

Afin de maximiser la puissance statistique de l'étude, nous avons mené notre enquête auprès de 130 infirmiers.

4-Le questionnaire : (voir annexes)

Un questionnaire élaboré par le service universitaire psychiatrique (C.H.U. Med VI) a été distribué aux infirmiers(es) constituant notre échantillon. C'est un questionnaire anonyme subdivisé en deux parties :

- La première partie correspond aux caractéristiques de l'échantillon global :
 - caractéristiques sociodémographiques.
 - caractéristiques liées à la profession.
 - consommation de toxiques et automédication.
 - habitudes de vie.
- La deuxième partie correspond au Maslach Burnout Inventory (MBI)

Le MBI a été créé et validé en 1986 par deux chercheurs américains, Christina Maslach et Susan Jackson. Ils nous livrent 22 caractéristiques regroupées en 3 catégories :

- L'épuisement émotionnel.
- La dépersonnalisation ou la déshumanisation.
- L'accomplissement personnel.

Chacune de ces catégories étudie une des composantes du burnout, le MBI est devenu l'instrument de mesure privilégié du burnout grâce à son maniement aisé et aux études qui ont confirmé sa validité. (8, 9, 10, 11).

Le test a été traduit en Français et largement utilisé. On peut le considérer comme le questionnaire de référence pour l'étude du burnout. Les tableaux ci-dessous présentent le M.B.I. avec ses 22 items. Ils sont regroupés en 3 catégories.

Au niveau de l'échelle du M.B.I., quand il est utilisé, les items sont posés de façons aléatoires. Pour plus de clarté, nous allons les classer selon les trois dimensions du burnout au sein des trois tableaux suivants.

Tableau n° I: Les Items du M.B.I. Qui concernent l'épuisement émotionnel :

Epuisement émotionnel	
1	Je me sens émotionnellement vidé(e) à cause de mon travail
2	Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail
3	je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail
6	travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort
8	je sens que je craque à cause de mon travail
13	Je me sens frustré(e) par mon travail
14	je sens que je travaille « trop dur » dans mon travail
16	travailler en contact direct avec les gens me stresse trop
20	je me sens au bout de rouleau

Tableau n° II : Les Items du M.B.I. Qui concernent la dépersonnalisation

Dépersonnalisation	
5	je sens que je m'occupe de certains malades de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets
10	je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail
11	je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement
15	je ne me soucis pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes malades
22	j'ai l'impression que mes malades me rendent responsable de certains de leurs problèmes

Tableau n° III : Les Items du M.B.I. Qui concernent l'accomplissement personnel

Accomplissement personnel	
4	je peux comprendre facilement ce que mes malades ressentent
7	je m'occupe très efficacement des problèmes de mes malades
9	J'ai l'impression à travers mon travail, d'avoir une influence positive sur les gens
12	Je me sens plein(e) d'énergie
17	J'ai de la facilité à créer une atmosphère détendue
18	je me sens ragaillard(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche des mes malades
19	J'ai atteint beaucoup d'objectifs valorisants dans mon travail
21	dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement

A chaque question, il est demandé de répondre en fonction de la fréquence de la survenue de l'item proposé, selon les critères du tableau suivant :

Tableau n° IV: les Options de réponses au M.B.I.

Jamais.	0
Quelque fois par an.	1
Une fois par mois.	2
Plusieurs fois par mois.	3
Une fois par semaine.	4
Plusieurs fois par semaine.	5
Tous les jours.	6

Enfin pour obtenir le score de burnout, on additionne les notes des réponses aux questions de chacune des composantes. L'interprétation se fait selon le tableau suivant. (8)

Tableau V : Classification des 3 composantes du M.B.I.

	Faible	Moyen	Elevé
Epuisement émotionnel	0 à 17	18 à 29	Sup. à 30
Dépersonnalisation	Inf. à 5	6 à 11	Sup. à 12
Accomplissement personnel	Sup. à 40	34 à 39	Inf. à 33

Un score élevé pour l'épuisement émotionnel et la déshumanisation correspond à un burnout élevé.

Pour l'accomplissement personnel, un score **bas** correspond à un burnout élevé.

4-Déroulement de l'enquête :

Notre étude s'est déroulée entre le 10 et le 28 Mars 2008.

Le questionnaire a été distribué aux infirmiers(es) au niveau des différents services ; après prise de contact avec le médecin-chef ainsi que le major du service concerné en présentant l'objectif de notre étude, une rencontre a eu lieu avec les infirmiers(es) présents dans le but de leur expliquer l'objectif et l'intérêt de notre étude ainsi que les aspects éthiques notamment la volontariat et l'anonymat de cette enquête.

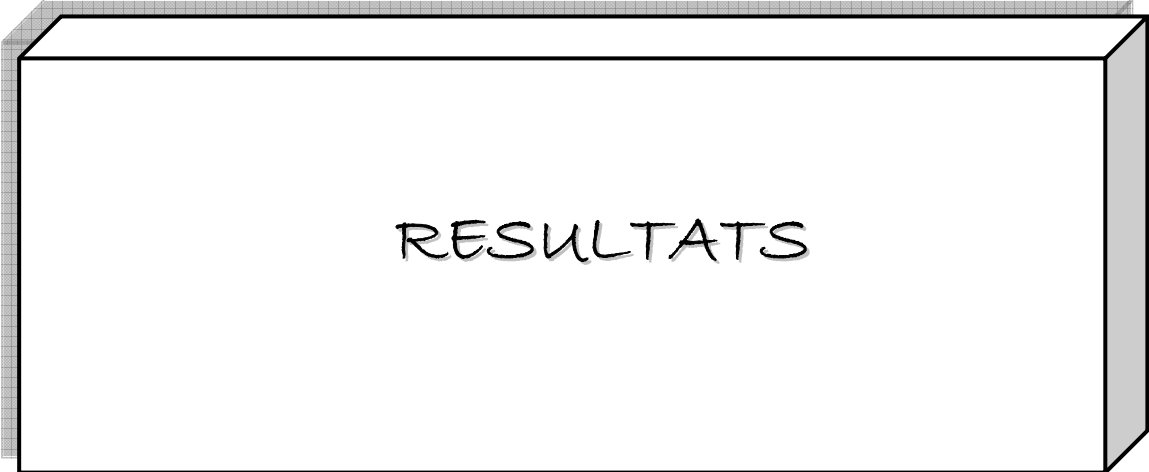
Le recueil des questionnaires s'est effectué le lendemain de la distribution du questionnaire.

II- METHODES STATISTIQUES :

L'analyse statistique s'est basée sur deux méthodes:

- Une analyse descriptive à deux variables: qualitative et quantitative.
 - Pour les variables qualitatives, nous avons utilisé des pourcentages.
 - Pour les variables quantitatives, nous avons utilisé des moyennes et des écarts-types.
- Une analyse bivariée : la réalisation de cette analyse a fait appel à des tests statistiques notamment :
 - Le test de student pour comparer deux moyennes.
 - Le test khi2 pour la comparaison de pourcentages.

Le logiciel utilisé au cours de l'étude est l'EPI info6.04d fr. Le seuil de signification a été fixé à 5%.



I- TAUX DE REPONSE :

Parmi les 130 infirmiers ciblés par notre étude, 102 réponses ont été reçues, soit un taux de réponse égale à **78,46%**.

Pour les 28 infirmiers qui n'ont pas remplis le questionnaire, 10 avaient refusé de participer à l'étude, 7 étaient en congé administratif, et 11 jugeaient ne pas avoir assez de temps pour répondre.

II- CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES DES INFIRMIERS:

1- L'âge:

L'âge moyen des infirmiers était de $44,78 \pm 8,75$ ans avec un minimum de 22 ans et un maximum de 57 ans et une prédominance de La tranche d'âge comprise entre 40 et 49 ans qui constituait 46,1% (Fig.1) :

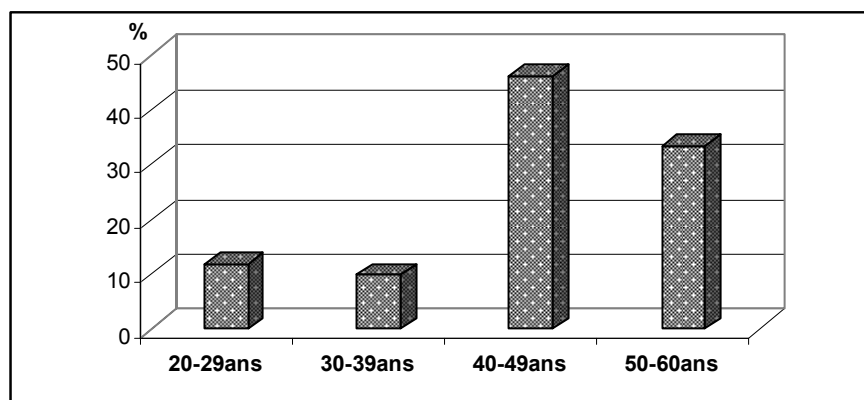


Figure 1 : Répartition des infirmiers selon l'âge

2- Sexe :

Notre échantillon était composé de 51% de femmes et de 49% d'hommes.

3- Statut marital :

La majorité des infirmiers (ères) étaient mariés (ées) (84,3%), et 10,8% étaient célibataires.

(fig.2)

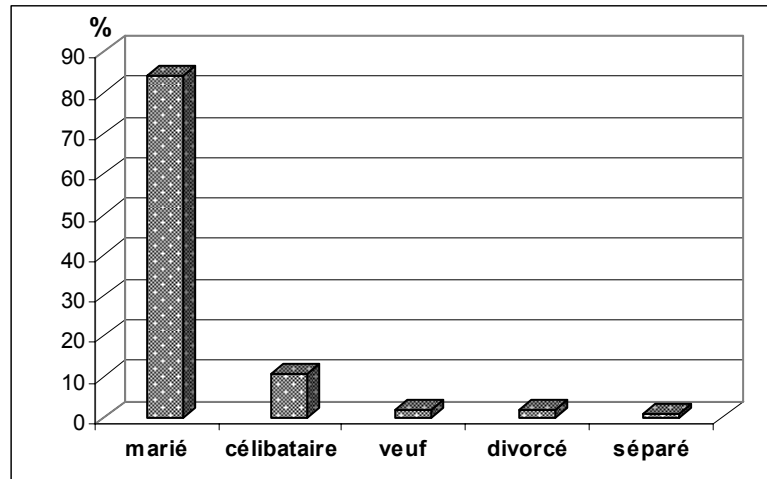


Figure 2 : Répartition des infirmiers selon le statut marital

4-Nombre d'enfants :

Plus de la moitié (52,9%) des infirmiers avaient trois enfants ou plus (Fig. 3).

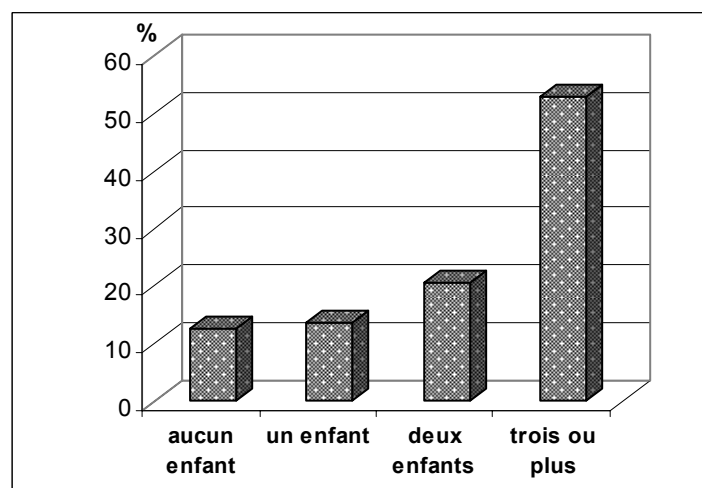


Figure 3 : Répartition des infirmiers selon le nombre d'enfants

5- Événements de vie :

Dans 24,5% des cas aucun événement traumatisant n'a été retrouvé, 13,7% rapportaient la notion de décès d'un proche et 12 infirmiers (11,8%) souffraient de difficultés financières. (fig.5)

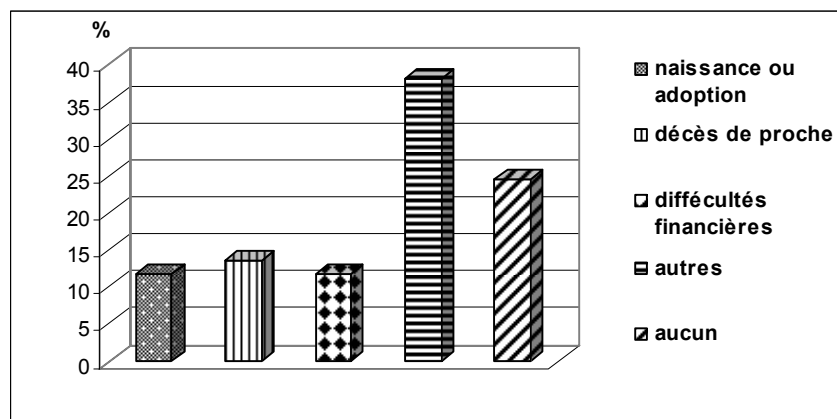


Figure 5 : Répartition des infirmiers selon les événements de vie

Tableau n°VI : Prévalence des caractéristiques sociodémographiques et habitudes de vie des infirmiers :

Caractéristiques		Participants à l'étude (n=102)	
		N	%
Age	20 à 29ans	11	10,8
	30 à 39 ans	10	9,8
	40 à 49ans	47	46,1
	50 à 60 ans	34	33,3
Sexe	Masculin	50	49
	Féminin	52	51
Statut marital	Marié	86	84,2
	Célibataire	11	10,8
	veuf	2	2
	divorcé	2	2
	séparé	1	1
Nombre d'enfants	Aucun enfant	13	12,7
	Un enfant	14	13,7
	Deux enfants	21	20,6
	Trois ou plus	54	52,9
Événements de vie	Naissance ou adoption	21	11,8
	Décès de proche	14	13,7
	Difficultés financières	12	11,8
	Autres	39	38,2
	Aucun	25	24,5

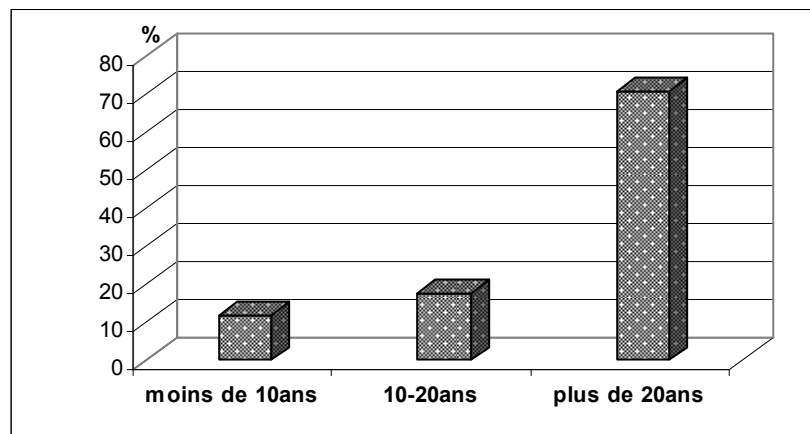
III- CARACTERISTIQUES LIEES A LA PROFESSION :

1- Lieux d'exercice :

La majorité des infirmiers (84,4%) de notre échantillon exerçaient au centre hospitalier, et seul 19,6% travaillaient dans un centre de santé.

2- Durée d'exercice en santé :

La majorité des infirmiers (es) avaient intégré le domaine de la santé publique depuis plus de 20ans (70,6%). (fig.6)



**Figure 6 : Répartition des infirmiers
selon la durée d'exercice en santé publique**

3-Grade :

Les infirmiers diplômés d'état (IDE) formaient la grande partie de notre échantillon (65,6%) ;n=67(fig.7)

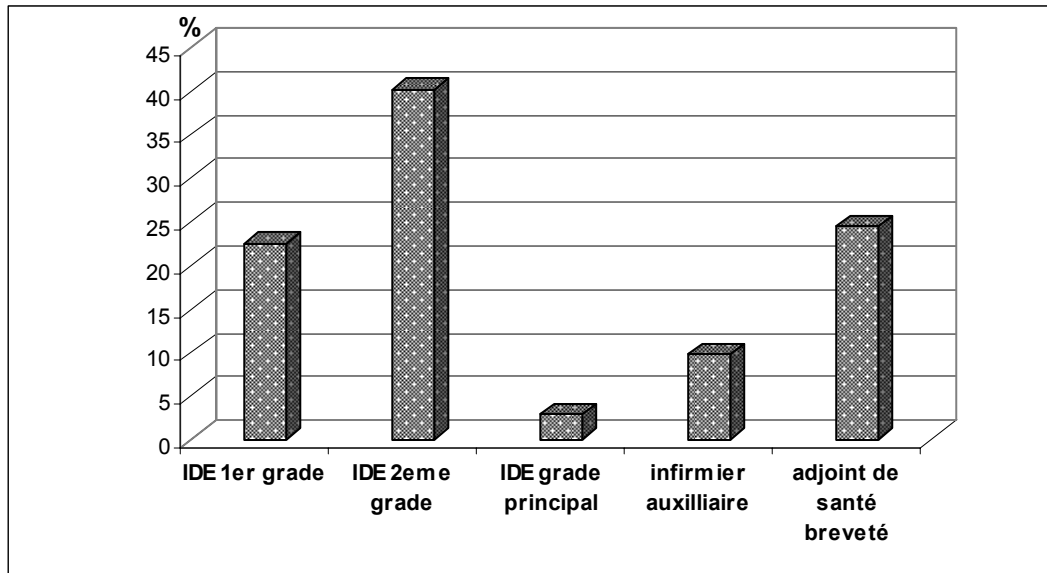


Figure 7 : Répartition des infirmiers selon le grade

4-Revenu mensuel du foyer :

Presque la moitié des infirmiers de notre échantillon (49%) avaient un revenu mensuel de leur foyer compris entre 4700 et 7500dh. (fig.8)

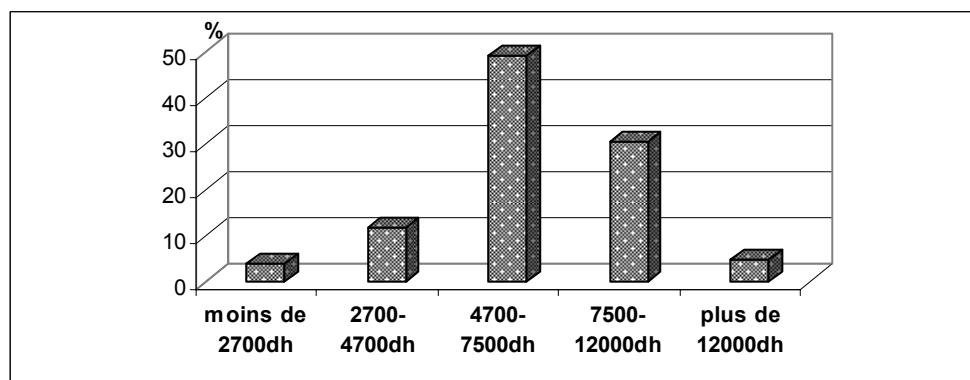


Figure 8 : Répartition des infirmiers selon le revenu mensuel

5-Spécialité :

Les infirmiers polyvalents formaient les deux tiers de notre population d'étude (65,7%)

(fig.9)

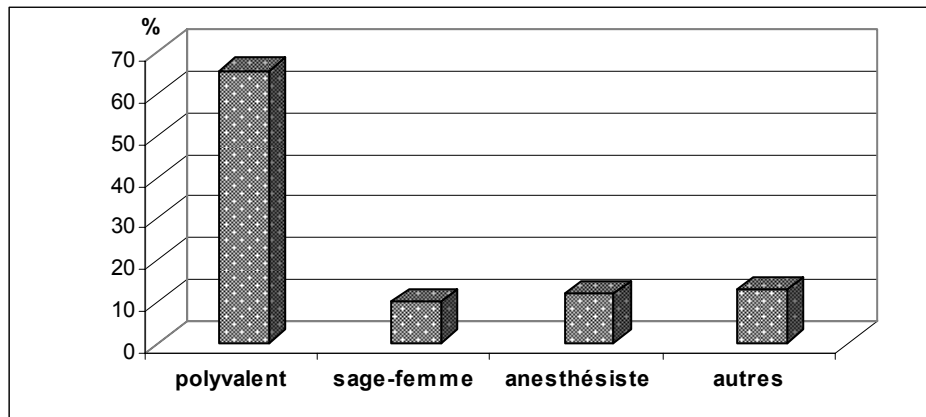


Figure 9 : Répartition des infirmiers selon la spécialité

6-Service actuel :

Presque la moitié des infirmiers exerçaient dans des services de chirurgie (44,1%) ; n=45(fig.10)

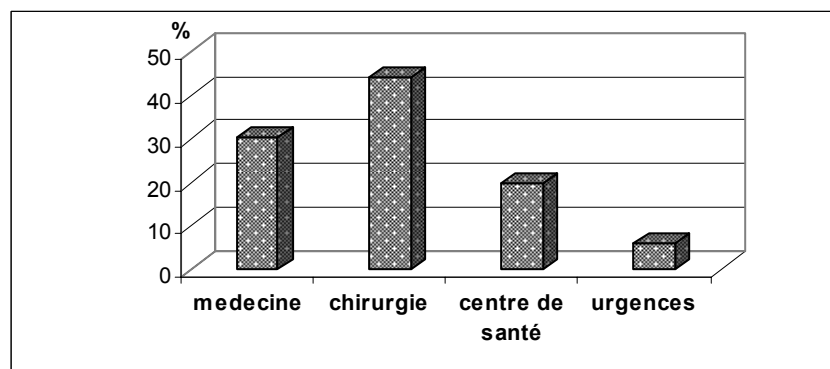


Figure 10 : Répartition des infirmiers selon le service actuel

7-Horaire de travail :

La moitié des infirmiers (50%) travaillaient en alternance (jour et nuit), alors que 45 infirmiers travaillaient toujours la journée (44,1%) (fig.11)

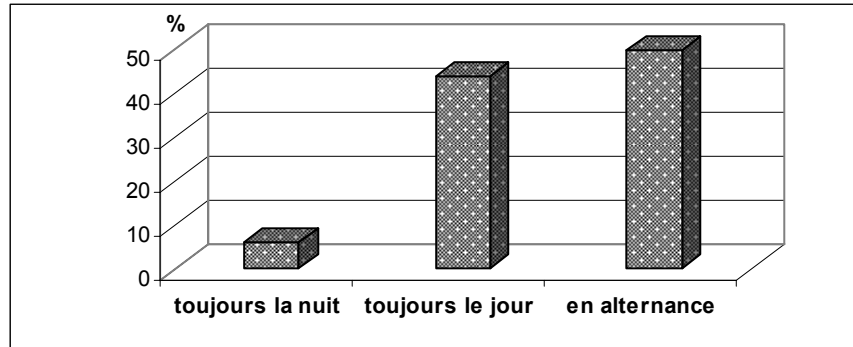


Figure 11 : Répartition des infirmiers selon les horaires de travail

8-Conviction de bon choix de la profession :

La majorité des infirmiers sont convaincus du choix de leur profession (69,6%) ; n=71.

9-Projet de départ de la fonction publique :

Seuls 19 infirmiers envisagent de quitter leur profession (18,6%), 10 parmi eux pour des raisons de santé. (fig.12)

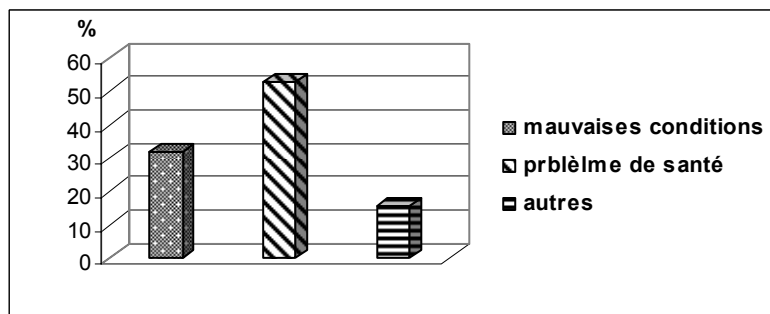


Figure 12 : Répartition selon la raison du départ

Tableau n°VII : Prévalence des caractéristiques liées à la profession des infirmiers :

Caractéristiques		Participants à l'étude (n=102)	
		N	%
Lieu d'exercice	Centre hospitalier	82	80,4
	Centre de santé	20	19,6
Durée d'exercice en santé publique	<10ans	12	11,8
	10 à 20ans	18	17,6
	>20ans	72	70,6
grade	IDE 1 ^{er} grade	23	22,6
	IDE 2 ^{eme} grade	41	40,2
	IDE grade principal	3	2,9
	Infirmier auxiliaire	10	9,8
	Adjoint de santé breveté	25	24,5
Revenu mensuel de foyer	<2700dh	4	3,9
	2700 à 4700dh	12	11,8
	4700 à 7500dh	50	49
	7500 à 12000dh	31	30,4
	>12000dh	5	4,9
spécialité	Polyvalent	67	65,7
	Sage-femme	10	9,8
	Anesthésiste	12	11,8
	autres	13	12,7
Service actuel	Médecine	31	30,4
	Chirurgie	45	44,1
	Centre de santé	20	19,6
	urgences	6	5,9
Horaire de travail	Toujours la nuit	6	5,9
	Toujours le jour	45	44,1
	En alternance	51	50
Conviction du bon choix de la profession	Oui	71	69,6
	non	31	30,4
Départ envisagé	Oui	19	18,6
	non	83	81,4
Raison du départ	Mauvaises conditions de travail	6	31,6
	Problèmes de santé	10	52,6
	autres	3	15,8

IV-CONSOMMATION DE TOXIQUES ET AUTOMEDICATION :

1-Consommation de toxiques :

- Seulement 15 infirmiers (14,7%) consomment du tabac, dont 73,3% fument entre 10 et 15 cigarettes par jour.(fig.13)
- Seuls 17 infirmiers (16,7%) prennent occasionnellement de l'alcool.
- Aucun infirmier ne consomme de cannabis.

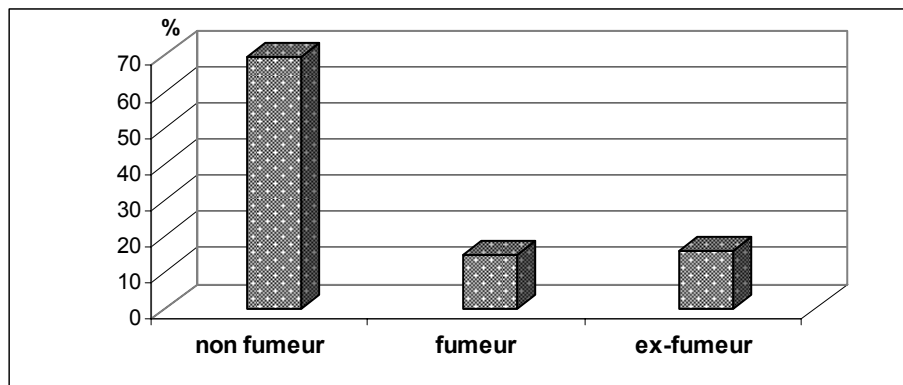


Figure 13 : Répartition selon la consommation de tabac

2-Automédication :

La majorité des infirmiers ne s'adonnent pas à l'automédication (88,2%), seuls 12 infirmiers s'adonnent à l'automédication et ce sont les hypnotiques qui sont les plus utilisés (58,3%). (fig.14)

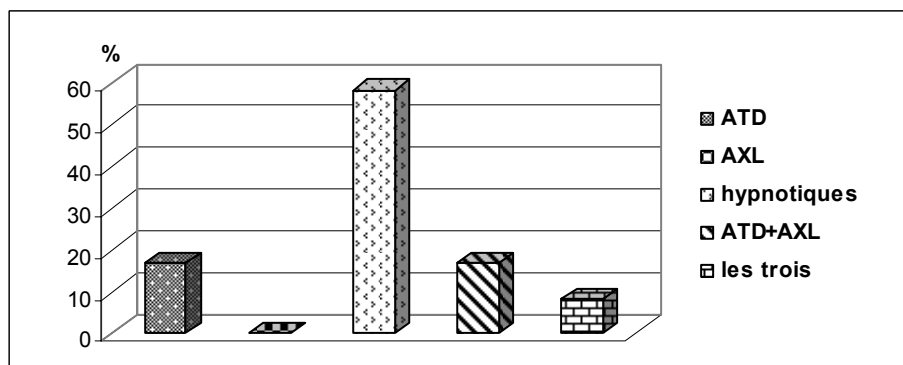


Figure 14 : Répartition selon le type d'automédication

**Tableau n°VIII : Prévalence de la consommation toxique
et de l'automédication chez les infirmiers :**

Caractéristiques		Participants à l'étude (n=102)	
		N	%
Tabac	Non fumeur	71	69,6
	Fumeur	15	14,7
	Ex-fumeur	16	15,7
Cannabis	Non fumeur	100	100
Alcool	Non occasionnel	85	83,3
		17	16,7
Automédication	Oui	12	11,8
	Non	90	88,2

V-HABITUDES DE VIE:

1-Consommation de café :

Presque les deux tiers de notre population consomment du café (63,7%), avec une moyenne de 2 tasses par jour.

2-Consommation de thé :

La majorité des infirmiers prennent du thé (94,1%), avec une moyenne de 4,4 verres par jour.

3-La pratique de sport :

Presque les deux tiers de notre population ne pratiquent pas de sport (61,8%).

4-L'existence d'autres loisirs:

Plus de la moitié de notre population ont d'autres loisirs (52,9%), il s'agit le plus fréquemment de la lecture chez 21 infirmiers (20,6%).

5-L'existence du temps pour pratiquer du sport ou d'autres loisirs :

Plus de la moitié des infirmiers de notre population d'étude estiment ne pas avoir de temps libre (55,9%).

Tableau n°IX : Prévalence des habitudes de vie des infirmiers :

Habitudes de vie		Participants à l'étude (n=102)	
		N	%
Consommation de café	Oui	65	63,7
	non	37	36,3
Consommation de thé	Oui	96	94,1
	non	6	5,9
Pratique du sport	Oui	39	38,2
	Non	63	61,8
Loisirs	Oui	54	38,2
	Non	48	61,8
L'existence du temps pour pratiquer du sport ou d'autres loisirs	Oui	54	52,9
	Non	48	47,1

VI- RESULTAT DU MASLACH BURNOUT INVENTORY CHEZ LES INFIRMIERS DE OUARZAZATE:

1-Epuisement émotionnelle :

La plupart des infirmiers (74,5%) avaient un épuisement émotionnel élevé (fig.15).

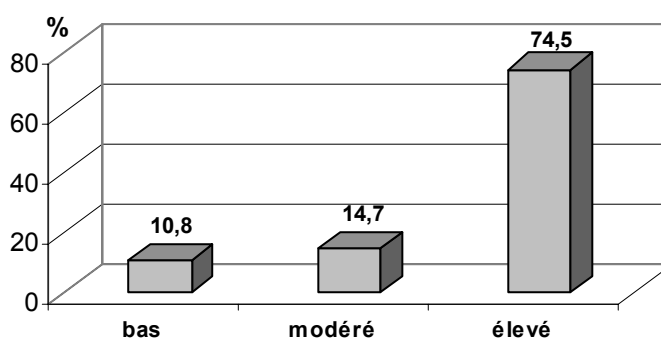


Figure 15 : Epuisement émotionnel chez les infirmiers

2-Dépersonnalisation:

Une dépersonnalisation élevée a été trouvée chez 17,6% des infirmiers (fig.16).

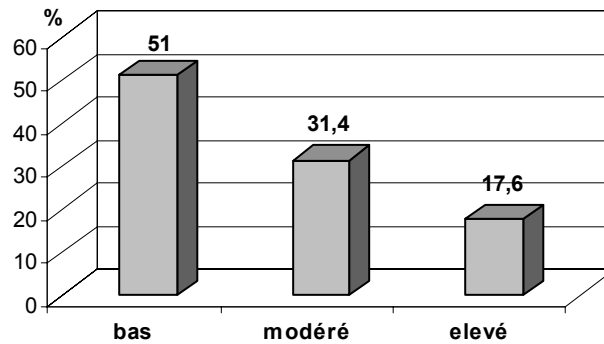


Figure 16 : Dépersonnalisation chez les infirmiers

3-L'accomplissement personnel :

Notre étude a montré que plus du tiers (34,3%) des infirmiers avaient un accomplissement personnel bas (fig.17).

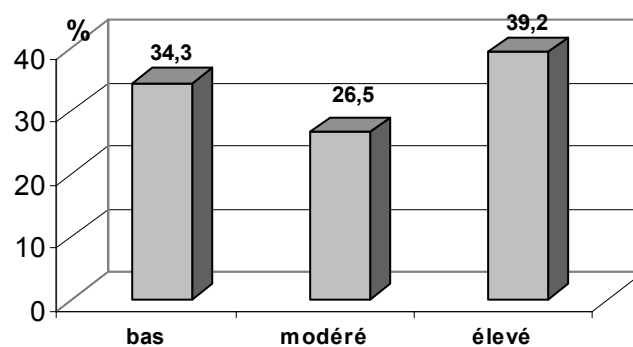


Figure 17 : Accomplissement personnel chez les infirmiers

Tableau n° X: Tableau récapitulatif du Burnout exprimé en pourcentages (%) et en moyennes±écart type (M±ET) chez les infirmiers de Ouarzazate :

	Bas	Modéré	Elevé	Moyenne±écart-type
Epuisement émotionnel	10,8%	14,7%	<u>74,5%</u>	34,17±10,44
Dépersonnalisation	51%	31,4%	<u>17,6%</u>	7±6,43
Accomplissement personnel	<u>34,3%</u>	26,5%	39,2%	36,36±8,02

VII-ANALYSE BIVARIEE:

1- Burnout et caractéristiques sociodémographiques :

1-1- Burnout et Age :

a- Epuisement émotionnel et Age :

Les infirmiers ayant un âge compris entre 40 et 49 ans avaient le score d'épuisement émotionnel le plus élevé (38,2%), suivis de ceux plus âgés (tranche d'âge de 50 à 59 ans). La différence était statistiquement significative: $P=0,005$ (fig.18).

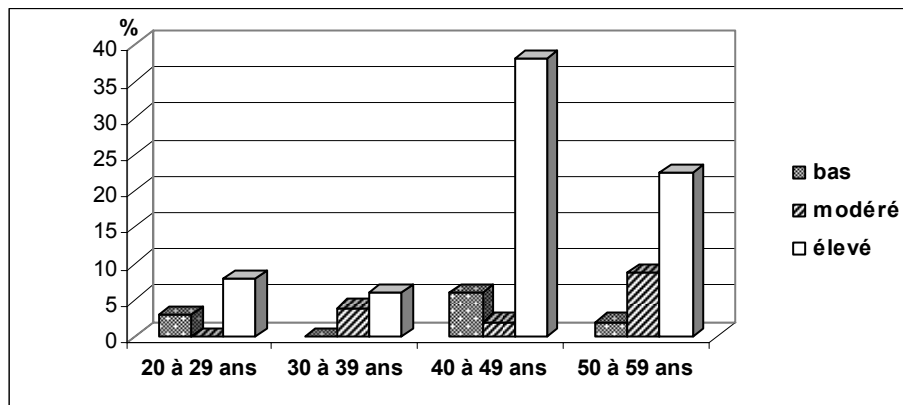


Figure 18 : Epuisement émotionnel en fonction de l'âge

b- Dépersonnalisation et Age :

Les infirmiers ayant un âge compris entre 40 et 49 ans avaient le score de dépersonnalisation le plus élevé (9,8%), suivis de ceux plus âgés (tranche d'âge de 50 à 59 ans). La différence n'était pas statistiquement significative : $P=0,392$ (fig.19).

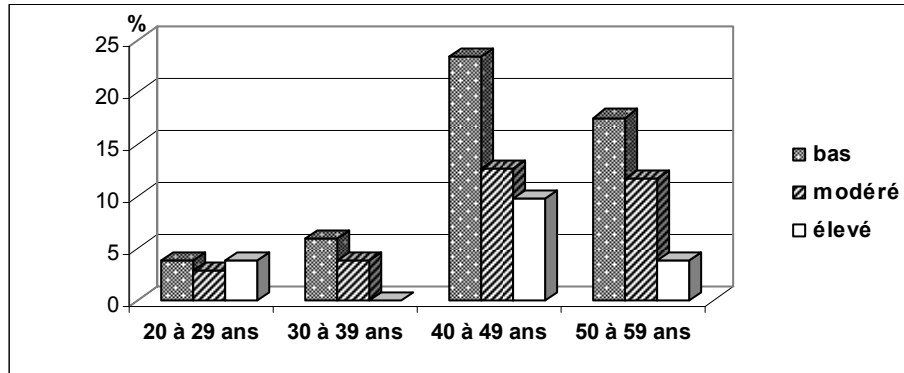


Figure 19 : Dépersonnalisation en fonction de l'âge

c- Accomplissement personnel et Age :

Un bas accomplissement personnel était plus marqué chez Les infirmiers ayant un âge compris entre 50 et 59 ans (19,6%). La différence était statistiquement significative : $P=0,017$ (fig.20).

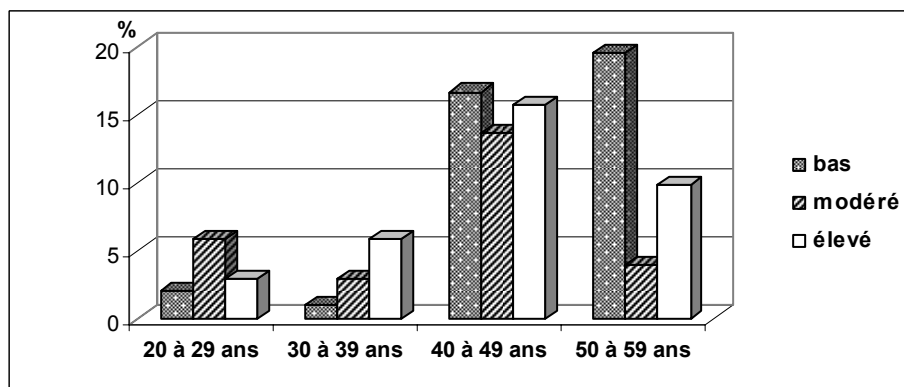


Figure 20 : Accomplissement personnel en fonction de l'âge

1-2 Burnout en fonction du sexe :

a- Epuisement émotionnel :

Les infirmiers et les infirmières avaient un score élevé d'épuisement émotionnel égale à 37,3%. La corrélation n'est pas statistiquement significative : $p=0,943$ (fig.21)

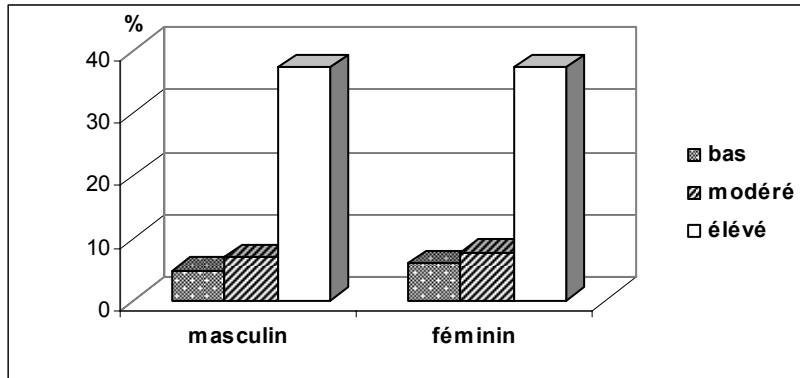


Figure 21 : Epuisement émotionnel en fonction du sexe

b- Dépersonnalisation :

Les hommes avaient un score de dépersonnalisation (10,8%) plus élevé que les femmes (6,9%). La différence n'était pas statistiquement significative : $P=0,490$ (fig.22)

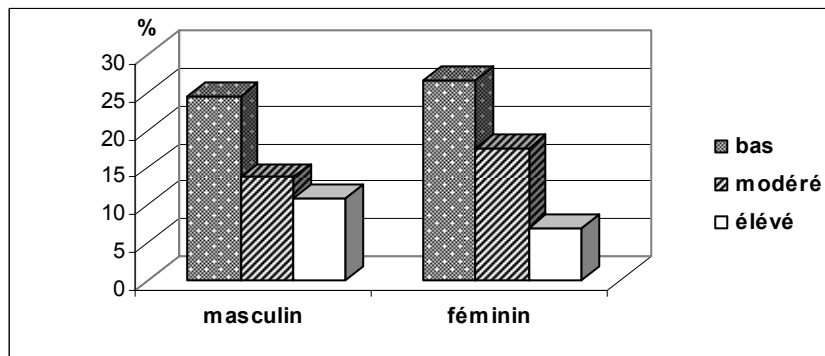


Figure 22 : Dépersonnalisation en fonction du sexe

c- Accomplissement personnel :

Les infirmiers et les infirmières avaient un score d'accomplissement personnel bas à 19,6%. La corrélation n'était pas statistiquement significative : $P=0,987$ (fig.23) (Rappelant qu'un score d'accomplissement personnel bas correspond à un burnout élevé).

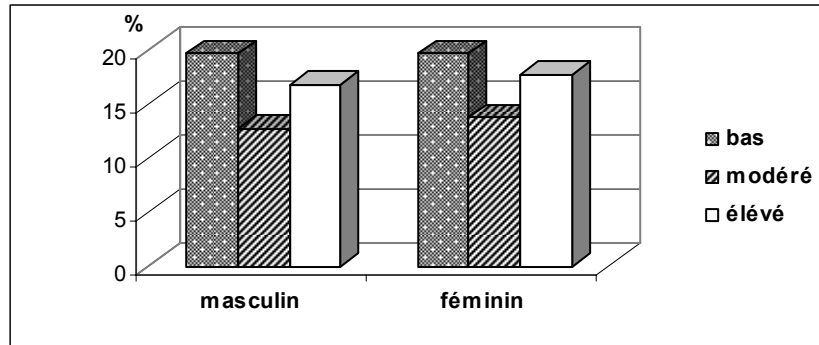


Figure 23 : Accomplissement personnel en fonction du sexe

1-3 Burnout et statut marital :

a- Epuisement émotionnel :

Les infirmiers(ères) mariés(ées) avaient un épuisement émotionnel plus élevé (63,7%). La différence n'était pas statistiquement significative : $p=0,849$ (fig.24)

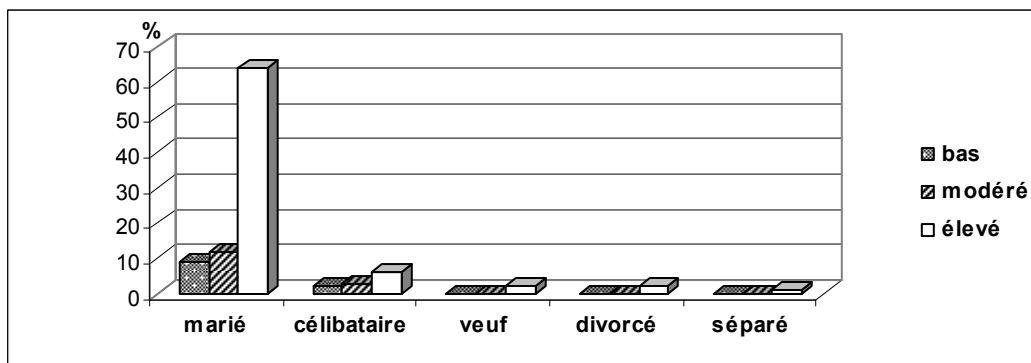


Figure 24: Epuisement émotionnel en fonction du statut marital

b- Dépersonnalisation :

Les infirmiers(ères) mariés(ées) avaient un score de dépersonnalisation plus élevé (13,7%). La différence n'était pas statistiquement significative : $p=0,266$ (fig.25)

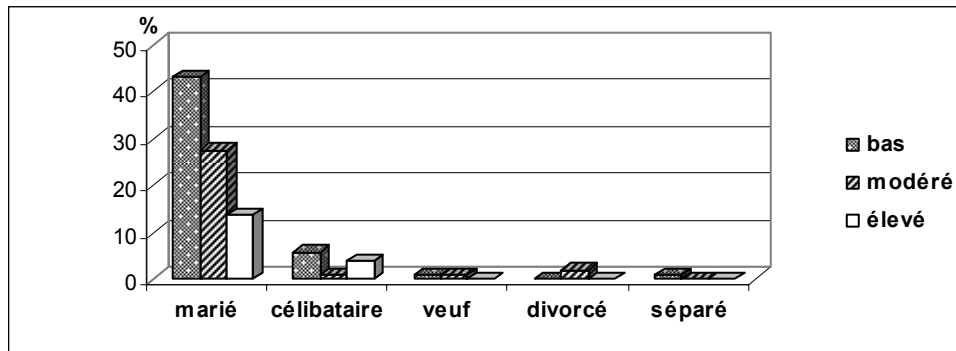


Figure 25 : Dépersonnalisation en fonction du statut marital

c- Accomplissement personnel :

Les infirmiers(ères) mariés(ées) avaient le score d'accomplissement personnel le plus bas (36,3%). La différence n'était pas statistiquement significative : $p=0,111$ (fig.26)

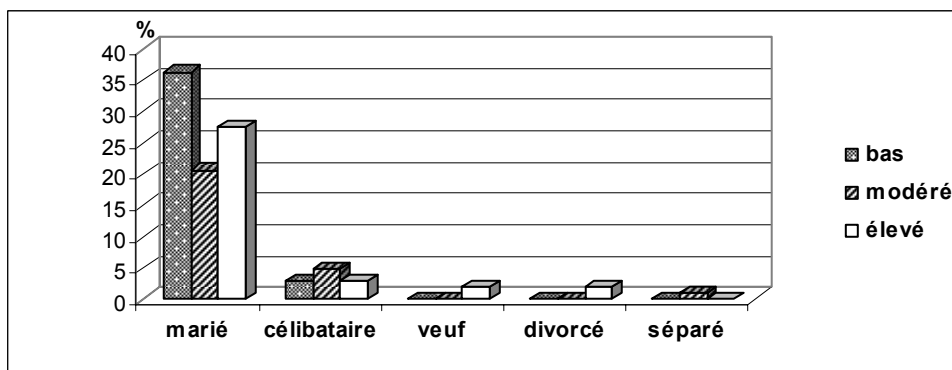


Figure 26 : Accomplissement personnel en fonction du statut marital

2- Burnout et caractéristiques liées à la profession :

2-1 Burnout et lieu d'exercice:

a- Epuisement émotionnel :

Les infirmiers exerçants au milieu hospitalier avaient un épuisement émotionnel (66,7%) plus élevé par rapport à ceux travaillants dans un centre de santé (7,8%). La corrélation était statistiquement significative (p=0,000) (fig.27)

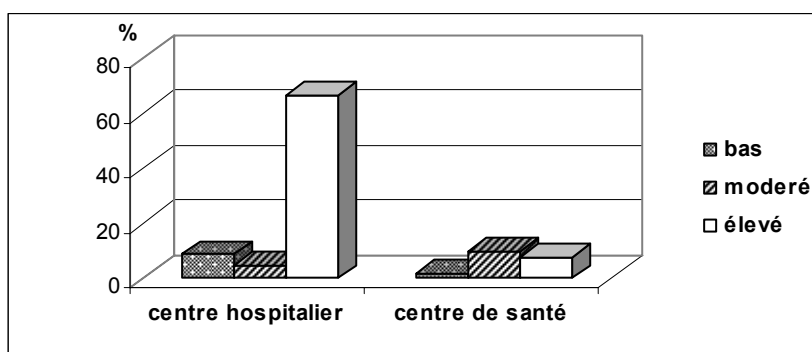


Figure 27 : Epuisement émotionnel en fonction du lieu d'exercice

b- Dépersonnalisation :

Les infirmiers exerçants au milieu hospitalier avaient un score de dépersonnalisation plus élevé (16,7%) par rapport à ceux travaillants dans un centre de santé (1%), avec une corrélation non significative (p=0,252) (fig.28)

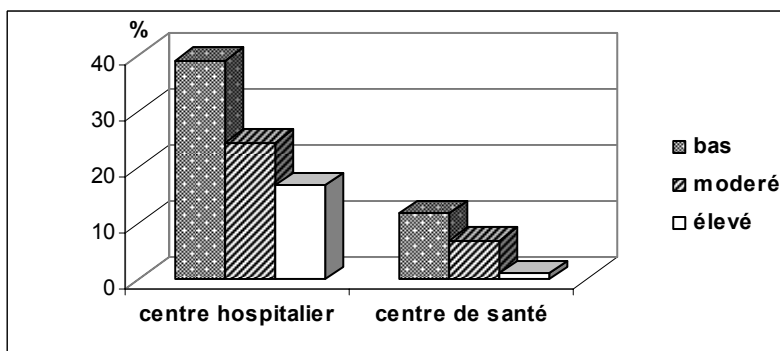


Figure 28 : Dépersonnalisation en fonction du lieu d'exercice

c- Accomplissement personnel :

Les infirmiers exerçant au milieu hospitalier avaient le score d'accomplissement personnel le plus bas (28,4%). La différence n'était pas statistiquement significative : $p=0,127$ (fig.29)

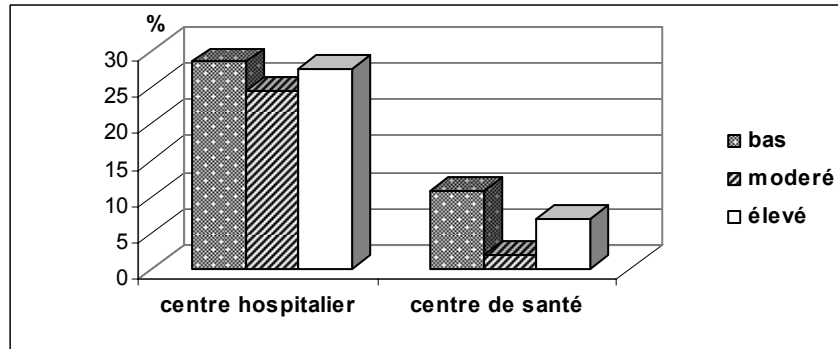


Figure 29 : Accomplissement personnel en fonction du lieu d'exercice

2-2 Burnout en fonction de l'ancienneté:

a- Epuisement émotionnel :

Les infirmiers qui travaillent depuis plus de 20 ans avaient un épuisement émotionnel élevé (53,9%). Mais la différence n'était pas statistiquement significative : $p=0,497$ (fig.30)

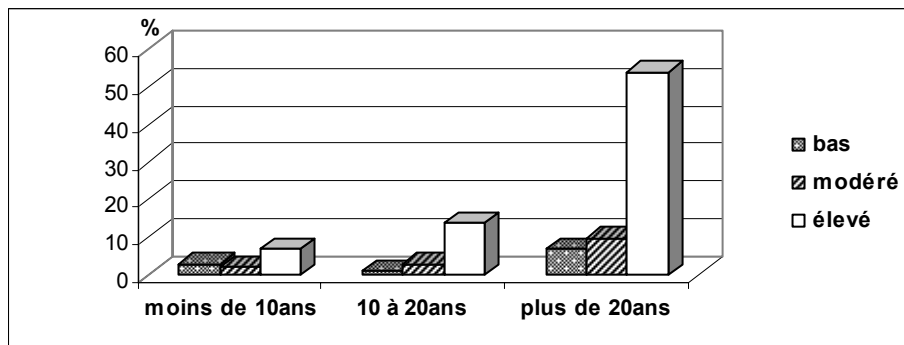


Figure 30 : Epuisement émotionnel en fonction de l'ancienneté

b- Dépersonnalisation :

Les infirmiers qui travaillent depuis plus de 20 ans avaient un score de dépersonnalisation élevé (11,8%). Mais la différence n'était pas statistiquement significative : $p=0,384$ (fig.31)

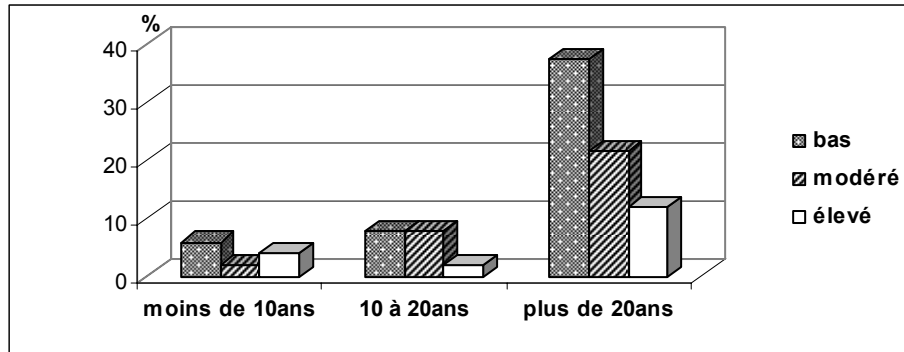


Figure 31 : Dépersonnalisation en fonction de l'ancienneté

c- Accomplissement personnel :

Les infirmiers qui travaillent depuis plus de 20 ans avaient le score d'accomplissement personnel le plus bas (31,4%). Mais la différence n'était pas statistiquement significative : $p=0,232$ (fig.32)

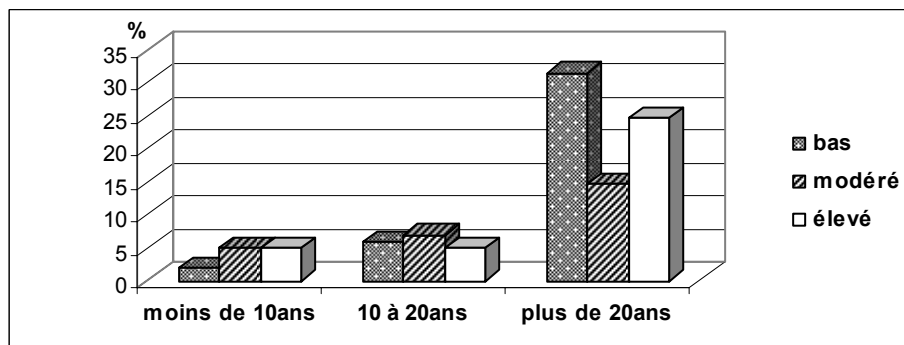


Figure 32 : Accomplissement personnel en fonction de l'ancienneté

2-3 Burnout en fonction du grade:

a- Epuisement émotionnel :

L'épuisement émotionnel était plus élevé chez les infirmiers diplômés d'état 2ème grade (30,4%). La différence n'était pas statistiquement significative : $p=0,196$ (fig.33)

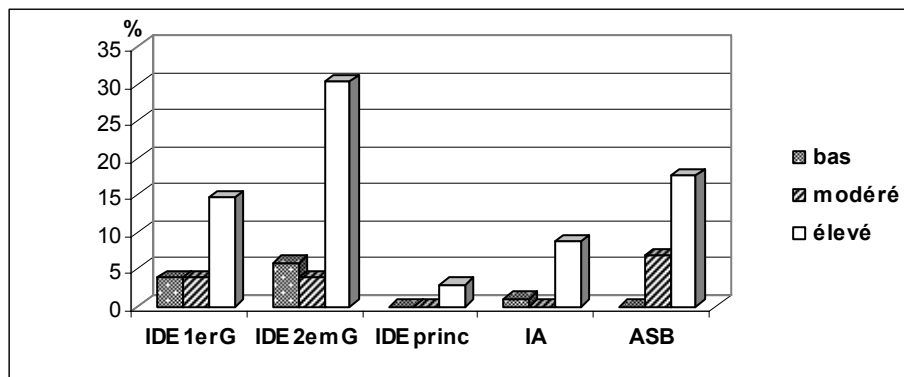


Figure 33 : Epuisement émotionnel en fonction du grade

b- Dépersonnalisation :

La dépersonnalisation était plus élevée chez les infirmiers diplômés d'état 2ème grade (8,8%). La différence n'était pas statistiquement significative : $p=0,853$ (fig.34)

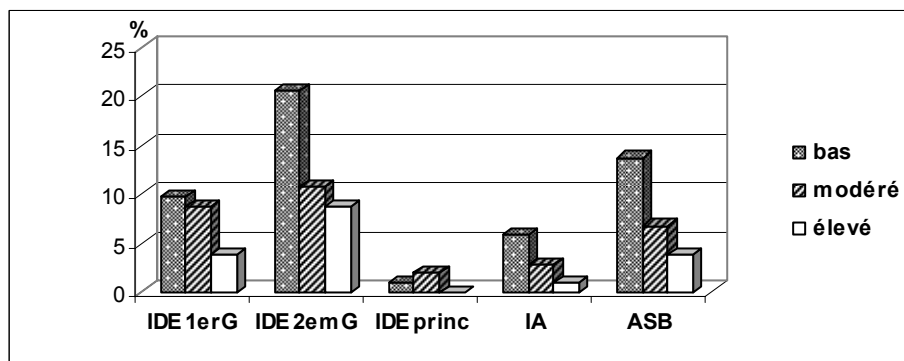


Figure 34 : Dépersonnalisation en fonction du grade

c- Accomplissement personnel :

Les infirmiers diplômés d'état 1^{er} grade avaient le score d'accomplissement personnel le plus bas (12,7%). La différence n'était pas statistiquement significative : $p=0,346$ (fig.35)

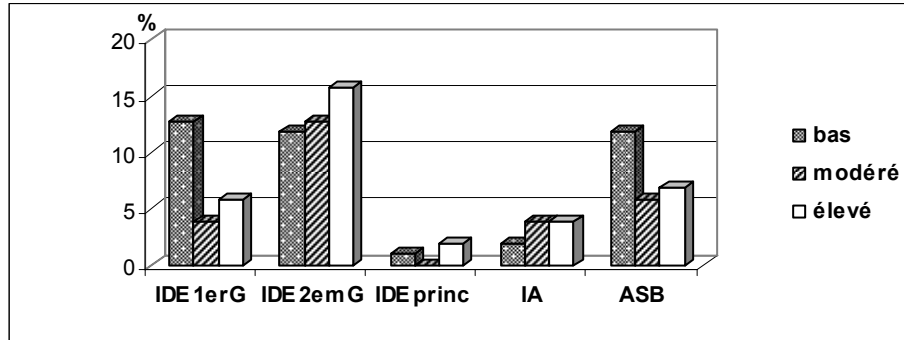


Figure 35 : Accomplissement personnel en fonction du grade

2-4 Burnout et revenu mensuel :

a- Epuisement émotionnel en fonction du revenu mensuel :

L'épuisement émotionnel était plus élevé chez les infirmiers ayant un revenu mensuel compris entre 4700 et 7500Dh (38,2%). La différence n'était pas statistiquement significative: $P=0,718$ (fig.36)

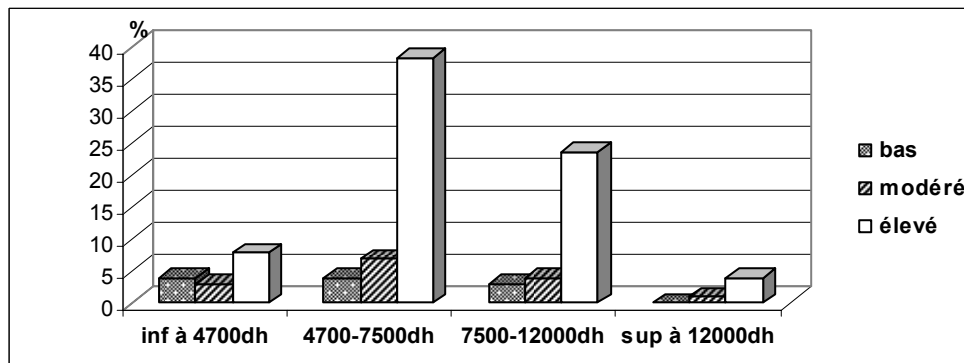


Figure 36 : Epuisement émotionnel en fonction du revenu mensuel

b- Dépersonnalisation :

La dépersonnalisation était plus élevée chez les infirmiers ayant un revenu mensuel compris entre 4700 et 7500Dh (7,8%). La différence était statistiquement significative: $P=0,031$ (fig.37)

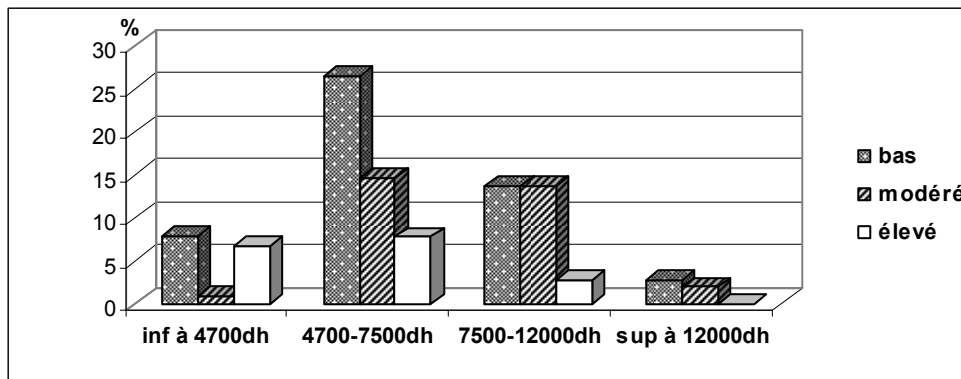


Figure 37 : Dépersonnalisation en fonction du revenu mensuel

c- Accomplissement personnel :

Les infirmiers ayant un revenu mensuel compris entre 4700 et 7500Dh avaient le score d'accomplissement personnel le plus bas (16,7%). La différence n'était pas statistiquement significative: $P=0,622$ (fig.38)

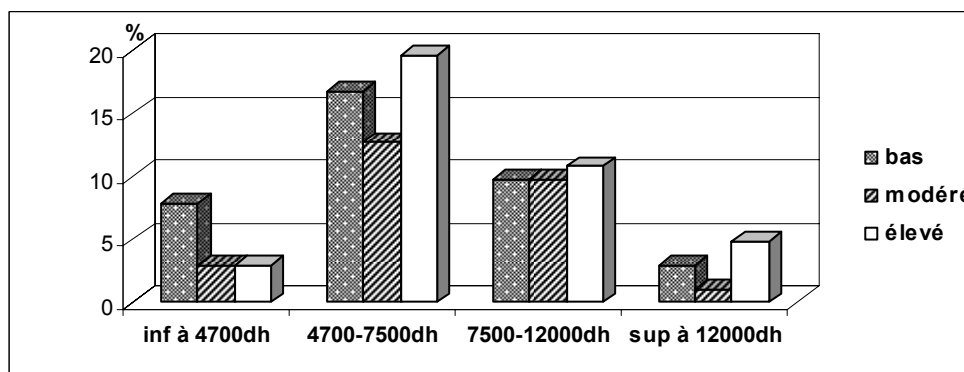


Figure 38 : Accomplissement personnel en fonction du revenu mensuel

2-5 Burnout et spécialité:

b- Epuisement émotionnel:

L'épuisement professionnel était plus élevé chez les infirmiers polyvalents (45,1%). Avec une différence statistiquement significative : $p=0,049$ (fig.39)

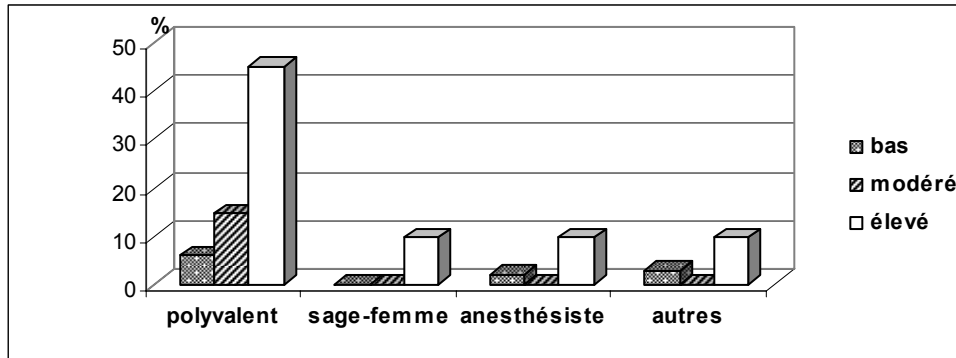


Figure 39 : Epuisement émotionnel en fonction de la spécialité

b- Dépersonnalisation :

La dépersonnalisation était plus élevée chez les infirmiers polyvalents (12,7%). Avec une différence statistiquement non significative : $p=0,561$ (fig.40)

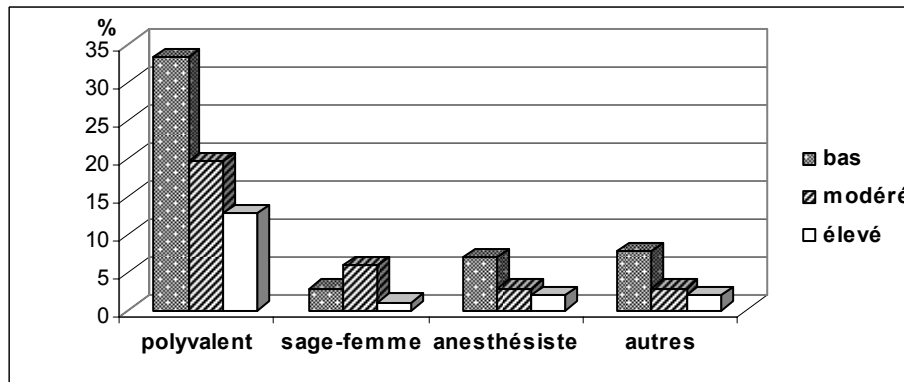


Figure 40 : Dépersonnalisation en fonction de la spécialité

c- Accomplissement personnel :

Les infirmiers polyvalents avaient le score d'accomplissement personnel le plus bas (31,4%). Mais la différence n'était pas statistiquement significative : $p=0,102$ (fig.41)

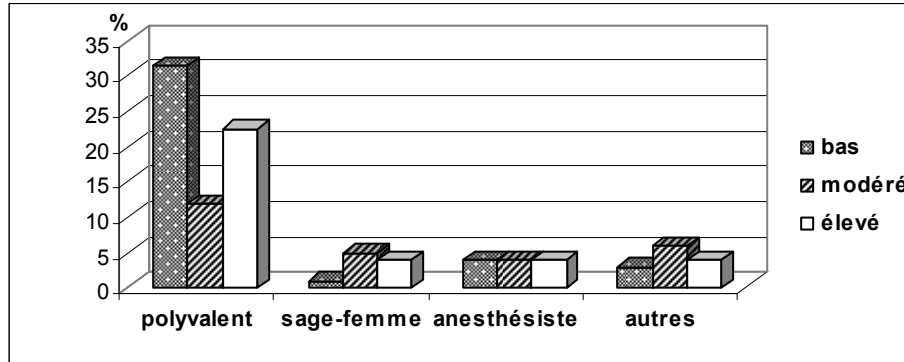


Figure 41 : Accomplissement personnel en fonction de la spécialité

2-6 Burnout et service actuel:

a- Epuisement émotionnel :

Les infirmiers exerçant dans des services de chirurgie avaient le score d'épuisement émotionnel le plus élevé (37,5%). La différence était statistiquement significative : $p=0,000$ (fig42)

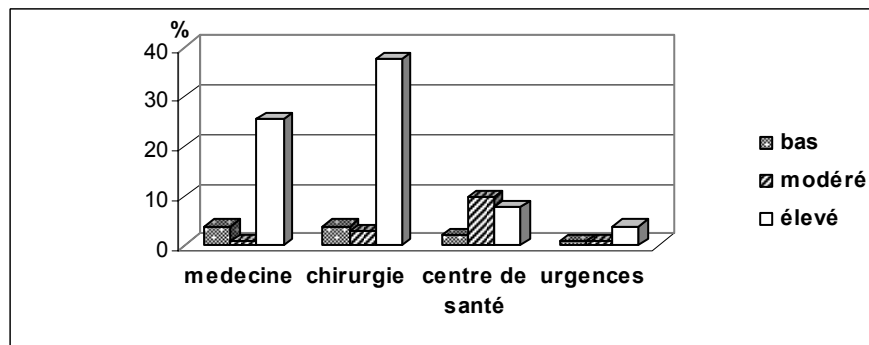


Figure 42 : Epuisement émotionnel en fonction du service actuel

b- Dépersonnalisation :

Les infirmiers exerçants dans des services de médecine avaient le score de dépersonnalisation le plus élevé (9,8%). La différence n'était pas statistiquement significative : $p=0,076$ (fig.43)

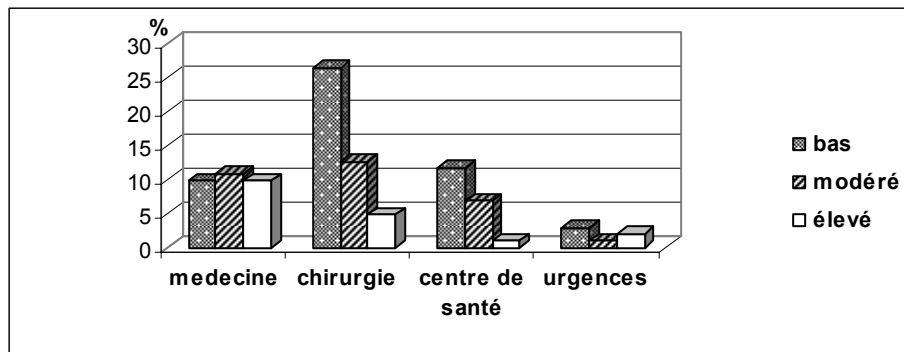


Figure 43 : Dépersonnalisation en fonction du service actuel

c- Accomplissement personnel :

Les infirmiers exerçants dans des services de médecine avaient le score d'accomplissement personnel le plus bas (13,7%). Mais la différence n'était pas statistiquement significative : $p=0,075$ (fig.44)

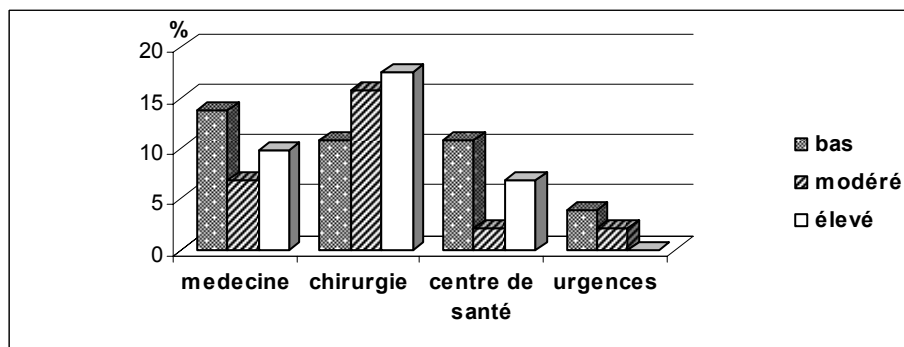


Figure 44 : Accomplissement personnel en fonction du service actuel

2-7 Burnout et horaire de travail:

a- Epuisement émotionnel :

Les infirmiers travaillant en alternance (jour/nuit) avaient plus d'épuisement émotionnel (43,1%). Avec une différence statistiquement significative : $p=0,028$ (fig.45)

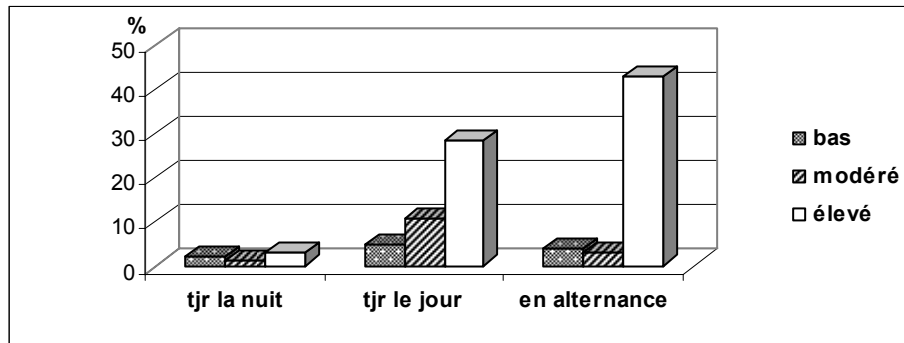


Figure 45 : Epuisement émotionnel en fonction de l'horaire de travail

b- Dépersonnalisation :

La dépersonnalisation était plus marquée chez les infirmiers qui travaillaient en alternance (8,8%). La différence n'était pas statistiquement significative : $p=0,870$ (fig46)

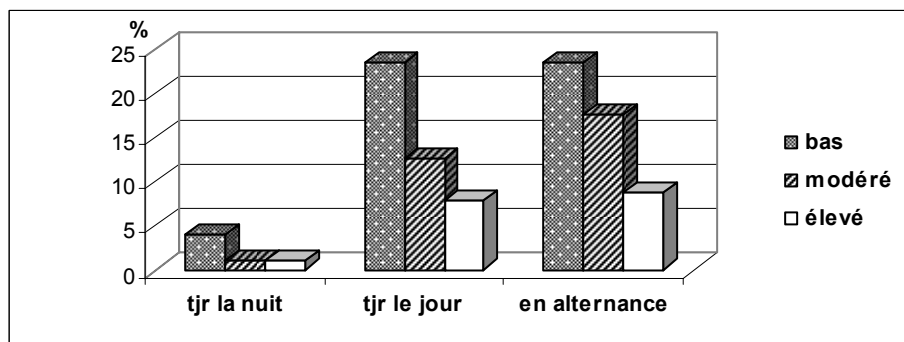


Figure 46 : Dépersonnalisation en fonction de l'horaire de travail

c- Accomplissement personnel :

Les infirmiers qui travaillaient toujours le jour avaient un score de bas accomplissement personnel plus élevé (22,5%). La différence était statistiquement significative : $p=0,020$ (fig.47)

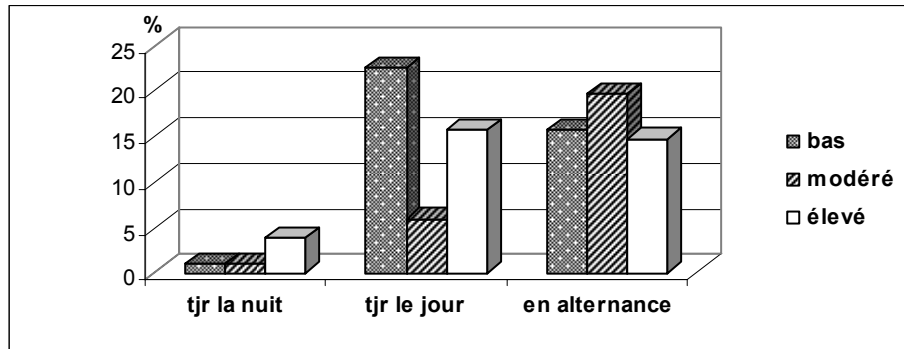


Figure 47 : Accomplissement personnel en fonction de l'horaire de travail

2-8 Burnout et conviction du bon choix de la profession:

a- Epuisement émotionnel :

Les infirmiers qui sont convaincus d'avoir fait un bon choix de la profession avaient un épuisement émotionnel plus bas que les autres (26,5%). Mais la différence n'était pas significative : $p=0,131$ (fig.48)

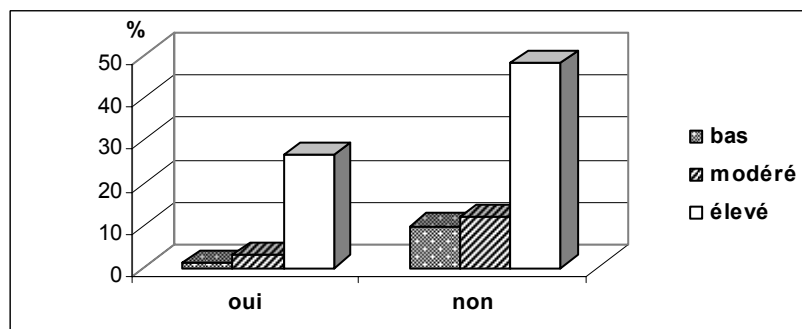


Figure 48 : Epuisement émotionnel en fonction de conviction de bon choix de la profession

b- Dépersonnalisation :

Les infirmiers qui sont convaincus d'avoir fait un bon choix de la profession avaient une dépersonnalisation plus faible que les autres (13,7%). Mais la différence n'était pas significative : $p=0,135$ (fig.49)

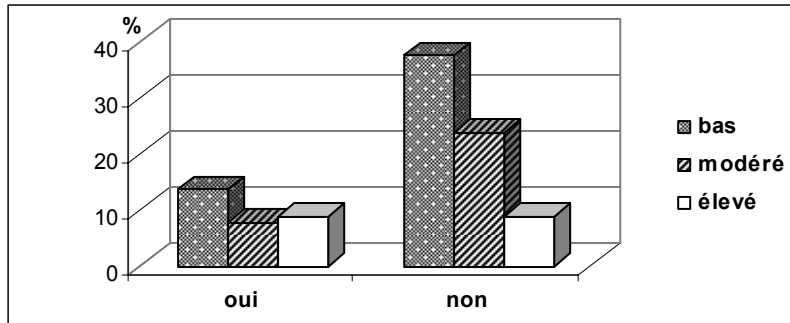


Figure 49 : Dépersonnalisation en fonction de conviction de bon choix de la profession

c- Accomplissement personnel :

Les infirmiers qui ne sont pas convaincus d'avoir fait un bon choix de la profession avaient le score d'accomplissement personnel le plus bas (32,4%). La différence était statistiquement significative : $p=0,030$ (fig.50)

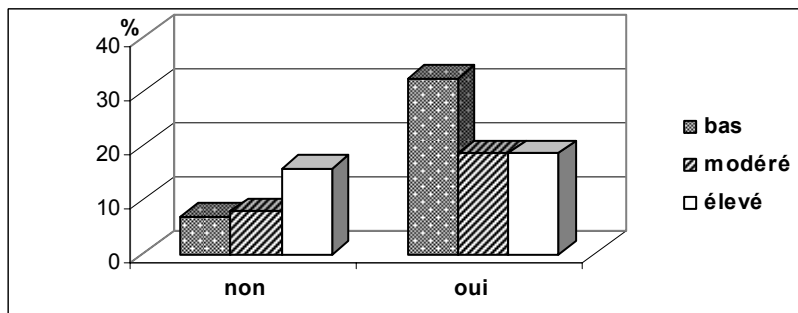


Figure 50 : Accomplissement personnel en fonction de conviction de bon choix de la profession

3- Burnout et automédication :

3-1 Epuisement émotionnel :

Les infirmiers qui s'adonnent à l'automédication ont un score d'épuisement émotionnel plus bas (11,8%). La différence n'était pas statistiquement significative : $P=0,098$ (fig.51)

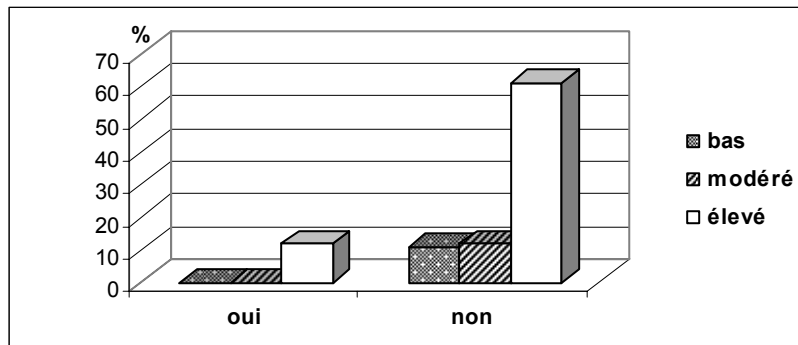


Figure 51 : Epuisement émotionnel en fonction de l'automédication

3-2 Dépersonnalisation :

Les infirmiers qui s'adonnent à l'automédication ont une dépersonnalisation plus basse (3,9%) que les autres infirmiers. La corrélation était statistiquement non significative : $p=0,254$ (fig.52)

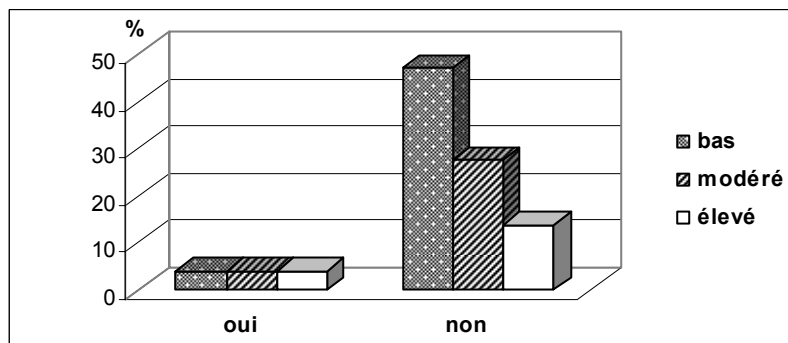


Figure 52 : Dépersonnalisation en fonction de l'automédication

3-3 Accomplissement personnel :

Les infirmiers qui s'adonnent à l'automédication ont un score d'accomplissement personnel plus bas (2%). Mais ce résultat n'était pas significatif : $p=0,131$ (fig.53)

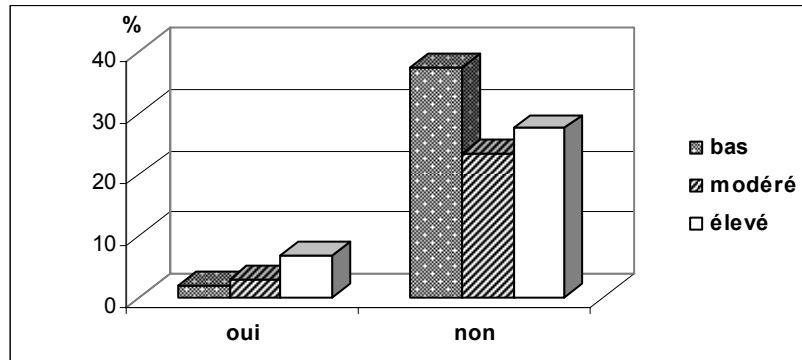


Figure 53 : Accomplissement personnel en fonction de l'automédication

4- Burnout et pratique de sport :

4-1 Epuisement émotionnel :

Les infirmiers qui pratiquent le sport ont le score le plus bas d'épuisement émotionnel (22,5%). Ce résultat était significatif : $p=0,015$ (fig.54)

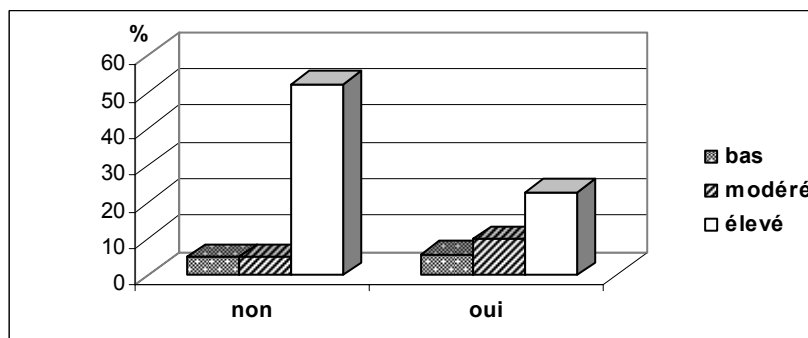


Figure 54 : Epuisement émotionnel en fonction de la pratique de sport

4-2 Dépersonnalisation :

Les infirmiers qui pratiquent le sport ont un score de dépersonnalisation plus bas (3,9%) par rapport aux autres. Avec une différence statistiquement non significative : $p=0,302$ (fig.55)

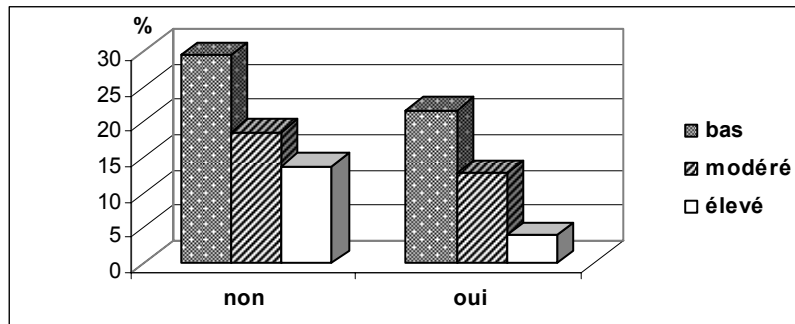


Figure 55 : Dépersonnalisation en fonction de la pratique de sport

4-3 Accomplissement personnel :

Les infirmiers qui pratiquent le sport ont le score d'accomplissement personnel le plus élevé (17,6%). Avec une différence statistiquement non significative : $p=0,279$ (fig.56)

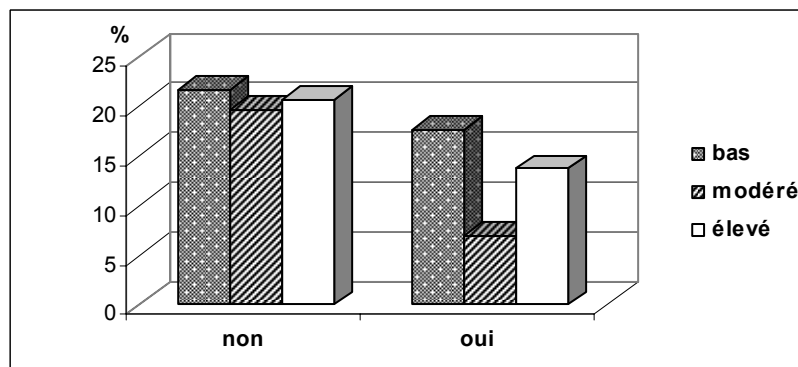


Figure 56 : Accomplissement personnel en fonction de la pratique de sport

Tableau n°XI : Burnout exprimé en pourcentages (%) chez les infirmiers de Ouarzazate :

Caractéristiques			Scores des trois composantes du burnout(%)		
			EE élevé	DP élevée	AP bas
Caractéristiques sociodémographiques	Tranche d'âge	20 à 29 ans	7,8	3,9	2
		30 à 39 ans	5,9	0	1
		40 à 49 ans	38,2	9,8	16,7
		50 à 60 ans	22,5	3,9	19,6
			P=0,005	P=0,392	P=0,017
	Sexe	Masculin	37,3	10,8	19,6
		Féminin	37,3	6,9	19,6
			P=0,943	P=0,490	P=0,987
	Statut marital	marié	63,7	13,7	36,3
célibataire		5,9	3,9	2,9	
veuf		2	0	0	
divorcé		2	0	0	
séparé		1	0	0	
		P=0,849	P=0,266	P=0,111	
Caractéristiques liées à la profession	Lieu d'exercice	Centre hospitalier	66,7	16,7	28,4
		Centre de santé	7,8	1	10,8
			P=0,000	P=0,252	P=0,127
	Ancienneté	Moins de 10 ans	6,9	3,9	2
		10 à 20 ans	13,7	2	5,9
		Plus de 20 ans	53,9	11,8	31,4
			P=0,497	P=0,384	P=0,232
	Grade	IDE 1 ^{er} grade	14,7	3,9	12,7
		IDE 2 ^{ème} grade	30,4	8,8	11,8
		IDE G. principal	2,9	0	1
		IA	8,8	1	2
		ASB	17,6	3,9	11,8
			P=0,196	P=0,853	P=0,346
	Revenu mensuel de foyer	<2700dh	2,9	2,9	2,9
		2700 à 4700dh	5,9	3,9	6,9
4700 à 7500dh		38,2	7,8	16,7	
7500 à 12000dh		23,2	2,9	9,8	
>12000dh		3,9	0	3	
		P=0,718	P=0,031	P=0,622	
Spécialité	Polyvalent	45,1	12,7	31,4	
	Sage-femme	9,8	1	1	
	Anesthésiste	9,8	2	3,9	
	Autres	9,8	2	2,9	
		P=0,049	P=0,561	P=0,102	
Service actuel	Médecine	25,5	9,8	13,7	
	Chirurgie	37,5	4,9	10,8	
	Centre de santé	7,8	1	10,8	
	Urgences	3,9	2	3,9	
		P=0,000	P=0,76	P=0,075	
Horaire de travail	Toujours la nuit	2,9	1	1	
	Toujours le jour	28,4	7,8	22,5	
	En alternance	43,1	8,8	15,7	
		P=0,028	P=0,870	P=0,020	
Conviction de bon choix de la profession	Oui	26,5	8,8	6,9	
	Non	48	8,8	32,4	
		0,131	P=0,135	P=0,030	
Automédication	Oui	11,8	3,9	2	
	Non	62,7	13,7	37,3	
		P=0,098	P=0,254	P=0,131	
Sport	Non	52	13,7	21,6	
	Oui	22,5	3,9	17,6	
		P=0,015	P=0,302	0,279	

Profil des infirmiers souffrants du burnout :

- L'épuisement émotionnel est plus élevé entre 40 et 49ans.
 - Pas de différence entre les deux sexes.
 - L'automédication n'a pas d'effet sur le burnout chez les infirmiers.
 - Etre polyvalent en chirurgie dans un centre hospitalier augmente l'épuisement émotionnel.
 - Travailler en alternance (jour et nuit) augmente l'épuisement émotionnel.
 - Le sport diminue l'épuisement émotionnel.
 - Les infirmiers qui ne sont pas convaincus de leur choix de profession ont un accomplissement personnel plus bas par rapport aux autres.
-
-



I-GENERALITES:

1-Historique:

Le travail est une loi universelle de l'humanité qui place l'homme dans une certaine ambivalence : travailler est une nécessité (gagner sa vie, être valorisé, avoir un rang dans la société...), et une source de progrès moral et matériel, mais c'est parfois une source de souffrance psychique et physique.

Une psychopathologie consécutive à une situation professionnelle difficile est signalée dans la littérature dès 1936 chez H. Selye. Le terme utilisé était « stress professionnel ». (12,13)

En 1959, le psychiatre C. Veil, décrivait des « états d'épuisement au travail », pour lui ce concept permettait de comprendre et de traiter « des cas déconcertants qui n'entraient pas dans la nosographie classique ». (14,15)

Le terme de burnout est apparu en tant qu'entité clinique dans la littérature nord-américaine en 1974, c'est le psychanalyste Herbert FREUDENBERGER qui utilisa le premier cette expression originale pour désigner un état particulier de détresse observé chez des sujets « ni névrotique ni psychotique au sens médical du terme ». Il se réfère de façon précise à la définition du dictionnaire : le verbe « to burn-out » signifiant « échouer, s'user ou devenir épuisé devant une demande trop importante d'énergie, de force ou de ressources ».

En terme d'industrie aérospatiale ce terme correspond à l'épuisement du carburant d'une fusée avec comme résultante la surchauffe et le bris de la machine. Pour justifier ce terme FREUDENBERGER écrira en 1980 : « Je me suis rendu compte au cours de mon exercice quotidien que les gens sont parfois victimes d'incendie tout comme les immeubles ; sous l'effet de la tension produite par la vie dans 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 ou moins intacte » (1, 16,17).

A partir de 1975, C. MASLACH appliqua le terme « burnout syndrome » à des collègues qui développaient une « attitude cynique, insensible et négative » à l'égard des personnes qu'ils

prenaient en charge. La définition la plus suivie sera celle de MASLACH et JACKSON, publiée en 1981, qui décrit le trépied : épuisement émotionnel, dépersonnalisation et réduction de l'accomplissement personnel chez les individus impliqués professionnellement auprès d'autrui. Ces trois piliers permettront la constitution d'un instrument de mesure : le MBI ou Maslach Burnout Inventory, outil qui est sans doute à la base du succès de cette définition. (7,8)

De nombreuses études ont succédé par la suite à travers le monde ayant permis la validation du MBI en d'autres langues et aussi l'étude du burnout chez des différentes catégories professionnelles.(18,19)

2-Un synonyme français du burnout :

Dans la littérature française le burnout est souvent traduit par « *le syndrome d'épuisement professionnel* » ce terme a le défaut d'être vague et paraît couvrir l'ensemble des effets néfastes du travail sur l'individu. Pour C.CHAZARIN le terme « *usure professionnelle* » est préféré à celui d'épuisement. (20,21)

3-Semiologie du burnout :

3-1 Symptomatologie spécifique :

C'est à C. Maslach et S. Jackson que l'on doit d'avoir éclairci le syndrome de burnout en le décrivant en trois volets évoluant successivement dans le temps :

- L'épuisement émotionnel.
- La déshumanisation de la relation à l'autre.
- La diminution de l'accomplissement personnel ou le sentiment d'échec professionnel(7,8).

a-L'épuisement émotionnel :

L'épuisement émotionnel est autant physique que psychique. Intérieurement, le sujet va ressentir cet épuisement sous la forme d'une fatigue affective au travail, d'un sentiment d'être vidé et d'une difficulté à être en relation avec les émotions de l'autre si bien que travailler avec

certaines malades devient de plus en plus difficile, cette fatigue émotionnelle n'est pas améliorée par le repos.

On peut observer des explosions émotionnelles comme des crises d'énervement et de colère, mais aussi des difficultés cognitives avec troubles de concentration marqués par des oublis de réponse à des demandes même anodines.

Cet épuisement va se heurter à l'incapacité d'exprimer toute émotion, celle-ci risque donc d'être déniée et déviée par des comportements de contrôle. Ainsi, l'épuisement peut prendre l'aspect d'une froideur et d'une distanciation du patient.

Pour MASLACH, et pour la plupart des auteurs l'épuisement émotionnel serait la composante clé du syndrome.

b-La déshumanisation de la relation à l'autre ou dépersonnalisation:

C'est la conséquence directe du premier volet, « *puisque les émotions me débordent, mettons-les de côté* ». C'est le noyau dur du syndrome. *La dépersonnalisation* représente la dimension interpersonnelle du burnout, elle est marquée par un détachement, une sécheresse relationnelle s'apparentant au cynisme ; le malade est considéré comme un objet, une chose, un cas ou un numéro de chambre. L'individu ne se sent plus concerné par son travail et dresse une barrière qui l'isole de ses patients et de ses collègues.

La *dépersonnalisation* peut prendre des formes plus dures et s'exprimer par des attitudes et des comportements de rejet ; elle est considérée comme mécanisme permettant de faire face (de manière inadaptée) à l'épuisement des ressources internes en mettant à distance les patients.

Le terme de *dépersonnalisation* peut prêter à confusion étant donné qu'il désigne un état psychoaffectif particulier dans lequel un sujet perd le sentiment de sa propre réalité, de son identité, de la réalité de son corps. Cet état s'accompagne d'un intense sentiment d'étrangeté du monde extérieur et d'une grande angoisse. Il peut être observé dans certaines psychoses schizophréniques graves. C'est la raison pour laquelle le terme de *déshumanisation* serait préférable.

c-La diminution de l'accomplissement personnel :

Conséquence des deux autres, ce sentiment d'échec professionnel est douloureusement vécu, le soignant a tendance à évaluer son travail et ses compétences négativement, avec un sentiment de ne plus être efficace, de ne plus faire du bon travail. Cette tendance s'accompagne d'une diminution de l'estime de soi et la personne croit perdre toute capacité à faire avancer les choses.

Chez certaines personnes, on peut noter une attitude de fuite avec un absentéisme accru. Chez d'autres, on constatera un surinvestissement dans l'activité professionnelle jusqu'à ne plus pouvoir quitter le travail ou y « traîner ». Ce comportement dit de « présentéisme » est souvent inefficace.

L'accomplissement personnel représente la dimension d'auto-évaluation du burnout.

On considère que l'épuisement émotionnel représente la composante affective du burnout tandis que les deux autres dimensions ; à savoir la déshumanisation et la réduction de l'accomplissement personnel constituent les composantes comportementales ou cognitives.

Un consensus se dégage actuellement pour affirmer que le burnout démarre avec *l'épuisement émotionnel*, celui-ci entraîne la *déshumanisation*. *L'épuisement émotionnel* réduit *l'accomplissement personnel* soit directement, soit à travers la *déshumanisation*. (22,23,24,25,26).

3-2 Symptomatologie non spécifique :

A côté de ces trois dimensions spécifiques du burnout, il existe de nombreux symptômes non spécifiques. Ces symptômes sont regroupés en quatre catégories dans le tableau suivant. (27,28,29,30,31).

Tableau n° XII: la symptomatologie non spécifique du burnout :

Signes physiques	Signes émotionnels	Signes cognitifs	Signes comportementaux
-Fatigue chronique -Troubles du sommeil -Douleurs musculo-squelettiques -Troubles digestifs (anorexie, nausées, gastralgies voire ulcères etc.) -Migraines -Hypertension -Déséquilibres hormonaux	-Perte du sens de l'humour -Tristesse -Indifférence affective -Irritabilité -Anxiété flottante -Sentiment d'impuissance -Sentiment de culpabilité	-Difficultés de concentration -Ennui -Rigidité d'esprit -Résistance au changement -Méfiance -Ruminations anxieuses	-Fuite du travail -Retards répétés -Réduction des contacts interpersonnels (collègues, patients) -Cynisme, -Manque de flexibilité -Addictions

4-Les phases du burnout

J. Edelwich et A. Brodsky décrivent quatre phases successives, aboutissant à la désillusion du burnout : *l'enthousiasme, la stagnation, la frustration et l'apathie.* (32, 33, 34,35)

4-1 L'enthousiasme

Le burnout débute par un enthousiasme idéaliste caractérisé par de grands espoirs, des attentes irréalistes, de l'énergie débordante. A ce stade, le travail représente toute la vie du sujet et promet de tout combler, il dépense son énergie de façon excessive et souvent inefficace. Ce mode de vie déséquilibré s'installe comme un cercle vicieux. D'une part, une conception idéalisée du travail tendra à occulter les besoins et intérêts personnels, d'autre part, les insatisfactions de la vie privée peuvent mener à une glorification du travail. Cet engagement excessif se nourrit de lui-même, car plus la vie privée est négligée, plus elle se détériore. Quand

le travail aura cessé d'apporter les satisfactions espérées, la personne risque de se retrouver dans une extrême vulnérabilité.

4-2 La stagnation

Une stagnation s'installe ensuite; c'est la perte de cet élan d'espoir. Le travail ne paraît plus aussi intéressant ou excitant. Le sujet continue à exercer son métier mais celui-ci ne parvient plus à compenser le fait que les besoins personnels (vie privée, loisirs...) ne soient pas satisfaits.

4-3 La frustration

Le sujet vit alors une période de frustration pendant laquelle il s'interroge sur son efficacité professionnelle, sur la pertinence et la valeur de son métier. L'individu a le sentiment profond que sa carrière est dans une impasse.

Si cette situation d'insatisfaction se prolonge, il risque de ne plus pouvoir exercer longtemps sa profession.

La distinction entre stagnation et frustration ne s'établit pas de façon très nette. Bien que le phénomène du burnout se déroule en quatre phases, il est impossible de définir clairement le passage d'une phase à une autre, car ce processus ne peut pas se découper en séquences chronologiques précises.

Face à cette frustration le sujet peut réagir de trois façons :

1. Se servir de cette frustration comme une source d'énergie positive ;
2. L'utiliser comme une source d'énergie négative ;
3. Se retirer de la situation, quitter la profession.

La frustration peut s'avérer un tournant majeur dans l'évolution du *burnout* car le sujet qui manque ce tournant risque de sombrer dans l'apathie.

4-4 L'apathie

Au cours de l'apathie, la personne se sent chroniquement frustrée dans son travail et ressent comme une forme d'ennui ; progressivement un détachement émotionnel s'installe.

Le sujet travaille en fournissant le minimum d'effort pour préserver son emploi car il a généralement besoin de ce travail pour assurer son existence. Il essaye de se protéger de ses interlocuteurs et de ce qui pourrait mettre en danger cette pseudo-situation de sécurité. Cette attitude paraît compenser son mal-être mais elle s'avère inadéquate.

Cette phase d'apathie mettrait du temps à s'installer et elle se dissiperait également très lentement. Elle semble s'ancrer viscéralement dans la personne...

Parmi toutes ces phases du burnout, l'apathie serait la plus difficile à surmonter.

5-Diagnostic différentiel du burnout :

Il existe deux principales entités cliniques à différencier du syndrome de burnout :

2-1 La dépression :

Pour certains auteurs, le burnout serait une forme clinique de dépression. En effet, le burnout et la dépression partagent de nombreuses analogies cliniques notamment au niveau de la symptomatologie non spécifique du burnout (décrite précédemment).

Néanmoins, le burnout et la dépression ne doivent pas être confondus, les principaux éléments permettant le diagnostic différentiel sont :

➤ Le burnout est généré par un stress émotionnel chronique et des facteurs professionnels externes à l'individu, or, la dépression a des origines principalement internes, les facteurs externes étant essentiellement déclenchants.

➤ L'action sur des facteurs externes comme une prise de distance par rapport au travail (arrêt de travail...), peut réduire le burnout, il n'est pas de même pour la dépression.

➤ Dans le burnout les manifestations cognitives négatives se limitent généralement au travail, alors que dans la dépression, l'inhibition de l'action et de la pensée envahit presque simultanément la sphère professionnelle et personnelle.

➤ Les Antidépresseurs et la thérapie comportementale-cognitive (TCC) sont le traitement de choix de la dépression. A l'inverse, ces derniers sont souvent inefficaces dans le burnout(36,37,38).

Il faut noter qu'un burnout non pris en charge peut évoluer vers une dépression.

2-2 Le karoshi :

« karoshi » est un terme japonais qui signifie la mort subite par épuisement nerveux, ou *mort par excès de travail* ; maladie redoutée due à l'épuisement physique et nerveux provoqués par le travail, elle est en quelque sorte la forme mortelle du stress, et c'est au Japon qu'elle a été observée et décrite pour la première fois, elle se différencie du burnout plutôt anglo-américain qui serait sa forme non mortelle. Le Karoshi touche des employés modèles qui travaillent vingt-quatre heures sur vingt-quatre, c'est un terme socio-médical utilisé particulièrement dans les cas de maladies cardiovasculaires mortelles contractées par des charges excessives de travail et des situations de stress importantes. (11,39,40,41)

6-Facteurs étiologiques du burnout :

Plusieurs facteurs sont incriminés dans la genèse du burnout, généralement on peut les classer en deux grandes catégories:

6-1 Facteurs externes :

Ce sont toutes les composantes qui font partie d'un environnement de travail et qui génèrent une tension ou un état de stress chronique pour l'individu :(42)

- ***Facteurs liés à la tâche***

- Fortes exigences quantitatives : charge de travail, pression temporelle, productivité, exigences plus importantes de la part des patients...

- Fortes exigences qualitatives : précision, qualité des soins, vigilance...

- Caractéristiques de la tâche : monotonie, absence d'autonomie, haute technicité des appareils et des soins, dangers physiques...

- ***Facteurs liés à l'organisation du travail***

- Absence de contrôle sur la répartition et la planification de tâches.

- Absence d'encadrement et de supervision.

- Contradiction entre les exigences du poste : exigences de qualité et de quantité.

-Inadaptation des horaires de travail aux rythmes biologiques et à la vie sociale et familiale (travail de nuit).

○ *Facteurs liés aux relations de travail*

-Une certaine difficulté à travailler entre confrères dans un climat de bienveillance.

- Les conflits avec les collègues.

-Le manque d'aide de la part des collègues et/ou des supérieurs hiérarchiques.

-L'absence de reconnaissance du travail accompli.

6-2 Facteurs internes :

Certains facteurs psychiques peuvent être décisifs quand à l'apparition d'un burnout. Ils concernent notamment la conception du travail, le sens de la <vocation>, la poursuite du maintien d'une certaine image de soi et une recherche exagérée de réussite sociale et/ou de pouvoir personnel. Ces positions de vie et ces comportements apparaissent décisionnels dans le type de réponse au stress et dans l'apparition de ce syndrome d'épuisement professionnel.

Pour ces causes internes, on a constaté que certains types de personnes sont fréquemment victimes de burn out, en raison de leur attitude envers leur travail, de leur comportement et de leurs attentes.

○ *L'anxiété :*

Certaines personnes anxieuses peuvent se rendre au travail et se sentir trop agitées pour fonctionner. Elles n'accomplissent pratiquement rien et pourtant se retrouvent complètement épuisées en fin de la journée. D'autre accomplissent au contraire beaucoup de travail, mais n'en continuent pas moins à entretenir l'impression qu'elles auraient pu faire mieux, qu'elles devraient à l'avenir travailler davantage, et obtenir de meilleurs résultats. Elles éprouvent un constat sentiment d'inquiétude et d'insécurité. Ce qui a pour effet, à long terme, de les rendre inefficaces.

○ ***L'esprit d'entreprise :***

L'hyperactivité, l'excès d'ambition, les actions compulsives, un emploi du temps ne laissant aucun répit pour les six mois à venir, l'engagement dans tout ce qui se présente ou qui offre le moindre intérêt sont le ferment de ce syndrome. L'évaluation de la personne dépend de ce qu'elle parvient à accomplir. L'idée de relaxation ou de repos apparaît comme une perte de temps, sous-tendue par la peur du vide.

○ ***Le désir de plaire à tout le monde :***

Beaucoup de personnes pensent qu'il n'est pas bien de s'occuper de soi et de satisfaire ses besoins, alors que cela reste essentiel pour maintenir un certain équilibre.

○ ***Le sens de l'autocritique trop poussé :***

Autocritique, nervosité et culpabilité émergent si le fonctionnement de ces personnes n'est pas optimal, car elles ont souvent une opinion négative d'elles-mêmes et donc travaillent avec opiniâtreté, comme pour se racheter à leurs propres yeux, sans tenir compte du travail déjà accompli et se vident de leur énergie sans se préoccuper d'en recevoir.

○ ***La mentalité de sauveur :***

Pour ces personnes, le plaisir de vivre dépend en grande partie du bien être, du plaisir, et de la satisfaction qu'ils apportent aux autres au détriment de leur propre bien être. (43)

7-Personnalité à risque :

Il n'apparaît pas vraiment de personnalité pathologique propre prédisposant au burnout, car tout soignant, quel qu'il soit, peut en être atteint.

Néanmoins, un profil du sujet prédisposé ressort d'après les réflexions de FREUDENBURGER, il s'agit d'un sujet «d'éducation souvent rigide, compétent, inspirant confiance, il est dynamique, refuse tout compromis et s'engage tout entier à la tâche dans le but

de concrétiser son idéal, il ne peut admettre l'existence de limites dans les idéaux qu'il cherche à atteindre. Il s'agit d'un individu idéaliste qui s'épuise au fur et à mesure que ses illusions sont confrontées à une réalité qui résiste.» (44)

Une personnalité relativement particulière a été décrite sous le terme de Hardiness par S. Kobossa, (45,46), c'est la personnalité « hardie » qui concerne des personnalités qui se sentent impliquées, hyperactives, très motivées, considérant tout stimulus de l'environnement comme un défi à relever, perfectionnistes, grands travailleurs, qui ne savent pas déléguer des tâches croyant que « on n'est jamais si bien servi que par soi même », et qui se croient indispensables.

Confrontés aux réalités du travail, une désillusion progressive fait jour, leur vie professionnelle n'apporte plus la récompense attendue, nourriture essentielle pour ces individus, et les amène à développer une image d'eux-mêmes en décalage avec leur personnalité profonde réelle. Dès lors, le burnout peut prendre place.

8-Stratégies préventives et thérapeutiques :

La confrontation à la souffrance humaine n'est pas toujours supportable, selon Sebag-Lanoe : « de ces pertes et de ces deuils multiples, les soignants que nous sommes sont alors les témoins et les accompagnateurs. Mais nous savons tous que nous n'échapperons pas nous même à ces pertes et ces deuils, notre travail s'en trouve plus difficile et plus anxiogène, car nous sommes obligés de voir ce que les autres refusent de plus en plus de voir, car nous sommes amenés à aider ceux que d'autres ne peuvent ou ne veulent plus aider » (47)

S'il y a des soignants qui n'en peuvent plus, c'est peut-être qu'à un moment donné leur route professionnelle a manqué de ce « phare » qui leur aurait permis de continuer. S'il y a des soignants *heureux*, c'est sans doute parce qu'à un moment donné, ils peuvent déposer des valises devenues trop lourdes et s'occuper d'eux-mêmes. S'il y a des infirmières qui persistent dans la voie choisie, c'est que leur vie personnelle et professionnelle ne manque pas de moments gratifiants.

Prévenir le burnout, lorsqu'on regarde les recommandations à ce sujet, signifie: savoir opter pour une philosophie de vie anti-burnout, c'est d'abord *connaître* et *reconnaître* ce

syndrome afin d'en détecter les premiers signes pour utiliser des solutions avant l'implantation véritable du problème. L'étape suivante est de faire l'effort de changer, pour ce, il existe deux grandes lignes d'intervention : premièrement sur le plan individuel et deuxièmement sur le plan collectif.

8-1 Stratégies préventives individuelles :

➤ *Savoir prendre soin de soi :*

Si le soignant prend soin de lui-même, il apportera à l'autre les meilleurs soins. Ce métier à risque nécessite le juste rapport et équilibre entre fusion, proximité et mise à distance, cette attitude s'acquiert au fur et à mesure du temps à la fois grâce à l'expérience personnelle et à l'aide d'un travail sur soi :

▪ Mise en forme psychologique

- Développer une philosophie de vie qui soulage la crainte et empêche l'angoisse.
- Se fixer des objectifs que l'on peut atteindre.
- Apprendre à s'aimer et à s'accepter
- Apprendre à dire "non" sans culpabilité
- Apprendre à déterminer ses priorités.
- Diminuer son acharnement au travail
- Prendre de temps en temps de petites pauses : fin de semaine dans un endroit calme.
- Trouver un hobby et se faire plaisir de temps en temps.

▪ Mise en forme physique :

- S'adonner à des techniques de relaxation.
 - Améliorer sa condition physique.
 - Faire un sport que l'on aime et qui nous détend.
 - Hygiène alimentaire, éviter l'alcool, le tabac et l'automédication.
 - Eviter les heures supplémentaires de façon excessive.
-
-

➤ *Savoir gérer son stress:*

- Reconnaître ses limites et son besoin d'aide.
- Relaxer, relâcher et exprimer ses sentiments dans un lieu sans jugement.
- Réévaluer ses priorités, ses besoins, ses rêves, ses fantaisies, ses attentes face à soi et aux autres.

- Prendre les choses de façon moins personnelle.
- Développer une philosophie de vie positive.
- Modifier ses habitudes émotionnelles
 - ✓ Prendre conscience de ses réactions face à une situation stressante : colère, agressivité, panique,
 - ✓ Ne pas se laisser submerger par ses émotions.
- Modifier ses habitudes de penser
 - ✓ Repérer ses pensées automatiques,
 - ✓ Changer ses pensées automatiques,
 - ✓ Aborder le problème comme un défi ou une rupture de continuité, pas comme une menace.
- Savoir positiver
 - ✓ Dresser un bilan positif de ses actions,
 - ✓ Relativiser les conséquences,
 - ✓ Etre satisfait des résultats atteints,
 - ✓ Faire un bilan positif de sa journée.

➤ *Savoir gérer son temps :*

- Voir venir les situations urgentes et bien les planifier.
 - Structurer les activités au travail en réduisant les tensions possibles.
 - Equilibrer les périodes de surcharge en incluant des périodes de repos.
-
-

- Etablir ses priorités.
- Déléguer si possible ou se faire aider par un collègue.
- Faire une transition entre le travail et la maison et se faire une vie à soi en dehors du travail.

8-2 Stratégies préventives collectives :

Il est bien connu que le travail en équipe forme un des principaux piliers du travail de tout soignant, une équipe n'est pas seulement une somme d'individus, il existe des règles consensuelles implicites, car inconscientes, qui régissent le groupe afin de protéger chaque membre.

Deux grandes lignes d'intervention se dégagent à ce niveau :

- Intérêt de la formation des soignants en matière de travail d'équipe.
- Intérêt de la formation des soignants en matière de la relation soignant-soigné.

a- Sur le plan de l'équipe :

Dans les structures hospitalières, un stress particulier semble avoir plus de poids, c'est celui des difficultés relationnelles avec les collègues, avec la hiérarchie, et avec les autres professions soignantes. Ce qui prédomine comme facteurs de stress est le manque de clarté, l'ambiguïté des rôles et la perte d'autonomie au travail, d'où :

➤ Intérêt de l'instauration de réunions périodiques ou staffs d'équipe au niveau des services hospitaliers ce qui aura un aspect positif sur la communication au sein des équipes. De même, l'organisation de temps en temps de discussions au sujet des craintes personnelles vécues dans le milieu de travail permettra la verbalisation du stress professionnel.

➤ Intérêt de faire participer le personnel infirmier dans la prise de décisions, tout en leur expliquant soigneusement la décision prise et ses conséquences sur l'état de santé du patient.

➤ Importance d'une bonne répartition des tâches confiées à chaque soignant.

- Se donner entre collègues un support social: se rendre des services, être présent et empathique à l'autre, reconnaître le bon travail que l'autre a fait, rire ensemble et se divertir(7).
- Communiquer avec les autres infirmiers afin de ventiler les difficultés rencontrées.
- Acquérir des habiletés de communication, d'assertion, de résolution de problèmes et s'ouvrir aux valeurs des autres.
- Les lieux de paroles constituent un des moyens pour *prendre soins de ceux qui soignent* : « ce sont des moments que les équipes se donnent pour constituer et enrichir un savoir d'action, d'expérience, en différenciant l'essentiel de l'accessoire, en regardant de haut avec d'autres éclairages »(48,49)

b-Sur le plan de la relation soignant- soigné :

La formation à la relation et à une bonne communication soignant–soigné apparaît aujourd'hui comme un facteur déterminant de la qualité de la relation thérapeutique et de protection du soignant contre le burnout.

Les demandes des patients sont de plus en plus exigeantes. Si leurs désirs doivent être entendus, les soignants n'en sont pas pour autant leurs sauveurs, il y a des espaces à construire ensemble, soignants et soignés, afin de diminuer les inévitables frustrations des uns et des autres.

Certaines mesures sont à mettre en place :

- Intérêt de se rappeler régulièrement des grands principes de la relation soignant–soigné : être empathique, accepter les émotions des patients mais une fois le travail terminé, il ne faut pas les *emporter* avec soi.
-
-

➤ L'empathie est un outil de créer un climat de confiance entre le patient et le soignant, mais qui n'implique pas que le soignant se consume en vivant toutes les souffrances et les émotions du patient.

➤ Une attention à la bonne distance de la relation est très importante. Pour P.CANOUI (2) « la valeur du syndrome d'épuisement professionnel est d'avoir remis au centre de la réflexion les difficultés de la relation d'aide et de *la bonne distance*, Il ne s'agit pas seulement de technique d'approche psychologique mais d'un approfondissement de ce que la relation à l'autre implique la dimension éthique. La relation à l'autre est constitutive de notre humanité mais en même temps elle ne va pas de soi et présente des risques ». La distanciation, en effet, ne doit pas donner l'impression que l'on se désintéresse de l'autre, ce qui nuirait à la qualité de travail.

8-3 Stratégies thérapeutiques

Les possibilités thérapeutiques du burnout sont classées en trois grands axes :

❖ L'amélioration des conditions de travail :

La modification des conditions de travail a pour but de changer l'environnement de l'infirmier. Par exemple, un meilleur partage des responsabilités permettra d'avoir un travail varié pour échapper à la monotonie des tâches. La réorganisation du travail dans le rythme et la périodicité, la flexibilité des horaires avec des périodes de détente, et l'implication du personnel infirmier dans la prise de décision constituent des facteurs de plus grande disponibilité.

❖ L'amélioration de la communication :

Il convient de souligner l'importance de la revalorisation de l'expression et des échanges lors de réunions et congrès, pour mieux partager ses difficultés et surtout sortir de son isolement. Ce partage interpersonnel, animé par un intervenant extérieur, doit avoir plusieurs objectifs. Outre la communication centrée sur la circulation de l'information, la concertation et la réflexion, ce partage offre la possibilité d'évoquer, pour ceux qui le souhaitent, les difficultés professionnelles et d'éviter que des situations difficiles d'un point de vue professionnel ne se transforment en problème relationnel puis personnel.

❖ Des interventions centrées sur l'individu :

Elles ont pour objectif de modifier la vie personnelle. Il peut s'agir d'un réaménagement du mode d'existence comme la pratique d'un sport, le yoga, la relaxation, les loisirs et le divertissement, ou la découverte d'une passion extérieure qui permet de s'épanouir en dehors du travail. Toutes ces solutions individuelles qui passent par un réaménagement de l'hygiène de vie peuvent avoir un effet thérapeutique.

Freudenberger (50) décrit le burnout comme étant « une maladie de l'âme en deuil de son idéal » et il soutient que la véritable cure est celle qui permettra au sujet de se rapprocher de lui-même et d'entrer en intimité avec soi. La psychothérapie qui est un lieu pour se brancher sur soi afin d'en venir à faire ses deuils et à s'enrichir de ce qui a été perdu apparaît donc, pour cet auteur, comme étant le traitement de choix.

Par ailleurs, d'autres recommandations se retrouvent dans la littérature. Pour C.Maslach quand aucune des stratégies précitées ne fait sa preuve on peut même aller jusqu'au changement de l'emploi ou reclassement professionnel.

II-ETUDE DU BURNOUT :

1 Comparaison de la prévalence du burnout chez les infirmiers de Ouarzazate avec celles d'infirmiers d'autres pays:

1-1 Taux de réponse :

Dans notre étude le taux de réponse était de **78,46%**.

Dans la littérature ce taux varie entre 31,45% en France et 85,8% en Turquie (Tableau IX), cette différence peut être expliquée par le fait que la majorité de ces études ont été faites par correspondance, c'est-à-dire qu'on envoyait le questionnaire aux infirmiers soit par Internet soit par poste, alors que pour notre étude les questionnaires ont été distribués après contact direct avec les infirmiers.

Tableau n° XIII: Comparaison des taux de réponse :

Population étudiée	Auteur	Pays	Année	Mode de distribution de questionnaires	Taux de réponse
Infirmiers en psychogériatrie, n=124	Frauceshi-Chaix C.	France	1991	Correspondance par poste	<u>31,45%</u>
Infirmiers en psychiatrie, n=510	Keven J. et al.	Grande Bretagne	2001	Correspondance par poste	48,8%
Infirmiers hôpital d'état & CHU de Samsun, n=333	Demir A. et al.	Turquie	2003	Contact direct	<u>85,8%</u>
Infirmiers en santé mentale, n=93	Jenkins R. Elliott P.	Grande Bretagne	2004	Correspondance par poste	39%
Infirmiers d'hôpital de Figueres, n=1095	Grau A. et al.	Espagne	2005	Correspondance par poste	47%
Infirmiers en dialyse, n=334	Argentero P. et al.	Italie	2005	Correspondance par Internet	80%
<u>Infirmiers de Ouarzazate</u>	<u>Notre étude</u>	<u>Maroc</u>	<u>2008</u>	<u>Contact direct</u>	<u>78,46%</u>

1-2 comparaison des prévalences de burnout chez les infirmiers :

Notre étude avait retrouvé un épuisement émotionnel élevé chez 74,5% des infirmiers, ce chiffre reste élevé par rapport aux quatre séries (tableau XIV) retrouvées dans la littérature (étude de Keven et al, Frauceshi-Chaix, Keven et al et celle de Jenkins et Elliott).

Un score élevé de dépersonnalisation a été retrouvé chez 17,6% des infirmiers de notre étude, Keven J. avait retrouvé moins de dépersonnalisation chez les infirmiers britanniques (7,1%). Les trois autres études ont rapporté des scores plus élevés.

Dans notre étude un bas accomplissement personnel a été rapporté chez 34,3% des infirmiers. Keven J. avait retrouvé presque le même résultat (33,1%), alors que Jenkins R. et Elliott P. ont retrouvé plus d'échec professionnel (60,2%) . Frauceshi–Chaix ainsi que Grau et al ont retrouvé moins d'échec professionnel sur des échantillons de 124 et 1095 infirmiers.

Dans la littérature, nous avons trouvé d'autres études de burnout chez les infirmiers, mais les différentes composantes de burnout étaient exprimées en moyennes. Pour ce, dans cette deuxième partie on va comparer les résultats de notre étude (scores moyens) avec d'autres études (tableau XV).

Dans notre étude le score moyen d'épuisement émotionnel était de $34,17 \pm 10,44$. Ce résultat est élevé par rapport aux résultats retrouvés par Argentero et al, Piko ainsi que Demir et al qui sont respectivement 17,15 et 24,7 et 19,1.

Chez les infirmiers de notre étude le score moyen de dépersonnalisation était de $7 \pm 6,42$. Les autres études ont rapporté moins de dépersonnalisation, en effet: chez Argentero et al, et Demir et al le score moyen de dépersonnalisation était respectivement de 4,64 et 5,6.

Dans notre étude le score moyen d'accomplissement personnel était de $36,36 \pm 8,02$, ce qui rejoint le résultat retrouvé par Argentero et al (36,51). Alors que Piko et Demir A. et al ont retrouvé des scores moyens d'accomplissement personnel plus bas.

**Tableau n° XIV: Comparaison de la prévalence du burnout(en pourcentage%)
des infirmiers de Ouarzazate avec celle retrouvé dans des études similaires :**

Population étudiée	Auteur	Pays	Nombre (n)	année	Burnout en pourcentage		
					EE élevé	DP élevé	AP bas
Infirmiers en psychogériatrie (51)	Frauceshi-Chaix C.	France	124	1991	24%	37,5%	26%
Infirmiers en psychiatrie (52)	Keven J. et al.	Grande Bretagne	510	2001	21,6%	7,1%	33,1%
Infirmiers (53)	Grau A. et al.	Espagne	1095	2005	41,6%	23%	26%
Infirmiers en santé mentale (54)	Jenkins R. Elliott P.	Grande Bretagne	93	2004	51,6%	37,6%	60,2%
<u>Infirmiers Ouarzazate</u>	<u>Notre étude</u>	<u>Maroc</u>	<u>102</u>	<u>2008</u>	<u>74,5%</u>	<u>17,6%</u>	<u>34,3%</u>

**Tableau n° XV: Comparaison de la prévalence du burnout(score moyen)
des infirmiers de Ouarzazate avec celle retrouvé dans des études similaires :**

Population étudiée	Auteur	Pays	Nombre (n)	année	Burnout en moyenne		
					EE	DP	AP
Infirmiers, hôpital d'état, (55)	Demir A. et al.	Turquie	148	2003	19,1	5,61	20,72
Infirmiers, CHU (55)	Demir A. et al.	Turquie	185	2003	17,23	4,67	20,61
Infirmiers en dialyse(56)	Argentero P. et al.	Italie	334	2005	17,15	4,64	36,51
Infirmiers hôpital de Szegred(57)	Bettina F. Piko	Hongrie	201	2006	24,7	9,4	27,4
<u>Infirmiers Ouarzazate, 2008, n=102</u>	<u>Notre étude</u>	<u>Maroc</u>	<u>102</u>	<u>2008</u>	<u>34,17±10,44</u>	<u>7±6,42</u>	<u>36,36±8,02</u>

Cette différence entre ces études concernant le burnout chez les infirmiers peut s'expliquer par :

❖ L'épuisement émotionnel qui est plus élevé à Ouarzazate peut être dû à :

- La charge de travail qui est excessive : Ouarzazate est une petite ville où il n'y a pas beaucoup de structures de soins dans le secteur privé, de ce fait il y'a une grande pression sur les structures publiques.
- Les conditions de travail difficiles (absence de climatisation dans les services malgré le climat chaud de Ouarzazate).
- Le manque du personnel infirmier ainsi que le personnel médical.

❖ La dépersonnalisation basse dans notre étude pour les raisons suivantes :

- La nature chaleureuse et respectueuse de la population de Ouarzazate, ce qui implique pour le soignant un comportement humaniste envers les patients.
- Le personnel de soins acquiert une assez grande considération de la part des patients et leurs familles, étant donné que les infirmiers jouent un rôle important dans la société.
- L'impact de la religion musulmane sur notre éducation, qui incite chacun de nous à une bonne considération et au respect de l'être humain et de son intégrité.

❖ L'accomplissement personnel bas peut être justifié par :

- Le manque de ressources humaines et matérielles, par exemple au service des urgences il existe un manque important en matériel nécessaire pour faire face à une urgence, de ce fait l'infirmier se retrouve dans l'incapacité à être utile, ce ci favorise le sentiment d'échec professionnel.
 - L'âge avancé des infirmiers de Ouarzazate puisque 81% d'entre eux sont âgés de plus de 40 ans, ce qui rend l'acquisition de nouvelles performances sur le plan professionnel difficile.
 - L'éloignement : sachant que la grande ville la plus proche est située à 200 kilomètres (Marrakech), donc difficulté d'accès à une bonne formation continue.
-
-

2 Comparaison de la prévalence du burnout chez les infirmiers avec celle des enseignants, des résidents, des internes et des étudiants du CHU Med. VI de Marrakech :

Notre étude a montré que :

-les infirmiers de Ouarzazate avaient un score d'épuisement émotionnel plus bas (74,5%) que les médecins internes (79%), et plus élevé que les enseignants (38%), les médecins résidents (64%) et les étudiants en médecine de Marrakech (39,5%).

-Les infirmiers de Ouarzazate avaient un score de dépersonnalisation plus bas (17,6%), c'est-à-dire un burnout plus faible que les enseignants (45%), les résidents (53%), les internes (57%) et les étudiants en médecine (29%).

-L'échec professionnel était plus élevé chez les infirmiers de notre étude (34,3%) par rapport aux enseignants (28%), aux médecins résidents (16%) et internes (14%) ainsi que les étudiants en médecine (18,5%) (Tableau XVI).

Cette différence peut être expliquée :

- Par la taille de l'échantillon (différente d'une étude à l'autre)
 - Par l'âge moyen de l'échantillon et l'ancienneté.
 - Par des conditions de travail différentes entre un CHU et des hôpitaux périphériques : ce qui explique le fait que les infirmiers de Ouarzazate ressentent plus l'échec professionnel.
 - Des charges de travail différentes ce qui explique l'augmentation de l'épuisement émotionnel chez les infirmiers par rapport aux enseignants, aux médecins résidents et aux étudiants en médecine.
-
-

**Tableau n° XVI: comparaison de la prévalence du burnout
Chez les infirmiers avec celle des enseignants,
des résidents des internes et des étudiants du CHU Med. VI de Marrakech :**

Population étudiée	Auteur	Nombre (n)	Année	Pays	Burnout		
					EE élevé	DP élevé	AP bas
Enseignants du CHU Med.VI	Benhmidoun A.	29	2006	Maroc	38%	45%	28%
Médecin résidents du CHU Med.VI	Benhmidoun A.	77	2006	Maroc	64%	53%	16%
Médecins internes du CHU Med.VI	Benhmidoun A.	14	2006	Maroc	79%	57%	14%
Etudiants de la faculté de médecine de Marrakech	Bounsir A.	240	2006	Maroc	39,5%	29%	18,5%
<u>Infirmiers de Ouarzazate</u>	<u>Notre étude</u>	<u>102</u>	<u>2008</u>	<u>Maroc</u>	<u>74,5%</u>	<u>17,6%</u>	<u>34,3%</u>

3-Comparaison de la prévalence du burnout chez les infirmiers avec celle des médecins généralistes français :

Dans notre étude, **74,5%** des infirmiers avaient un score d'épuisement émotionnel élevé, **17,6%** avait une dépersonnalisation élevée, et **34,8%** des infirmiers avaient un score d'accomplissement personnel bas. Alors que des études menées auprès des médecins généralistes français ont montré des résultats variés (tableau XVII) :

❖ Le score d'épuisement émotionnel chez les infirmiers de Ouarzazate est plus élevé par rapport aux médecins généralistes français (ces chiffres varient entre 7,2% à Tahiti et 47,2% à Bourgogne).

❖ Le score de dépersonnalisation chez nos infirmiers était plus élevé que chez les médecins généralistes de Tahiti (12,5%), et plus bas par rapport aux autres (médecins

généralistes de Bourgogne, Champagne–Ardenne, Dinan, Loire, Poitou–Charentes, Indre et Loire, Rhône–Alpes, et Cher)

❖ Le score d’accomplissement personnel se rapproche de celui trouvé chez les médecins généralistes de Champagne–Ardenne (37,4%).

Cette disparité des résultats peut s’expliquer par :

- La taille de l’échantillonnage qui diffère d’une étude à l’autre.
 - La relation soignant–soigné (patients plus respectueux envers les médecins par rapport aux infirmiers).
 - Un revenu mensuel et une qualité de vie qui changent d’une population à l’autre (France, Maroc) et d’une profession à l’autre (médecins, infirmiers).
 - Le climat et la qualité de l’environnement, étant donné que le climat à Ouarzazate est plus chaud par rapport à la France, donc des conditions de travail très difficiles surtout en absence de climatisation.
-
-

**Tableau n° XVII: comparaison de la prévalence du burnout
des infirmiers de Ouarzazate avec celle des médecins généralistes français :**

NB : dans cette comparaison les scores du burnout sont exprimés en pourcentage.

Population étudiée	Auteur	Nombre (n)	année	Pays	Burnout		
					EE élevé	DP élevé	AP bas
Médecins généralistes et spécialistes de Bourgogne (59)	Truchot D.	393	2001	France	<u>47,2%</u>	32,8%	29,2%
Médecins généralistes de Champagne–Ardenne, (60)	Truchot D.	407	2002	France	42,3%	<u>44,5%</u>	37,4%
Médecins généralistes de Dinan (61)	Robert E.	88	2002	France	22.7%	35.2%	39.8%
Médecins généralistes de Loire (62)	Begon–Bellet.	307	2003	France	26%	30%	<u>19%</u>
Médecins généralistes de Poitou–Charentes (63)	Truchot D.	515	2004	France	40,3%	43,7%	43,9%
Médecins généralistes de Poitou–Charentes (64)	Zeter C.	32	2004	France	34%	40%	<u>44%</u>
Médecins généralistes de Rhône–Alpes (65)	Philippon C.	189	2004	France	25%	24%	42%
Médecins généralistes de Indre et Loire (66)	Jarry C.	496	2005	France	25%	29%	25%
Médecins généralistes de Cher (67)	Elouali S.	127	2005	France	25.2%	33.1%	29.1%
Médecins généralistes de Tahiti (68)	CHANLIN – CHANTEAU S.	57	2005	France	<u>7.2%</u>	<u>12.5%</u>	23.2%
<u>Infirmiers de Ouarzazate,</u>	<u>Notre étude</u>	<u>102</u>	<u>2008</u>	<u>Maroc</u>	<u>74,5%</u>	<u>18%</u>	<u>34,3%</u>

4-Comparaison de la prévalence du burnout chez les infirmiers de Ouarzazate et celle d'autres professions :

Nous allons comparer *les scores moyens* du M.B.I. des infirmiers de Ouarzazate que nous avons obtenu avec ceux des médecins francophones ou d'autres professions (tableau XVIII).

Le tableau n° XIII présente cette comparaison. Les infirmiers de Ouarzazate sont comparés aux médecins libéraux de Bourgogne et Champagne Ardennes (France), aux journalistes, aux surveillants de prison, et enfin à des échantillons normatifs Hollandais et Nord-américains qui comprennent respectivement 3982 et 11067 professionnels de l'aide (médecins, infirmiers, travailleurs sociaux etc.)

Les infirmiers de Ouarzazate de notre étude étaient plus épuisés émotionnellement par rapport aux autres médecins et aux autres professions.

La dépersonnalisation chez nos infirmiers était plus élevée que celle retrouvée chez les journalistes, alors qu'elle était plus basse que celle retrouvée chez les médecins libéraux de Champagne-Ardenne (9,19) et Bourgogne (7,46), les surveillants de prison (13,45) et l'échantillon normatif Nord-américain (8,73) et Hollandais (7,53).

Un score d'accomplissement personnel très proche de celui des infirmiers a été retrouvé chez les médecins libéraux de Bourgogne (36,77) ainsi que les journalistes (36,02), alors que ce score était plus élevé par rapport aux autres professions.

Cette disparité des résultats peut être justifiée par :

- ❖ Les infirmiers sont plus épuisés émotionnellement vu la charge de travail excessive et la nature de travail soignant confronté à la souffrance et parfois même au décès de patient.

- ❖ La dépersonnalisation est en générale basse chez les infirmiers, parc que leur travail est confronté à l'être humain dans son état le plus faible (maladie et souffrance), au cours duquel, seul un comportement humaniste et réconciliant apaise cette souffrance.

- ❖ En général l'accomplissement personnel est plus élevé chez les infirmiers vu la nature répétitive du travail dans les autres professions, la non participation à la prise de décision et aussi l'absence d'avancement sur le plan professionnel.

**Tableau n° XVIII: Comparaison de la prévalence du burnout
(scores moyens) chez les infirmiers avec celle d'autres professions :**

Autres professions	Auteur	Nombre (n)	Année	Pays	Burnout en scores moyens		
					EE	DP	AP
Journalistes (69)	Alkarni A.	134	2000	Arabie saoudite	22,11	6,81	36,02
Médecins libéraux de Bourgogne (59)	Truchot D.	393	2001	France	<u>25,23</u>	7,46	<u>36,77</u>
Médecins libéraux de Champagne-Ardenne (60)	Truchot D.	407	2002	France	24,15	<u>9,19</u>	35,04
Surveillants de prison (70)	Groux W. et al.	123	2003	France	23,22	13,45	<u>27,21</u>
Echantillon normatif Hollandais (63)	-	3982	2004	Hollande	17,86	7,35	30,95
Echantillon normatif Nord-Américain (63)	-	11067	2004	Amérique	20,3	8,73	34,58
<u>Infirmiers de Ouarzazate</u> <u>Notre étude</u>	<u>Notre étude</u>	<u>102</u>	<u>2008</u>	<u>Maroc</u>	<u>34,17±10,44</u>	<u>7±6,42</u>	<u>36,36±8,02</u>

NB : les scores des trois composantes des burnout sont exprimés en moyenne.

III. LES FACTEURS INFLUENÇANTS LA SURVENUE DU BURNOUT :

1- Burnout et caractéristiques sociodémographiques :

1-1 Age :

Notre étude avait montré que l'épuisement émotionnel ainsi que la dépersonnalisation augmentaient avec l'âge pour diminuer après 50 ans, alors que l'échec personnel augmentait avec l'âge.

Une étude faite auprès de 124 infirmiers en psychogériatrie à Limoges en 1991 a montré que l'épuisement émotionnel est plus élevé chez ceux âgés de moins de 40 ans. (51)

L'étude réalisée chez les étudiants à la faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech avait montré qu'il n'y avait pas de corrélation significative entre l'âge et les trois composantes du burnout (58). Ceci peut être expliqué par « l'âge jeune » de la population étudiée.

Chez les oncologues brésiliens (étude faite chez 102 médecins en 2005), un burnout élevé a été retrouvé chez les jeunes médecins avec une différence significative (71).

D.TRUCHOT n'a constaté qu'une simple tendance à la baisse du burnout après 50 ans chez les médecins libéraux de CHAMPAGNE ARDENNE (60).

L'étude de Marianne Guinaud a montré qu'il existe une différence significative entre l'âge et la déshumanisation d'une part, et l'accomplissement personnel d'autre part : plus les résidents étaient âgés plus l'accomplissement est élevé et la dépersonnalisation est basse. (72)

Les autres études expliquaient le constat que le burnout diminuait avec l'âge par le fait qu'avec l'expérience, l'individu peut avoir appris à mieux gérer son stress.

1-2 Le sexe :

Notre étude avait trouvé plus de dépersonnalisation chez les hommes, mais la corrélation n'était pas significative.

L'étude faite chez les étudiants en médecine (58) montre une corrélation entre le sexe et la dépersonnalisation : les hommes avaient un score de dépersonnalisation plus élevé que les femmes (différence statistiquement significative $P=0,031$).

La plupart des recherches avait retrouvé une dépersonnalisation élevée chez les hommes ; L'étude de Truchot a montré que les hommes avaient un score de dépersonnalisation plus élevé que les femmes (60), de même pour Clémentine VAQUIN-VILLEMINEY (73), Cabellero-Martin (74) et Kevin et al (52).

Parallèlement, C. MASLCH évoque le fait que les différentes composantes du syndrome pouvaient être réparties inégalement en fonction du sexe : les femmes souffriraient plus d'épuisement émotionnel et d'un manque d'accomplissement personnel (donnée non retrouvée

dans notre étude), tandis que les hommes déshumaniseraient plus les relations (ce qui concorde avec nos résultats) (75).

Plusieurs explications sont rapportées pour éclairer cette différence de résultat entre les deux sexes concernant la dépersonnalisation : D.Truchot l'attribue à la différence de socialisation des rôles selon le sexe : les femmes traversent, au cours de leur enfance, des rôles plus « maternants » et les hommes des rôles plus « masculins » (63),

Selon E. D. Ogus, ce sont les attitudes plus « attentives émotionnellement » qui protègent les femmes de la dépersonnalisation. A l'opposé, les hommes ont des attitudes plus instrumentales (76). En outre, contrairement aux femmes, les hommes sont moins enclins à rechercher un soutien social lors de difficultés, ce qui peut représenter un facteur de risque de burnout.

1-3 Le statut marital :

Notre étude n'avait pas trouvé de corrélation entre le burnout et le statut marital. Ce résultat vient pour soutenir et appuyer la théorie d'installation de burnout, le burnout est du à un stress chronique et répété dans le domaine de travail, alors que la vie privée reste à part, c'est-à-dire qu'elle n'affecte pas la survenue de burnout.

Le statut familial des généralistes tahitiens n'est pas lié au burnout (68).

Cette observation peut être interprétée de plusieurs façons. Selon D. Truchot, la situation maritale pourrait être liée au burnout par l'intermédiaire d'autres variables tel l'âge (les plus jeunes vivraient plus souvent seuls). Par conséquent, le statut marital et le burnout seraient les résultats d'une source commune.

En général, le comportement réconfortant du partenaire est prédictif d'une meilleure adaptation relationnelle du sujet concerné, et donc d'un plus faible burnout.

De plus, l'individu bénéficiant d'un soutien social renforcé par le partenaire ou conjoint et d'un soutien social de qualité est lié à un moindre burnout. Ainsi, outre le conjoint ou partenaire, de nombreux intervenants peuvent prêter main-forte au soignant.

Au niveau professionnel, les collègues de travail ou les confrères, des institutions de défense des droits professionnels (syndicat), un référent professionnel (donnant des conseils pour l'épanouissement personnel, familial et professionnel du soignant), peuvent aider le praticien.

Au niveau social, le soutien peut venir d'autres membres de la famille, d'amis, d'associations ou de communautés religieuses. Effectivement les croyances spirituelles confèrent un sens, une valeur à la vie. Elles permettraient à l'individu de se sentir engagé dans ses actions (travail, famille, relations humaines, loisirs) et d'utiliser ses forces morales pour servir une finalité plus grande.

2-Burnout et caractéristiques liées à la profession :

2-1 Lieu d'exercice :

Les infirmiers travaillant au centre hospitalier avait un épuisement professionnel plus élevé par rapport à ceux travaillant dans un centre de santé, mais la corrélation n'était pas significative. Ce constat peut être expliqué par :

- ❖ La charge de travail plus élevée dans les structures hospitalières par rapport aux centres de santé.

- ❖ Le type de pathologies prises en charge dans chaque structure : dans les centres hospitaliers les infirmiers sont confrontés à des pathologies souvent graves et dont la prise en charge est lourde.

2-2 Grade :

Notre étude avait montré que les infirmiers diplômés d'état 2ème grade (IDE 2ème G) avaient plus d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation, nous pouvons l'expliquer par l'âge jeune de ceux-ci, alors que les IDE 1^{er} grade ont plutôt un accomplissement plus bas, parqu'ils sont plus âgés, donc ont plus de difficultés à acquérir de nouvelles habilités et compétences professionnelles.

2-3 Spécialité :

Les infirmiers polyvalents avaient un épuisement émotionnel plus élevé par rapport aux autres infirmiers (résultat significatif $p=0,049$).

Dans la revue de la littérature on n'a pas trouvé d'étude qui prend en considération ce paramètre. Mais ce constat peut être expliqué par le fait que les infirmiers polyvalents ont souvent une formation pluridisciplinaire, mais non approfondie, avec des tâches de travail mal définies, chose qui serait parmi les facteurs de risque majeurs de burnout.

2-4 Service :

Les infirmiers exerçant dans des services de chirurgie ont significativement plus d'épuisement émotionnel ($p=0,000$).

Ce résultat peut être expliqué par le fait que, dans les services de chirurgie, les infirmiers sont plus confrontés à la souffrance des patients, et à des charges de travail plus excessives, nécessitant en même temps la rapidité d'action et la précision.

De même pour ce paramètre, on n'a pas trouvé d'étude dans la littérature qui traite cette variable.

2-5 Horaire de travail :

Dans notre étude le burnout était significativement lié aux horaires de travail (travailler toujours le jour diminuait l'accomplissement personnel, et travailler en alternance augmentait l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation n'était pas corrélée aux horaires de travail).

L'étude de Demir et al n'avait pas mis en évidence de corrélation entre la dépersonnalisation et l'horaire de travail, mais l'épuisement émotionnel serait plus élevé et l'accomplissement personnel serait plus bas chez les infirmiers travaillant toujours la nuit et ce de façon significative. (55)

2-7 Conviction du choix de la profession :

Notre étude avait mis en évidence une corrélation significative entre l'accomplissement personnel et la conviction du choix de la profession ($p=0,030$)

L'étude de Bounsir avait trouvé des scores d'épuisement émotionnel et de déshumanisation significativement diminués chez les étudiants ayant choisi la médecine par conviction et par amour. (58)

Selon Frauceshi-Chaix, les soignants qui travaillent auprès des sujets âgés sans l'avoir réellement choisi expriment de manière significative un épuisement émotionnel élevé et un accomplissement personnel bas par rapport à ceux qui ont choisi la pratique de la psychogériatrie. (51)

L'étude de Glasberg et al avait trouvé que le burnout était corrélé positivement à la réticence du choix de la profession (71)

3- Burnout et la pratique de sport :

Dans notre étude le sport diminue significativement l'épuisement émotionnel ($p=0,015$), ainsi que la dépersonnalisation et augmente l'accomplissement personnel (résultat non significatif)

L'étude de Glasberg et al avait trouvé que le burnout était plus élevé chez les médecins qui ne pratiquaient pas d'activité physique ou de loisirs, ce résultat était statistiquement significatif. (71)

Une étude Hollandaise a montré que le fait de passer une heure par jour à la réalisation de ses loisirs protégerait du burnout (11).

Il paraît donc que la pratique d'un sport ou d'un loisir protège contre le burnout puisque un passe-temps régulier offre l'occasion d'investissement nouveau où la personne peut s'exprimer librement.

4- Burnout et Automédications (antidépresseurs, hypnotiques, anxiolytiques) :

Notre étude n'avait pas trouvé de corrélation entre le burnout et l'automédication, malgré que le burnout paraît plus élevé chez les infirmiers qui ne s'adonnent pas à l'automédication (62,7% pour EE, 13,7% pour DP et 37,3% pour AP), contre 11,8% pour EE, 3,9% pour DP et 2% pour AP chez ceux qui s'adonnent à l'automédication.

Chez les étudiants en médecine l'automédication augmentait la dépersonnalisation, on pourrait l'expliquer par le fait que se sentant épuisés professionnellement, et donc stressé, les étudiants en médecine s'adonnaient à l'automédication pour diminuer l'anxiété (58).

Selon Grau et al un score élevé d'épuisement émotionnel serait associé à une consommation de tranquillisants et antidépresseurs. (53)

L'étude de Marianne GUINAUD a montré que la consommation de psychotrope est importante chez les sujets épuisés professionnellement (72).

Selon C.MASLACH le burnout est corrélé significativement à un recours excessif aux médicaments psychotropes et à l'alcool (76).

Il existe une relation entre le stress des praticiens et leur consommation de substances variées (médicaments, drogues, alcool et tabac). Ces résultats peuvent être expliqués par La facilité d'accès du personnel de santé aux médicaments. (77)

IV- LES LIMITES DE NOTRE ETUDE:

Notre étude a été réalisée à Ouarzazate auprès des 130 infirmiers exerçants dans le secteur public, cette enquête présente des limites qui sont essentiellement :

- ❖ La subjectivité des réponses puisque nous avons utilisé un auto-questionnaire pour réaliser cette étude.

- ❖ La taille restreinte de l'échantillon.

- ❖ Le fait que notre enquête a été réalisée dans une seule ville ne permet pas de généraliser nos résultats.

- ❖ Nous nous sommes limités au secteur public sans inclure les autres secteurs.

D'autres études, englobants tous les secteurs, sont nécessaires afin de mesurer l'ampleur du syndrome d'épuisement professionnel dans le contexte marocain.



CONCLUSION

Le syndrome du Burnout ou syndrome d'épuisement professionnel est devenu récemment un sujet d'actualité au Maroc. Le Maslach Burnout Inventory (MBI) constitue l'instrument de mesure privilégié du burnout. Notre étude a révélé que 74,5% des infirmiers de Ouarzazate souffraient d'un épuisement émotionnel élevé, 17,6% de déshumanisation élevée et 34,3% d'un accomplissement personnel bas.

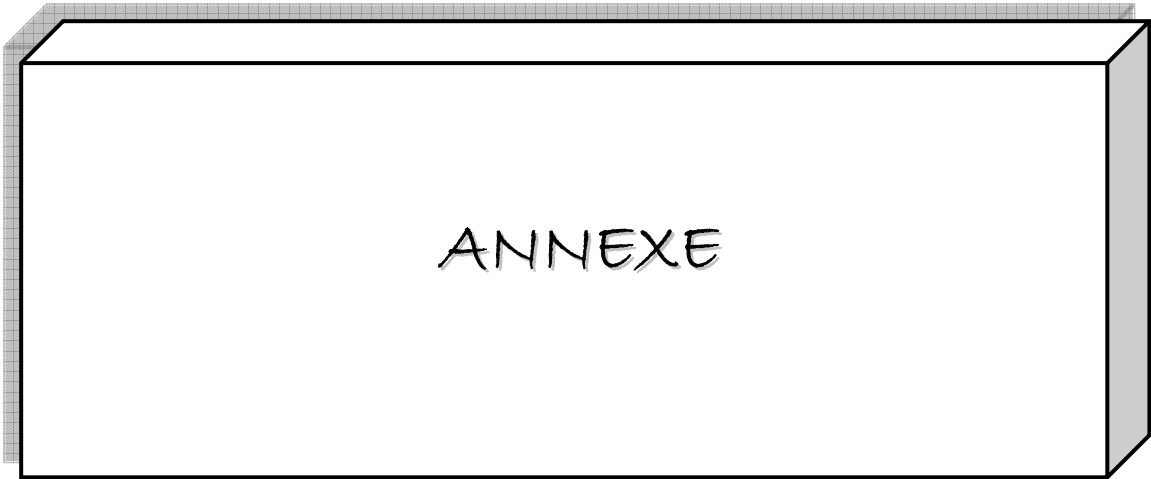
L'analyse des résultats de notre enquête a montré que :

- L'épuisement émotionnel diminue après 50 ans ainsi que l'accomplissement personnel.
- Être infirmier polyvalent travaillant en alternance dans un service de chirurgie augmente l'épuisement émotionnel.
- Travailler toujours la nuit diminue l'accomplissement personnel.
- La pratique de sport diminue l'épuisement émotionnel.
- Être convaincu du choix de la profession augmente l'accomplissement personnel.

D'autres études au niveau de toutes les formations sanitaires dans les différentes villes de notre pays sont nécessaires pour une évaluation élargie et une mesure précise de l'ampleur de ce phénomène.

Les mesures de prévention et de prise en charge du burnout sont inexistantes au Maroc. La diffusion de programmes d'information, notamment auprès du personnel infirmier, semble urgente pour améliorer leurs connaissances, et ceci dans le but de diminuer le risque de survenue de burnout, diminuer l'automédication et l'absentéisme, et faire un diagnostic précoce.

La mise en place des mesures concrètes de soutien, à l'image d'autres pays occidentaux, semble également nécessaire pour les soignants.



-dans quel service êtes-vous actuellement :.....

- vous travaillez :

1. toujours la nuit
2. toujours le jour
3. en alternance

-êtes-vous convaincu de votre choix de la profession ? 1.oui 2.non

-est-ce que vous envisagez le départ de la fonction publique ? 1.oui 2.non

Si oui pour quelle raison ?

3. Consommation toxique et automédication

-Consommation du tabac : 1-Non fumeur 2-Fumeur habituel
3- Fumeur occasionnel

Si oui : nombre de cigarettes/jour |__|__|cig/jour

-Consommation du Hachich : 1-Quotidiennement 2-Occasionnellement 3-Non

-Consommation d'alcool : 1-Quotidiennement 2-Occasionnellement 3-Non

-Automédication :

1-Oui 2-Non

Si Oui : A-anxiolytiques B-antidépresseurs C-hypnotiques

4-Habitudes de vie :

-Consommation de café : 1-Oui 2-Non |__|__| nb tasse/j

-Consommation du thé : 1-Oui 2-Non |__|__| nb tasse/j

-Faites-vous du sport ? 1-Non 2-Oui

-Avez-vous d'autres loisirs ? 1-Non 2-Oui

-Avez-vous le temps de pratiquer du sport ou autres loisirs quand vous le désirez ?

1-Non 2-Oui

EVALUATION DE VOTRE NIVEAU D'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL

* Entourez la fréquence à laquelle vous ressentez ce qui est décrit à chaque item :

0 : Jamais

1 : Quelques fois par année

2 : Une fois par mois, au moins

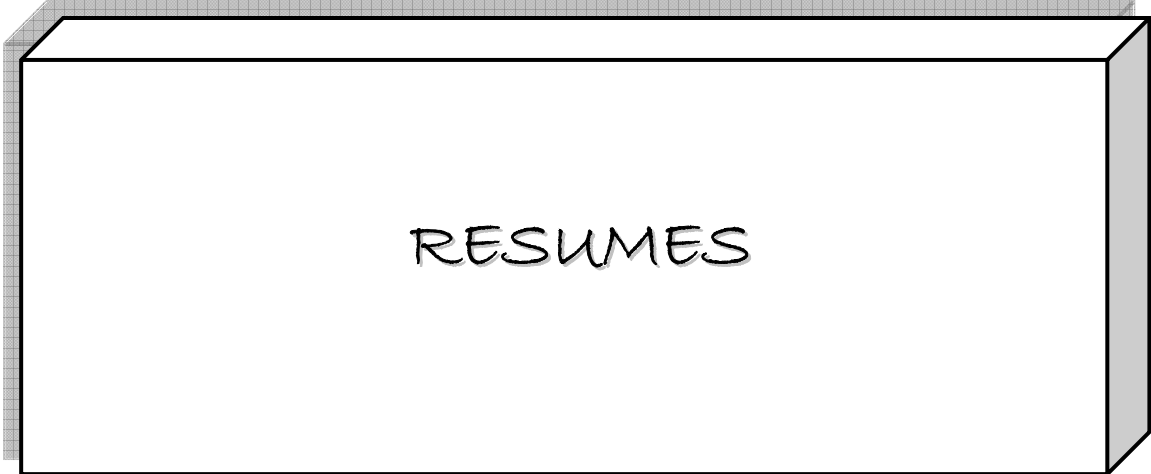
3 : Quelques fois par mois

4 : Une fois par semaine

5 : Quelques fois par semaine

6 : Chaque jour

Item	Fréquence
1. je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail	0 1 2 3 4 5 6
2. je me sens à bout à la fin de ma journée de travail	0 1 2 3 4 5 6
3. je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail	0 1 2 3 4 5 6
4. je peux comprendre facilement ce que mes malades ressentent	0 1 2 3 4 5 6
5. je sens que je m'occupe de certains malades de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets	0 1 2 3 4 5 6
6. travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort	0 1 2 3 4 5 6
7. je m'occupe très efficacement des problèmes de mes malades	0 1 2 3 4 5 6
8. je sens que je craque à cause de mon travail	0 1 2 3 4 5 6
9. j'ai l'impression à travers mon travail, d'avoir une influences positive sur les gens	0 1 2 3 4 5 6
10. je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail	0 1 2 3 4 5 6
11. je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement	0 1 2 3 4 5 6
12. je me sens plein (e) d'énergie	0 1 2 3 4 5 6
13. je me sens frustré(e) par mon travail	0 1 2 3 4 5 6
14. je sens que je travaille « trop dur » dans mon travail	0 1 2 3 4 5 6
15. je ne me soucis pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes malades	0 1 2 3 4 5 6
16. travailler en contact direct avec les gens me stresse trop	0 1 2 3 4 5 6
17. j'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes malades	0 1 2 3 4 5 6
18. je me sens ragaillard(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche des mes malades	0 1 2 3 4 5 6
19. j'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail	0 1 2 3 4 5 6
20. je me sens au bout de rouleau	0 1 2 3 4 5 6
21. dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement	0 1 2 3 4 5 6
22. j'ai l'impression que mes malades me rendent responsable de certains de leurs problèmes	0 1 2 3 4 5 6



RESUME

Le syndrome du burnout ou syndrome d'épuisement professionnel est devenu un sujet d'actualité au Maroc. Le burnout se définit par un épuisement émotionnel, une dépersonnalisation de la relation à l'autre et une diminution de l'accomplissement personnel.

Ce travail a pour objectif d'évaluer la prévalence du burnout chez les infirmiers de Ouarzazate et ses liens avec certaines caractéristiques sociodémographiques et professionnelles. Un auto-questionnaire incluant le Maslach Burnout Inventory (MBI) et des variables sociodémographiques et professionnelles, a été distribué aux 130 infirmiers exerçant à Ouarzazate, 102 questionnaires ont été remplis soit un taux de réponse de 78,46%.

L'âge moyen des infirmiers de notre échantillon était de $44,78 \pm 8,75$ ans, avec 51% de femmes et 49% d'hommes, la majorité des infirmiers étaient mariés (84,2%), plus des deux tiers (70,6%) travaillait depuis plus de 20ans, presque la moitié travaillait dans un service chirurgical (44,1%). Selon les critères du MBI : 74,5% des infirmiers avaient un épuisement émotionnel important, 17,6% souffraient de déshumanisation élevée et 34,3% avaient un accomplissement personnel faible. L'analyse a démontré que l'épuisement émotionnel diminue après 50 ans ainsi que l'accomplissement personnel, le sexe n'a pas d'effet sur le burnout, être infirmier polyvalent dans un service chirurgical et travailler en alternance augmentent l'épuisement émotionnel, la pratique de sport diminue de façon significative l'épuisement émotionnel, et la conviction du choix de la profession augmente l'accomplissement personnel.

En conclusion cette étude montre que le burnout chez les infirmiers est une réalité, donc La diffusion de programmes d'information et de prévention auprès du personnel soignant semble nécessaire.

ABSTRACT

The Burnout syndrome or the professional exhaustion syndrome has become the topic of the day in Morocco. The Burnout can be defined as an emotional exhaustion, a depersonalization of the relations with others, and a decrease in the personal accomplishment.

The aim of this work is to evaluate the prevalence of the Burnout syndrome among nurses employed in Ouarzazate, and its links with sociodemographic and professional characteristics. An auto-questionnaire, with the Maslach Burnout Inventory and its sociodemographic and professional variables, has been distributed to 130 nurses working at Ouarzazate, 102 responses was received giving a response rate of 78,46%.

The mean age of the sample was $44,78 \pm 8,75$ years with a preponderance of females (51%). The majority of nurses were married (84,2%), more than two-third of the nurses are employed more than 20 years, almost the half were working at a surgical service (44,1%). According to the MBI criteria: 74,5% of nurses had a serious emotional exhaustion; 17,6% suffered from an increasing dehumanization and 43,3% had a low personal accomplishment. The analysis has revealed that sex has no effect on the burnout, after 50 years old the emotional exhaustion and the personal accomplishment decreases, to work alternately in a surgical unit increase the emotional exhaustion, working constantly at day shift decrease personal accomplishment. The practice of sport activities contribute significantly to the diminution of the emotional exhaustion. The conviction of the choice of profession increases the personal accomplishment.

In conclusion, this study shows that the Burnout among nurses is a reality; therefore, the diffusion of programmes of information for the benefit of health workers is necessary.

ملخص

لقد أصبح الإجهاد المهني موضوعا ذا أهمية في المغرب، ويضم الإجهاد الانفعالي، اللأنسنة في العلاقات وتدني مستوى الإنجاز الشخصي.

يهدف هذا البحث إلى التعرف على مدى تفشي الإجهاد المهني عند الممرضين العاملين في مدينة ورزازات وعلاقته بالضغوطات الاجتماعية والمهنية، ولهذا الغرض تم استعمال استبيان ذاتي يتضمن مقياس "Maslach" للإجهاد المهني إضافة إلى فقرات خاصة بالضغوط المهنية والاجتماعية، وتم توزيعه على 130 ممرض (ة)، حصلنا على 102 رد، مما يعطينا نسبة رد تساوي 78.46%.

من خلال هذه الدراسة يتبين أن متوسط عمر ممرضي مدينة ورزازات هو $44,78 \pm 8,75$ ، النساء يشكلن أكثر من نصف العينة (51%)، غالبية الممرضين متزوجون (84,2%)، ما يزيد عن الثلثين منهم يعملون منذ أكثر من 20 سنة، وما يقارب النصف يعملون في قسم جراحي. حسب أبعاد مقياس "Maslach" للإجهاد المهني 74,5% من الممرضين يعانون من درجات عالية من الإجهاد الانفعالي، 17,6% يعانون من لأنسنة عالية و34,3% يعانون من تدني عام في مستوى الإنجاز الشخصي. تحليل المعطيات بين مايلي: انخفاض الإجهاد الانفعالي وتدني مستوى الإنجاز الشخصي بعد سن الخمسين، لا فرق بين الذكور والإناث فيما يخص الإجهاد المهني، الممرضون المتعدّدو الاختصاصات العاملون بالتناوب في قسم الجراحة يعانون أكثر من الإجهاد الانفعالي، فيما العمل نهارا بصفة دائمة يؤدي إلى تدني مستوى الإنجاز الشخصي، ممارسة الرياضة تقلل من الإجهاد الانفعالي والافتناع بخيار المهنة يرفع مستوى الإنجاز الشخصي.

باختصار، هذه الدراسة تبين أن نسبة مهمة من ممرضي مدينة ورزازات يعانون من الإجهاد المهني، لذا تبقى برامج التوعية والتحسيس ذات أهمية بالغة.



BIBLIOGRAPHIE

1. FREUDENBERGER H.

Staff burn out

Journal of social issue, 1970, 30(1), 159–165

2. CANOUI P., MAURANGES A.

Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants: de l'analyse du burnout aux réponses.

Deuxième édition, 2002, Paris, Masson, p240.

3. MASLACH C., JACKON S.E.

Burnout in health professions: a social psychological analysis,

Social psychology of health and illness, Laurence Erlbaum Associates, 1982, 30, 105–124

4. BELFER R.

Une infirmière sur quatre épuisée. Analyse d'une étude préoccupante: la preuve par le stress.

L'infirmière Magazine, Juin 1993; 73.

5. CANOUI P.

Le burnout à l'hôpital.

Ed. Masson, 2008, collections Infirmières, p288.

6. MASLAC C., LEITER M-P.

Areas of worklife: a structured approach to organizational predictors of job burnout.

Research in Occupational Stress and Well Being, Volume 3, 2003, Pages 91–134

7. FREUDENBERGER H.

L'épuisement professionnel: La Brûlure interne,

Québec, Gaétan Morin Éditeur, 2eme éd, 1987, p190.

8. MASLACH C., JACKSON S.E.

Maslach burnout inventory Manual,

Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press Inc., 1996, 3rd édition , p196.

9. FREUDENBERGER H.J.

L'épuisement professionnel: la brulure interne.

Paris : Morin, 1980, p260.

10. PAILLARD J.

Les médecins sur le divan du psy.

Panorama du médecin, 2001.4785 :14-17.

11. DELBROUK M.

Le burnout du soignant, le syndrome d'épuisement professionnel.

Bruxelles : de Boeck, 2003. 25-26

12. SELYE H.

Stress in health and disease,

Mass, *Butterworth Inc*, 1976, p1286.

13. SELYE H.

A syndrome produced by divers nocuous agents.

Nature, 1936, 138, 2.

14. VEIL C.

Les états d'épuisement.

Concours Méd. 1959 :2675-2681.

15. CANOUI P. MAURANGES A.

Comprendre le syndrome d'épuisement professionnel des soignants.

Soins Nov. 1989 ; 630 :10-11

16. Ch. REYNAERT, Y. LIBERT2, P. JANNE ET N. ZDANOWICZ,

Comment allez-vous docteur ? Le burnout du medecin,

L OUVAIN MED. 120: S296-S310, 2001

17. FREETTE J.

Le burnout du soignant, le syndrome d'épuisement professionnel

Bruxelles : Edition de Boeck université, 2004, P.7-37

18. CANOUI P.

Approche de la souffrance des soignants par l'analyse du concept de l'épuisement professionnel, le burnout : considérations psychologiques et ethniques en réanimation pédiatrique,

Thèse de doctorat, université Paris V, 1996.

19. CEBRIA-ANDREU J.

The professional burnout syndrome as a public health problem,

Gas Sanit. 2005 Nov-Dec;19 (6), 470.

20. CHAZARIN C.

L'usure professionnelle est-elle un risque pour l'infirmière ?

recherche en soins infirmiers, 1991, Décembre, no 27, 167-173

21. FRANCESCHI-CHAIX C.

Le syndrome de burnout : étude clinique et implications en psychopathologie du travail.

Recherche en soins infirmiers, no 32, Mars 1993, pp 5-18.

22. BENEVIDES-PEREIRA A. M. T., DAS NEVES ALVES R.

A study on burnout syndrome in healthcare providers to people living with HIV,
Universidade Estadual de Maringá - Brasil, AIDS Care, April 2007; 19(4): 565-571

23. GUINAULD M.

Évaluation du burnout chez les internes de médecine générale et étude des facteurs associés,
Th : Méd. : Créteil, 2006.

24. POUILLARD J.

L'entraide ordinale, ordre national des médecins,
Conseil national de l'ordre des médecins, juin 2004, p20.

25 . JARRY C.

Etude du burnout chez les médecins généralistes d'Indre et Loire.
Thèse de médecine générale, université Claude Bernard Lyon 1, 2003, 12-52.

26. CEBRIA J., SEGURA J., CORBELLA S. & al

Personality traits and burnout in family doctors.
Aten Primaria, 2001, Apr 30, 27(7), 459-68.

27. FAESSLER M-C., MOULIN F.

Santé et bien être des enseignants en suisse romande : analyse de la situation et proportion de mesures de promotion de la santé.
Travail de diplôme des études post grades HES en humain systems. Engineering, session 2002-2004. p195.

28. MASLACH C., LETER M-P.

Banishing burnout: six strategies for improving your relationship with work
Ed. Jossey-Bass, 2005, p208

29. NOEL N.

L'épuisement professionnel en gérontologie, Peut y soigner sans s'épuiser ?

Mémoire de fin d'études infirmiers, Institut de formation en soins infirmiers de TENON, 2003, p53.

30. AUDETAT M.-Cl., VOIROL Ch.

Comprendre et prévenir le burnout,

Psynergie – Neuchâtel, Masson 1998, p140.

31. GRAU A., SUNER R., GARCIA MM.

Burnout syndrome in health workers and relationship with personal and environmental factors.

Gac Sanit, 2005 Nov-Dec, 19(6), 463-70.

32. FRANK TH. PETERMANN

« Le syndrome du burnout » Nouveau défi pour les ressources humaines

Swiss Burnout, September 2005, St-Gall, p93.

33. FREETTE J.

Le burnout du soignant, le syndrome d'épuisement professionnel,

Edition de Boeck université, Bruxelles : 2004, P.33-34-35

34. TRUCHOT D.

Epuisement professionnel et burnout : concepts, modèles, intervention,

Ed. Dunod, Paris, 2004, p265.

35. PARIS DAUPHINE,

Epuisement professionnel et implication : un modèle fondé sur les ressources,

16ème congrès de l'AGHR, septembre 2005.

36. MARTIN F., POYEN D., BOUDERLIQUE E., GOUVERNET J., RIVET B., DISDIER P. & al

Depression and burnout in hospital health care professionals.

Int J Occup Environ Health, 1997, Jul, 3(3), 204–9.

37. BADAYAN G., PARAYE C.

Suicides et tentatives de suicide en France, une tentative de cadrage statistique.

Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques, Etudes et Résultats, Bulletin no 109, Avril 2001.

38. AHOLA K., HONKONEN T., ISOMETSA E. & al.

The relationship between job-related burnout and depressive disorders.

Results from the Finnish Health Study, J. Affect. Disorde, 2005, 88(1), 55–62.

39. NISHIYAMA K., JOHNSON J.

Karoshi-Death from overwork: Occupational Health Consequences of Japanese Production Management.

International Journal of Health Services. 1997, 27(4), 625–41.

40. DESCHAMPS F.

Le Karoshi ou mort par excès de travail.

Concours Méd.1993, 115(6):482–483

41. UEHETA T.

A medical study of Karoshi. In National Defence Counsel for Victims of Karoshi,

Tokyo, KAROSHI, Mado-sha, 1990.

42. BELARIF E.

Facteurs liés au stress professionnel en milieu hospitalier,

Mémoire de fin d'études de maîtrise en administration sanitaire en santé public, INAS, 2004, 13-14-15.

43. REYNAERT CH., LIBERT Y., JANNE P., ZDANOWICZ N.

Le stress professionnel et les stratégies d'adaptation du soignants. Burnout du soignant,

Éd. Oxalis, 2003, p 129-137.

44. FREUDENBERGER H.J

Staff burnout.

Soc Issues.1974; 30(1):159-165.

45. Ch. REYNAERT, Y. LIBERT2, P. JANNE ET N. ZDANOWICZ,

Le burnout du médecin, comment allez-vous docteur ?

LOUVAIN MED. 120: S296-S310, 2001

46. KOBOSKA SC., MADDI SR., KAHN S.

Hardiness and health: a prospective study.

J Pers Soc Psychol, 1982. 42: 168-177,

47. SEBAG-LANOË R.

Soigner le grand âge, Bruxelles,

Desclée de Brouwer, EPI, 1992, p219.

48. DALOZ L., BENONY H.

Le sujet en état d'épuisement Professionnel : Approche clinique sur une population de soignants

Arch Mal Prof Env 2007; 68: 126-135

49. SHAILESH K.

Burnout in psychiatrists

World Psychiatry 2007;6:186–189

50. FREUDENBERGER H.J.

«Staff burn-out syndrome in alternative institutions»,

In Psychotherapy: theory, research and practice, vol. 12, n° 1, 1974, p. 3547.

51. FRAUCESHI-CHAIX C.

Le syndrome de burnout: Etude clinique et implications en psychopathologie de travail.

Thèse de doctorat en médecine, Faculté Limoges. Recherche en soins infirmiers, n°32, Mars 1993

52. KEVIN G. & al

Burnout in psychiatric nursing.

Blackwell Science Ltd, Journal of Advanced Nursing, 2001, 34(3), 383–396

53. GRAU A., SUNER R., GARCIA MM.

Burnout syndrome in health workers and relationship with personal and environmental factors.

Gac Sanit, 2005 Nov–Dec, 19(6): 463–70

54. JENKINS R., ELLIOT P.

Stressors, burnout and social support: nurses in acute mental health settings.

Journal of Advanced Nursing, Blackwell Publishing Ltd, 2004, 48(6), 622–631

55. DEMIR A., ULUSOY M., ULUSOY M.F

Investigation of factors influencing burnout levels in the professional and private lives of nurses.

International Journal of Nursing Studies, 40(2003), 807–827

56. ARGENTIRO P. & al

Staff burnout and patient satisfaction with the quality of Dialysis care.

American journal of kidney Diseases, vol 51, n° 1(January) 2008, pp80–92

57. PICO B-F.

Burnout, role conflict, job satisfaction and psychological health among Hungarian health care staff

Internationnal Journal of Nursing Studies, 2006, 43, 311–318

58. BOUNSIR A.

Burnout chez les étudiants de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech.

Thèse de doctorat en medecine, Université Cadi Ayyad, n° 14 X/ 2008

59. TRUCHOT D.

Le burn'out des médecins libéraux de Bourgogne.

Rapport de recherche pour l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Bourgogne. 2001:48.

60. TRUCHOT D.

Le burnout des médecins libéraux de champagne Ardenne,

rapport de recherche pour l'URML de champagne Ardenne, 2002.

61. ROBERT E.

L'épuisement professionnel: enquête auprès des médecins de l'arrondissement de Dinan (22).

Thèse de médecine générale, Université Rennes 1. 2002.

62. BEGON-BELLET.

Le syndrome d'épuisement professionnel ou Burnout des médecins généralistes libéraux de la loire.

Thèse de médecine générale. Université Rennes 1, 2003.

63. TRUCHOT D.

Le burnout des médecins généralistes de Poitou–Charentes,
Rapport de recherche pour l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Poitou–Charentes.
Université de Poitiers, 2004. p99.

64. ZETER C.

Burnout, conditions de travail et reconversion professionnelle chez les médecins généralistes de la région Poitou–Charentes.

Thèse de doctorat en Médecine. : Poitiers, 2004

65. PHILIPPON C.

Syndrome d'épuisement professionnel (Burnout–out): étude descriptive et recherche de facteurs associés chez 189 médecins généralistes Rhône–Alpins.

Thèse de médecine générale, Université Claude Bernard Lyon1. 2004.

66. JARRY C.

Etude du burnout chez les médecins généralistes d'Indre et Loire.

Thèse de médecine générale. 2003;12:52.

67. ELOUALI S.

Etude du burnout ou syndrome d'épuisement professionnel chez les médecins généralistes libéraux du Cher.

Thèse de médecine générale, Université de Tours. 2006

68. CHANLIN – CHANTEAU S.

Le burnout des médecins généralistes libéraux de TAHITI,

Th : Méd. : René Descartes, université paris V, 2006.

69. ALKARNI A.

MASS MEDIA AND BURNOUT, A Study of the Level of Job Pressures in Saudi Arabia Media Institutions

Mass Communication Department, King Saud University, 2000, p47.

70. BOUDOUKHA A.-H., GROUX W., HAUTEKEETE M.

L'épuisement professionnel chez les surveillants de prison : effet de la relation avec les détenus sur l'expression d'un stress chronique.

Journées scientifiques de thérapie comportementale et cognitive, Université Lille 3 Charles-de-Gaulle, 2003.

71. GLASBERG J. & al

Prevalence of the burnout syndrome among Brazilian medical oncologists.

Rev Assoc Med Bras, 2007; 53(1): 85-9

72. GUINAULD M.

Évaluation du burnout chez les internes de médecine générale et étude des facteurs associés,

Th : Méd. : Créteil, 2006.

73. VAQUIN-VILLEMINEY C.

Prévalence du burnout en médecine générale : enquête nationale auprès de 221 médecins généralistes du réseau Sentinelles,

Thèse de doctorat en médecine général, Université René Descartes, 2007.

74. CABELLERO MARTIN M. & al

Prevalence and factors associated with burnout in health area.

Aten Primaria, 2001(Mars), 31; 27(5): 313-7

75. MASLACH C

The truth about burnout.

San Fransisco:Ed. jossey bass, 1997, 1st Ed, p200.

76. OGUS E., GREENGLASS E., BURKE R. J.

Gender–role differences, work stress and depersonalization.

J. Soc. Behav. Pers., 1990, 5, 387–398.

77. BENEVIDES–PEREIRA A. M., DAS NEVES ALVES R.

A study on burnout syndrome in healthcare providers to people living with HIV,

Universidade Estadual de Maringa _Brasil, AIDS Care, April 2007; 19(4): 565_571
