



كلية الطب
والصيدلة - مراكش
FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE - MARRAKECH

Année 2020

Thèse N° 117

Burnout, troubles anxieux et dépressifs chez les résidents du CHU Mohammed VI de Marrakech

THÈSE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 22/06/2020

PAR

Mr. OUTTALEB Salaheddine

Né le 02 Mars 1991 à AGADIR

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE

MOTS-CLÉS

Burnout- Anxiété -Dépression -Résident -Spécialité en médecine

JURY

Mr.	M. BOUSKRAOUI Professeur de pédiatrie	PRESIDENT
Mme.	F. ASRI Professeur de psychiatrie	RAPPORTEUR
Mme.	L. ADARMOUCH Professeur de médecine communautaire	
Mr.	A. R. EL ADIB Professeur d'anesthésie réanimation	JUGES



وزعني أن أشكر نعمتك
أنعمت علي وعلى والدي
عمل صالحا ترضاه
بلني برحمتك



Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.

*Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.
Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.*

Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.

Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.

Les médecins seront mes frères.

Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale, ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.

Je maintiendrai strictement le respect de la vie humaine dès sa conception.

Même sous la menace, je n'userai pas mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.

Je m'y engage librement et sur mon honneur.

Déclaration Genève, 1948



**LISTE DES
PROFESSEURS**



UNIVERSITE CADI AYYAD
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
MARRAKECH

Doyens Honoraires

: Pr. Badie Azzaman MEHADJI
: Pr. Abdelhaq ALAOUI YAZIDI

ADMINISTRATION

Doyen

: Pr. Mohammed BOUSKRAOUI

Vice doyen à la Recherche et la Coopération

: Pr. Mohamed AMINE

Vice doyen aux Affaires Pédagogiques

: Pr. Redouane EL FEZZAZI

Secrétaire Générale

: Mr. Azzeddine EL HOUDAIGUI

Professeurs de l'enseignement supérieur

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABKARI Imad	Traumato- orthopédie	FAKHIR Bouchra	Gynécologie- obstétrique
ABOU EL HASSAN Taoufik	Anesthésie- réanimation	FINECH Benasser	Chirurgie - générale
ABOUCHADI Abdeljalil	Stomatologie et chir maxillo faciale	FOURAJI Karima	Chirurgie pédiatrique
ABOULFALAH Abderrahim	Gynécologie- obstétrique	GHANNANE Houssine	Neurochirurgie
ABOUSSAIR Nisrine	Génétique	GHOUNDALE Omar	Urologie
ADALI Imane	Psychiatrie	HACHIMI Abdelhamid	Réanimation médicale
ADERDOUR Lahcen	Oto- rhino- laryngologie	HAJJI Ibtissam	Ophthalmologie
ADMOU Brahim	Immunologie	HAROU Karam	Gynécologie- obstétrique
AGHOUTANE EI Mouhtadi	Chirurgie pédiatrique	HOCAR Ouafa	Dermatologie
AIT AMEUR Mustapha	Hématologie Biologique	JALAL Hicham	Radiologie
AIT BENALI Said	Neurochirurgie	KAMILI El Ouafi El Aouni	Chirurgie pédiatrique
AIT BENKADDOUR Yassir	Gynécologie- obstétrique	KHALLOUKI Mohammed	Anesthésie- réanimation
AIT-SAB Imane	Pédiatrie	KHATOURI Ali	Cardiologie
AKHDARI Nadia	Dermatologie	KHOUCHANI Mouna	Radiothérapie
ALAOUI Mustapha	Chirurgie- vasculaire périphérique	KISSANI Najib	Neurologie
AMAL Said	Dermatologie	KOULALI IDRISSE Khalid	Traumato- orthopédie
AMINE Mohamed	Epidémiologie- clinique	KRATI Khadija	Gastro- entérologie
AMMAR Haddou	Oto-rhino-laryngologie	KRIET Mohamed	Ophthalmologie
AMRO Lamyae	Pneumo- phtisiologie	LAGHMARI Mehdi	Neurochirurgie
ANIBA Khalid	Neurochirurgie	LAKMICHY Mohamed Amine	Urologie
ARSALANE Lamiae	Microbiologie -Virologie	LAOUAD Inass	Néphrologie
ASMOUKI Hamid	Gynécologie-	LOUHAB Nisrine	Neurologie

	obstétrique		
ASRI Fatima	Psychiatrie	LOUZI Abdelouahed	Chirurgie - générale
BASRAOUI Dounia	Radiologie	MADHAR Si Mohamed	Traumato- orthopédie
BASSIR Ahlam	Gynécologie- obstétrique	MANOUDI Fatiha	Psychiatrie
BELKHOUS Ahlam	Rhumatologie	MANSOURI Nadia	Stomatologie et chiru maxillo faciale
BEN DRISS Laila	Cardiologie	MAOULAININE Fadl mrabih rabou	Pédiatrie (Neonatalogie)
BENCHAMKHA Yassine	Chirurgie réparatrice et Plastique	MATRANE Aboubakr	Médecine nucléaire
BENELKHAÏAT BENOMAR Ridouan	Chirurgie - générale	MOUAFFAK Youssef	Anesthésie - réanimation
BENHIMA Mohamed Amine	Traumatologie - orthopédie	MOUDOUNI Said Mohammed	Urologie
BENJILALI Laila	Médecine interne	MOUFID Kamal	Urologie
BENZAROUEL Dounia	Cardiologie	MOUTAJ Redouane	Parasitologie
BOUAITY Brahim	Oto-rhino- laryngologie	MOUTAOUKIL Abdeljalil	Ophthalmologie
BOUCHENTOUF Rachid	Pneumo- phtisiologie	MSOUGGAR Yassine	Chirurgie thoracique
BOUGHALEM Mohamed	Anesthésie - réanimation	NAJEB Youssef	Traumato- orthopédie
BOUKHANNI Lahcen	Gynécologie- obstétrique	NARJISS Youssef	Chirurgie générale
BOUKHIRA Abderrahman	Biochimie - chimie	NEJMI Hicham	Anesthésie- réanimation
BOUMZEBRA Drissi	Chirurgie Cardio- Vasculaire	NIAMANE Radouane	Rhumatologie
BOURRAHOUS Aïcha	Pédiatrie	NOURI Hassan	Oto rhino laryngologie
BOURROUS Monir	Pédiatrie	OUALI IDRISSE Mariem	Radiologie
BOUSKRAOUI Mohammed	Pédiatrie	OULAD SAIAD Mohamed	Chirurgie pédiatrique
CHAFIK Rachid	Traumato- orthopédie	QACIF Hassan	Médecine interne
CHAKOUR Mohamed	Hématologie Biologique	QAMOUSS Youssef	Anesthésie- réanimation
CHELLAK Saliha	Biochimie- chimie	RABBANI Khalid	Chirurgie générale
CHERIF IDRISSE EL GANOUNI Najat	Radiologie	RADA Nouredine	Pédiatrie
CHOULLI Mohamed Khaled	Neuro pharmacologie	RAIS Hanane	Anatomie pathologique
DAHAMI Zakaria	Urologie	RAJI Abdelaziz	Oto-rhino-laryngologie
DRAISS Ghizlane	Pédiatrie	ROCHDI Youssef	Oto-rhino- laryngologie
EL ADIB Ahmed	Anesthésie- réanimation	SAIDI Halim	Traumato- orthopédie

Rhassane			
EL ANSARI Nawal	Endocrinologie et maladies métaboliques	SAMKAOUI Mohamed Abdenasser	Anesthésie- réanimation
EL BARNI Rachid	Chirurgie- générale	SAMLANI Zouhour	Gastro- entérologie
EL BOUCHTI Imane	Rhumatologie	SARF Ismail	Urologie
EL BOUIHI Mohamed	Stomatologie et chir maxillo faciale	SORAA Nabila	Microbiologie - Virologie
EL FEZZAZI Redouane	Chirurgie pédiatrique	SOUMMANI Abderraouf	Gynécologie- obstétrique
EL HAOURY Hanane	Traumato- orthopédie	TASSI Noura	Maladies infectieuses
EL HATTAOUI Mustapha	Cardiologie	TAZI Mohamed Ilias	Hématologie- clinique
EL HOUDZI Jamila	Pédiatrie	YOUNOUS Said	Anesthésie- réanimation
EL IDRISSE SLITINE Nadia	Pédiatrie	ZAHLANE Kawtar	Microbiologie - virologie
EL KARIMI Saloua	Cardiologie	ZAHLANE Mouna	Médecine interne
EL KHAYARI Mina	Réanimation médicale	ZAOUI Sanaa	Pharmacologie
EL MGHARI TABIB Ghizlane	Endocrinologie et maladies	ZIADI Amra	Anesthésie - réanimation
ELFIKRI Abdelghani	Radiologie	ZOUHAIR Said	Microbiologie
ESSAADOUNI Lamiaa	Médecine interne	ZYANI Mohammed	Médecine interne
FADILI Wafaa	Néphrologie		

Professeurs Agrégés

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABIR Badreddine	Stomatologie et Chirurgie maxillo facial	HAZMIRI Fatima Ezzahra	Histologie - Embryologie - Cytogénétique
ADARMOUCH Latifa	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)	IHBIBANE fatima	Maladies Infectieuses
AISSAOUI Younes	Anesthésie - réanimation	KADDOURI Said	Médecine interne
AIT BATAHAR Salma	Pneumo- phtisiologie	LAHKIM Mohammed	Chirurgie générale
ALJ Soumaya	Radiologie	LAKOUICHMI Mohammed	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale
ATMANE El Mehdi	Radiologie	MARGAD Omar	Traumatologie - orthopédie
BAIZRI Hicham	Endocrinologie et maladies métaboliques	MEJDANE Abdelhadi	Chirurgie Générale
BELBACHIR Anass	Anatomie- pathologique	MLIHA TOUATI Mohammed	Oto-Rhino - Laryngologie
BELBARAKA Rhizlane	Oncologie médicale	MOUHSINE Abdelilah	Radiologie

BENJELLOUN HARZIMI Amine	Pneumo- phtisiologie	NADER Youssef	Traumatologie - orthopédie
BENALI Abdeslam	Psychiatrie	OUBAHA Sofia	Physiologie
BSISS Mohamed Aziz	Biophysique	RBAIBI Aziz	Cardiologie
CHRAA Mohamed	Physiologie	SAJIAI Hafsa	Pneumo- phtisiologie
DAROUASSI Youssef	Oto-Rhino - Laryngologie	SALAMA Tarik	Chirurgie pédiatrique
EL AMRANI Moulay Driss	Anatomie	SEDDIKI Rachid	Anesthésie - Réanimation
EL HAOUATI Rachid	Chirurgie Cardiovasculaire	SERGHINI Issam	Anesthésie - Réanimation
EL KHADER Ahmed	Chirurgie générale	TOURABI Khalid	Chirurgie réparatrice et plastique
EL MEZOUARI El Moustafa	Parasitologie Mycologie	ZARROUKI Youssef	Anesthésie - Réanimation
EL OMRANI Abdelhamid	Radiothérapie	ZEMRAOUI Nadir	Néphrologie
FAKHRI Anass	Histologie- embyologie cytogénétique	ZIDANE Moulay Abdelfettah	Chirurgie Thoracique
GHAZI Mirieme	Rhumatologie		

Professeurs Assistants

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABDELFETTAH Youness	Rééducation et Réhabilitation Fonctionnelle	ELOUARDI Youssef	Anesthésie réanimation
ABDOU Abdessamad	Chiru Cardio vasculaire	ELQATNI Mohamed	Médecine interne
AIT ERRAMI Adil	Gastro-entérologie	ESSADI Ismail	Oncologie Médicale
AKKA Rachid	Gastro - entérologie	FDIL Naima	Chimie de Coordination Bioorganique
ALAOUI Hassan	Anesthésie - Réanimation	FENNANE Hicham	Chirurgie Thoracique
AMINE Abdellah	Cardiologie	GHOZLANI Imad	Rhumatologie
ARABI Hafid	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle	HAJJI Fouad	Urologie
ARSALANE Adil	Chirurgie Thoracique	HAMMI Salah Eddine	Médecine interne
ASSERRAJI Mohammed	Néphrologie	Hammoune Nabil	Radiologie
AZIZ Zakaria	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale	JALLAL Hamid	Cardiologie
BAALLAL Hassan	Neurochirurgie	JANAH Hicham	Pneumo- phtisiologie
BABA Hicham	Chirurgie générale	LAFFINTI Mahmoud Amine	Psychiatrie
BELARBI Marouane	Néphrologie	LAHLIMI Fatima	Hématologie clinique

		Ezzahra	
BELFQUIH Hatim	Neurochirurgie	LAHMINE Widad	Pédiatrie
BELGHMAIDI Sarah	OPhtalmologie	LALYA Issam	Radiothérapie
BELHADJ Ayoub	Anesthésie – Réanimation	LOQMAN Souad	Microbiologie et toxicologie environnementale
BELLASRI Salah	Radiologie	MAHFOUD Tarik	Oncologie médicale
BENANTAR Lamia	Neurochirurgie	MILOUDI Mohcine	Microbiologie – Virologie
BENNAOUI Fatiha	Pédiatrie	MOUNACH Aziza	Rhumatologie
BOUCHENTOUF Sidi Mohammed	Chirurgie générale	NAOUI Hafida	Parasitologie Mycologie
BOUKHRIS Jalal	Traumatologie – Orthopédie	NASSIH Houda	Pédiatrie
BOUTAKIOUTE Badr	Radiologie	NASSIM SABAH Taoufik	Chirurgie Réparatrice et Plastique
BOUZERDA Abdelmajid	Cardiologie	NYA Fouad	Chirurgie Cardio – Vasculaire
CHETOUI Abdelkhalek	Cardiologie	OUEIAGLI NABIH Fadoua	Psychiatrie
CHETTATI Mariam	Néphrologie	OUMERZOUK Jawad	Neurologie
DAMI Abdallah	Médecine Légale	RAISSI Abderrahim	Hématologie clinique
DOUIREK Fouzia	Anesthésie– réanimation	REBAHI Houssam	Anesthésie – Réanimation
EL- AKHIRI Mohammed	Oto- rhino- laryngologie	RHARRASSI Isam	Anatomie–patologique
EL AMIRI My Ahmed	Chimie de Coordination bio-organique	SAOUAB Rachida	Radiologie
EL FADLI Mohammed	Oncologie médicale	SAYAGH Sanae	Hématologie
EL FAKIRI Karima	Pédiatrie	SEBBANI Majda	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)
EL HAKKOUNI Awatif	Parasitologie mycologie	TAMZAOURTE Mouna	Gastro – entérologie
EL HAMZAOUI Hamza	Anesthésie réanimation	WARDA Karima	Microbiologie
EL KAMOUNI Youssef	Microbiologie Virologie	ZBITOU Mohamed Anas	Cardiologie
ELBAZ Meriem	Pédiatrie	ZOUIZRA Zahira	Chirurgie Cardio- vasculaire

LISTE ARRÊTÉE LE 24/09/2019



DÉDICACES





**Je dédie
Cette thèse...**





*Le très Haut, le très Grand,
le Clément, L'Omniscient, l'Omnipotent.
Le Tout Puissant, le très miséricordieux
d'avoir permis à ce travail d'aboutir à son terme.
Au PROPHÉTÉ MOHAMMED paix et salut sur lui.*

Un humble geste exprimant l'affection, l'estime, le respect et la reconnaissance que je ressens envers les êtres qui me sont chers...

Je dédie ce travail :

*A la mémoire de mon Père, Mohammed Outtaleb
Mon héros, tu nous as quittés alors que j'étais encore dans mon berceau.
Je n'ai de souvenir que ce que l'on m'a raconté sur toi
Mais je suis sûre que, de tout là haut, tu veilles toujours sur moi*

*A ma mère, Khadija El abidi
Cette lionne qui nous a protégés mes frères et moi
Tu nous as amenés dans ce monde
Tu nous as menés dans ce monde
Pour toi, j'irais jusqu'au bout du monde*

*A mon cher frère, Khalil
Le grand frère, l'amé, le confident
Evidement c'étais toi !
Tu m'as poussé dans cette voie
Il faut avouer que tu fais toujours le bon choix*

*A ma chère sœur Laïla
A tes yeux, je serais toujours ton enfant
A mes yeux, je doute qu'il existe meilleur que ton fond*

*A mon frère Abdellah
Ton Amour et ta bienveillance m'ont épargné moult faux pas
Je serais éternellement reconnaissant envers cela*

*A mon frère Ihssane
Encore à ce jour, notre famille confond nos prénoms
Il y a du mien en toi, et du tien en moi
Semblables et différents à la fois*

*A ma grand-mère Aïcha
J'espère que mon travail te rendra fière
Que le dieu tout puissant puisse te garder pour nous*

A mon Beau frère Ahmed

Tout le bonheur est de t'avoir à mes cotés
En témoignage de mon affection fraternelle, de ma profonde tendresse et
reconnaissance, je te souhaite plein de bonheur et de joie et qu'Allah, le
tout puissant, te protège.

A mes chers oncles, tantes, leurs époux et épouses

A mes chers cousins et cousines
En témoignage de mon attachement et de ma grande considération.
J'espère que vous trouverez à travers ce travail l'expression de mes
sentiments les plus chaleureux.
Que ce travail vous apporte l'estime, et le respect que je porte à votre
égard, et soit la preuve du désir que j'ai depuis toujours pour vous
honoré.
Tous mes vœux de bonheur et de santé

A la mémoire de mes grands-parents,

J'espère vous avoir rendue fiers. En sachant que de là-haut vous veillez
constamment sur nous, puisse vos âmes reposer en paix.

A MES AMIS CAMARADES ET CONFRERES

On m'a toujours dit que nos camarades deviennent une seconde famille
que l'on voit plus souvent que la vraie à force d'être présent dans toutes les
situations délicates. Je confirme aujourd'hui cette rumeur : Vous êtes ma
seconde famille et je pense que ce lien est éternel.
Je vous remercie pour tout ce que vous m'avez apporté et vous souhaite le
meilleur dans la vie. Avec tout mon respect et toute mon affection.

A tous mes professeurs et maîtres qui m'ont imbibié de leur Savoir.
À tous ceux qui me sont chers et que j'ai omis involontairement de citer.
À tous ceux qui ont marqué ma vie de près ou de loin.



REMERCIEMENTS



*A notre maître et président de thèse, Professeur Mohammed BOUSKRAOUI,
Professeur de Pédiatrie et chef de service de pédiatrie A au CHU Mohammed VI de Marrakech,
Doyen de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech,*

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous avez fait en acceptant aimablement la présidence de notre jury de thèse.

De votre enseignement brillant et précieux, nous gardons les meilleurs souvenirs. Votre sens de l'honneur, votre amour pour votre travail, votre dynamisme et votre bienveillance envers vos étudiants font de vous une référence. Veuillez trouver ici, cher Maître, le témoignage de notre haute considération et de notre profond respect.

*A notre maître et rapporteur de thèse, Professeur Fatima ASRI,
Professeur de Psychiatrie, chef de service de psychiatrie au CHU Mohammed VI de Marrakech,*

Vous nous avez fait un grand honneur en nous confiant ce travail. Femme de grandes valeurs, vous nous avez toujours marqué par vos qualités professionnelles et humaines, ainsi que par votre grande bienveillance et humilité.

Vous nous avez accompagnées, lors de la réalisation de ce travail, avec grande rigueur scientifique, disponibilité et patience malgré vos occupations et responsabilités.

En espérant avoir été à la hauteur de vos attentes, veuillez croire à l'expression de notre reconnaissance et de notre profond respect.

*À NOTRE MAÎTRE ET JUGE DE THÈSE MONSIEUR LE PROFESSEUR EL ADIB
Ahmed Rhassane Professeur agrégé d'Anesthésie – réanimation au CHU Mohammed VI de
Marrakech*

Vous nous avez fait l'honneur de faire partie de notre jury. Nous avons pu apprécier l'étendue de vos connaissances et vos grandes qualités humaines. Veuillez accepter, Professeur, nos sincères remerciements et notre profond respect.

À NOTRE MAÎTRE ET JUGE DE THÈSE MADAME LE PROFESSEUR
ADARMOUCH LATIFA Professeur en Médecine communautaire et Épidémiologie CHU
Mohammed VI – Marrakech

Nous vous remercions de nous avoir orienté dans notre travail, et de nous avoir accompagné par vos conseils, votre disponibilité et votre communication, Veuillez accepter l'expression de nos considérations les plus distinguées.

À tous mes Professeurs de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech
Une thèse est le fruit de plusieurs années d'études et je ne saurais oublier dans mes dédicaces l'ensemble de mes professeurs et maîtres qui ont contribué de près ou de loin dans l'élaboration de ce travail.

À tous les médecins résidents au sein du CHU Mohammed VI de Marrakech
Merci à vous tous pour le soutien et l'aide que vous m'avez apportés pour la réalisation de ce travail.
Veuillez accepter mes plus respectueuses salutations.

À tous ceux qui m'ont aidé, de près ou de loin, à l'élaboration de ce travail.



ABRÉVIATIONS



Liste des abréviations

AP : Accomplissement personnel.

BDI : Inventaire de dépression de Beck.

BO : Burnout.

CHU : Centre hospitalier universitaire.

CIM : Classification internationale des maladies.

DSM : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux.

EE : Epuisement émotionnel.

ESPT : Etat de stress post traumatique.

FMPM : Faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech.

HAS : Haute autorité de santé.

MBI : Maslach Burnout Inventory.

OMS : Organisation mondiale de la santé.

SPSS : Statistical package for the social sciences.

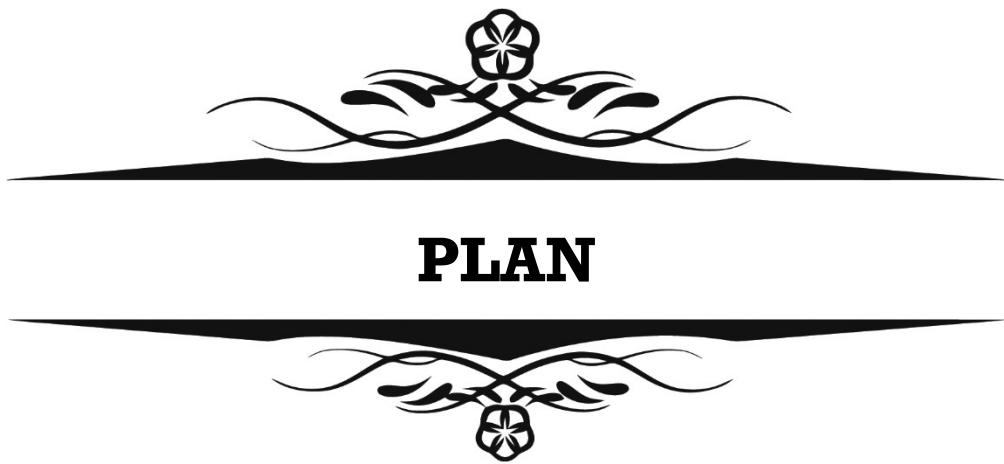
TS : Tentative de suicide.

TAC : Troubles anxieux caractérisés.

TAG : Trouble anxieux généralisé.

TP : Trouble panique.

TOC : Trouble obsessionnel compulsif.



INTRODUCTION	1
MATERIELS ET METHODES	4
RESULTATS	8
I. Analyse descriptive	9
1. Profil sociodémographique des résidents:	9
2. Antécédents personnels	14
3. Parcours professionnel	18
4. Etude du Burnout chez les résidents.	22
5. Etude des troubles anxieux caractérisés	24
6. Etude de la dépression	24
II. Analyse bi variée :	26
1. Etude des associations de la variable Burnout sévère	26
2. Etude des associations de la variable de la dépression	32
DISCUSSION	39
I. DEFINITIONS ET CONCEPTS	40
A. Burnout	40
B. Les troubles anxieux caractérisés	47
C. La dépression	51
II. DISCUSSION DES RESULTATS	51
A. Etude du Burnout :	51
B. Etude des troubles anxieux caractérisés	54
C. Etude de la dépression	57
III. DISCUSSION DES CORRELATIONS	60
1. Variable Burnout sévère	60
2. Variable dépression	67
CONCLUSION	75
RECOMMANDATIONS	77
ANNXES	80
RESUMES	98
BIBLIOGRAPHIE	103



INTRODUCTION

Burnout, troubles anxieux et dépressifs chez les résidents du CHU Mohammed VI de Marrakech,

Les études médicales sont connues pour être longues, pénibles, avec une grande exigence académique, une dépendance financière aux parents et laissant peu de temps aux loisirs.(1)

Mais ce qui les caractérise des autres études longues est l'insertion précoce dans le milieu hospitalier, confrontant les jeunes médecins en formation à la souffrance, à la mort et à la responsabilité, les amenant parfois à des moments de doutes, de peur, de révolte ou détresse.(2)

Après sept ans d'études en moyenne, les jeunes médecins fraîchement diplômés, assoiffés de savoir et de reconnaissance relèvent alors le défi du résidanat durant lequel ils doivent apprendre à travailler en équipe, devenir des médecins spécialistes compétents, responsables et empathiques.

Cette période de résidanat est considérée comme une source de stress chronique élevé et de contraintes professionnelles susceptibles de dégrader l'état de santé psychique ce qui engendre le burnout et les troubles anxieux et dépressifs. (3)

Pour évaluer le retentissement de ce parcours sur la santé mentale des jeunes médecins résidents, des études ont été menées et ont trouvé des résultats alarmants, 49% des résidents serait en Burnout, 66% serait anxieux et 25% serait dépressifs.(4)

Selon ces études, les jeunes médecins en souffrance psychique se tournent peu vers les professionnels de santé ce qui entraîne l'aggravation de leurs symptômes et retentit sur leur fonctionnement personnel par l'augmentation des taux de dépression et d'idéations suicidaires à 20% avec un passage à l'acte à 3.4%

Ce retentissement s'étend également à leur pratique professionnelle avec une augmentation des taux d'erreurs médicales déclarées, ce qui met en péril la santé de leurs patients.

Burnout, troubles anxieux et dépressifs chez les résidents du CHU Mohammed VI de Marrakech,

Dans une plus large mesure, ces troubles nuisent à l'institution formatrice avec une élévation notable des taux d'absentéisme,(5)

Le centre hospitalier universitaire Mohammed VI de Marrakech offre une plateforme de formation en constante amélioration tant sur le plan quantitatif en matière d'effectif avec plus de 852 médecins résidents en formation, que sur le plan qualitatif avec l'intégration de nouvelles technologies à disposition des praticiens. (Annexe 1)

Cependant, ce centre a connu peu d'études s'intéressant à la santé mentale des résidents en médecine et il existe encore moins d'études comparatives entre les différentes spécialités de formation.(6)

Compte tenu de ce contexte, cette étude aura donc pour objectif d'évaluer la prévalence du Burnout et des troubles anxieux et dépressifs chez les résidents et d'en identifier les facteurs de risque.



**PATIENTS ET
MÉTHODES**



I. Type d'étude

Il s'agit d'une étude transversale à visée descriptive et analytique explorant le burnout, les troubles anxieux caractérisés et la dépression chez les résidents du CHU Mohammed VI de Marrakech, par le biais d'un auto-questionnaire.

II. Date et lieu de l'étude :

Nous avons mené notre étude entre le 3 Juin et le 1^{er} juillet 2019 au niveau des différents services du CHU Mohammed VI de Marrakech.

III. Population cible :

Les résidents du CHU Mohammed VI de Marrakech à partir de la 2^{ème} année de formation.

IV. Méthode d'échantillonnage :

Il s'agit d'un échantillonnage exhaustif, les résidents ayant accepté de participer à notre étude de manière libre et anonyme.

1. critères d'inclusion :

- Tous les résidents à partir de la deuxième année de formation spécialisée au niveau du CHU Mohammed VI de Marrakech.
- Les résidents souhaitant participer à notre étude

2. Critères d'exclusion :

- Les résidents en première année de formation compte tenu du faible recul sur leur temps passé au sein des services pour leur imputer une quelconque causalité au développement des troubles.
- Les internes du CHU Mohammed VI de Marrakech constituant un biais dans les comparaisons entre spécialités, avec un changement de service tous les six mois qui ne donne pas assez de recul quant au service en question. En addition également à un roulement de gardes aux urgences indépendamment au service dans lequel ils poursuivent leur formation.

- Les résidents en spécialité biologie.
- Les résidents n'ayant pas souhaité répondre au questionnaire.

V. Instrument ou questionnaire: (Annexe 2)

Nous avons utilisé pour cette étude un questionnaire anonyme structuré préalablement conçu et comportant quatre grands axes thématiques :

❖ La première partie :

- Les caractéristiques sociodémographiques des résidents : Genre, âge, statut matrimonial, enfants à charge, problèmes conjugaux, rentrées financières, logement, transport.
- Les antécédents personnels de tentative de suicide, de dépression, de troubles anxieux, les habitudes toxiques ainsi que les antécédents familiaux psychiatriques.
- Le parcours professionnel : Spécialité, grade, volume horaire, nombre de gardes, arrêt maladie, congés et désir de reconversion.

❖ la deuxième partie :

Etude du syndrome d'épuisement professionnel, burnout à l'aide du Maslach Burnout

Inventory (MBI) (Annexe)

Le MBI est un questionnaire composé de 22 caractéristiques regroupées en 3 dimensions :

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

❖ la troisième partie :

Etude de la prévalence des troubles anxieux caractérisés à l'aide du Mini DSM IV

diagnostic.

❖ la quatrième partie :

Etude de la prévalence de la dépression par l'inventaire de Beck.

L'Inventaire de Beck est un questionnaire à choix multiples constitué de 21 questions, servant à mesurer la sévérité de la dépression clinique.

VI. Déroulement de l'enquête et recueil de données

Pour la récolte des données, une enquête par questionnaire a été menée. Le questionnaire a été testé auprès d'un échantillon réduit de 10 médecins et les corrections nécessaires lui ont été apportées avant son lancement définitif.

Nous avons distribué 300 questionnaires et retenu les 177 questionnaires exploitables.

La durée moyenne de passation a été estimée à 15 min.

VII. Considérations éthiques

Plusieurs éléments ont été considérés dans la réalisation de cette étude afin de respecter la dimension éthique :

- La discrétion dans le traitement des informations données et le respect de l'anonymat des participants (questionnaire anonyme).
- Afin que le participant puisse être en mesure de donner un consentement, on était tenu de lui communiquer le plus clairement et honnêtement possible les objectifs de notre étude et le sort réservé aux informations données.

VIII. Analyse statistique

Les données ont été codées et saisies sur Excel, puis les analyses statistiques ont été réalisées sur SPSS. Les analyses descriptives ont fait appel au calcul des fréquences et pourcentages pour les variables qualitatives et des moyennes et écarts-types pour les variables quantitatives. L'analyse bivariée a fait appel au test de Chi 2 ou le test exact de Fisher pour la comparaison des pourcentages. Le seuil de signification a été fixé à 0,05.

IX. Traitement des non-réponses

Les non-réponses aux questions n'ont pas été prises en compte dans le calcul des résultats. Les proportions ont été calculées sur la base du nombre total de répondants à chaque question(N).



RESULTATS



I. Analyse descriptive :

1. Profil sociodémographique des résidents:

1.1 Genre :

Notre échantillon était constitué de 52% (92) de femmes et de 48% (85) d'hommes, ce qui représente un sexe ratio Hommes/Femmes de 0.92 (N=177) (Figure 1)

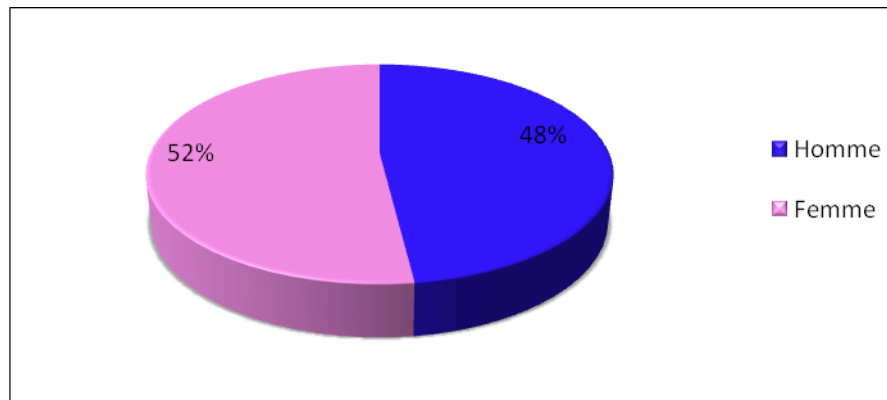


Figure 1 : la Répartition des résidents en fonction du genre

1.2 Age :

La moyenne d'âge des résidents de notre échantillon était de 29 ans \pm 2,1 avec des extrêmes allant de 26 à 40 ans (N=173). (Figure 2)

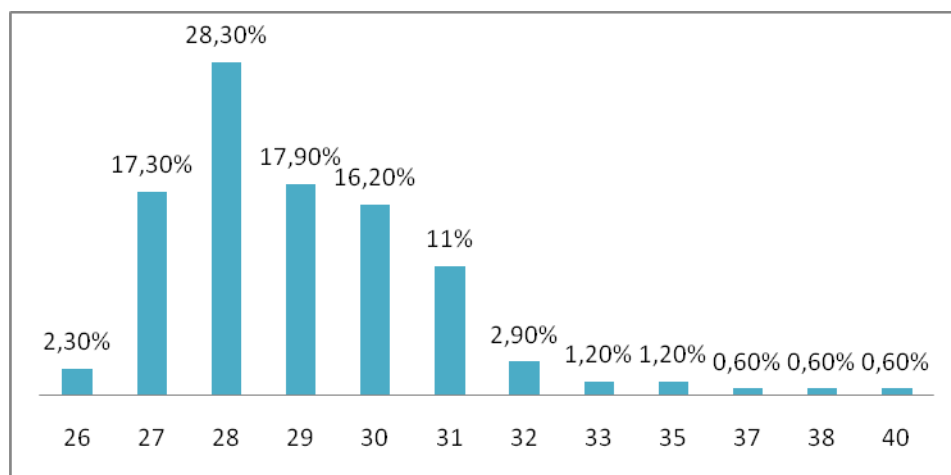


Figure 2 : la répartition des résidents selon l'âge

1.3 Statut matrimonial :

Dans notre échantillon, 67.2 % (119) des résidents étaient célibataires. (N=177) (Figure 3)

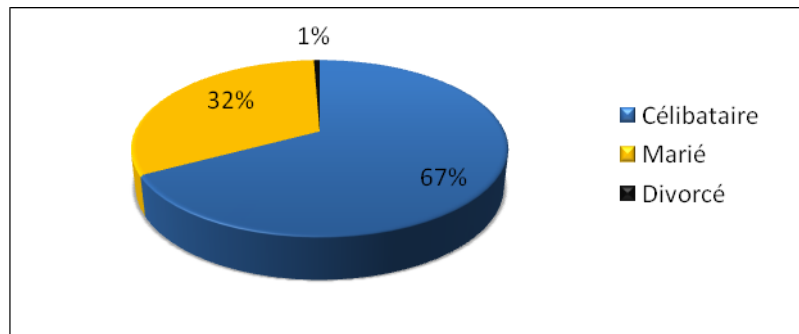


Figure 3 : la Répartition des résidents selon le statut matrimonial

a. Enfants à charge

Seulement 19 % (33) de notre échantillon avait des enfants à charge. (N=172) (Figure 4)

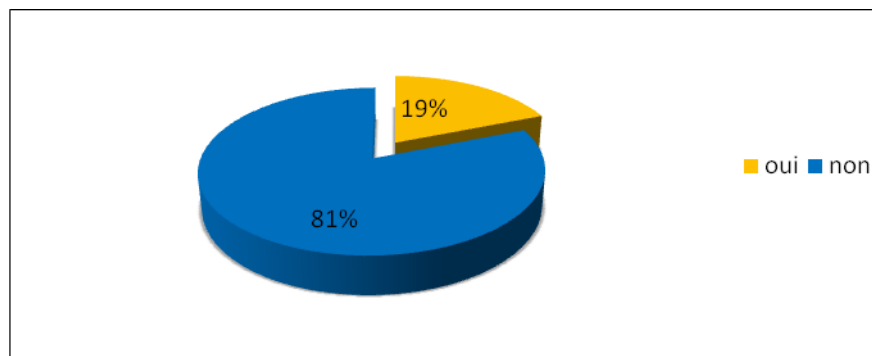


Figure 4 : le pourcentage des résidents avec enfants à charge.

b. Problèmes conjugaux

Seulement 2 % (4) des résidents déclaraient avoir des problèmes conjugaux. (Figure 5)

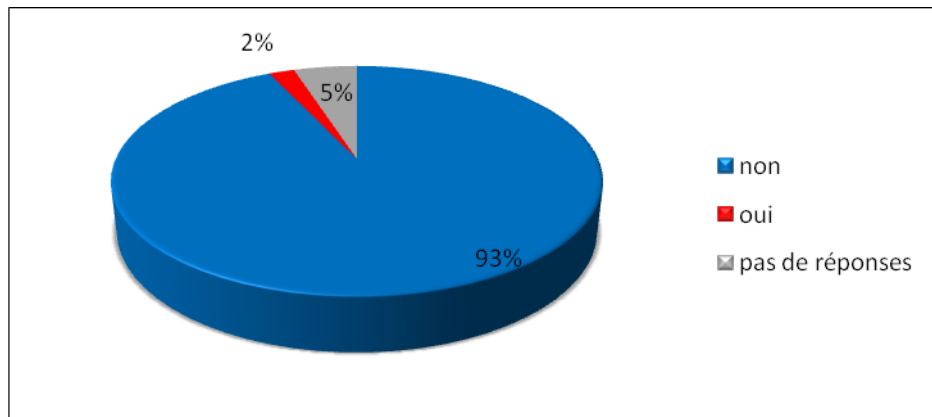


Figure 5 : répartition des problèmes conjugaux chez les résidents.

1.4 Conditions de vie

a. Rentrées financières :

Dans notre échantillon, 15% (27) des résidents assumaient seuls les rentrées financières.

(N=177) (Figure 6)

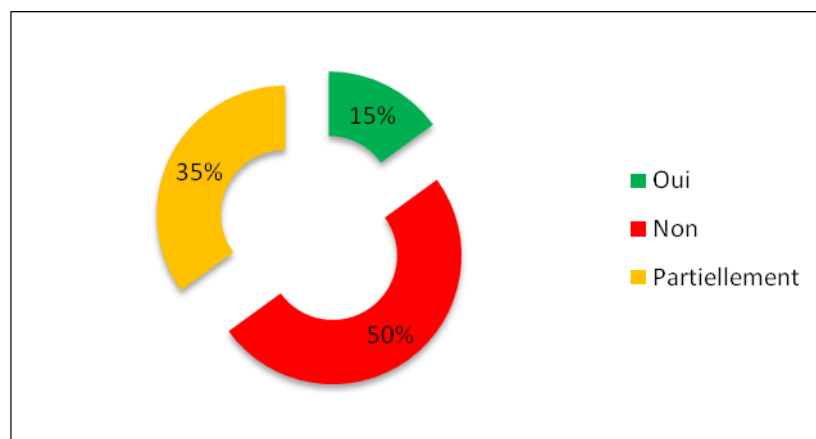


Figure 6 : Autonomie financière chez les résidents.

b. Logement :

Dans notre échantillon 25 % des résidents vivaient seul, tandis que 60% vivaient en famille.

(N=174) (Figure 7)

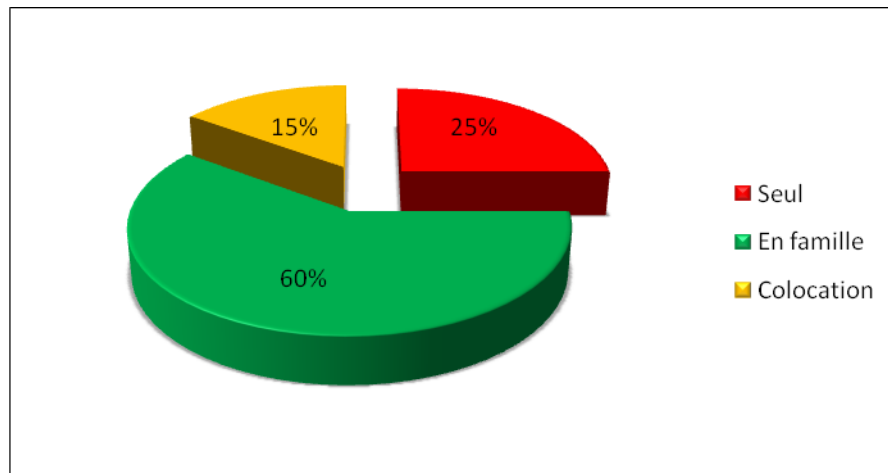


Figure 7 : la Répartition des résidents selon le type de logement.

c. Satisfaction au logement

Dans notre échantillon, 80% (140) des résidents étaient satisfaits de leur logement. (N=176)

(Figure 8)

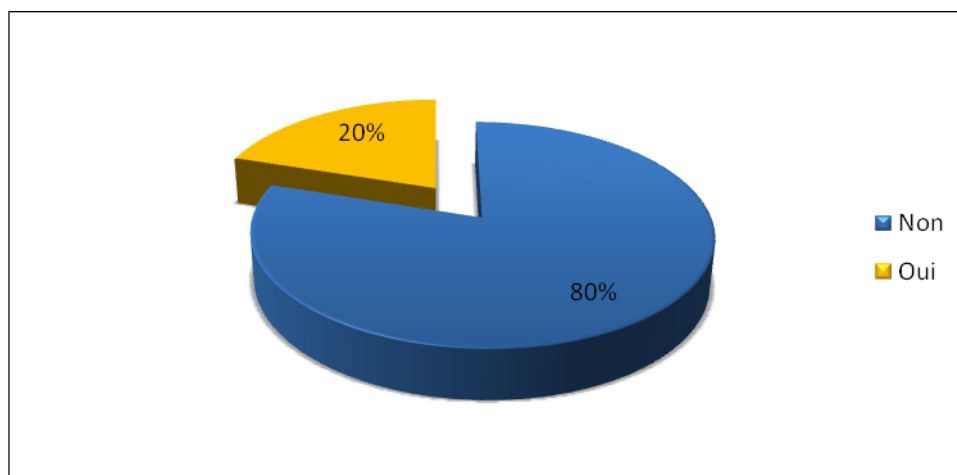


Figure 8 : la satisfaction au logement chez les résidents.

d. Transport vers le lieu de travail

Dans notre échantillon, 20 % (35) des résidents éprouvaient des difficultés à se rendre vers lieu de travail. (N=174) (Figure 9)

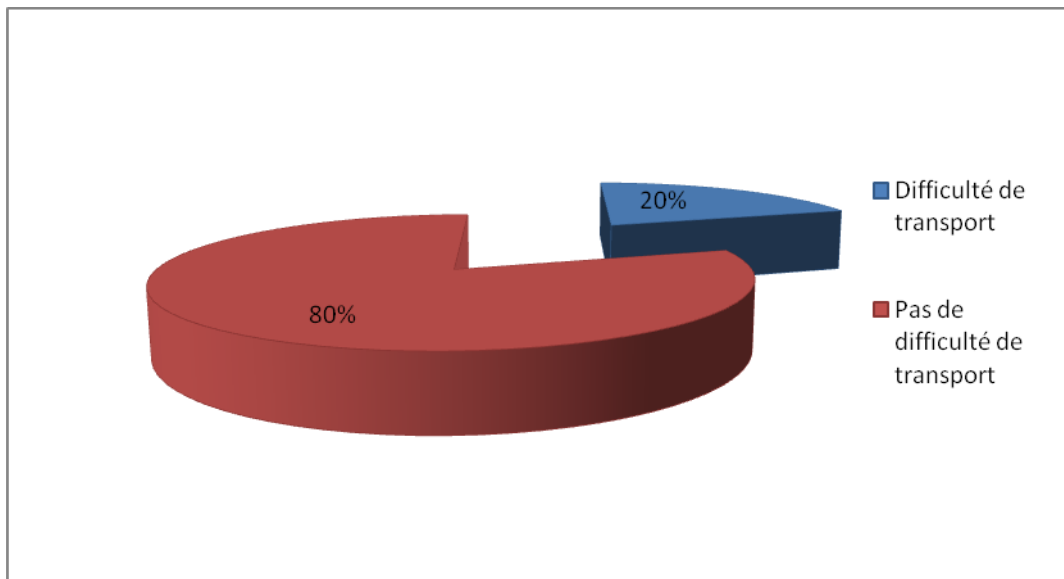


Figure 9 : la répartition des résidents selon la difficulté de transport vers le Lieu de travail

1.5 Religiosité

Dans notre échantillon, 78% (138) des résidents déclaraient être pratiquant. (N=177)

(Figure 10)

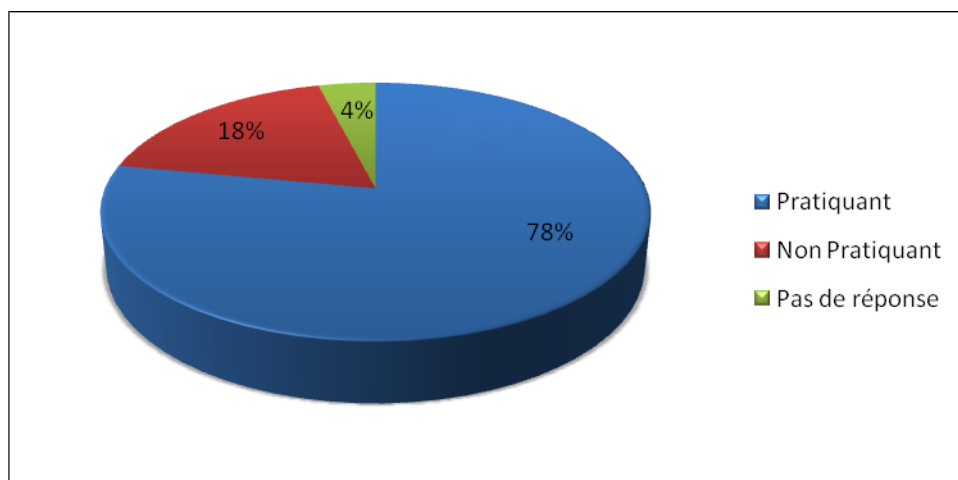


Figure 10 : la religiosité chez résidents.

2. Antécédents personnels

2.1. Tentative de suicide :

Dans notre échantillon, 1.1% (2) des résidents déclaraient avoir un antécédent personnel de tentative de suicide mais sans plus ample information. (N=177) (figure11)

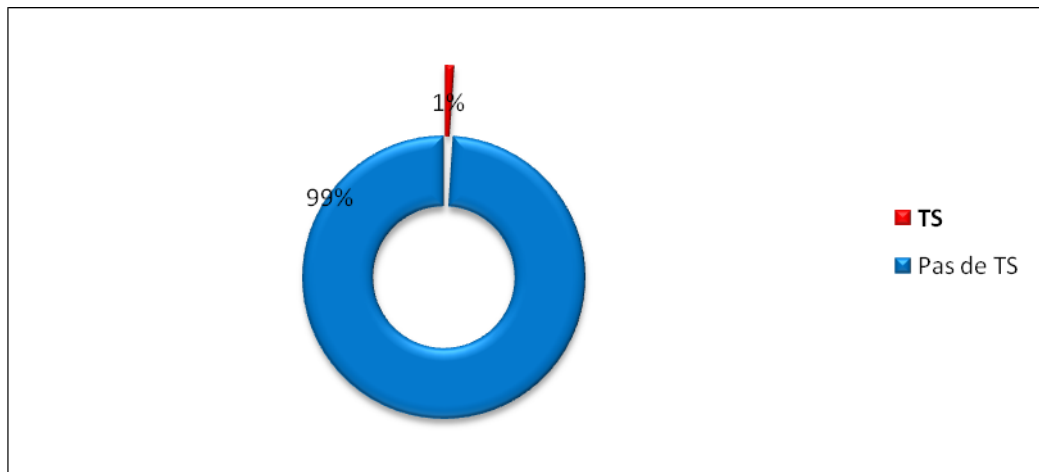


Figure 11 : Antécédent personnel de tentative de suicide chez les résidents

2.2. Dépression :

Dans notre échantillon, 12% (22) des résidents avaient un antécédent personnel de dépression. (N=177) (Figure 12)

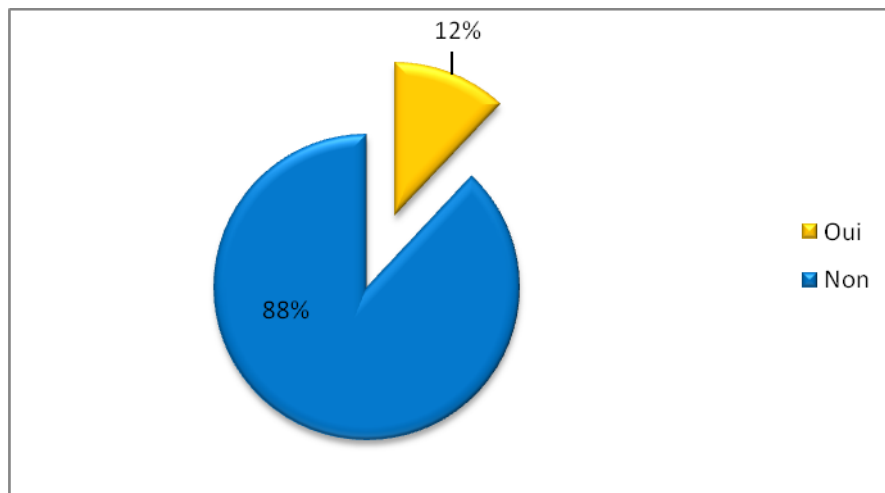


Figure 12 : la répartition des antécédents personnels de dépression chez les résidents.

2.3 Trouble panique

Dans notre échantillon, 16 % (28) des résidents avaient un antécédent personnel de trouble panique (N=177) (figure 13)

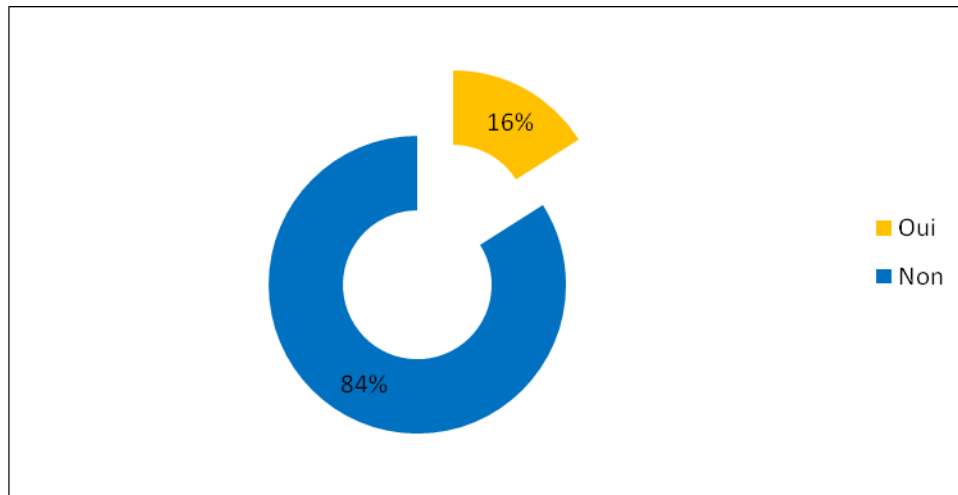


Figure 13: la répartition des antécédents personnels de trouble panique chez les résidents.

2.4 Trouble obsessionnel compulsif

Dans notre échantillon, 1 % (1) des résidents avait un antécédent personnel de trouble obsessionnel compulsif. (N=177) (figure 14)

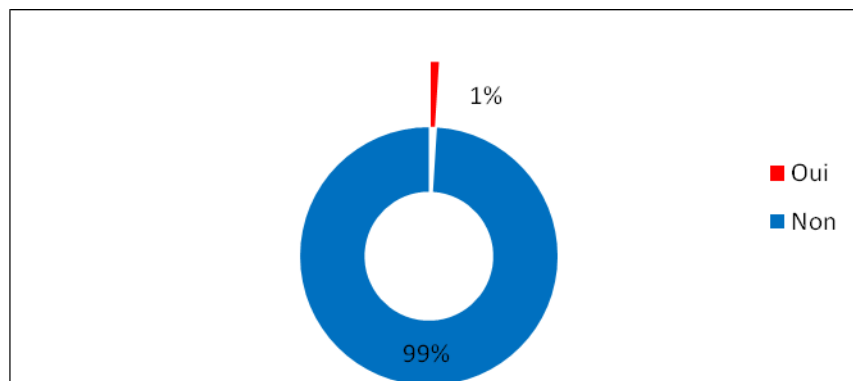


Figure 14 : la répartition des antécédents personnels de trouble obsessionnel compulsif chez les résidents.

2.5 Habitudes toxiques:

Dans notre échantillon, le tabac vient en tête des habitudes toxiques des résidents avec 15% , suivi de l'alcool 12%, puis du cannabis 8%, chicha et cocaïne 1%. (figure 15)

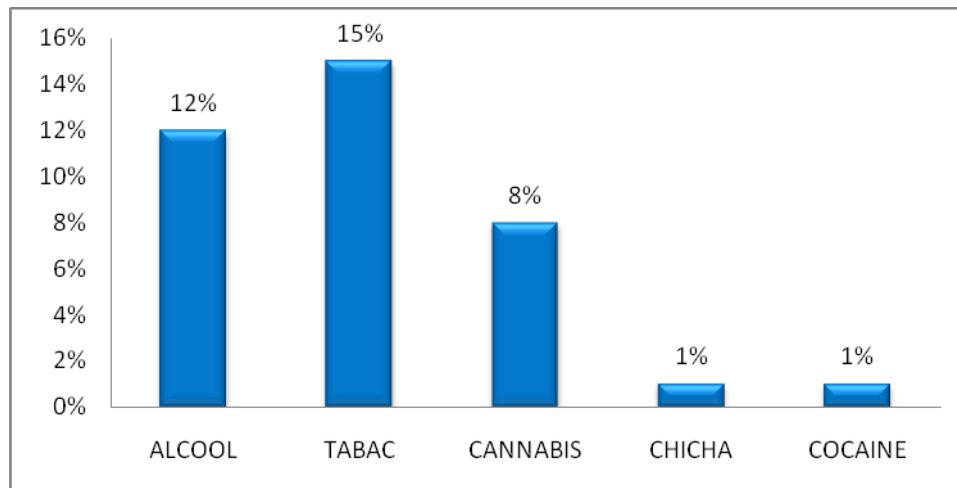


Figure 15: les habitudes toxiques des résidents.

2.6 Antécédents familiaux psychiatriques

Dans notre échantillon, la dépression vient en tête des antécédents familiaux psychiatriques avec 6%, suivie de la schizophrénie 3%, puis trouble panique 2%, trouble bipolaire 1% et trouble obsessionnel compulsif 1%. (figure 16)

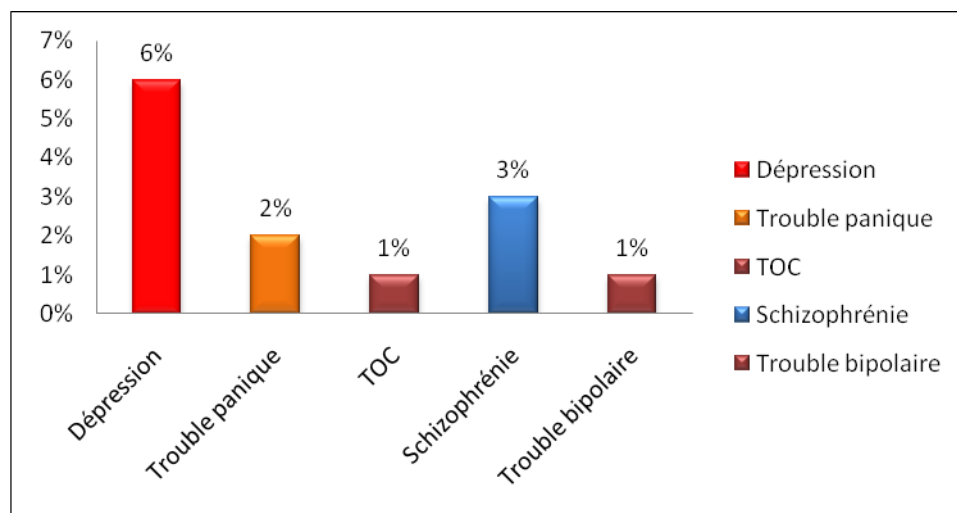


Figure 16 : les antécédents familiaux psychiatriques chez les résidents.

Tableau I récapitulatif des caractéristiques sociodémographiques

Caractéristiques étudiées		Effectif	Pourcentage
Genre	Hommes	85	48%
	Femmes	92	52%
Age moyen		29 ans +/-2.1	
Statut matrimonial	Célibataires	119	67.2%
	Mariés	57	32.2%
	Divorcés	1	0.6%
Enfants à charge		33	18.6%
Problèmes conjugaux		4	2.3%
Assurer les rentrées financières	Oui	27	15.3%
	Non	88	49.7%
	Partiellement	62	35%
Logement	Seul	43	24.7%
	En famille	106	60.9%
	Colocation	25	14.4%
Difficulté de transport		35	20%
Religion, pratiquant		138	78%
Antécédents personnels	Tentative de suicide	2	1.1%
	Dépression	22	12.4%
	Trouble panique	28	15.8%
	Trouble obsessionnel compulsif	1	0.6%
Habitudes toxiques	Alcool	20	11.3%
	Tabac	26	14.7%
	Cannabis	14	8%
	Chicha	1	0.6%
	Cocaïne	1	0.6%
Antécédents familiaux	Dépression	11	6.2%
	Trouble panique	3	1.7%
	Trouble obsessionnel compulsif	2	1.1%
	Schizophrénie	5	2.8%

3. Parcours professionnel :

3.1 Spécialité :

Dans notre étude la répartition des spécialités était comme suit :

- 🏥 Médicale 66% (117)
- 🏥 Chirurgicale 34% (60)

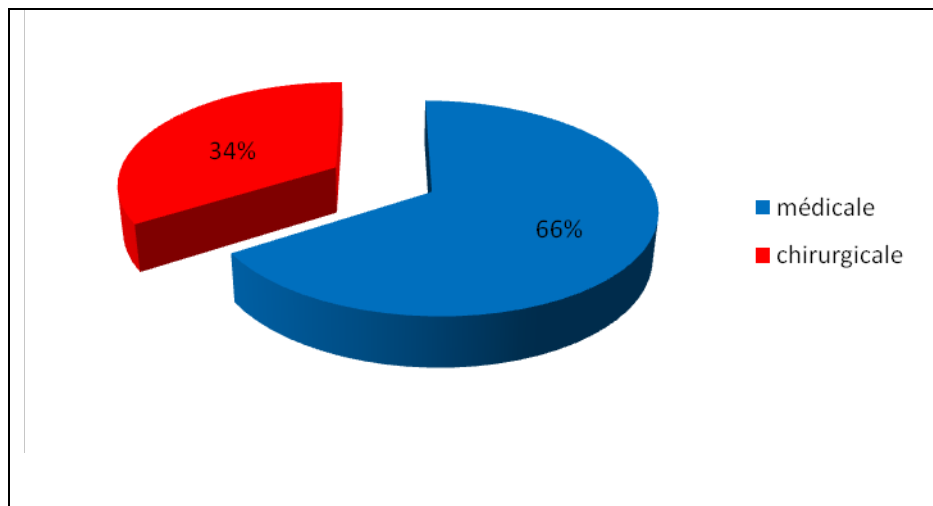


Figure 17 : la répartition des résidents selon la spécialité

3.2 Grade :

Les résidents en 2^{ème} année constituaient le plus grand nombre de cette série, soit 52 % (N=165) (figure 18)

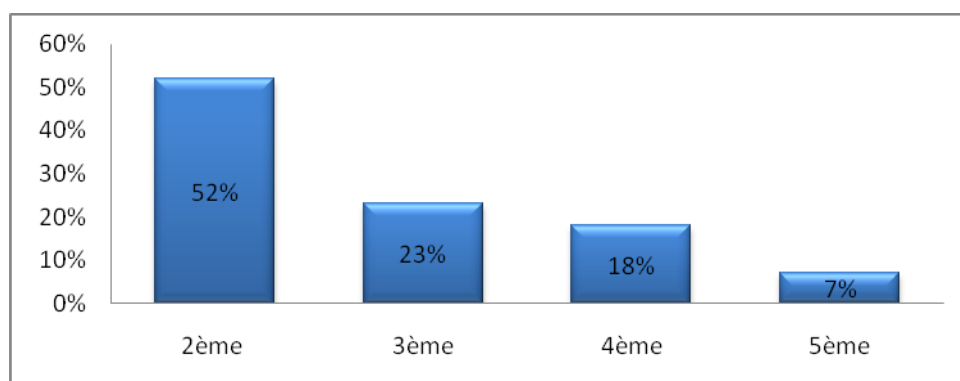


Figure 18 : la répartition des résidents selon le grade.

3.3 Volume horaire par semaine :

La majorité des résidents avait un volume horaire compris entre 40 et 60 heures par semaine avec 56.8%, 21% travaillait moins de 40 heures par semaine et 23% travaillait plus de 40 heures par semaine. (Figure 19)

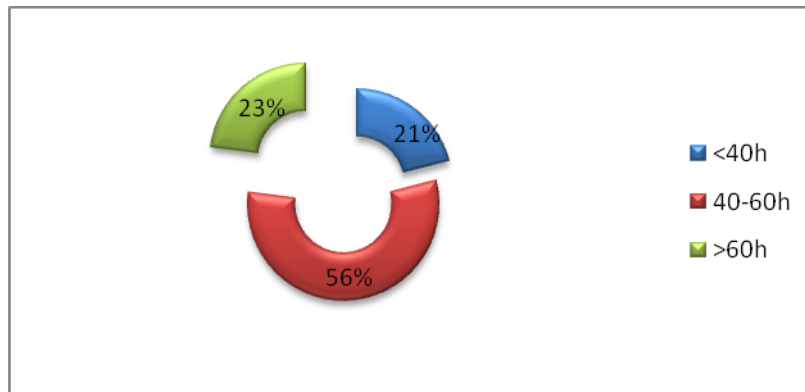


Figure 19 : la répartition du volume horaire par semaine chez les résidents.

3.4 Nombre de gardes par mois :

Dans notre série, le nombre de garde moyen était de 5, avec des extrêmes de 0 à 15. (Figure 20)

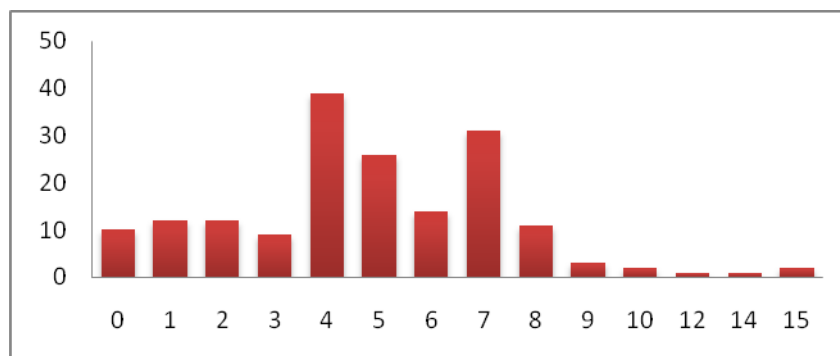


Figure 20 : la répartition du nombre de gardes/mois chez les résidents.

3.5 L'arrêt maladie lors des six derniers mois :

Dans notre échantillon, 4% des résidents avaient bénéficié d'un arrêt maladie lors des six derniers mois. (Figure 21)

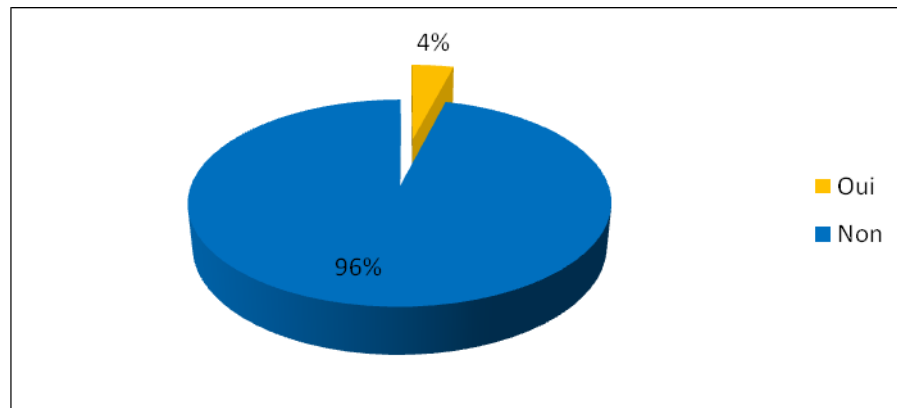


Figure 21 : l'arrêt maladie lors des six derniers mois chez les résidents.

3.6. Congés :

Dans notre étude, 32% des résidents avaient bénéficié d'un congé lors des six derniers mois de formation. (Figure 22)

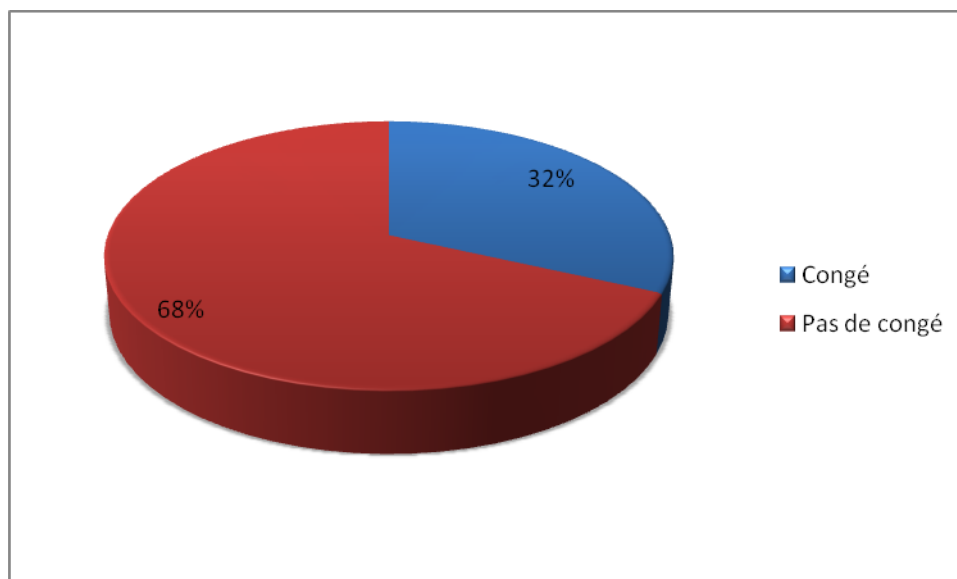


Figure 22 : Congés lors des six derniers mois chez les résidents.

3.7 : désir de reconversion de spécialité :

Dans notre échantillon, 40% des résidents avaient déjà pensé à changer de spécialité depuis le début de leur formation (N=172) (figure 23)

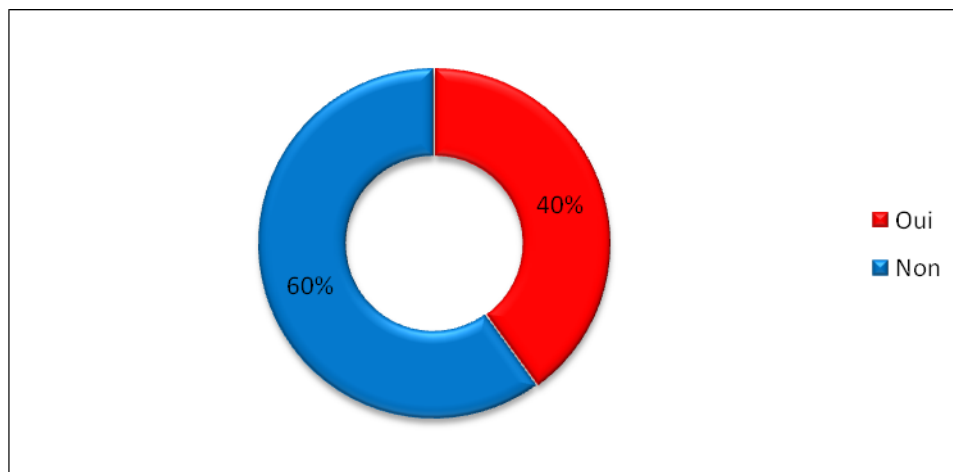


Figure 23 : désir de reconversion de spécialité chez les résidents.

Tableau II récapitulatif des résultats du parcours professionnel.

Caractéristiques étudiées		Effectif	Pourcentage
Spécialité	Médicale	117	66%
	Chirurgicale	60	34%
Grade	2 ^{ème} année	86	52%
	3 ^{ème} année	39	23.6%
	4 ^{ème} année	29	17.6%
	5 ^{ème} année	11	6.7%
Volume horaire	<40h	36	20.5%
	40-60h	100	56.8%
	>60h	40	22.7%
Arrêt maladie		7	4%
Congés		55	31.8%
Désir de reconversion		69	40%

4. Etude du Burnout chez les résidents.

4.1. Epuisement émotionnel :

Dans notre étude 35% des résidents avaient un score d'épuisement émotionnel élevé, 29% modéré et 36% bas. (Figure 24)

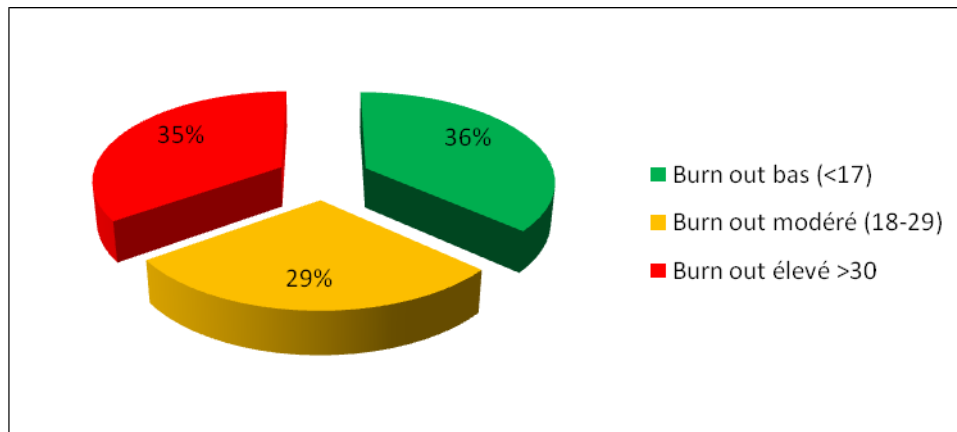


Figure 24 : Epuisement émotionnel chez les résidents

4.2. Dépersonnalisation :

Dans notre étude 38% des résidents avaient un score de dépersonnalisation élevé, 27% modéré et 35% bas. (Figure 25)

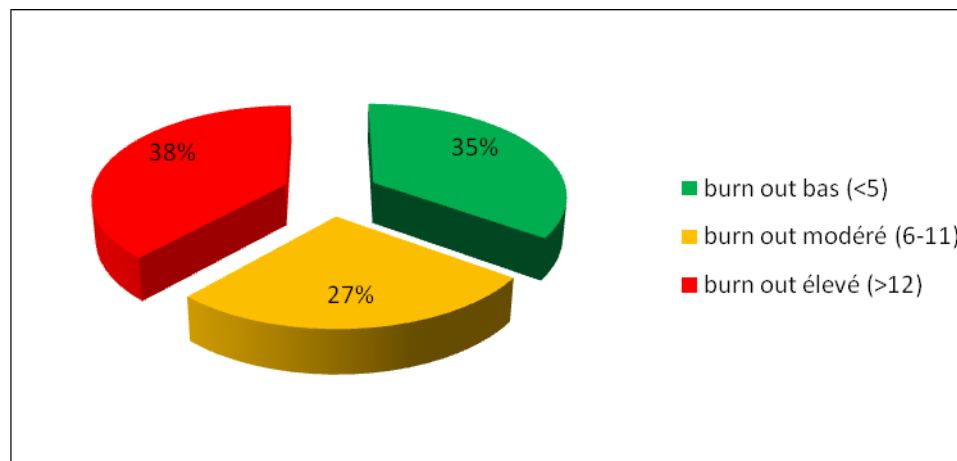


Figure 25 : Dépersonnalisation chez les résidents.

4.3. L'accomplissement personnel :

Notre étude a montré que 55 % des résidents avaient un faible accomplissement personnel, 32% modéré et seulement 13% avaient un accomplissement personnel élevé. (Figure 26)

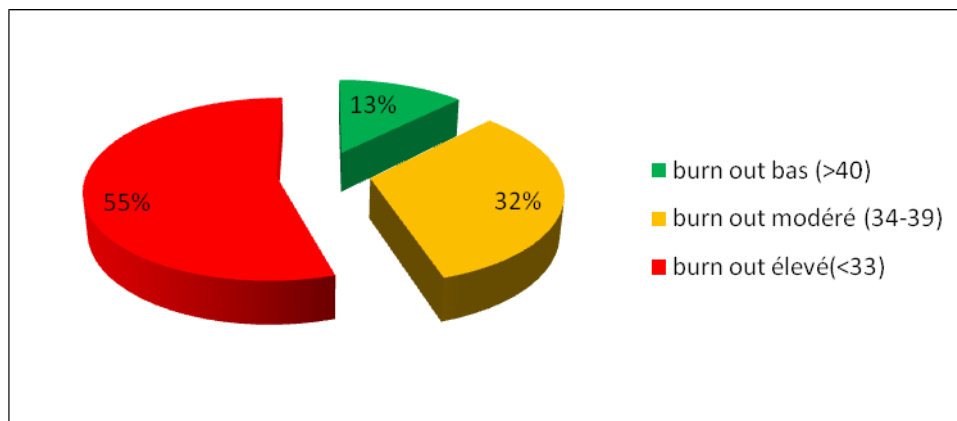


Figure 26 : Accomplissement personnel chez les résidents.

Les résultats des différentes composantes du Burnout sont décrits dans la figure 27.

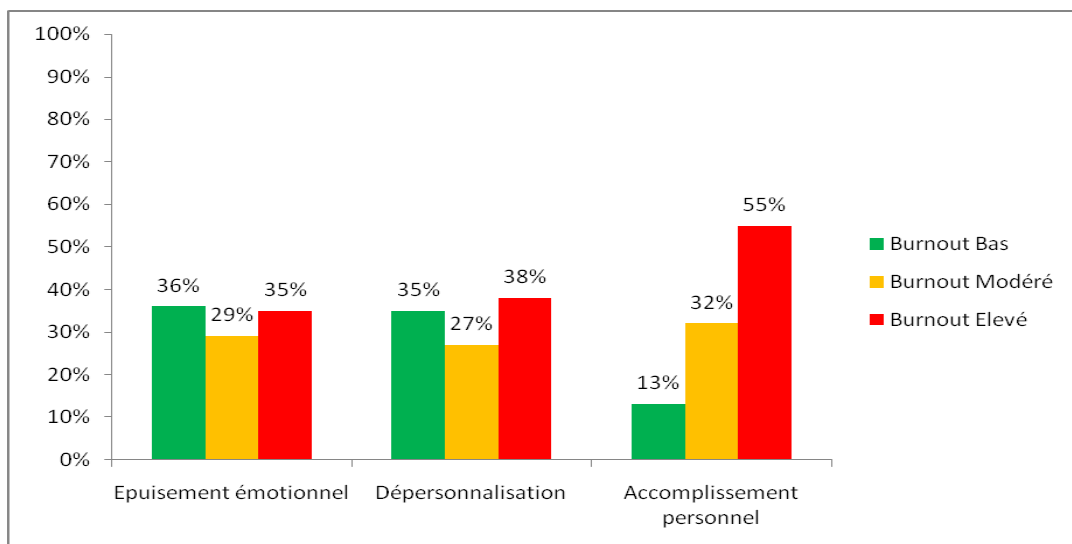


Figure 27 : la fréquence des différentes composantes du burnout chez les résidents.

4.4 Etude du burnout sévère :

Le burnout sévère est défini par le croisement entre les trois composantes du modèle :

- Epuisement émotionnel élevé,
 - Dépersonnalisation ou déshumanisation élevée.
 - Faible accomplissement personnel.
- Les résultats ont montré un pourcentage de 20% des résidents du CHU Mohammed VI de Marrakech en Burnout sévère. (N=177)

5. Etude des troubles anxieux caractérisés :

Le trouble panique et la phobie sociale sont les troubles anxieux caractérisés les plus présents chez les résidents avec une prévalence de 16.4%, suivis de l'état de stress post traumatique 9%, puis de l'agoraphobie 6% et du trouble obsessionnel compulsif 4%. (Figure 28)

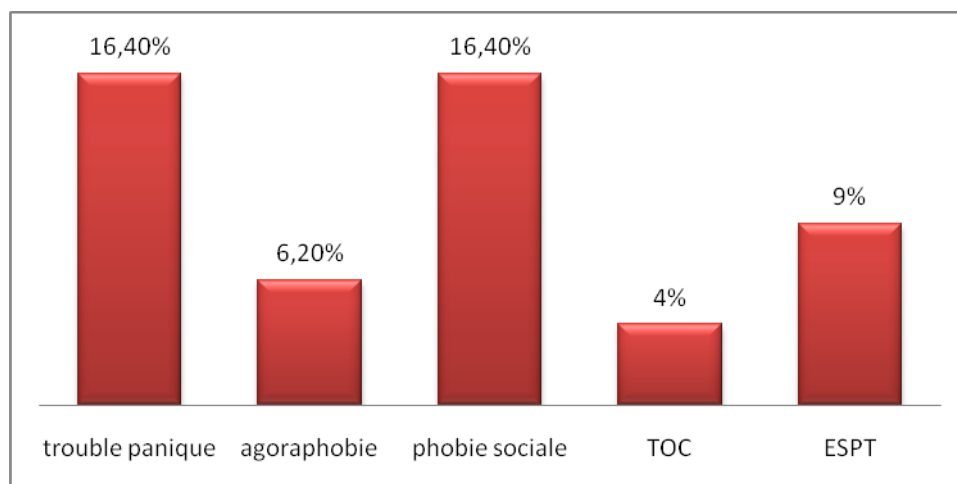


Figure 28 : La fréquence des troubles anxieux caractérisés chez les résidents

6. Etude de la dépression :

Plus de 47.2% (83) des résidents de notre échantillon étaient déprimés (47.2%) (figure 29)

Burnout, troubles anxieux et dépressifs chez les résidents du CHU Mohammed VI de Marrakech,

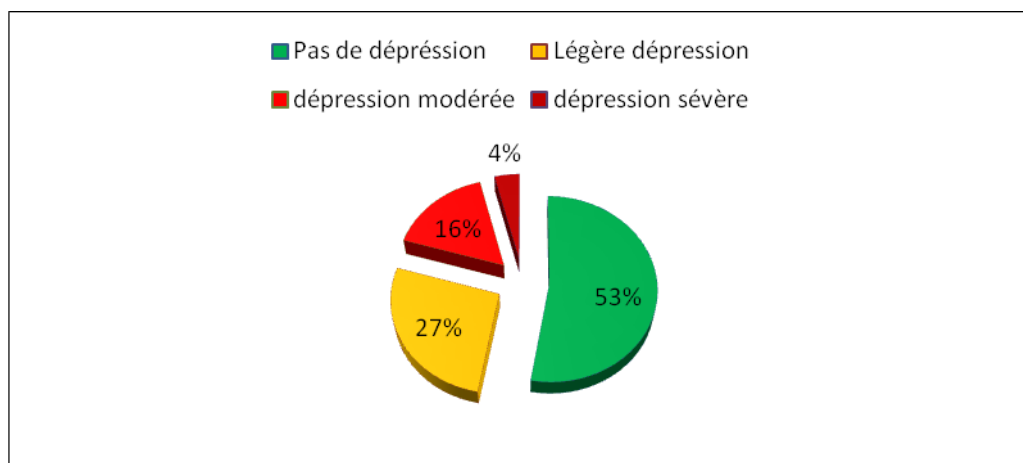


Figure 29 : la prévalence de la dépression chez les résidents du CHU Mohammed VI Marrakech

Tableau III récapitulatif du Burnout, TAC et dépression.

Caractéristiques étudiées		Effectif	Pourcentage
Burnout	Epuisement émotionnel élevé	61	35%
	Dépersonnalisation élevée	67	38%
	Faible accomplissement personnel	96	55%
	Burnout sévère	36	20%
Prévalence des troubles anxieux caractérisés	Trouble panique	29	16.4%
	Agoraphobie	11	6.2%
	Phobie sociale	29	16.4%
	Trouble obsessionnel compulsif	7	4%
	Etat de stress post traumatique	16	9%
	Total des TAC	92	52%
Prévalence de la dépression	Pas de dépression	93	53%
	Dépression légère	47	27%
	Dépression modérée	29	16%
	Dépression sévère	7	4%
	Total dépression	83	47%

II. Analyse bi variée :

1. Etude des associations de la variable Burnout sévère :

1.1 Répartition du burnout sévère chez les résidents selon le genre.

Les résultats du burnout sévère chez les résidents étaient presque similaires, avec une légère prédominance féminine 21% contre 19%. (Figure 30)

Le test n'est pas statistiquement significatif. ($p=0.63$)

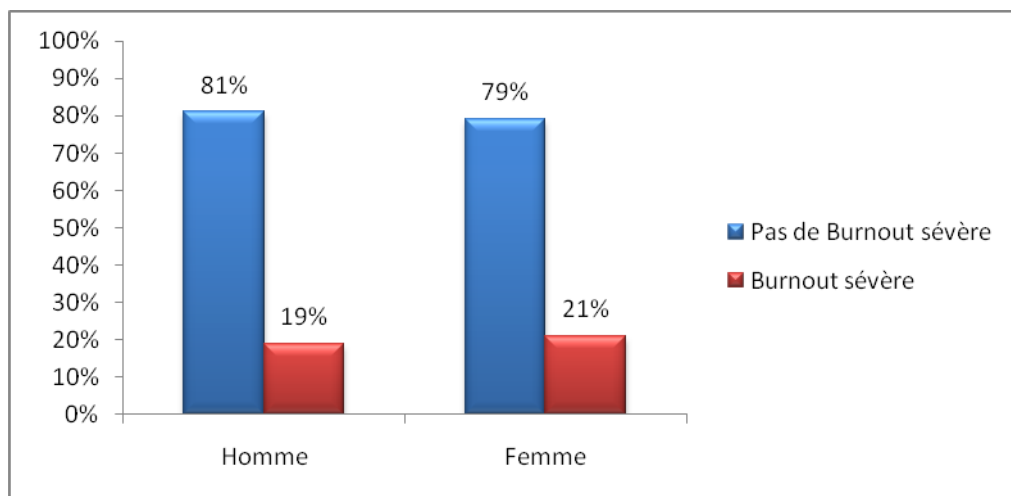


Figure 30: Répartition du burnout sévère chez les résidents selon le genre.

1.2 Répartition du burnout sévère chez les résidents selon les antécédents personnels de dépression :

La fréquence du burnout sévère chez les résidents ayant un antécédent personnel de dépression était de 23%, tandis que les résidents en burnout sévère sans antécédent personnel de dépression avaient une fréquence de 20%. (Figure 31)

Le test n'est pas statistiquement significatif. ($p=0.76$)

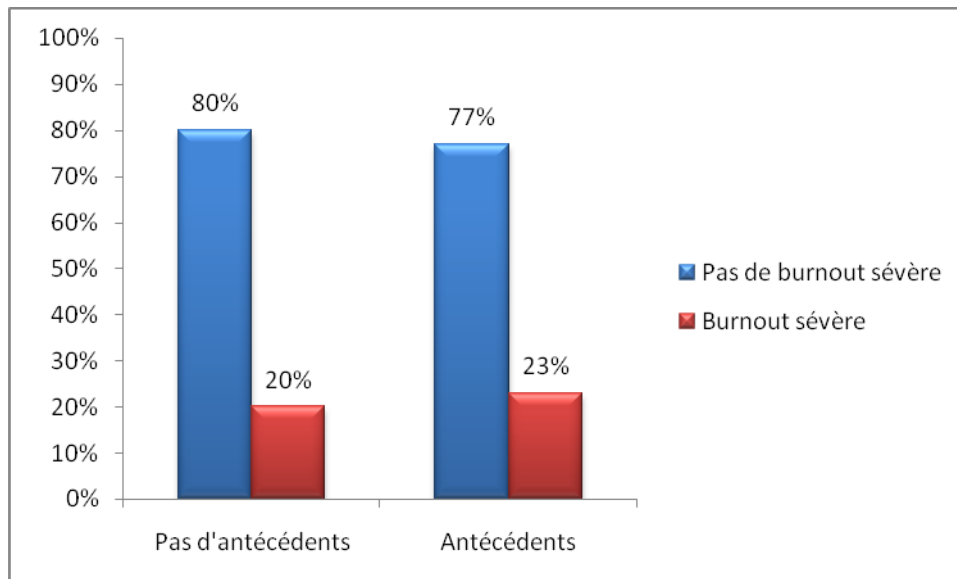


Figure 31 : Répartition du burnout sévère chez les résidents selon les antécédents personnels de dépression

1.3 Répartition du burnout sévère chez les résidents selon les antécédents familiaux de dépression :

Les résidents en burnout sévère avec un antécédent familial de dépression avaient une fréquence de 36%, ce qui représente presque le double de la fréquence retrouvée chez les résidents en burnout sévère sans antécédent familial de dépression (19%) (Figure 33).

Le test n'est pas statistiquement significatif. ($p=0.17$)

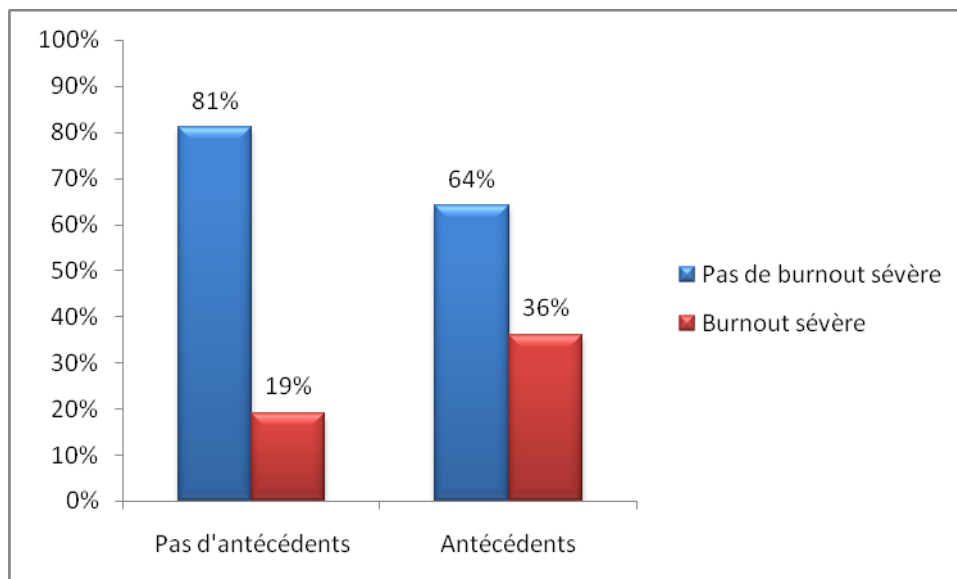


Figure 33 : Répartition du burnout sévère chez les résidents selon les antécédents familiaux de dépression

1.4 Répartition du burnout sévère chez les résidents selon la spécialité :

Dans notre échantillon, le burnout sévère touchait de manière égale les résidents en spécialité médicale (20%) et chirurgicale (20%) (Figure 34)

Le test n'est pas statistiquement significatif. ($p=0.93$)

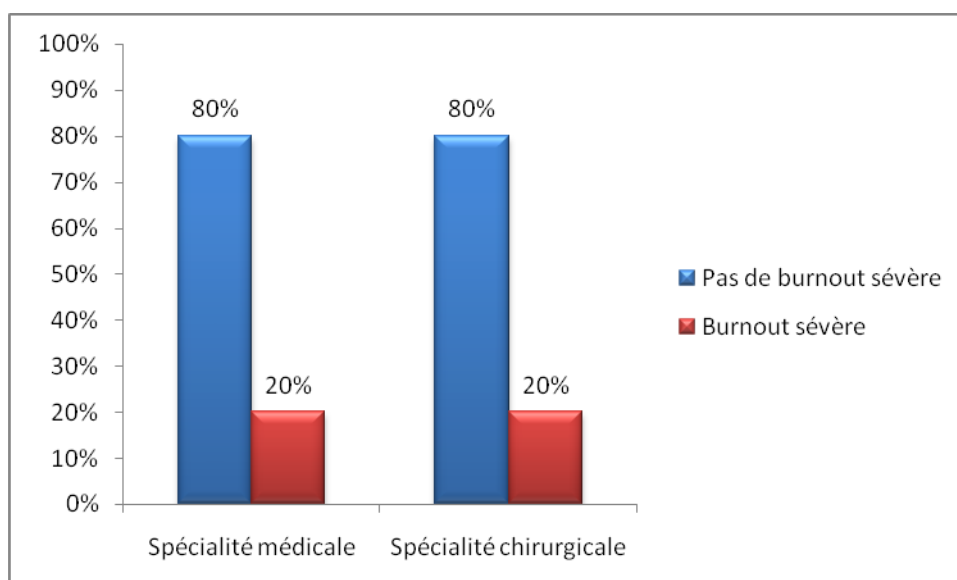


Figure 34 : Répartition du burnout sévère chez les résidents selon la spécialité

1.5 Répartition du burnout sévère chez les résidents selon le grade :

Dans notre échantillon, le burnout sévère touchait plus les résidents en phase avancée de formation avec une fréquence de 28%, alors que les résidents en 2-3^{ème} année avaient une fréquence de 18%. (Figure 35)

Le test n'est pas statistiquement significatif. ($p=0.17$)

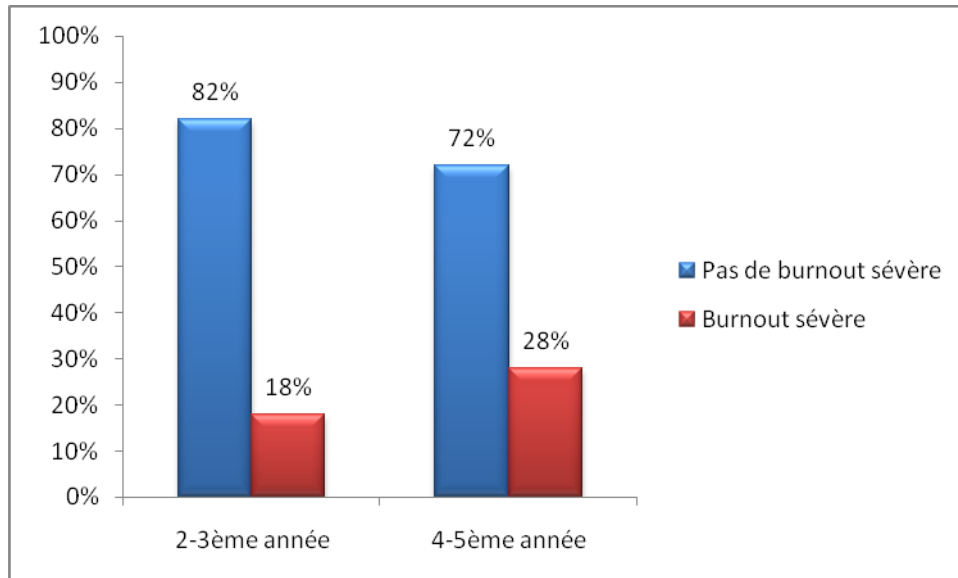


Figure 35 : Répartition du burnout sévère chez les résidents selon le grade.

1.6 Répartition du burnout sévère chez les résidents selon le nombre de gardes :

Le burnout sévère touchait les résidents qui faisait plus que le nombre moyen de gardes (>5) avec 29%, tandis que les résidents qui faisait un nombre ≤ 5 gardes avait un pourcentage de 16%. (Figure 36)

Le test est statistiquement significatif. ($p=0.03$)

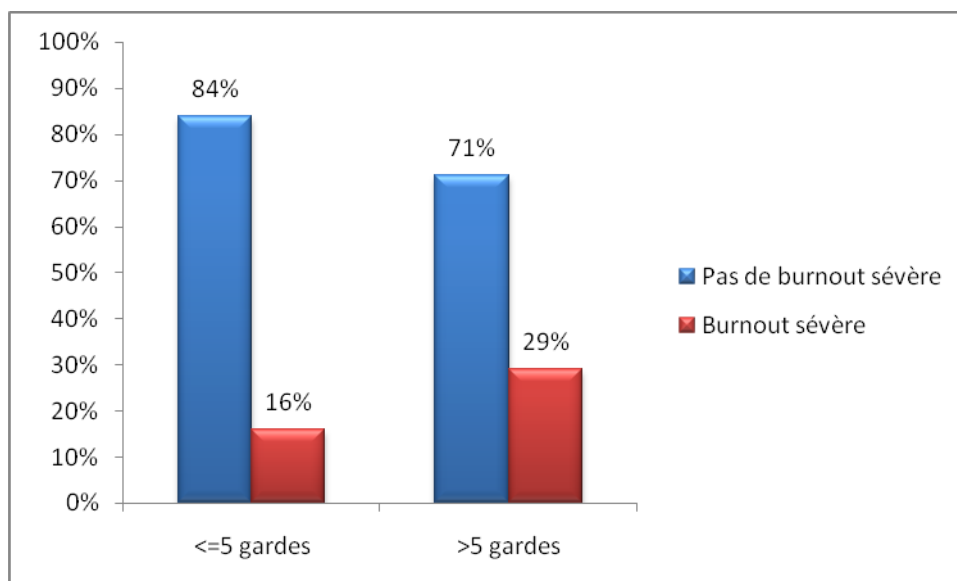


Figure 36 : Répartition du burnout sévère chez les résidents selon le nombre de gardes.

1.7 Répartition du burnout sévère chez les résidents selon le volume horaire hebdomadaire :

Dans notre échantillon, le taux de burnout sévère chez les résidents augmentait avec l'augmentation du volume horaire hebdomadaire. (Figure 37)

Le test n'est pas statistiquement significatif. ($p=0.27$)

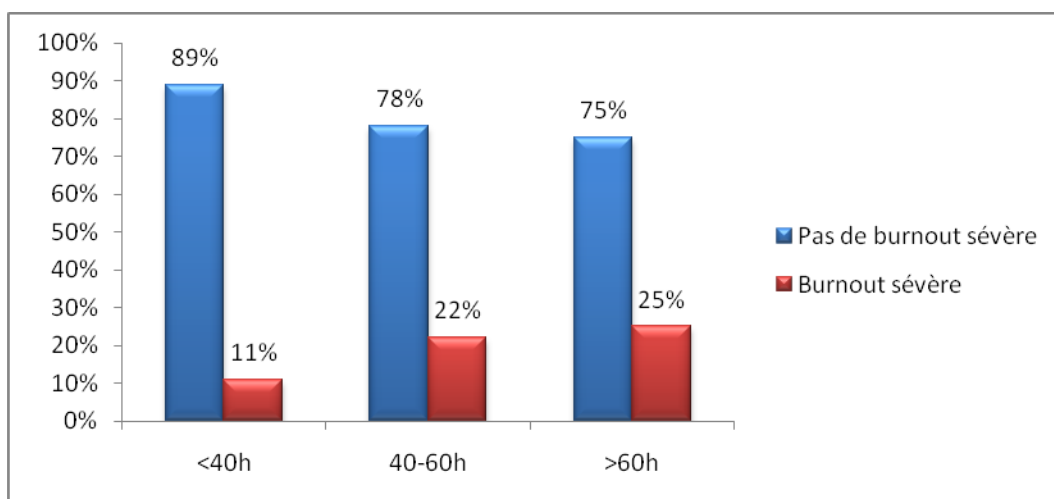


Figure 37 : Répartition du burnout sévère chez les résidents selon le volume horaire hebdomadaire.

1.8 Répartition du burnout sévère chez les résidents selon le désir de reconversion :

La fréquence du burnout sévère chez les résidents avec désir de reconversion était de 29%, contre 15% chez les résidents n'ayant pas de désir de reconversion de spécialité. (Figure 38)

Le test est statistiquement significatif. ($p=0.037$)

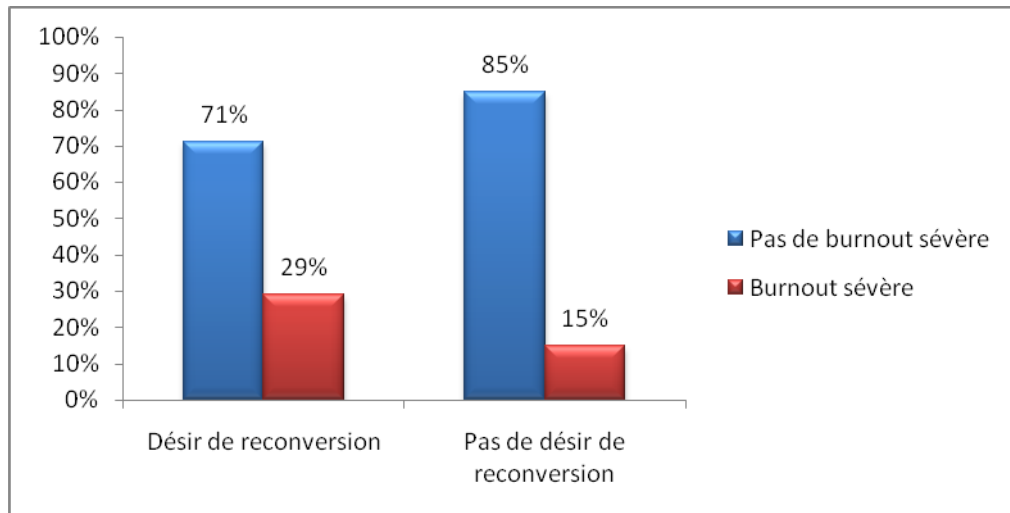


Figure 38 : Répartition du burnout sévère chez les résidents selon le désir de reconversion

Profil des résidents souffrant de burnout sévère :

- Le genre n'a pas d'influence sur la survenue du burnout sévère chez les résidents.
- L'antécédent personnel de dépression n'a pas d'influence sur la survenue du burnout sévère chez les résidents.
- L'antécédent familial de dépression n'a pas d'influence sur la survenue du burnout sévère chez les résidents.
- Le choix de spécialité n'a pas d'influence sur la survenue du burnout sévère chez les résidents.
- Le grade n'a pas d'influence sur la survenue du burnout sévère chez les résidents.

- Le nombre de garde >5 est un facteur influençant la survenue du burnout sévère chez les résidents.
- Le volume horaire hebdomadaire n'a pas d'influence sur la survenue du burnout sévère chez les résidents.
- Le désir de reconversion est un signal d'alarme à rechercher dans le cadre du burnout sévère chez les résidents.

2. Etude des associations de la variable de la dépression :

2.1 Répartition de la dépression chez les résidents selon le genre :

Dans notre série, les fréquences de la dépression chez les résidents étaient presque similaires entre les femmes et les hommes, avec une légère prédominance féminine avec 48% contre 46%. (Figure 39)

Le test n'est pas statistiquement significatif. ($p=0.79$)

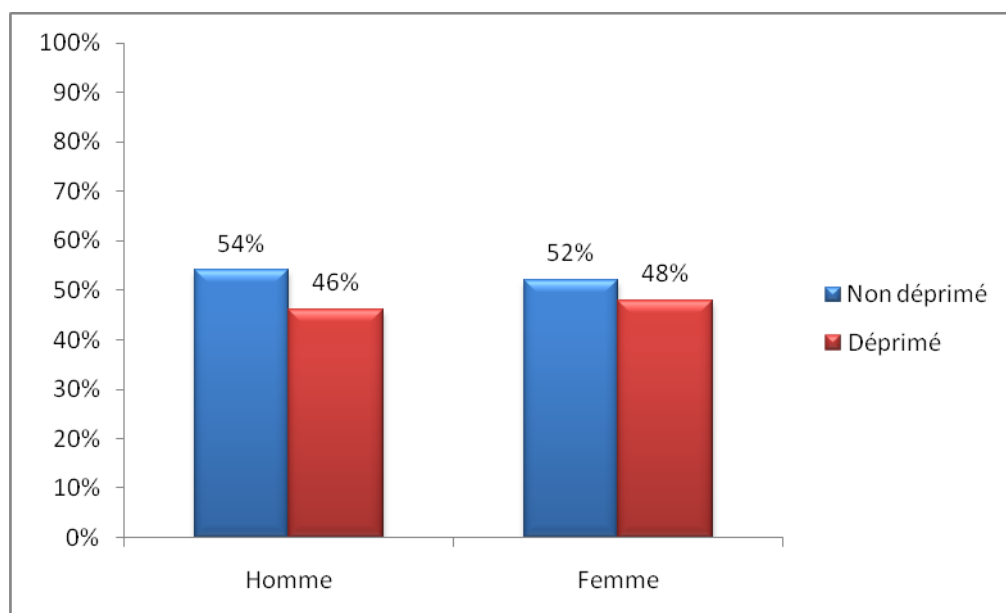


Figure 39 : Répartition de la dépression chez les résidents selon le genre.

2.2 Répartition de la dépression chez les résidents selon les antécédents personnels de dépression :

La fréquence de la dépression chez les résidents ayant un antécédent personnel de dépression était de 86%, ce qui représentait le double du pourcentage retrouvé chez les résidents déprimés sans antécédent personnel de dépression avec 41%. (Figure 40)

Le test est statistiquement significatif. ($p=0.001$)

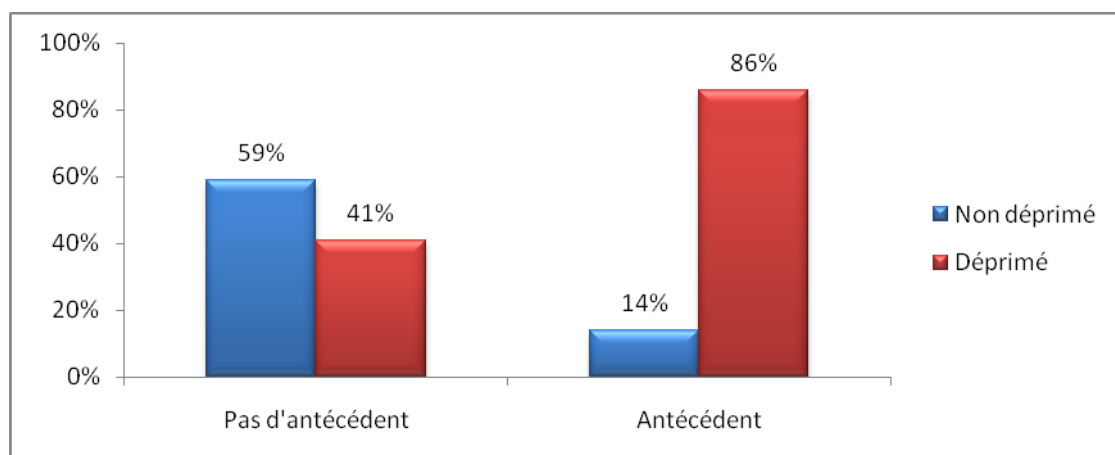


Figure 40: Répartition de la dépression chez les résidents selon les antécédents personnels de dépression.

2.3 Répartition de la dépression chez les résidents selon les antécédents familiaux de dépression :

La majorité des résidents ayant un antécédent familial de dépression étaient déprimés (73%), tandis que les sujets déprimés n'ayant pas d'antécédents familiaux de dépression n'avaient que 45% (Figure 41)

Le test n'est pas statistiquement significatif. ($p=0.07$)

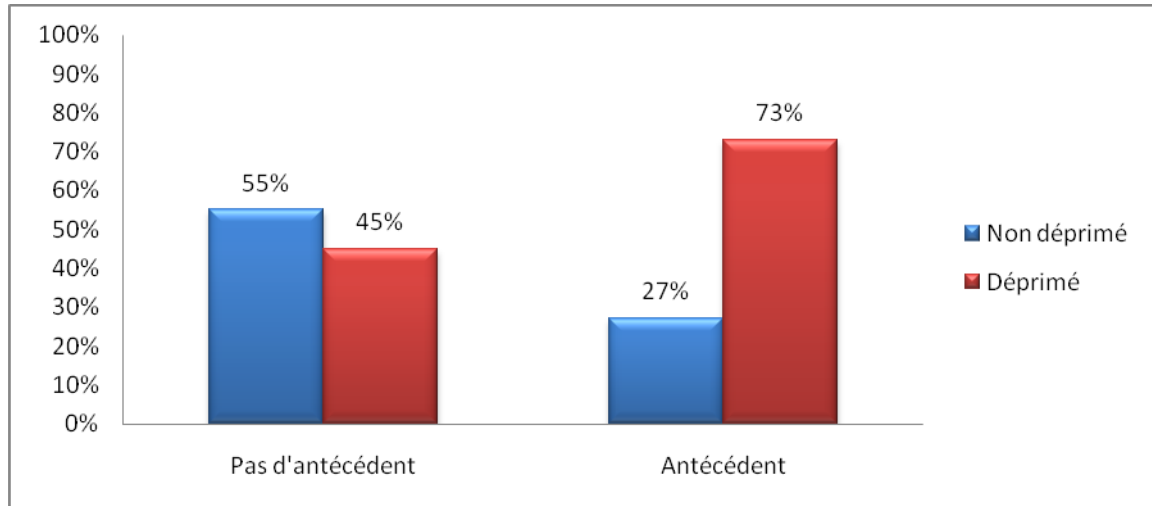


Figure 41 : Répartition de la dépression chez les résidents selon les antécédents familiaux de dépression

2.4 Répartition de la dépression chez les résidents selon la spécialité :

Dans notre échantillon, les chirurgiens en formation avaient un pourcentage de 50% de dépression, légèrement supérieur à celui retrouvé chez les résidents en spécialité médicale avec 45%. (Figure 42)

Le test n'est pas statistiquement significatif. ($p=0.55$)

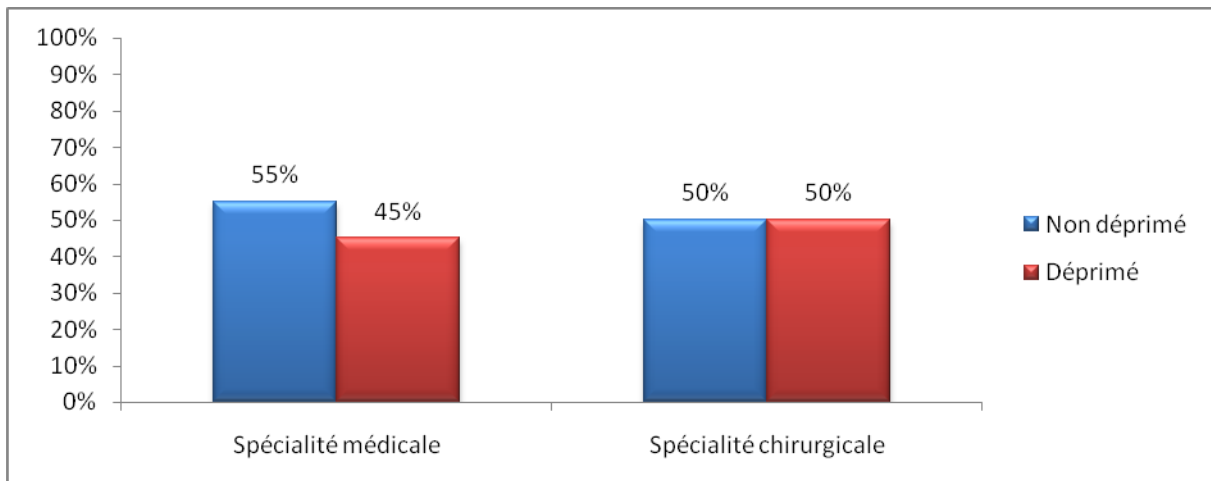


Figure 42 : Répartition de la dépression chez les résidents selon la spécialité

2.5 Répartition de la dépression chez les résidents selon le grade :

Dans notre échantillon, les résidents en 4-5^{ème} année avaient une fréquence de 50% de dépression, légèrement supérieur à celle retrouvé chez les résidents en 2-3^{ème} année avec 46%. (Figure 43)

Le test n'est pas statistiquement significatif. (p=0.62)

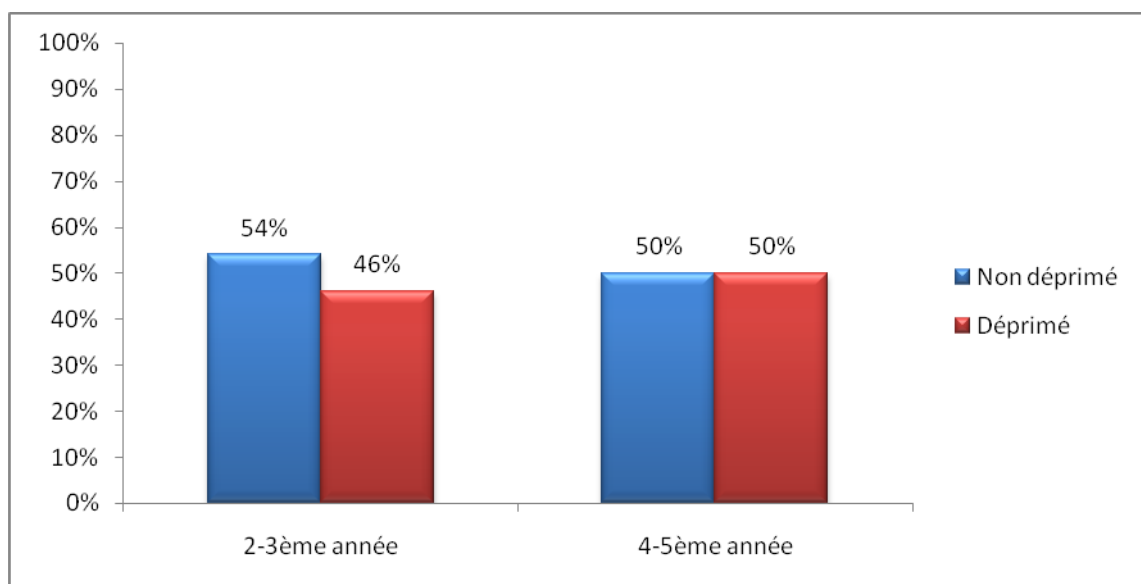


Figure 43 : Répartition de la dépression chez les résidents selon le grade.

2.6 Répartition de la dépression chez les résidents selon le nombre de gardes :

La dépression touchait les résidents qui avaient plus que le nombre moyen de gardes (>5) avec 71%, ce qui représentait plus que le double de la fréquence retrouvée chez les résidents qui avaient un nombre de gardes =<5 avec 33%. (Figure 44)

Le test est statistiquement significatif. (p=0.001)

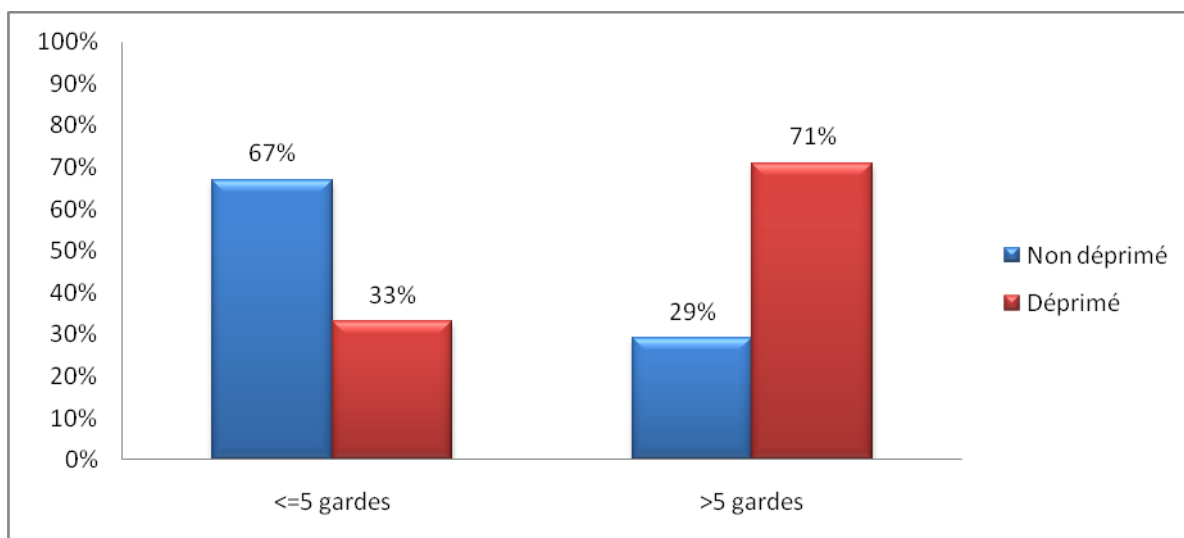


Figure 44 : Répartition de la dépression chez les résidents selon le nombre de gardes.

2.7 Répartition de la dépression chez les résidents selon le volume horaire :

Dans notre étude, La fréquence de la dépression chez les résidents augmentait avec le volume horaire hebdomadaire. Les résidents qui travaillaient moins de 40 heures par semaine avaient une fréquence de 31% de dépression, ceux qui travaillaient entre 40 et 60 heures par semaine avaient une fréquence de 47% et ceux qui travaillaient plus de 60 heures par semaine avaient une fréquence de 60% de dépression. (Figure 45)

Le test statistiquement significatif. ($p=0.037$)

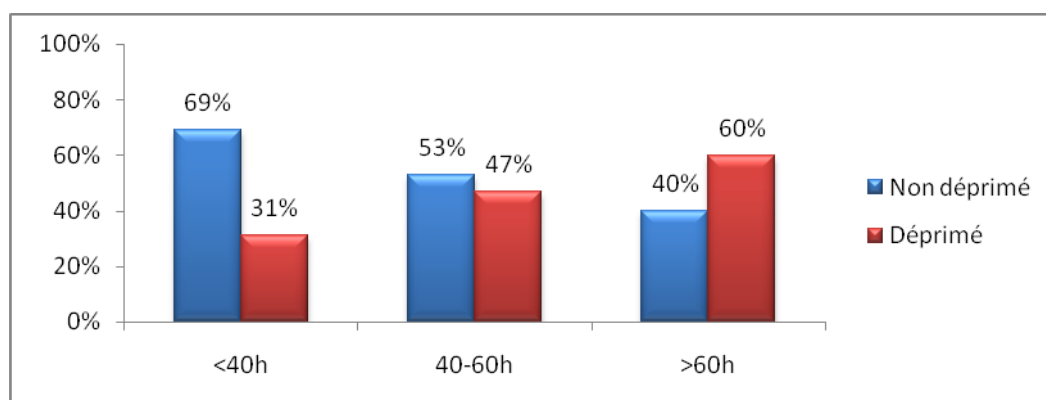


Figure 45: Répartition de la dépression chez les résidents selon le volume horaire.

2.8 Répartition de la dépression chez les résidents selon le désir de reconversion :

Dans notre étude, la fréquence de la dépression chez les résidents avec désir de reconversion était de 65%, ce qui représentait près du double de la fréquence retrouvée chez les résidents n'ayant pas de désir de reconversion de spécialité avec 37%. (Figure 46)

Le test est statistiquement significatif. ($p=0.001$)

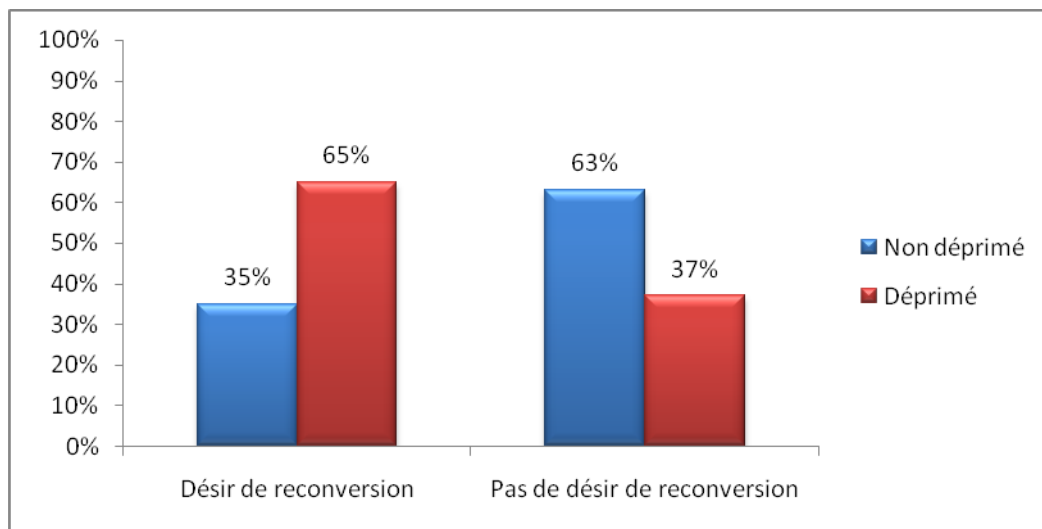


Figure 46 : Répartition de la dépression chez les résidents selon le désir de reconversion.

Profil des résidents souffrant de dépression :

- Le genre n'a pas d'influence sur la survenue de la dépression chez les résidents.
- L'antécédent personnel de dépression est un facteur influençant la survenue de la dépression chez les résidents.
- L'antécédent familial de dépression n'a pas d'influence sur la survenue de la dépression chez les résidents.
- Le choix de spécialité n'a pas d'influence sur la survenue de la dépression chez les résidents.
- Le grade n'a pas d'influence sur la survenue de la dépression chez les résidents.

Burnout, troubles anxieux et dépressifs chez les résidents du CHU Mohammed VI de Marrakech,

- Le nombre de garde >5 / Mois est un facteur influençant la survenue de la dépression chez les résidents.
- Le volume horaire hebdomadaire est un facteur influençant la survenue de la dépression chez les résidents.
- Le désir de reconversion est un signal d'alarme à rechercher dans le cadre de la dépression chez les résidents.

Tableau IV récapitulatif des corrélations des variables de la dépression et du burnout sévère.

Caractéristiques étudiées		Dépression		Burnout sévère	
		Pourcentage	Indice de Pearson	Pourcentage	Indice de Pearson
Genre	Homme	46%	P=0.796	19%	P=0.63
	Femme	48%		21%	
Antécédent personnel de dépression	Non	41%	<u>P=0.001</u>	20%	P=0.76
	Oui	86%		23%	
Antécédent familial de dépression	Non	45%	P=0.07	19%	P=0.17
	Oui	73%		36%	
Spécialité	Médicale	45%	P=0.55	20%	P=0.93
	Chirurgicale	50%		20%	
Grade	2-3 ^{ème} année	46%	P=0.62	18%	P=0.17
	4-5 ^{ème} année	50%		28%	
Nombre de garde mensuel	<=5 gardes	33%	<u>P=0.001</u>	16%	<u>P=0.03</u>
	>5 gardes	71%		29%	
Volume horaire hebdomadaire	<40h	31%	<u>P=0.037</u>	11%	P=0.14
	40-60h	47%		22%	
	>60h	60%		25%	
Désir de reconversion	Oui	65%	<u>P=0.001</u>	29%	<u>P=0.037</u>
	Non	37%		15%	



DISCUSSION



I. DEFINITIONS ET CONCEPTS

A. Burnout

Définition

Le syndrome d'épuisement professionnel, équivalent en français du terme anglais burnout, se traduit par un « épuisement physique, émotionnel et mental qui résulte d'un investissement prolongé dans des situations de travail exigeantes sur le plan émotionnel »(8).

Les travaux princeps, notamment ceux de Christina Maslach, ont permis de concevoir le syndrome d'épuisement professionnel comme un processus de dégradation du rapport subjectif au travail à travers trois dimensions (peurs mal définies, tensions nerveuses, humeur triste ou manque d'entrain, irritabilité, hypersensibilité, absence d'émotion) ;

- ❖ Cognitives touchant la mémoire, l'attention et l'exécution ;
- ❖ Comportementales ou interpersonnelles (repli sur soi, isolement social, comportement agressif, parfois tensions :
 - l'épuisement émotionnel (dimension prédominante),
 - le cynisme vis-à-vis du travail,
 - la diminution de l'accomplissement personnel au travail (dimension plus controversée).

Manifestations cliniques

Le burnout ne peut pas être considéré comme une maladie caractérisée.(9)

Le syndrome d'épuisement professionnel peut se traduire (liste non exhaustive) par des manifestations plus ou moins importantes et associées, notamment :

violence, diminution de l'empathie, ressentiment et hostilité à l'égard des collaborateurs; comportements addictifs) ;

Burnout, troubles anxieux et dépressifs chez les résidents du CHU Mohammed VI de Marrakech,

Motivationnelles ou liées à l'attitude (désengagement progressif, baisse de motivation et du moral, effritement des valeurs associées au travail ; doutes de ses propres compétences, remise en cause professionnelle, dévalorisation) ;

Physiques non spécifiques : asthénie, troubles du sommeil, troubles musculo-squelettiques (Type lombalgies, cervicalgies, etc.), crampes, céphalées, vertiges, anorexie, troubles gastro-intestinaux.

Le repérage repose sur un faisceau d'arguments qui doit prendre en compte les catégories de symptômes évoqués ci-dessus, ainsi qu'une analyse des conditions de travail.

Concernant l'identification de bio marqueurs, des études complémentaires restent à mener afin d'évaluer leur éventuelle pertinence clinique associée à ce syndrome.

Facteurs de risque

La recherche des facteurs de risque commence par l'analyse des conditions de travail.

Elle peut s'appuyer sur différents modèles tels qu'une méthode d'analyse de l'activité réelle, ou encore selon les six catégories de facteurs de risques psychosociaux suivantes tirées du rapport Gollac :

- ✓ Intensité et organisation du travail inadaptées (surcharge de travail, objectifs flous ou irréalistes, etc.) ;
- ✓ Exigences émotionnelles importantes avec confrontation à la souffrance, à la mort, dissonance émotionnelle ;
- ✓ Autonomie inadaptée ;
- ✓ Relations de travail dégradées (manque de soutien du collectif de travail, management délétère, etc.) ;
- ✓ Conflits de valeurs ;

- ✓ Insécurité de l'emploi.

L'existence de ressources dans le travail est protectrice.

Le risque de développer un syndrome d'épuisement professionnel est également associé :

- 📊 À certains traits de personnalité,
- 📊 À des antécédents dépressifs,
- 📊 De façon variable selon les études, à l'âge et l'expérience.

Ces facteurs individuels ne peuvent servir qu'à préconiser une prévention renforcée, et ne sauraient bien sûr en aucun cas constituer un élément de sélection des travailleurs.

Repérage

Le repérage individuel s'appuie sur un faisceau d'arguments incluant une analyse systémique : manifestations cliniques, conditions de travail et, en complément, éventuels facteurs de susceptibilité individuelle.

Ce repérage peut être réalisé par le médecin traitant, le médecin du travail et l'équipe de santé au travail. Dans l'intérêt du patient et avec son accord, il est indispensable qu'un échange ait lieu entre le médecin du travail et le médecin traitant.

Il est rappelé que tout travailleur peut solliciter une visite auprès du médecin du travail à tout moment, y compris pendant l'arrêt de travail, et sans en informer son employeur si la visite a lieu en dehors des heures de travail.

Le Maslach Burnout Inventory (MBI) comme d'autres questionnaires permet d'évaluer le syndrome d'épuisement professionnel, mais il n'a pas été construit comme un outil d'évaluation individuelle. Il peut être utilisé comme un outil de médiation pour guider un entretien avec le patient.

Burnout, troubles anxieux et dépressifs chez les résidents du CHU Mohammed VI de Marrakech,

Ces explorations sont à réaliser en complément de la recherche des facteurs professionnels, des données de vécu du travail et de santé collectées par ailleurs, des signes cliniques observés et entendus, notamment par le médecin traitant et/ou l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail.

Le repérage collectif peut être réalisé par le médecin du travail et l'infirmier en santé au travail sur un ensemble de signaux liés au fonctionnement de la structure (absentéisme, turnover fréquent, mouvements du personnel, qualité de l'activité et des relations sociales) ou à la santé et à la sécurité des travailleurs (activité du service de santé au travail, accidents du travail, maladies professionnelles, etc.).

Particularités des soignants

Population à risque historiquement identifiée, les professionnels de santé en activité ou en formation sont particulièrement exposés au risque d'épuisement professionnel, que ce soit pour des causes intrinsèques liées à la nature même de l'activité médicale (confrontation avec la souffrance et la mort, prises en charge impliquant l'entrée dans l'intimité des patients, etc.) ou des causes extrinsèques (charge et organisation du travail, etc.).

Différents facteurs rendent les professionnels de santé vulnérables : demande de performance, image du soignant infaillible, valeurs d'engagement et d'abnégation, injonctions contradictoires, dispositifs de soin complexes et évolutifs, tensions démographiques, insécurité, etc.

La prise en charge de l'épuisement des soignants nécessite un parcours de soins dédié. Elle implique aussi, comme pour tous les patients, le respect de la confidentialité et une réactivité adaptée, d'autant que la demande d'aide peut être retardée.

B. Les troubles anxieux caractérisés.

Les troubles anxieux caractérisés regroupent six entités cliniques : le trouble anxieux généralisé (TAG), le trouble panique avec ou sans agoraphobie, le trouble anxiété sociale, la phobie spécifique et l'état de stress posttraumatique (ESPT). Le trouble obsessionnel compulsif (TOC) n'est plus considéré comme trouble anxieux caractérisé (DSM V).

Les définitions de ces troubles extraites des classifications internationales (CIM 10 et DSM V).

DSM IV	CIM 10
Trouble anxieux généralisé	
Anxiété et soucis excessifs (attente avec appréhension) survenant la plupart du temps durant au moins 6 mois et concernant un certain nombre d'événements ou d'activités (tels le travail ou les performances scolaires).	Anxiété généralisée et persistante qui ne survient pas exclusivement ni même de façon préférentielle dans une situation déterminée.
Trouble panique	
<p>Elle associe les critères suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● attaques de panique récurrentes et inattendues ; ● au moins une des attaques s'est accompagnée pendant un mois (ou plus) de l'un (ou plus) des symptômes suivants : <ul style="list-style-type: none"> ▶ crainte persistante d'avoir d'autres attaques de panique, ▶ préoccupations à propos des implications possibles de l'attaque ou bien de ses conséquences (par exemple perdre le contrôle, avoir une crise cardiaque, « devenir fou »), ▶ changement de comportement important en relation avec les attaques. 	Attaques récurrentes d'anxiété sévère (attaques de panique), ne survenant pas exclusivement dans une situation particulière ou dans des circonstances déterminées, et dont la survenue est, de ce fait, imprévisible.
Trouble anxiété sociale	
Peur persistante et intense d'une ou plusieurs situations sociales ou bien de situations de performance pendant lesquelles le sujet est en contact avec des gens non familiers ou bien peut être exposé à l'éventuelle observation attentive d'autrui. Le sujet craint d'agir (ou de montrer des symptômes anxieux) de façon embarrassante ou humiliante.	Crainte d'être dévisagé par d'autres personnes, entraînant un évitement des situations d'interaction sociale. Elle peut s'accompagner d'une perte de l'estime de soi et d'une peur d'être critiqué.
Phobie simple ou spécifique	
Peur persistante et intense de caractère irraisonné ou bien excessif, déclenchée par la présence ou l'anticipation de la confrontation à un objet ou une situation spécifique (par exemple prendre l'avion, les hauteurs, les animaux, avoir une injection, voir du sang). Il existe de nombreuses phobies spécifiques dont certaines peuvent devenir très invalidantes selon le contexte familial, social ou professionnel : ascenseur, conduite automobile, animaux, transports, sang et blessures, piqûres, etc.	Phobies limitées à des situations très spécifiques comme la proximité de certains animaux, les endroits élevés, les orages, l'obscurité, les voyages en avion, les espaces clos, l'utilisation des toilettes publiques, la prise de certains aliments, les soins dentaires, le sang ou les blessures. Bien que limitée, la situation phobogène peut déclencher, quand le sujet y est exposé, un état de panique, comme dans l'agoraphobie ou la phobie sociale.

DSM IV	CIM 10
Trouble obsessionnel compulsif	
<p>Existence soit d'obsessions soit de compulsions :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● obsessions définies par : des pensées, impulsions ou représentations récurrentes et persistantes qui, à certains moments de l'affection, sont ressenties comme intrusives et inappropriées, et entraînent une anxiété ou une détresse importante. Le sujet fait des efforts pour ignorer ou réprimer ces pensées, impulsions ou représentations ou pour neutraliser celles-ci par d'autres pensées ou actions ; ● compulsions définies par : des comportements répétitifs (par exemple laver ses mains, ordonner, vérifier) ou actes mentaux (par exemple prier, compter, répéter des mots silencieusement) que le sujet se sent poussé à accomplir en réponse à une obsession ou selon certaines règles qui doivent être appliquées de manière inflexible. 	<p>Trouble caractérisé essentiellement par des idées obsédantes ou des comportements compulsifs récurrents.</p> <p>Les pensées obsédantes sont des idées, des représentations ou des impulsions faisant intrusion dans la conscience du sujet de façon répétitive et stéréotypée.</p> <p>Les comportements et les rituels compulsifs sont des activités stéréotypées répétitives.</p>
État de stress post-traumatique	
<p>Le sujet a été exposé à un événement traumatique dans lequel les deux éléments suivants étaient présents :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● le sujet a vécu, a été témoin de, a été confronté à, un (des) événement(s) durant le(s)quel(s) des individus ont pu mourir ou être très gravement blessés, ont été menacés de mort ou de grave blessure, ou bien durant le(s)quel(s) son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée ; ● la réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur. <p>NB : chez l'enfant, un comportement désorganisé ou agité peut se substituer à ces manifestations.</p>	<p>Ce trouble constitue une réponse différée ou prolongée à une situation ou à un événement stressant (de courte ou de longue durée), exceptionnellement menaçant ou catastrophique et qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus.</p>

C. La dépression

Le diagnostic de l'épisode dépressif caractérisé est clinique.

La classification de référence est la CIM-10 de l'OMS. Une autre classification est utilisée en clinique et à des fins de recherche : le DSM-V.

Les symptômes d'un épisode dépressif caractérisé doivent :

- ✓ être présents durant une période minimum de deux semaines, et chacun d'entre eux à un degré de sévérité certain, presque tous les jours ;
- ✓ avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur (professionnel, social, familial)
- ✓ induire une détresse significative.

Symptômes d'un épisode dépressif caractérisé

Au moins 2 symptômes principaux :

- humeur dépressive ;
- perte d'intérêt, abattement ;
- perte d'énergie, augmentation de la fatigabilité.

Au moins 2 des autres symptômes :

- concentration et attention réduite ;
- diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi ;
- sentiment de culpabilité et d'inutilité ;
- perspectives négatives et pessimistes pour le futur ;
- idées et comportement suicidaires ;
- troubles du sommeil ;
- perte d'appétit.

Un épisode dépressif caractérisé peut également se manifester par des expressions somatiques (ex. : algies et plaintes fonctionnelles diverses et répétées) et des troubles de la sexualité.

Certains symptômes peuvent avoir une expression différente selon les cultures et les croyances.

Diagnostic différentiel

Les diagnostics différentiels d'un épisode dépressif caractérisé sont :

- ✚ D'autres troubles psychiatriques ;
- ✚ L'usage, l'abus, la dépendance, le sevrage de certains médicaments, ainsi que la poly médication chez le sujet âgé ;

- ✚ L'usage, l'abus, la dépendance, le sevrage de substances psychoactives (incluant le sevrage du tabac)
- ✚ d'autres maladies somatiques, notamment : hypothyroïdie, maladies neurodégénératives.

Les abus et la dépendance aux substances psychoactives peuvent être également une comorbidité.

Évaluation initiale de l'épisode dépressif caractérisé

Il est recommandé de réaliser un examen clinique pour rechercher l'existence d'une maladie associée et d'effectuer les tests de laboratoire éventuels selon les indications de cet examen.

➤ Entretien clinique

✓ Évaluation de l'épisode dépressif caractérisé actuel

Pour le bilan initial de l'épisode dépressif caractérisé, il est recommandé de rechercher les éléments suivants :

- ✚ Le risque suicidaire ;
- ✚ Un trouble psychiatrique associé, notamment parmi les troubles anxieux
- ✚ une auto ou hétéro-agressivité ;
- ✚ Une diminution des fonctions sensorielles, physiques ou cognitives (notamment pour les patients âgés ou ayant subi un traumatisme crânien) ;
- ✚ L'existence de maltraitance actuelle physique, psychique, verbale ou sexuelle ;
- ✚ Des expressions somatiques des états dépressifs (ex. : algies et plaintes fonctionnelles diverses et répétées)
- ✚ Des troubles de la sexualité ;
- ✚ Des facteurs de risques psychosociaux ; il est nécessaire d'évaluer la durée et l'intensité du facteur de risque et la possibilité d'une amélioration spontanée.

✓ **Évaluation des antécédents personnels et familiaux**

En cas de suspicion d'épisode dépressif caractérisé, il est recommandé de rechercher les antécédents psychiatriques et somatiques lors du bilan initial.

Il est recommandé de recueillir si nécessaire les informations complémentaires auprès de la famille ou des amis avec l'accord du patient.

Il est recommandé d'évaluer les ressources, aides, fonctionnement socioprofessionnel, etc.

Outils d'aide au diagnostic

Les outils d'évaluation standardisés sont des aides au diagnostic qui doivent être soumis au jugement du clinicien, notamment le PHQ-2 ou le PHQ-9, le BDI-II, HADS, HDRS, le GDS-15.

Pour certains patients l'appropriation du diagnostic de dépression peut être aidée par l'utilisation d'un auto-questionnaire

Définition

Il est recommandé de qualifier la sévérité d'un épisode dépressif caractérisé selon les critères diagnostiques de la CIM-10 et du DSM-5 qui proposent 3 niveaux : léger, modéré ou sévère, selon le nombre et l'intensité des symptômes et le degré de dysfonctionnement du patient dans les activités sociales, professionnelles résultant de l'épisode dépressif.

Tableau V. Critères définissant un épisode dépressif caractérisé léger, modéré ou sévère

Intensité de l'épisode dépressif caractérisé	Nombre de symptômes		Retentissement sur le mode de fonctionnement du patient
	CIM-10	DSM-5	
Léger	2 symptômes dépressifs principaux et 2 autres symptômes dépressifs	Peu ou pas de symptômes supplémentaires par rapport au nombre nécessaire pour répondre au diagnostic	Retentissement léger sur le fonctionnement (perturbé par les symptômes) Quelques difficultés à poursuivre les activités ordinaires et les activités sociales, mais celles-ci peuvent être réalisées avec un effort supplémentaire
Modéré	2 symptômes dépressifs principaux et 3 à 4 autres symptômes dépressifs	Le nombre des symptômes est compris entre « léger » et « grave »	Le dysfonctionnement pour les activités se situe entre ceux précisés pour l'épisode léger et l'épisode sévère
Sévère	3 symptômes dépressifs principaux et au moins 4 autres symptômes dépressifs	Le nombre des symptômes est en excès par rapport au nombre nécessaire pour faire le diagnostic	Les symptômes perturbent nettement les activités professionnelles, les activités sociales courantes ou les relations avec les autres : par exemple difficultés considérables voire une incapacité à mener le travail, les activités familiales et sociales

II. DISCUSSION DES RESULTATS

A. Etude du Burnout :

Comparaison de la prévalence du burnout

1. Population générale d'âge similaire

Dans notre étude, la fréquence de l'épuisement émotionnel élevé chez les résidents était de 35%, la fréquence de la dépersonnalisation élevée était de 38% et la fréquence du faible accomplissement personnel était de 55%.

Plusieurs études comparatives ont établi que les médecins ont des taux de burnout plus élevés que ceux de la population active générale, des individus dans d'autres carrières et d'autres professionnels de la santé. (8-9)

Notamment l'étude de Shanafelt TD et al (10) sur les changements dans l'épuisement professionnel et la satisfaction à l'égard de l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée chez les médecins et la population active en générale aux Etats-Unis entre 2011 et 2014 qui a révélé que le burnout chez les médecins était environ le double de celui de la population générale et a augmenté de façon spectaculaire au cours des dernières années; la majorité des médecins en 2014 (54,5%) répondaient aux critères d'épuisement professionnel.

2. Professionnels du CHU de Marrakech

La comparaison des résultats du MBI chez les professionnels du CHU de Marrakech (12-13) a montré que :

Le taux d'épuisement émotionnel élevé chez nos résidents (35%) était proche de celui des professeurs (38%) et des étudiants (39.5%), alors qu'il était plus élevé chez les médecins résidents et internes (79%) de l'étude datant de 2006.

Cette différence pourrait être expliquée par l'augmentation des effectifs de médecins résidents et internes au sein du CHU de Marrakech.

Burnout, troubles anxieux et dépressifs chez les résidents du CHU Mohammed VI de Marrakech,

- le taux de dépersonnalisation chez nos résidents (45%) était supérieur à celui des étudiants (29%) et infirmiers (25.7%) du CHU de Marrakech, et inférieur à celui des professeurs (45%), médecins résidents (53%) et internes (57%) de l'étude de 2006 au CHU de Marrakech.
- Nos résidents étaient les plus exposés à la baisse de l'accomplissement personnel par rapport aux autres professionnels du CHU de Marrakech.

Par ailleurs, comme le note Blanchard dans son étude(11), les résidents peuvent être plus sensibles à l'iniquité perçue, du fait qu'ils s'inscrivent dans un apprentissage de la médecine, et donc sont à la recherche de reconnaissance de la part de leurs supérieurs. Cela peut expliquer leur taux bas d'AP comparé aux seniors. Le statut du résident n'est pas toujours clair pour les patients, ce qui peut limiter la reconnaissance de leur travail, pouvant aussi expliquer leur baisse de l'accomplissement personnel.

Tableau VI : Comparaison des niveaux pathologiques du burnout chez les résidents avec ceux des professeurs, des résidents, des internes, des étudiants et des infirmiers du CHU de Marrakech

Population étudiée	Echantillon	Année	Auteur	Pays	Burnout		
					EE élevé	DP élevé	AP bas
Professeurs du CHU de Marrakech	29	2006	A.Benhmidoun (12)	Maroc	38%	45%	28%
Résidents du CHU de Marrakech	77	2006	A.Benhmidoun (12)	Maroc	64%	53%	16%
Internes du CHU de Marrakech	14	2006	A.Benhmidoun (12)	Maroc	79%	57%	14%
Etudiants de la FMPM	240	2008	A.Bounsir (13)	Maroc	39.5%	29%	18.5%
Infirmiers du CHU de Marrakech	175	2016	M.K Ben Moussa (14)	Maroc	41.1%	25.7%	32.6%
Résidents du CHU de Marrakech	177	2019	Notre étude	Maroc	35%	38%	55%

Ces résultats sont confortés par l'étude de N.Doghmi et al (15), réalisée en 2013, sur le syndrome d'épuisement professionnel chez les personnels d'anesthésie réanimation de quatre

hôpitaux universitaires marocains qui avait révélé que les médecins résidents et les infirmiers étaient les plus exposés au burnout.

3. Résidents du monde.

Des études menées auprès des résidents partout dans le monde ont montré des résultats variés (Tableau) :

Le taux d'épuisement émotionnel chez nos résidents était inférieur aux résultats trouvés dans les autres études.

En effet, les études menées dans des conditions socioéconomiques et de travail similaires aux nôtres (Casablanca, Sénégal, Tunisie), le taux d'épuisement émotionnel élevé atteignait 64.1%, 64% et 62.9% respectivement. Tandis que pour les études menées aux Etats-Unis, les taux étaient compris entre 37% et 57%.

La dépersonnalisation était plus élevée chez les résidents tunisiens (71.6%), saoudiens (62.3%), et casablancais (51%). Au CHU de Marrakech, elle était de 38%, ce qui concordait avec des résultats obtenus aux Etats-Unis (35.7%).

Notre score de la baisse de l'accomplissement personnel se rapprochait de celui trouvé chez les résidents en Tunisie (56.1%) et en Arabie saoudite (56.5%), plus élevé par rapport aux résultats obtenus à Casablanca (31.8%) et aux Etats-Unis (16%), alors qu'il était plus bas par rapport à l'étude menée au Sénégal (84.9%).

Plusieurs raisons pourraient expliquer cette disparité de résultats (qualité de vie, patients exigeants, relation médecin-malade...), mais une chose est palpable : le burnout est présent chez les résidents du monde entier.

Tableau VII : Comparaison des niveaux pathologiques du burnout chez les résidents du CHU de Marrakech et ceux des résidents du monde.

Population étudiée	Echantillon	Année	Auteur	Pays	Burnout		
					EE élevé	DP élevé	AP bas
Résidents	191	2017	El Kettani A et al (16)	Casablanca, Maroc	64.1%	51%	31.8%
Résidents	192	2014	Guèye et al (17)	Dakar, Sénégal	64%	45.2%	84.9%
Résidents et internes	342	2015	Kacem I et al (18)	Sousse, Tunisie	62.9%	71.6%	56.1%
Résidents	85	2015	Aldrees et al (19)	Arabie Saoudite	55.3%	62.3%	56.5%
Résidents	753	2014	Elmore LC et al (20)	NY, Etats-Unis	57%	50%	16%
Résidents	1489	2012	Dyrbye et al (21)	Arizona, Etats-Unis	37.6%	35.7%	-
Résidents	177	2019	Notre étude	Maroc	35%	38%	55%

B. Etude des troubles anxieux caractérisés

1. Population générale d'âge similaire.

Dans notre étude la prévalence des troubles anxieux caractérisés chez les résidents était de 52%. Ce taux, certes élevé, est comparable avec les résultats trouvés dans la littérature.

L'étude faite sur la population générale à Tétouan au Maroc, en 2013 par L.El Amrani et al (22), a trouvé une prévalence de l'anxiété à hauteur de 35.87% chez la tranche d'âge des 25-34 ans.

Cette différence de résultat entre les résidents et la population générale est confortée par plusieurs études internationales (23-24-25-26-27)

Notamment celle de Moussa OY et al (27), réalisée en 2016 aux Etats-Unis dont les résultats suggèrent que les étudiants en médecine, les résidents et les médecins spécialistes ont des taux de dépistage positifs de l'anxiété cinq à huit fois plus élevés que les taux retrouvés dans une population américaine d'âge similaire.

Burnout, troubles anxieux et dépressifs chez les résidents du CHU Mohammed VI de Marrakech,

Les résidents en médecine ont des taux d'anxiété supérieurs au reste de la population générale d'âge similaire, il est donc pertinent de souligner l'impact des conditions de formation et de travail dans la survenue de ces troubles.

2. Etudiants en médecine.

Dans notre étude la prévalence des troubles anxieux caractérisés chez les résidents était de 52%.

L'étude d'Ouchtain et al (28), réalisé en 2014 et publié en 2016, chez les étudiants de la FMJM avait trouvé un taux de 54% chez un échantillon de 350 étudiants.

L'étude de Kelly Macauley (29), faite en 2017 aux Etats-Unis a trouvé un taux de 56% chez un échantillon de 183 étudiants.

Tableau VIII : Comparaison des taux des TAC chez les résidents du CHU de Marrakech et ceux des étudiants en médecine.

Auteurs	Pays	Année	Prévalence de l'anxiété
Ouchtain et al (28)	Marrakech, Maroc	2016	54%
Kelly Macauley (29)	Etats-Unis	2017	56%
Notre étude	Marrakech, Maroc	2019	52%

- Les similitudes au niveau des taux des troubles anxieux caractérisés entre les résidents et les étudiants en médecine pourrait être expliqués, selon l'étude de Mata et al (2), par le fait que contrairement à la dépression, l'anxiété n'évolue pas chez les étudiants après leur passage au statut de résident.

3. Médecins spécialistes.

Dans notre étude la prévalence des troubles anxieux caractérisés chez les résidents était de 52%.

L'étude faite en 2019 par P.Hardy et al (30) sur un échantillon de 611 médecins de différentes spécialités exerçant à Paris, en France a trouvé une prévalence de l'anxiété de 53.5%.

Par ailleurs, cette étude a révélé une différence significative dans les taux d'anxiété entre les médecins psychiatres et non psychiatres, ils ont donc émis l'hypothèse que cette différence pourrait être expliquée par les connaissances en gestion psychologique et la meilleure utilisation des médicaments psychotropes chez les psychiatres.

On note donc que le passage du statut de résident à celui de spécialiste ne garantit pas l'amélioration des troubles anxieux caractérisés, et qu'une bonne formation en matière de prévention et de prise en charge des troubles anxieux caractérisés serait la clé pour une meilleure santé mentale.

4. Résidents du monde

Dans notre étude la prévalence des troubles anxieux caractérisés chez les résidents était de 52%.

- l'étude de Marzouk et al (31) qui a trouvé en 2017, une prévalence de 43.6% chez un échantillon de 1700 résidents tunisiens.
- Pereira-lima et al (3) qui a trouvé en 2014 une prévalence de 41.31% chez un échantillon de 400 résidents brésiliens.
- L'étude de Barbara Buddeberg-Fischer (32) qui a trouvé en 2009 une prévalence de 30% chez un échantillon de 390 résidents en suisse.

Tableau IX : Comparaison des taux des TAC chez les résidents du CHU de Marrakech et ceux des résidents du monde.

Auteurs	Pays	Année	Prévalence de l'anxiété
Marzouk et al (31)	Tunisie	2017	43.6%
Pereira-lima et al (3)	Brésil	2014	41.31%
Buddeberg-Fischer (32)	Suisse	2009	30%
Notre étude	Marrakech, Maroc	2019	52%

Cette différence de résultat entre les différentes études serait, selon Mata et al (2), imputé aux différents instruments de mesure utilisés et aux caractéristiques sociodémographiques de chaque population étudiée.

C. Etude de la dépression :

1. Population générale d'âge similaire.

Dans notre étude la prévalence de la dépression chez les résidents était de 47.2%, ce qui est comparable avec les résultats trouvés dans la littérature.

En effet, dans l'étude de Christophe Léon (33) sur la dépression chez la population générale en France en 2017, la tranche d'âge des 25-34 ans avait un taux de dépression estimé à seulement 11.2%.

D'autres études internationales ont souligné le fait que les médecins résidents ont généralement des taux de dépression plus élevés que la population générale. (26-27-31)

D'où l'importance d'établir des stratégies de prévention et de prise en charge ciblées pour cette population estimée, à juste titre, à haut risque de dépression.

2. Etudiants en médecine de la FMPM:

L'étude faite par Ouchtain (28) sur la prévalence de la dépression chez les étudiants de la faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech en 2016 avait trouvé un taux de 35.1%.

Cette augmentation est corroborée par une analyse limitée aux études longitudinales de Mata et al (6) qui a trouvé une augmentation significative des symptômes dépressifs chez les étudiants après le début du cursus de spécialité. L'augmentation dans les symptômes dépressifs chez les jeunes résidents était de 15,8% (Fourchette, 0,3% -26,3%) dans l'année suivant le début de la formation.

Par ailleurs, les estimations de la santé mondiale de l'OMS sur la dépression et autres troubles mentaux courants (34) paru en 2017, a révélé que le nombre total estimé de personnes vivant avec la dépression a augmenté de 18,4% entre 2005 et 2015; cela reflète la croissance globale de la population mondiale, ainsi qu'une augmentation proportionnelle des groupes d'âge où la dépression est plus répandue.

3. Médecins spécialistes :

Dans notre étude, le taux de dépression chez les résidents était de 47.2%.

Les études concernant les médecins spécialistes rapportent des taux inférieurs au notre, notamment :

Dans l'étude faite en 2019 par P.Hardy et al (30) sur un échantillon de 611 médecins de différentes spécialités exerçant à Paris, en France a trouvé une prévalence de la dépression de 25.9%.

Dans l'étude de Dyrbye et al (36), où la prévalence de la dépression était de 50.8% chez les résidents, contre 40% chez les médecins spécialistes aux Etats-Unis.

Tableau X : Comparaison des taux de la dépression chez les résidents du CHU de Marrakech et ceux des médecins spécialistes.

Auteurs	Pays	Année	Population cible	Prévalence de la dépression
P.Hardy et al (30)	Paris, France	2019	Médecins spécialistes	25.9%
Dyrbye et al (36)	Etats-Unis	2014	Médecins spécialistes	40%
Notre étude	Marrakech, Maroc	2019	Résidents	47%

4. Résidents du monde

Dans notre étude, la prévalence de la dépression chez les résidents était de 47.2%.

L'étude de Dyrbye et al (36) a trouvé un résultat similaire avec 50.8% dans un échantillon de 1701 résidents aux Etats-Unis.

Certaines études ont trouvé des résultats supérieurs aux nôtres, notamment :

- l'étude de Marzouk et al (31) qui a trouvé en 2017, une prévalence de 69.5% chez un échantillon de 1700 résidents tunisiens.
- Al Maddah et al (37) qui a trouvé en 2015, un résultat de 63.2% chez un échantillon 171 résidents saoudiens.
- Tandis que d'autres études ont trouvé des résultats inférieurs aux nôtres, comme :
- Pereira-lima et al (3) qui a trouvé en 2014 une prévalence de 21.6% chez un échantillon de 400 résidents brésiliens.
- P.Lebensohn et al (38) qui ont trouvé en 2013 un taux de 23% chez un échantillon de 168 résidents en Arizona, Etats-unis.

Burnout, troubles anxieux et dépressifs chez les résidents du CHU Mohammed VI de Marrakech,

Selon Mata et al (6), l'estimation de la prévalence de la dépression chez les résidents en médecine varie entre 3% à 60% avec une médiane de 28.8% d'après une récente méta-analyse de 54 études, une médiane inférieure à notre résultat.

Cette étude (6) a mis en évidence la différence d'approche méthodologique pour aborder cette différence (études transversales vs études longitudinales) et la grande variabilité des instruments utilisés (pas moins de 13 instruments différents utilisés dans les 54 études).

Tableau XI : Comparaison des taux de la dépression chez les résidents du CHU de Marrakech et ceux des résidents du monde

Auteurs	Lieu de l'étude	Année	Résultat
Marzouk et al (31)	Tunis, Tunisie	2017	69.5%
Al-Maddah et al (37)	Arabie saoudite	2015	63.2%
Dyrbye et al (36)	Etats-unis	2014	50.8%
P.Lebensohn (38)	Arizona, Etats-unis	2013	23%
Pereira-lima et al (3)	Brésil	2014	21.6%
Notre étude	Marrakech, Maroc	2019	47.2%

III. DISCUSSION DES CORRELATIONS

1. Variable Burnout sévère

1.1 Burnout sévère et genre

Dans notre étude, le sexe féminin paraissait comme un facteur de risque du burnout sévère, mais le test n'était pas significatif.

Étant donné que divers facteurs modérateurs peuvent affecter la relation entre l'épuisement professionnel et le sexe, la littérature a produit des résultats incohérents, certaines études montrant une prévalence plus élevée d'épuisement professionnel chez les femmes (40-42-43-44-45)

Dans l'étude de Leslie Kane et al (45), réalisé auprès de 15000 médecins spécialistes aux Etats-Unis en 2019, on note une prédominance féminine à 50% contre 38% d'hommes, ce qui

confirmait la tendance perçue par la même étude (46) en 2018 avec 48% pour les femmes contre 38% pour les hommes.

Ces études ont révélé que de nombreux facteurs peuvent contribuer à ces observations.

- Les femmes sont plus susceptibles d'admettre des problèmes psychologiques et de demander de l'aide, et peuvent donc être plus susceptibles de reconnaître l'épuisement professionnel que leurs homologues masculins.
- Deuxièmement, les femmes reconnaissent généralement plus de problèmes d'équilibre entre vie professionnelle et vie privée que les hommes.

La garde des enfants et les responsabilités familiales sont assumées de manière disproportionnée par les femmes, malgré un nombre croissant d'hommes plus impliqués que les générations précédentes.

D'autres études ont signalé des taux de prévalence de burnout plus élevés chez les hommes (47)

Tandis que d'autres n'ont pas trouvé de différence de sexe (48) comme ce fut le cas pour notre étude.

Jusqu'à présent, la plupart des études ont utilisé l'inventaire Maslach Burnout pour étudier les différences entre les sexes dans le burnout et une méta-analyse (49) a démontré que les femmes obtiennent un score plus élevé sur l'épuisement émotionnel, tandis que les hommes obtiennent un score plus élevé sur la dépersonnalisation, bien que la taille des effets soit modérée.

D'après l'analyse de ces résultats, on ne peut pas trancher sur l'importance du genre sur la survenue du burnout sévère, d'où la nécessité d'autres études sur le sujet.

1.2 Burnout sévère et antécédent personnel de dépression

Dans notre étude, l'antécédent personnel de dépression paraissait comme un facteur de risque du burnout sévère, mais le test n'était pas significatif.

Par ailleurs, s'il existe un diagnostic différentiel avec le burnout c'est bien la dépression. Certains psychiatres considèrent le burnout comme étant une forme clinique de dépression.

Toutes les études s'intéressant aux complications du burnout mentionnent la dépression comme étant une des évolutions les plus fréquentes de ce syndrome (50–51–52). Dans une revue systématique de la littérature, Korczak (53) émet l'hypothèse que le burnout serait un stade de développement d'une pathologie dépressive.

Bianchi (54) dans une autre revue de la littérature évoque la présence d'une relation circulaire entre burnout et dépression (le burnout pouvant se compliquer en dépression, mais qu'également les antécédents d'épisodes dépressifs peuvent favoriser le développement d'un burnout).

D'après l'analyse de ces résultats, l'antécédent personnel de dépression, qui représente un diagnostic différentiel du burnout, nécessite de plus ample investigation pour déterminer l'existence d'une éventuelle corrélation.

1.3 Burnout sévère et antécédents familiaux de dépression

Dans notre étude, l'antécédent familial de dépression paraissait comme un facteur de risque du burnout sévère, mais le test n'était pas significatif.

Il n'existe pas ou peu d'études scientifiques s'intéressant à cette variable.

La littérature identifiée relative aux facteurs d'épuisement professionnel des médecins bien que très abondante est globalement de faible qualité. Bon nombre d'articles publiés sont des réflexions d'ordre général sur ce phénomène et ses implications. Rares sont les études au design méthodologique robuste ou permettant au minimum de distinguer le statut des variables jouant un rôle dans le processus du burnout (antécédents, causes ou conséquences). Ce type de recherche n'est évidemment pas facile à mettre en place : outre le temps et l'argent nécessaires, il y a aussi le problème du diagnostic du burnout (auto-évaluation ? médecin ? psychologue ?), la « faible prévalence » du phénomène (en fonction de la présence et de la qualité du diagnostic, bien souvent en auto-évaluation...) et l'accès aux personnes/aux répondants. »

D'après l'analyse de ces résultats, l'antécédent familial de dépression n'aurait pas d'influence sur la survenue du burnout sévère.

1.4 Burnout sévère et spécialité

Dans notre étude, la spécialité paraissait comme un facteur de risque du burnout sévère, mais le test n'était pas significatif.

La littérature sur le sujet montre des taux différents d'une spécialité à l'autre, mais encore une fois la détermination des spécialités à risque reste sujette à des données hétérogènes. Comme pour les spécialités les plus à risques les données intéressantes les déterminants et facteurs de risque du burnout sont elles aussi hétérogènes voire contradictoires d'une étude à l'autre.

Mais la tendance de certaines études qui ont trouvé que les résidents des spécialités de chirurgie/urgence (chirurgie générale, anesthésiologie, obstétrique et gynécologie et orthopédie) sont ceux dont la prévalence du burnout est la plus élevée. (55)

Une étude brésilienne, évaluant 250 résidents, a également identifié que les spécialités chirurgicales sont positivement associées au syndrome de burnout. (56)

Ce fait pourrait s'expliquer par la routine d'urgence, étant donné que le résident est directement confronté à des situations qui mettent sa vie en danger et qu'il y a une surcharge de travail, conditions qui sont communes à ces spécialités.

Les deux analyses citées ci-dessus avaient également en commun les spécialités suivantes en faible taux de Burnout: l'oto-rhino-laryngologie, la chirurgie plastique et la neurologie.

Ce sont principalement des résidences cliniques, avec des situations plus électives et non urgentes. (56)

Dans l'étude Medscape de Leslie Kane et al (45), réalisé auprès de 15000 médecins spécialistes au Etats-Unis en 2019, les pourcentages les plus élevés et les plus faibles de Burnout chez les médecins sont résumés dans le tableau ci-dessous :

Tableau XII : Pourcentage du Burnout selon la spécialité aux Etats-Unis.

Taux Burnout élevé	Pourcentage	Faible taux Burnout	Pourcentage
Urologie	54%	Santé publique et médecine préventive	28%
Neurologie	53%	Néphrologie	32%
Médecine interne	49%	ORL	34%
Médecine d'urgence	48%	Ophtalmologie:	36%
Médecine familiale	48%	Chirurgie plastique	36%

D'après l'analyse de ces résultats, le choix de spécialité ne serait pas un facteur important dans la survenue du burnout sévère. Mais les conditions extrêmes de travail (charge de travail élevée et gestion des urgences vitales) propres à chaque service devraient être incluses dans les plans de prévention et de prise en charge du burnout sévère chez les résidents.

1.5 Burnout sévère et grade :

Dans notre étude, le grade paraissait comme un facteur de risque du burnout sévère, mais le test n'était pas significatif.

Plusieurs études ont essayé d'établir une corrélation entre le grade ou ancienneté et la variable du burnout sévère sans que cela soit concluant (58-59-20)

D'après l'analyse de ces résultats, on peut conclure que le burnout sévère concerne tous les résidents, et n'est pas influencé par le grade.

1.6 Burnout sévère et nombre de gardes

Dans notre étude, le nombre de garde élevé était un facteur de risque du Burnout sévère, avec un test significatif.

Cette corrélation est également retrouvée chez les médecins généralistes en France (58) où un nombre élevé de gardes de nuit par mois était associé avec des taux plus élevés de burnout sévère

Aussi, dans l'étude de Kacem I et al (18), chez les résidents tunisiens, outre la corrélation entre nombre de gardes élevé et burnout sévère, l'absence de repos compensateur est positivement corrélée avec le burnout sévère.

La surcharge de travail est un facteur objectif dont l'incidence sur le burnout est bien connue (60–65). L'organisation du travail propre à la médecine est aussi associée à l'épuisement professionnel : la flexibilité des horaires, les nombreuses gardes de jour et de nuit (plus spécifiquement liées à la dépersonnalisation) (66) et les gardes du week-end ajoutent à la charge de travail déjà conséquente de la semaine.

D'après l'analyse de ces résultats, le nombre de garde élevé serait un facteur de risque avéré à la survenue du burnout sévère. Il doit prendre une place centrale dans les stratégies de prévention primaire et secondaire.

1.7 Burnout sévère et volume horaire

Dans notre étude, le volume horaire paraissait comme un facteur de risque du burnout sévère, mais le test n'était pas significatif.

Cette corrélation entre le Burnout sévère et le volume horaire élevé est largement retrouvé dans plusieurs études (30–45–46–67–68), notamment :

Dans l'étude Medscape de Leslie Kane et al (45), réalisé auprès de 15000 médecins spécialistes au Etats-Unis en 2019, les longues heures de travail sont la norme pour les médecins. Le pourcentage de médecins épuisés ou en Burnout augmente avec le nombre d'heures de travail par semaine.

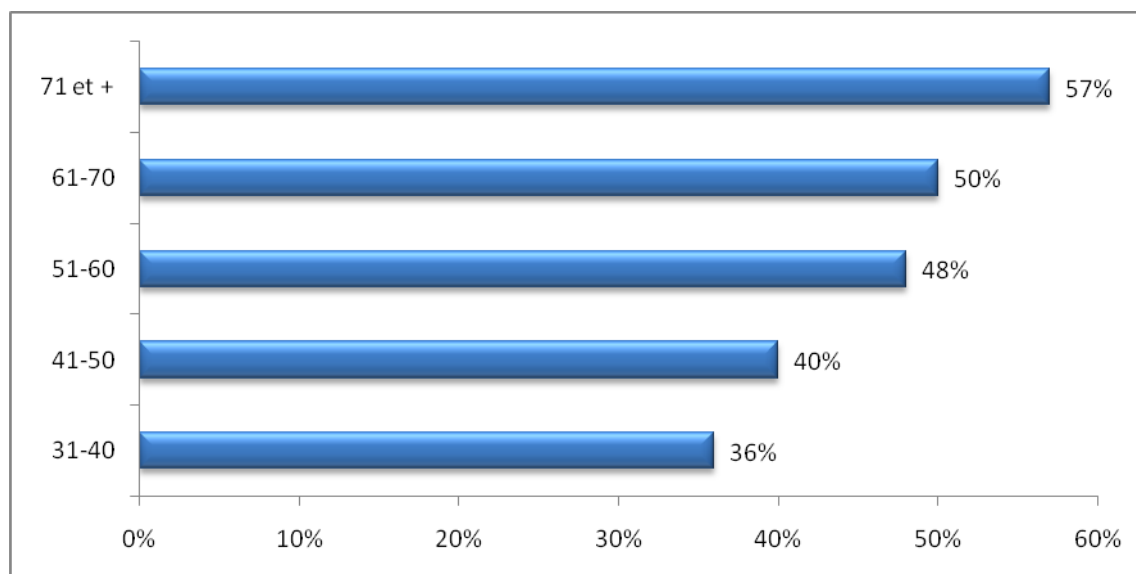


Figure 47 : corrélation burnout sévère et volume horaire par semaine (Japon).

Une autre revue systématique(69) évaluant l'efficacité des interventions visant à la réduction des taux de burnout chez les jeunes médecins (internes et résidents) a montré que la réduction du temps de travail a été associée à une baisse importante et significative des taux d'épuisement émotionnel élevé, d'une baisse légère des taux de dépersonnalisation élevée, mais pas d'influence sur l'accomplissement personnel bas.

D'après l'analyse de ces résultats, le volume horaire élevé serait un facteur de risque avéré à la survenue du burnout sévère. Il doit prendre une place centrale dans les stratégies de prévention primaire et secondaire.

1.8 Burnout sévère et désir de reconversion

Dans notre étude, le désir de reconversion était corrélé au burnout sévère, avec un test statistiquement significatif.

Pourtant, peu d'études se sont intéressées à cette corrélation, mais on trouve des résultats similaires dans l'étude de Leslie Kane et al (45), réalisé auprès de 15000 médecins spécialistes au Etats-Unis en 2019, 10% des sujets en burnout ont pensé à quitter la profession médicale.

Par contre, L'intention de quitter le travail a été associée avec des taux plus bas de burnout sévère (58)

Ceci pourrait être expliqué par la nature subjective de ce paramètre et son rapport surtout avec la composante de l'épuisement émotionnel du burnout.

D'après l'analyse de ces résultats, le désir de reconversion constitue un signal d'alarme qu'il faut détecter chez les résidents.

2. Variable dépression

2.1 Genre

Dans notre étude, les femmes étaient légèrement plus touchées par la dépression mais sans signification statistique.

Plusieurs études sont unanimes sur la corrélation entre la dépression et le sexe féminin, notamment :

Chez la population générale, l'étude de Ch.Kuehner et al (70), faite en 2017 démontre que les femmes sont environ deux fois plus susceptibles que les hommes de développer une dépression au cours de leur vie.

Pour les médecins spécialistes, l'étude de P.Hardy et al (30) a trouvé une prédominance féminine de 61.7% mais sans signification statistique.

Concernant les étudiants en médecine, l'étude d'Ouchtain et al (28), a trouvé une nette prédominance féminine, avec un test significatif.

Pour les résidents en médecine :

- L'étude de Marzouk et al (31) a également trouvé une prédominance féminine avec un test significatif
- L'étude de Guille et al (71), faite en 2017, sur la différence entre les sexes dans le développement de la dépression chez les résidents, a trouvé que la prévalence des symptômes dépressifs augmente de manière significative durant le résidanat chez les

Burnout, troubles anxieux et dépressifs chez les résidents du CHU Mohammed VI de Marrakech,

hommes et les femmes, mais que cette augmentation est plus importante chez les femmes.

- Par ailleurs, dans cette même étude, on note que les résidents sont plus à risque d'actes suicidaires, les hommes avec 1.41 et les femmes avec 2.27 de risque relatif de mourir par suicide comparé à la population générale.

Tableau XIII: Association de la dépression et genre.

Population cible	Auteurs	Lieu de l'étude	Année	Résultat	Test de Pearson
Population générale	Ch.Kuehner et al (70)	Allemagne	2017	Prédominance féminine	<u><0.05</u>
Médecins spécialistes	P.Hardy et al (30)	Paris, France	2019	Prédominance féminine	Non significatif
Etudiants en médecine	Ouchtain et al (28)	Marrakech, Maroc	2016	Prédominance féminine	<u><0.05</u>
Résidents	Marzouk et al (31)	Tunis, Tunisie	2017	Prédominance féminine	<u><0.05</u>
	Guille et al (71)	Etats-Unis	2017	Prédominance féminine	<u><0.05</u>
	Notre étude	Marrakech, Maroc	2019	Prédominance féminine	Non significatif

D'après l'analyse de ces résultats, le sexe féminin constitue un facteur de risque avéré de la dépression à prendre en considération dans la prise en charge et la prévention de la dépression chez les résidents.

2.2 Antécédent personnel de dépression :

Dans notre étude, nous avons trouvé une corrélation statistiquement significative entre la dépression et l'antécédent personnel de dépression.

Des résultats similaires ont été rapportés par plusieurs études, notamment dans le dossier publié par Alain Gardier et Emmanuelle Corruble (72) pour l'Institut national de la santé et de la recherche médicale français (INSERM), en décembre 2019 sur la dépression, on peut noter qu'en l'absence de prise en charge, un épisode dépressif caractérisé peut se résoudre spontanément

en 6 à 12 mois dans certains cas. Mais les épisodes dépressifs caractérisés isolés sont rares : ils sont récidivants chez 80% des patients. Ainsi, la dépression est une maladie pour laquelle les risques de rechute (au cours du traitement), de récurrence (après une rémission) et de chronicité sont élevés. La qualité de la prise en charge – nature des traitements mis en œuvre et observance– est déterminante pour le pronostic du trouble dépressif caractérisé.

Après un premier épisode dépressif, plus d'un patient sur deux en fera un deuxième et le taux de rechute augmente ultérieurement après chaque décompensation.

Plusieurs études prospectives ont démontré l'évolution à la hausse de la prévalence de la dépression chez une même population de résidents dans le temps:

Tableau XIV: Evolution de la prévalence de la dépression dans le temps.

Etude	Année	Population cible	Evolution	Durée
Vélasquez- Pérez et al (73)	2013	Résident en médecine	+6.7%	12 mois
Sen et al (74)	2013	Résident en médecine	+6.6%	12 mois
Kleim et al (75)	2014	Résident en médecine	+1.7%	3 mois

D'après l'analyse de ces résultats, l'antécédent personnel de dépression est donc un facteur de risque important à prendre en considération dans la prise en charge et la prévention de la dépression chez les résidents.

2.3 Antécédent familial de dépression :

Dans notre étude, l'antécédent familial de dépression paraissait comme un facteur de risque de la dépression, mais le test n'était pas significatif.

La revue de la littérature n'a pas objectivé d'études s'intéressant aux antécédents familiaux de dépression chez les résidents.

Burnout, troubles anxieux et dépressifs chez les résidents du CHU Mohammed VI de Marrakech,

D'après l'analyse de ces résultats, les antécédents familiaux de dépression ne peuvent pas être considérés comme un facteur de risque avéré de la dépression. D'où la nécessité d'autres études prospectives sur le sujet.

2.4 Spécialité :

Dans notre étude nous avons trouvé les mêmes taux de dépression chez les résidents en spécialité médicale et chirurgicale, sans que cela soit statistiquement significatif.

Nos résultats peuvent être comparés aux autres études sur la corrélation entre la spécialité et la dépression :

- L'étude de Pereira-lima et al (3) a trouvé que les spécialités chirurgicales avaient plus de dépression avec 22.9% contre 17.5% pour les spécialités médicales, avec un test significatif
- L'étude de Marzouk et al (31) a trouvé que les résidents en spécialité chirurgicale avaient un taux de dépression plus élevé que les résidents en spécialité médicale, avec un test significatif.

Tableau XV : Association de la dépression et spécialité chez les résidents.

Auteur	Pays	Spécialité	Test de pearson
Pereira-lima et al (3)	Brésil	Chirurgicale	<0.05
Marzouk et al (31)	Tunisie	Chirurgicale	<0.05
Notre étude	Marrakech, Maroc	Pas de différence	0.55

D'après l'analyse des différents résultats, les chirurgiens seraient donc plus susceptibles à développer la dépression. Il est donc important de le prendre en considération dans l'élaboration d'un plan de prise charge et de prévention ciblée de la dépression chez les résidents.

2.5 Grade :

Notre étude n'a pas trouvé de différence significative entre les résidents en début de formation (2-3^{ème} année) avec 46% et les plus anciens (4-5^{ème} année) avec 50%.

La corrélation entre la dépression et le grade chez les résidents trouve des résultats disparates, certaines études comme l'étude de Marzouk et al (31) ont trouvé que les plus jeunes avaient plus tendance à la dépression avec respectivement 22.3% pour les 2^{èmes} années, 24.7% pour les 3^{èmes} années contre 18.5% pour les 4^{ème} année et 9.7% pour les 5^{èmes} années, avec un test de Pearson significatif. (Figure 48)

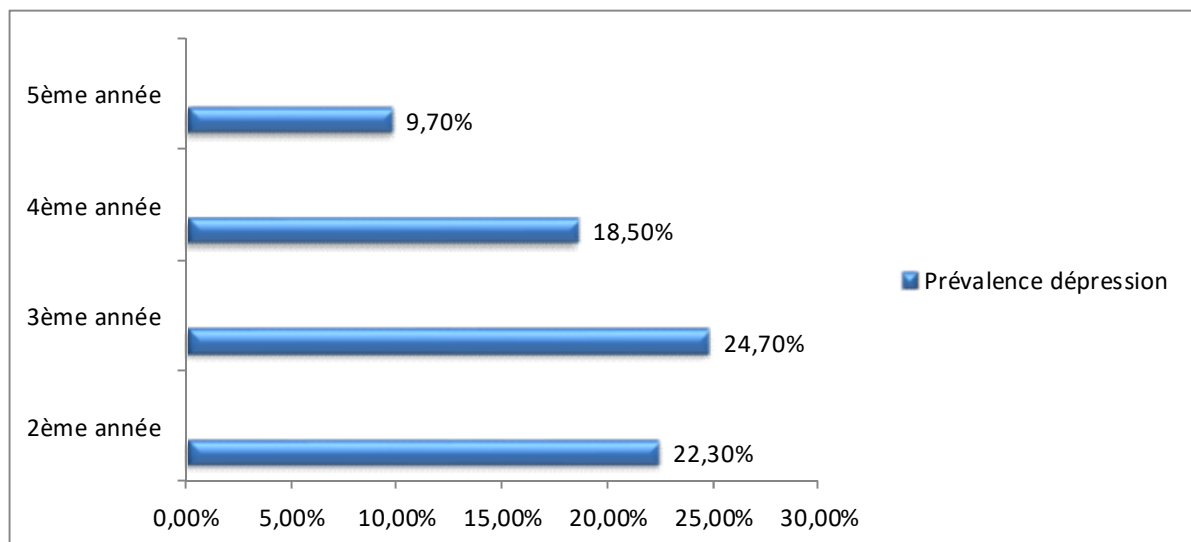


Figure 48: Prévalence de la dépression selon le grade chez les résidents tunisiens.

Tandis que d'autres comme l'étude de P.Hardy et al (30) a trouvé que les résidents en phase avancé de formation avait un résultat de 64.8% mais sans que cela soit statistiquement significatif.

D'après l'analyse de ces résultats, la dépression concerne tous les médecins en formation et ne dépend pas du grade.

2.6 Nombre de garde :

Dans notre étude, la dépression touchait les résidents qui avaient plus que le nombre moyen de gardes (>5) avec 71%, tandis que les résidents qui avaient =<5 gardes présentaient un résultat de 33%. Le test était statistiquement significatif.

D'autres études comme celle de Marzouk et al (31) ont également trouvé que le nombre de gardes >5 par mois constitue un facteur de risque avéré à la survenue de la dépression.

Par ailleurs, plusieurs études ont souligné la corrélation entre les gardes fatigantes, le manque de récupération et la dépression (3-38-76-77-78)

D'après l'analyse de ces résultats, le nombre de gardes élevé constitue un facteur de risque de la dépression, il doit être pris en considération dans l'élaboration d'un plan de prise en charge et de prévention de la dépression chez les résidents.

2.7 Volume horaire :

Dans notre étude, le taux de dépression chez les résidents augmentait avec le volume horaire hebdomadaire. Le test était statistiquement significatif.

Cette corrélation entre la dépression et le volume horaire élevé est retrouvée dans plusieurs études (9-31-79-80-81-82-83-84), notamment :

Dans l'étude de Marzouk et al (31) qui a trouvé que le volume horaire de 60 heures par semaine constituait un facteur de risque à la survenue de la dépression chez les résidents tunisiens.

Ainsi que dans l'étude de Sun Huaping et al (8), faite en 2019 chez les résidents en anesthésie réanimation aux Etats-Unis.

On note également dans l'étude d'Ogawa R et al (85), réalisée au Japon, sur la relation entre les longues heures de travail et la dépression chez les résidents de première année. Il a été

Burnout, troubles anxieux et dépressifs chez les résidents du CHU Mohammed VI de Marrakech,

démontré que le taux d'apparition de nouveaux symptômes dépressifs augmentait en corrélation avec le volume horaire hebdomadaire. (Figure 49)

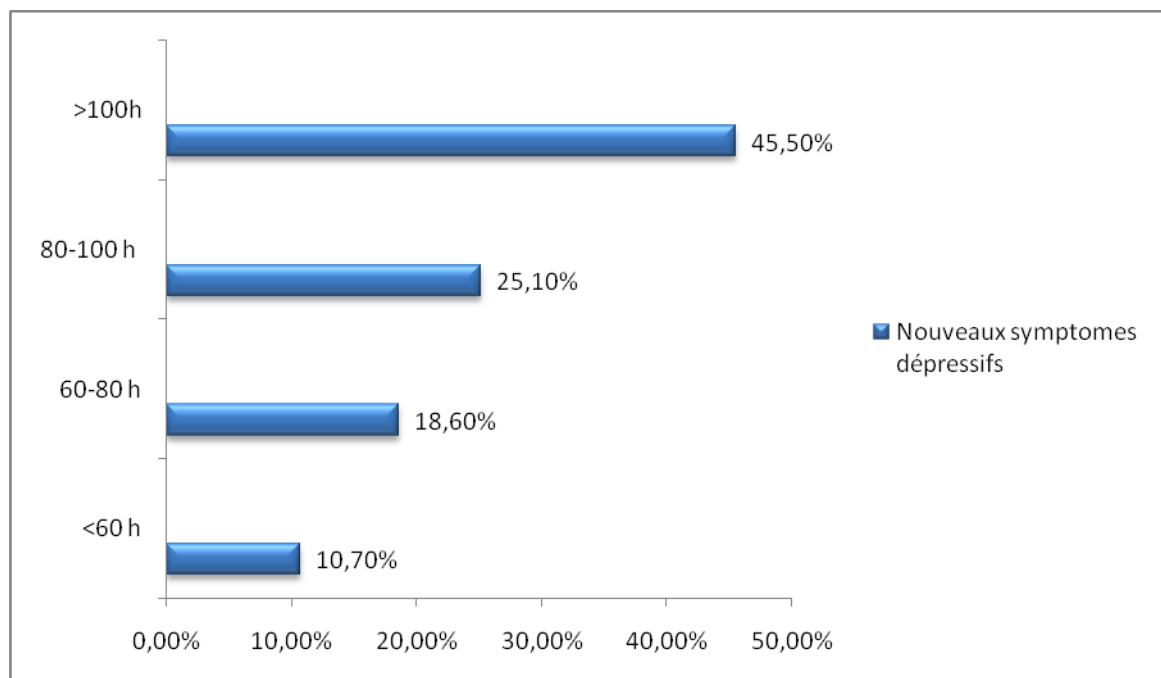


Figure 49: Apparition de nouveaux symptômes dépressifs selon volume horaire.

D'après l'analyse de ces résultats, le volume horaire élevé constitue un facteur de risque avéré de la dépression, il doit être pris en considération dans la prise en charge et la prévention de la dépression chez les résidents.

2.8 Désir de reconversion :

Dans notre étude, nous avons une corrélation évidente entre le désir de reconversion et la dépression.

Peu d'études se sont intéressées à cette corrélation, mais on trouve des résultats similaires dans l'étude de Sullivan et al (86) et N.Doghmi et al (15).

Burnout, troubles anxieux et dépressifs chez les résidents du CHU Mohammed VI de Marrakech,

Le désir de reconversion est à l'origine de demandes de mutations en série et d'abandon de postes, qui peuvent entraîner une véritable hémorragie de personnel, accentuant le problème dans certains services.

D'après l'analyse de ces résultats, le désir de reconversion constitue un signal d'alarme qui devrait interpeler sur l'état dépressif chez les résidents, il doit être pris en considération dans la prise en charge et la prévention de la dépression chez les résidents.



RECOMMANDATIONS



Les résultats de notre étude appellent des mesures pouvant contribuer à améliorer le climat de la formation médicale et par là-même, favoriser l'épanouissement des jeunes médecins en formation.

Nous proposons un certain nombre de recommandations afin d'intervenir auprès des futurs spécialistes :

- I. La cellule d'écoute et d'accompagnement à l'instar de celle dédiée aux étudiants en médecine de la FMPM.

On Vous Ecoute



CELLULE D'ECOUTE
ECOUTE
ACCOMPAGNEMENT
SOUTIEN

 **كلية الطب
والصيدلة - مراكش**
FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE - MARRAKECH

à votre écoute)))

06 70 09 95 07
APPEL CONFIDENTIEL - DE 9H A 18H

Objectifs : – Recevoir et écouter en entretiens individuels les résidents à leur demande (permanence libre et prises de rendez-vous)

- ✚ Apporter une aide aux résidents par le biais de conseils et d'orientations cohérentes
- ✚ Proposer un relais auprès de praticien pour une prise en charge sur le plan psychologique si nécessaire
- ✚ Proposer des mesures préventives.

II. Informer sur le Burnout :

- ✚ Sensibiliser les différentes composantes de l'établissement de santé sur l'existence du Burnout et décrire ses manifestations.
- ✚ Guetter les Facteurs de risque

La recherche des facteurs de risque commence par l'analyse des conditions de travail.

Intensité et organisation du travail (surcharge de travail, imprécision des missions, objectifs irréalistes, etc.) ;

Exigences émotionnelles importantes avec confrontation à la souffrance, à la mort, dissonance émotionnelle ;

Autonomie et marge de manœuvre ;

Relations dans le travail (conflits interpersonnels, manque de soutien du collectif de travail, management délétère, etc.) ;

Conflits de valeurs.

- **Promouvoir le développement personnel :**

Etablir des conventions avec des instituts culturels, des cinémas, des salles de sports etc. pour permettre aux résidents de se réaliser dans des hobbies en dehors du contexte médical : théâtres, lecture, écriture, peinture, danse, musique, sport... En complément des structures déjà mises en place au sein de l'établissement pour encourager l'épanouissement du résident.

Encourager les jeunes médecins à participer aux journées scientifiques et aux conférences et activités qui y sont proposées, aux caravanes médicales, à des échanges nationaux ou internationaux, à des voyages organisés.

III. Les jeunes médecins malades :

- ✓ Etablir une prise en charge spécialisée bien codifiée respectant la confidentialité et assurant le soutien jusqu'à la réinsertion professionnelle.



Conclusion



Le burnout, les troubles anxieux caractérisés et la dépression ont atteint des fréquences inacceptables, car elles mettent en péril la santé mentale des résidents, ainsi que le bien être des patients et l'équilibre des institutions.

Les résultats du MBI ont montré que 35% avaient un épuisement émotionnel élevé, 38% une dépersonnalisation élevée et 55% un accomplissement personnel bas. 20% des résidents étaient en burnout sévère. La fréquence des troubles anxieux caractérisés était de 52%. Le taux de la dépression était de 47%

Cette étude nous a permis de déterminer des associations entre le Burnout sévère et le nombre de gardes élevés ainsi qu'avec le désir de reconversion.

En ce qui concerne la dépression, nous avons trouvé une association avec le nombre de gardes élevés, le volume horaire hebdomadaire >60h, ainsi qu'avec le désir de reconversion.

Mais la complexité individuelle et multifactorielle de ces troubles rend la détection et la prise en charge plus compliqué.

Des études plus approfondies concernant l'environnement de travail d'une part, en adoptant le modèle de Karasek, et le cercle social d'une autre part, pourraient nous aider à améliorer le dépistage et la prise en charge du burnout, des troubles anxieux caractérisés et de la dépression chez les résidents du CHU Mohammed VI de Marrakech et de sécuriser leurs capital santé durant et après leur formation.



8ANNEXE I :

**LISTE DES SPECIALITES
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE MARRAKECH 2019**

OPTION	SPECIALITE	EFFECTIF
Spécialités de médecine	Anesthésie- Réanimation	57
	Cardiologie	61
	Dermatologie	31
	Endocrinologie et Maladies Métaboliques	28
	Gastro-entérologie	37
	Médecine interne	10
	Médecine nucléaire	3
	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle	2
	Hématologie clinique	14
	Médecine communautaire	2
	Médecine d'urgence et de catastrophes	5
	Maladies infectieuses	7
	Néphrologie	21
	Neurologie	19
	Oncologie	13
	Pédiatrie	38
	Psychiatrie	27
	Pédopsychiatrie	8
	Pneumophtysiologie	13
	Radiologie	45
Radiothérapie	20	
Réanimation Médicale	2	
Rhumatologie	17	
Spécialités de chirurgie	Chirurgie cardio-vasculaire	11
	Chirurgie Vasculaire Périphérique	2
	Chirurgie générale	33
	Chirurgie pédiatrique	13
	Chirurgie réparatrice	8
	Chirurgie Thoracique	3
	Gynécologie-Obstétrique	55
	Neurochirurgie	20
	Ophtalmologie	50

Burnout, troubles anxieux et dépressifs chez les résidents du CHU Mohammed VI de Marrakech,

	Oto-rhino-laryngologie	22
	Urologie	18
	Traumatologie-orthopédie	38
	Stomatologie et chirurgie Maxillo-faciale	15
Spécialités de Biologie	Anatomie-pathologique	14
	Analyses biologies médicales	59
	Biochimie	1
	Génétique	3
	Pharmacologie	1

ANNEXE 2 :
Test d'Inventaire de Burnout
de Maslach - MBI

Comment percevez-vous votre travail ? Etes-vous épuisé(e) ?

Quelle est votre capacité à gérer votre relation aux autres ?

Où en êtes-vous sur votre degré d'accomplissement personnel ?

- Précisez la fréquence à laquelle vous ressentez la description des propositions suivantes en entourant le chiffre correspondant avec :

0 = Jamais

1 = Quelques fois par an, au moins

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

- Additionnez les scores obtenus dans chacune des 3 dimensions proposées au bas du questionnaire. Voyez si ces scores sont à un degré « faible », « modéré » ou « élevé ».

Jamais
s
↓
Chaque
jour
↓

01 – Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail	0	1	2	3	4	5	6
0 2 - Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail	0	1	2	3	4	5	6
0 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

Burnout, troubles anxieux et dépressifs chez les résidents du CHU Mohammed VI de Marrakech,

0 4 - Je peux comprendre facilement ce que mes patients/clients/élèves ressentent	0	1	2	3	4	5	6
0 - Je sens que je m'occupe de certains patients/clients/élèves de façon impersonnelle, comme s'ils étaient 5 des objets	0	1	2	3	4	5	6
0 6 - Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort	0	1	2	3	4	5	6
0 7 - Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes patients/clients/élèves	0	1	2	3	4	5	6
0 8 - Je sens que je craque à cause de mon travail	0	1	2	3	4	5	6
0 9 - J'ai l'impression, à travers mon travail, d'avoir une influence positive sur les gens	0	1	2	3	4	5	6
1 0 - Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail	0	1	2	3	4	5	6
1 1 - Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement	0	1	2	3	4	5	6
1 2 - Je me sens plein(e) d'énergie	0	1	2	3	4	5	6
1 3 - Je me sens frustré(e) par mon travail	0	1	2	3	4	5	6
1 4 - Je sens que je travaille « trop dur » dans mon travail	0	1	2	3	4	5	6
1 5 - Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes patients/clients/élèves	0	1	2	3	4	5	6
1 6 - Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop	0	1	2	3	4	5	6
1 7 - J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes patients/clients/élèves	0	1	2	3	4	5	6
1 8 - Je me sens ragailardi(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de patients/clients/élèves	0	1	2	3	4	5	6
1 9 - J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail	0	1	2	3	4	5	6
2 0 - Je me sens au bout du rouleau	0	1	2	3	4	5	6
2 1 - Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement	0	1	2	3	4	5	6
2 2 - J'ai l'impression que mes patients/clients/élèves me rendent responsable de certains de leurs problèmes	0	1	2	3	4	5	6

Total du Score d'Épuisement Professionnel (SEP)

Additionnez les scores que vous avez obtenus aux questions 01. 02. 03. 06. 08. 13. 14. 16. 20

SEP =

Épuisement Professionnel	SEP < à 17	18 < SEP < 29	30 < SEP
	Degré faible	Degré modéré	Degré élevé

Total du Score Dépersonnalisation / Perte d'empathie (SD)

Additionnez les scores que vous avez obtenus aux questions 05. 10. 11. 15. 22

SD =

Dépersonnalisation	SD < à 5	6 < SD < 11	12 < SD
	Degré faible	Degré modéré	Degré élevé

Total du Score Accomplissement Personnel (SAP)

Additionnez les scores que vous avez obtenus aux questions 04. 07. 09. 12. 17. 18. 19. 21.

SAP =

Accomplissement Personnel	SAP < à 33	34 < SAP < 39	40 < SAP
	Degré faible	Degré modéré	Degré élevé

Burnout, troubles anxieux et dépressifs chez les résidents du CHU Mohammed VI de Marrakech,

Degré de Burnout

Attention si vos scores SEP et SD se trouvent tous les deux dans le rouge !

Surtout si votre degré d'accomplissement est également dans le rouge !!!

SEP	<p>L'épuisement professionnel (Burnout) est typiquement lié au rapport avec un travail vécu comme difficile, fatigant, stressant...</p> <p>Pour Maslach, il est différent d'une dépression car il disparaîtrait pendant les vacances.</p>
SD	<p>La dépersonnalisation, ou perte d'empathie, se caractérise par une baisse de considération positive à l'égard des autres (clients, collègues...), c'est une attitude où la distance émotionnelle est importante, observable par des discours cyniques, dépréciatifs, voire même par de l'indifférence.</p>
SAP	<p>L'accomplissement personnel est un sentiment « soupape de sécurité » qui assurerait un équilibre en cas d'épuisement professionnel et de dépersonnalisation. Il assure un épanouissement au travail, un regard positif sur les réalisations professionnelles.</p>

Annexe 3 : Burnout, troubles anxieux et dépressifs chez les résidents du CHU Mohammed VI de Marrakech

Encadrant : Professeur F.Asri

thésard : S.Outtaleb

Ce questionnaire est totalement anonyme et confidentiel. Simple à remplir et durant une quinzaine de minutes en moyenne, il a pour but d'établir un état des lieux concernant la santé mentale des résidents, décrire les troubles anxieux caractérisés, la dépression, le burnout et le stress en milieu du travail des jeunes médecins en formation au niveau du CHU Mohammed VI de Marrakech. En accordant quelques minutes de votre temps, vous contribuez à l'évolution et œuvrez à l'amélioration de la santé du jeune médecin en formation.

Merci de l'intérêt que vous portez à cette enquête et de la qualité de vos réponses.

Questionnaire :

1. Vous êtes : Homme Femme
2. Age :
3. Statut matrimonial : Marié(e) Célibataire Divorcé(e) Veuf(ve)
 - 3.1. : enfants à charge Oui Non
 - 3.2. : Problèmes conjugaux Oui Non
4. Conditions de vie :
 - 4.1. Est-ce que vous portez seul la responsabilité des rentrées financières : Oui
 Partiellement Non
 - 4.2. Actuellement vous habitez : seul En colocation En famille
 - 4.3. Etes vous satisfait de votre logement : Oui Non
 - 4.4. Difficulté de transport vers votre lieu de travail : Oui Non
5. Religiosité : Pratiqueur Non pratiqueur
6. Antécédents personnels
 - Médicaux :
 - Chirurgicaux :
 - Judiciaires :
 - Psychiatriques : Dépression : Tentative de suicide :
 - Trouble anxieux : Attaque de panique TOC
 - Autres :
- Toxiques : Alcool Tabac Cannabis Autres :

Antécédents familiaux psychiatriques :

7. parcours professionnel

7.1. spécialité : Médicale :..... Chirurgicale ;.....

7.2. Ancienneté : 2e année 3e année 4e année 5e année

7.3. Volume horaire / semaine : < 40h 40-60h > 60h

7.4. Nombre de gardes / mois :

7.5. Arrêt maladie lors des derniers 6 mois : Oui Non

7.6. Congés lors des derniers 6 mois : Oui Non

7.7. Depuis le début de votre formation, avez-vous déjà pensé à une reconversion de spécialité :
 Oui Non

Inventaire de Dépression de Beck

Pour chacun des groupes d'énoncés suivants, cochez celui qui décrit le mieux votre état :

0- Je ne me sens pas triste.

1- Je me sens triste.

2- Je me sens perpétuellement triste et je n'arrive pas à m'en sortir.

3- Je suis si triste ou si découragé(e) que je ne peux plus le supporter.

0- Je ne me sens pas particulièrement découragé(e) en pensant à l'avenir.

1- Je me sens découragé(e) en pensant à l'avenir.

2- Il me semble que je n'ai rien à attendre de l'avenir.

3- L'avenir est sans espoir et rien ne s'arrangera.

0- Je n'ai pas l'impression d'être un(e) raté(e).

1- Je crois avoir connu plus d'échecs que le reste des gens.

2- Lorsque je pense à ma vie passée, je ne vois que des échecs.

3- Je suis un(e) raté(e).

0- Je tire autant de satisfaction de ma vie qu'autrefois.

1- Je ne jouis pas de la vie comme autrefois.

2- Je ne tire plus vraiment de satisfaction de la vie.

3- Tout m'ennuie, rien ne me satisfait.

0- Je ne me sens pas particulièrement coupable.

1- Je me sens coupable une grande partie du temps.

2- Je me sens vraiment coupable la plupart du temps.

3- Je me sens constamment coupable.

0- Je n'ai pas l'impression d'être puni(e).

1- J'ai l'impression d'être parfois puni(e).

2- Je m'attends à être puni(e).

3- Je sens parfaitement que je suis puni(e).

0- Je ne me sens pas déçu(e) de moi-même.

1- Je suis déçu(e) de moi-même.

2- Je suis dégoûté(e) de moi-même.

3- Je me hais.

0- Je ne crois pas être pire que les autres.

1- Je critique mes propres faiblesses et défauts.

2- Je me blâme constamment de mes défauts.

3- Je suis à blâmer pour tout ce qui arrive de déplaisant.

0- Je ne pense jamais à me tuer.

1- Je pense parfois à me tuer mais je ne le ferai probablement jamais.

2- J'aimerais me tuer.

3- Je me tuerais si j'en avais la possibilité.

0- Je ne pleure pas plus que d'habitude.

1- Je pleure plus qu'autrefois.

2- Je pleure constamment.

3- Autrefois, je pouvais pleurer, mais je n'en suis même plus capable aujourd'hui.

0- Je ne suis pas plus irritable qu'autrefois.

1- Je suis légèrement plus irritable que d'habitude.

2- Je me sens agacé(e) et irrité(e) une bonne partie du temps.

3- Je suis constamment irrité(e) ces temps-ci.

0- Je n'ai pas perdu mon intérêt pour les autres.

1- Je m'intéresse moins aux gens qu'autrefois.

2- J'ai perdu la plus grande partie de mon intérêt pour les autres.

3- Les gens ne m'intéressent plus du tout.

0- Je prends mes décisions exactement comme autrefois.

1- Je remets les décisions au lendemain beaucoup plus fréquemment qu'autrefois.

2- J'éprouve de grandes difficultés à prendre des décisions de nos jours.

3- Je suis incapable de prendre des décisions.

0- Je ne crois pas que mon apparence a empiré.

- 1- Je crains d'avoir l'air plus âgé(e) ou moins attrayant(e).
2- Je crois que mon apparence a subi des changements irréversibles qui me rendent peu attrayant(e).
3- Je crois que je suis laid(e).
- 0- Je travaille aussi bien qu'autrefois.
1- J'ai besoin de fournir un effort supplémentaire pour commencer un travail.
2- Je dois me forcer vraiment très énergiquement pour faire quoi que ce soit.
3- Je suis absolument incapable de travailler.
- 0- Je dors aussi bien que d'habitude.
1- Je ne dors pas aussi bien que d'habitude.
2- Je me réveille une à deux heures plus tôt que d'habitude et j'ai du mal à me rendormir.
3- Je me réveille plusieurs heures plus tôt que d'habitude et ne parviens pas à me rendormir.
- 0- Je ne me sens pas plus fatigué(e) que d'habitude.
1- Je me fatigue plus vite qu'autrefois.
2- Un rien me fatigue.
3- Je suis trop fatigué(e) pour faire quoi que ce soit.
- 0- Mon appétit n'a pas changé.
1- Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude.
2- Mon appétit a beaucoup diminué.
3- Je n'ai plus d'appétit du tout.
- 0- Je ne crois pas avoir maigri ces derniers temps.
1- J'ai maigri de plus de cinq livres (2.2 kg).
2- J'ai maigri de plus de dix livres (4.5 kg).
3- J'ai maigri de plus de quinze livres (6.8 kg).
- 0- Ma santé ne m'inquiète pas plus que d'habitude.
1- Certains problèmes physiques me tracassent comme des douleurs, des maux d'estomac ou des vertiges.
2- Je suis très inquiet(e) à propos de problèmes physiques et il m'est difficile de penser à autre chose.
3- Mes problèmes physiques me tracassent tant que je n'arrive pas à penser à rien d'autre.
- 0- Je n'ai pas remarqué de changements à propos de ma sexualité.
1- Je m'intéresse moins aux rapports sexuels qu'autrefois.

2- Je m'intéresse beaucoup moins aux rapports sexuels.

3- J'ai perdu tout intérêt pour les rapports sexuels.

Votre Total: (sur 63)

Mini DSM IV pour les troubles anxieux :

E. TROUBLE PANIQUE

Avez-vous déjà eu à plusieurs reprises des crises ou des attaques durant lesquelles vous vous êtes senti(e) **subitement** très anxieux(se), très mal à l'aise ou effrayé(e) même dans des situations où la plupart des gens ne le seraient pas ? Ces crises atteignaient-elles leur paroxysme en moins de 10 minutes?

E1 NE COTER OUI QUE SI LES ATTAQUES ATTEIGNENT LEUR PAROXYSMES EN MOINS DE 10 MINUTES
SI **E1 = NON**, ENTOURER NON EN E5, ET PASSER DIRECTEMENT A

E2 F1. Certaines de ces crises, même il y a longtemps, ont-elles été imprévisibles, ou sont-elles survenues sans que rien ne les provoque ?
SI **E2 = NON**, ENTOURER NON EN E5, ET PASSER DIRECTEMENT A F1.

E3 A la suite de l'une ou plusieurs de ces crises, avez-vous déjà eu une période d'au moins un mois durant laquelle vous redoutiez d'avoir d'autres crises ou étiez préoccupé(e) par leurs conséquences possibles ?
SI **E3 = NON**, ENTOURER NON EN E5, ET PASSER DIRECTEMENT A

E4 F1 **Au cours de la crise où vous vous êtes senti(e) le plus mal :**

a Aviez-vous des palpitations ou votre cœur battait-il très fort ?	NON	OUI	4
b Transpiriez-vous ou aviez-vous les mains moites?	NON	OUI	5
c Aviez-vous des tremblements ou des secousses musculaires ?	NON	OUI	6
d Aviez-vous l'impression d'étouffer ? ou du mal à respirer	NON	OUI	7
e Aviez-vous l'impression de suffoquer ou d'avoir une boule dans la gorge ?	NON	OUI	8
f Ressentiez-vous une douleur ou une gêne au niveau du thorax?	NON	OUI	9
g Aviez-vous la nausée, une gêne au niveau de l'estomac ou une diarrhée soudaine ?	NON	OUI	10
h Vous sentiez-vous étourdi(e), pris(e) de vertiges, ou sur le point de vous évanouir ?	NON	OUI	11
i Aviez-vous l'impression que les choses qui vous entouraient étaient étranges ou irréelles ou vous sentiez-vous comme détaché(e) de tout ou d'une partie de votre corps ?	NON	OUI	12
j Aviez-vous peur de perdre le contrôle ou de devenir fou (folle)?	NON	OUI	13
k Aviez-vous peur de mourir ?	NON	OUI	14
l Aviez-vous des engourdissements ou des picotements ?	NON	OUI	15
Aviez-vous des bouffées de chaleur ou des m frissons ?	NON	OUI	16

E5 Y A-T-IL AU MOINS **4** OUI EN **E4** ?
SI **E5 = NON**, PASSER A E7

**Trouble
Panique
Vie entière**

Au cours du mois écoulé, avez-vous eu de telles crises à plusieurs reprises **E6** (au moins 2 fois) en ayant constamment peur d'en avoir une autre ?

	NON	OUI	17
--	------------	------------	-----------

SI E6 = OUI, PASSER A F1

**Trouble
Panique
Actuel**

E7Y A-T-IL 1, 2 OU 3 OUI EN E4 ?

NON OUI 18

Attaques Pauci symptomatiques vie entière

F. AGORAPHOBIE

Etes-vous anxieux(se) ou particulièrement mal à l'aise dans des endroits ou dans des situations dont il est difficile ou gênant de s'échapper ou bien où il serait difficile d'avoir une aide si vous

F1 paniquez, comme être dans une foule, dans une file d'attente (une queue), être loin de votre domicile ou seul à la maison, être sur un pont, dans les transports en commun ou en voiture ? **NON OUI 19**

SI F1 = NON, ENTOURER non EN F2

Redoutez-vous tellement ces situations qu'en pratique vous les évitez ou bien êtes-vous extrêmement mal à l'aise lorsque vous les affrontez seul(e) ou bien encore essayez-vous d'être accompagné(e) lorsque vous devez les affronter ?

F2 **NON OUI 0**

Agoraphobie Actuel

F2 (AGORAPHOBIE ACTUEL) EST-ELLE COTEE **NON**
et

**NON OUI
TROUBLE PANIQUE
sans Agoraphobie
ACTUEL**

E6 (TROUBLE PANIQUE ACTUEL) EST-ELLE COTEE OUI ?

F2 (AGORAPHOBIE ACTUEL) EST-ELLE COTEE **OUI**
et

**NON OUI
TROUBLE PANIQUE
avec Agoraphobie
ACTUEL**

E6 (TROUBLE PANIQUE ACTUEL) EST-ELLE COTEE OUI ?

F2 (AGORAPHOBIE ACTUEL) EST-ELLE COTEE **OUI**
et

**NON OUI
AGORAPHOBIE
sans antécédents
de Trouble
Panique
ACTUEL**

E5 (TROUBLE PANIQUE VIE ENTIERE) EST-ELLE COTEE **NON ?**

G. PHOBIE SOCIALE

Au cours du mois écoulé, avez-vous redouté ou avez-vous été gêné d'être le centre de l'attention ou avez-vous eu peur d'être humilié(e) dans certaines situations sociales comme par exemple lorsque vous deviez prendre la parole devant un groupe de gens, manger avec des gens ou manger en public, ou bien encore écrire lorsque l'on vous regardait ?

G1 **NON OUI 1**

Burnout, troubles anxieux et dépressifs chez les résidents du CHU Mohammed VI de Marrakech,

G2 Pensez-vous que cette peur est excessive ou déraisonnable ?	NON	OUI	2
Redoutez-vous tellement ces situations qu'en pratique vous les évitez ou êtes-vous extrêmement mal à l'aise lorsque vous devez les affronter ?	NON	OUI	3
Cette peur entraîne-t-elle chez vous une souffrance importante ou vous gêne-t-elle vraiment dans votre travail ou dans vos relations avec les autres ?	NON	OUI	4

		NON	
	G4 EST-ELLE COTEE OUI ?		OUI PHOBIE SOCIALE ACTUEL
H. TROUBLE OBSESSIONNEL COMPULSIF :			
	Au cours du mois écoulé, avez-vous souvent eu des pensées ou des pulsions déplaisantes, inappropriées ou angoissantes qui revenaient sans cesse alors que vous ne le souhaitiez pas, comme par exemple		
H1	penser que vous étiez sale ou que vous aviez des microbes, ou que vous alliez frapper quelqu'un malgré vous, ou agir impulsivement ou bien encore étiez-vous envahi(e) par des obsessions à caractère sexuel, des doutes irrépressibles ou un besoin de mettre les choses dans un certain ordre ?	NON	OUI 1
NE PAS PRENDRE EN COMPTE DES PREOCCUPATIONS EXCESSIVES CONCERNANT LES PROBLEMES DE LA VIE QUOTIDIENNE NI LES OBSESSIONS LIEES A UN TROUBLE DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE, A DES DEVIATIONS SEXUELLES, AU JEU PATHOLOGIQUE, OU A UN ABUS DE DROGUE OU D'ALCOOL PARCE QUE LE PATIENT PEUT EN TIRER UN CERTAIN PLAISIR ET VOULOIR Y RESISTER SEULEMENT A CAUSE DE LEURS CONSEQUENCES NEGATIVES			
SI H1 = NON , PASSER A H4			
	Avez-vous essayé, mais sans succès, de résister à certaines de ces idées, de les ignorer ou de vous en débarrasser ?		
H2	SI H2 = NON , PASSER A H4	NON	OUI 2
	Pensez-vous que ces idées qui reviennent sans cesse sont le produit de vos propres pensées et qu'elles ne vous sont pas imposées de l'extérieur ?		
H3		NON	OUI 3
	Au cours du mois écoulé, avez-vous souvent éprouvé le besoin de faire certaines choses sans cesse, sans pouvoir vous en empêcher, comme vous laver les mains, compter, vérifier des choses, ranger, collectionner, ou accomplir des rituels religieux ?		
H4		NON	OUI 4
H3	OU H4 SONT-ELLES COTEES OUI ?	NON	OUI
	Pensez-vous que ces idées envahissantes et/ou ces comportements répétitifs sont déraisonnables, absurdes, ou hors de proportion ?		
H5		NON	OUI 5
	Ces pensées ou ces pulsions envahissantes et/ou ces comportements répétitifs vous gênent-ils(elles) vraiment dans vos activités quotidiennes, votre travail, ou dans vos relations avec les autres, ou vous prennent-ils (elles) plus d'une heure par jour ?		
H6		NON	OUI 6
H6		NON	OUI
	EST-ELLE COTEE OUI ?		TROUBLE OBSESSIONNEL-COMPULSIF ACTUEL

I. ETAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE (option)

Burnout, troubles anxieux et dépressifs chez les résidents du CHU Mohammed VI de Marrakech,

Avez-vous déjà vécu, ou été le témoin ou eu à faire face à un événement extrêmement traumatique, au cours duquel des personnes sont mortes ou vous-même et/ou d'autres personnes ont été menacées de mort ou ont été grièvement blessées ou ont été atteintes dans leur intégrité physique ?			
I1	NON	OUI	1
EX DE CONTEXTES TRAUMATIQUES : ACCIDENT GRAVE, AGRESSION, VIOL, ATTENTAT, PRISE D'OTAGES, KIDNAPPING, INCENDIE, DECOUVERTE DE CADAVRE, MORT SUBITE DANS L'ENTOURAGE, GUERRE, CATASTROPHE NATURELLE...			
Au cours du mois écoulé, avez-vous souvent pensé de façon pénible à cet événement, en avez-vous rêvé, ou avez-vous eu fréquemment l'impression de le revivre ?			
I2	NON	OUI	2
I3 Au cours du mois écoulé :			
a	NON	OUI	3
Avez-vous essayé de ne plus penser à cet événement ou avez-vous évité tout ce qui pouvait vous le rappeler?			
b	NON	OUI	4
Avez-vous du mal à vous souvenir exactement de ce qu'il s'est passé ?			
c	NON	OUI	5
Avez-vous perdu l'intérêt pour les choses qui vous plaisaient auparavant ?			
d	NON	OUI	6
Vous sentiez-vous détaché(e) de tout ou aviez-vous l'impression d'être devenu(e) un (une) étranger(ère) vis à vis des autres ?			
e	NON	OUI	7
Avez-vous des difficultés à ressentir les choses, comme si vous n'étiez plus capable d'aimer ?			
f	NON	OUI	8
Avez-vous l'impression que votre vie ne serait plus jamais la même, que vous n'envisageriez plus l'avenir de la même manière ?			
Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN I3 ?			
NON	OUI		
I4 Au cours du mois écoulé :			
a	NON	OUI	9
Avez-vous des difficultés à dormir ?			
b	NON	OUI	10
Etiez-vous particulièrement irritable, vous mettiez-vous facilement en colère ?			
c	NON	OUI	11
Avez-vous des difficultés à vous concentrer ?			
d	NON	OUI	12
Etiez-vous nerveux(se), constamment sur vos gardes ?			
e	NON	OUI	13
Un rien vous faisait-il sursauter ?			
NON	OUI		
Y A-T-IL AU MOINS 2 OUI EN I4 ?			
NON	OUI		
I5	NON	OUI	14
Au cours du mois écoulé, ces problèmes vous ont-ils vraiment gêné dans votre travail, vos activités quotidiennes ou dans vos relations avec les autres ?			
I5 EST-ELLE COTEE OUI ?			
NON OUI ETAT DE STRESS POSTTRAUMATIQUE ACTUEL			

Test d'Inventaire de Burnout de Maslach – MBI

Comment percevez-vous votre travail ? Etes-vous épuisé(e) ?

Quelle est votre capacité à gérer votre relation aux autres ?

Où en êtes-vous sur votre degré d'accomplissement personnel ?

– Précisez la fréquence à laquelle vous ressentez la description des propositions suivantes en entourant le chiffre correspondant avec :

0 = Jamais

1 = Quelques fois par an, au moins

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

– Additionnez les scores obtenus dans chacune des 3 dimensions proposées au bas du questionnaire. Voyez si ces scores sont à un degré « faible », « modéré » ou « élevé ».

	Jamais	Chaque jour					
	↓					↓	
01 – Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail	0	1	2	3	4	5	6
02 – Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail	0	1	2	3	4	5	6
03 – 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
04 – Je peux comprendre facilement ce que mes patients/clients/élèves ressentent	0	1	2	3	4	5	6
05 – Je sens que je m'occupe de certains patients/clients/élèves de façon impersonnelle, comme s'ils étaient des objets	0	1	2	3	4	5	6
06 – Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort	0	1	2	3	4	5	6
07 – Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes patients/clients/élèves	0	1	2	3	4	5	6
08 – Je sens que je craque à cause de mon travail	0	1	2	3	4	5	6
09 – J'ai l'impression, à travers mon travail, d'avoir une influence 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 soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes patients/clients/élèves	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 patients/clients/élèves	0	1	2	3	4	5	6
18 – Je me sens ragaillard(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de patients/clients/élèves	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 du 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 patients/clients/élèves me rendent responsable de certains de leurs problèmes	0	1	2	3	4	5	6



RESUME



Résumé :

Le burnout, les troubles anxieux caractérisés et la dépression sont très répandus en milieu hospitalier et leurs gravité est encore plus accrue chez les résidents.

La présente étude avait pour but de déterminer la prévalence du Burnout, des troubles anxieux caractérisés et de la dépression ainsi que les facteurs de risque associés chez les résidents en formation au niveau du CHU Mohammed VI de Marrakech.

Nous avons mené une étude transversale descriptive et analytique, en 2019, sur un échantillon de 177 résidents à l'aide d'un questionnaire auto-administré ; le Burnout était évalué par la version française du Maslash Burnout Inventory (MBI), les scores les troubles anxieux caractérisés par le Mini DSM IV et la dépression par l'inventaire de Beck.

L'échantillon de notre étude était constitué de 52% de femmes, l'âge moyen était de 29 ans +/-2.1, 67.2% des résidents étaient célibataires. Les antécédents personnels psychiatriques les plus fréquents étaient le trouble panique avec 15.8% et la dépression avec 12.4%. La tentative de suicide représentait 1.1%. Pour les antécédents familiaux psychiatriques, la dépression était la plus fréquente avec 6.2%. La spécialité médicale représentait 66% de l'échantillon, les résidents en 2-3ème année constituaient 75.6% et 56.8% des résidents travaillaient entre 40 et 60 heures par semaine.

Les résultats du MBI ont montré que 35% avaient un épuisement émotionnel élevé, 38% une dépersonnalisation élevée et 55% un accomplissement personnel bas. 20% des résidents étaient en Burnout sévère. La fréquence des troubles anxieux caractérisés était de 52%. Le taux de la dépression était de 47%.

Cette étude nous a permis de déterminer des associations entre le Burnout sévère et le nombre de gardes mensuel >5 ($p=0.03$). Le Burnout sévère était également associé au désir de reconversion ($p=0.03$).

La dépression était associée aux antécédents personnels de dépression ($p=0.001$), au nombre de gardes mensuels >5 ($p=0.001$), au volume horaire hebdomadaire $>60h$ ($p=0.03$) ainsi qu'au désir de reconversion ($p=0.001$).

Le Burnout, les troubles anxieux et dépressifs sont bien une réalité dans nos hôpitaux, particulièrement chez les résidents, ayant des conséquences potentiellement nuisibles pour l'individu lui-même, pour le patient et pour l'institution.

Ainsi une prévention, basée sur une prise en charge tant personnelle que sur les conditions de travail, s'impose afin de garantir l'équilibre socioprofessionnel des jeunes médecins en formation au centre hospitalier universitaire de Marrakech.

Abstract

Burnout, characterized anxiety disorders and depression are very common in hospitals and their severity is even greater among residents.

The purpose of this study was to determine the prevalence of burnout, anxiety disorders and depression as well as the associated risk factors among residents in training at the Mohammed VI CHU in Marrakech.

We conducted a descriptive and analytical cross-sectional study, in 2019, on a sample of 177 residents using a self-administered questionnaire; burnout was assessed by the French version of the Maslach Burnout Inventory (MBI), scores for anxiety disorders characterized by the Mini DSM IV and depression by Beck's inventory.

The sample in our study consisted of 52% women, the average age was 29 years +/- 2.1, 67.2% of the residents were single. The most frequent personal psychiatric history was panic disorder with 15.8% and depression with 12.4%. The attempted suicide represented 1.1%.

For the family psychiatric history, depression was the most frequent with 6.2%. The medical specialty represented 66% of the sample, residents in the 2-3rd year constituted 75.6% and 56.8% of the residents worked between 40 and 60 hours per week.

The results of the MBI showed that 35% had high emotional exhaustion, 38% high depersonalization and 55% low personal achievement. 20% of the residents were in severe burnout. The frequency of characterized anxiety disorders was 52%. The rate of depression was 47%.

This study allowed us to determine associations between severe burnout and the number of monthly guards > 5 ($p = 0.03$). Severe burnout was also associated with the desire to retrain ($p = 0.03$).

Depression was associated with personal history of depression ($p = 0.001$), number of monthly guards > 5 ($p = 0.001$), weekly hourly volume > 60h ($p = 0.03$) and desire to retrain ($p = 0.001$).

Burnout, anxiety and depressive disorders are a reality in our hospitals, especially among residents, with potentially harmful consequences for the individual himself, for the patient and for the institution.

Burnout, troubles anxieux et dépressifs chez les résidents du CHU Mohammed VI de Marrakech,

Prevention, based on personal care as well as on working conditions, is essential in order to guarantee the socio-professional balance of young doctors in training at the University Hospital Center of Marrakech.

ملخص

تعتبر متلازمة الإجهاد المهني، اضطرابات القلق و الاكتئاب النفسي الحاد جد منقشية في ميدان الصحة و بالاحص عند أطباء التخصص المتدربين.

كان هدفنا من هذه الدراسة تقييم مدى انتشار الإجهاد المهني، اضطرابات القلق و الاكتئاب. و كذا عوامل الخطورة المصاحبة لدى أطباء التخصص المتدربين على مستوى المستشفى الجامعي محمد السادس بمراكش.

لهذا الغرض قمنا بدراسة مستعرضة وصفية و تحليلية سنة ٢٠١٩ على عينة من ١٧٧ طبيبا متدربا بواسطة استبيان تدار ذاتياً.

متلازمة الإجهاد المهني تم رصدها بواسطة النسخة الفرنسية من استبيان الإجهاد المهني لماسلاش، نتائج اضطرابات القلق عن طريق دي اس ام الرابع المصغر و الاكتئاب بواسطة استبيان بيك العينة المدروسة كانت مكونة من ٥٢٪ من النساء، معدل الأعمار كان ٢٩ سنة +/- ٢,١.

٦٧,٢٪ كانوا عزاب، السوابق النفسية الشخصية الأكثر انتشارا هو اضطراب الهلع ب١٥,٨٪، و الاكتئاب النفسي ١٢,٤٪

محاولة الانتحار شكلت ١,١٪. اما السوابق النفسية العائلية: الاكتئاب أكثر انتشارا ب٦,٢٪

التخصص الطبي كان يمثل ٦٦٪ من العينة المدروسة. الأطباء المتدربين في السنتين الثانية و الثالثة يشكلون ٧٥,٦٪، و ٥٦,٨٪ من الأطباء المتدربين كانوا يعملون لمدة تتراوح بين ٤٠ و ٦٠ ساعة في الأسبوع.

نتائج استبيان الإجهاد المهني بينت أن ٣٥٪ يعانون من إجهاد عاطفي مرتفع، ٣٨٪ من تبدد شخصية مرتفع و ٥٥٪ قد عانوا من مستوى منخفض من الإنجاز الشخصي.

٢٠٪ من الاطباء المتدربين كانوا يعانون من إجهاد مهني حاد. نسبة اضطرابات القلق كانت ٥٢٪ و نسبة الاكتئاب النفسي ٤٧٪.

مكنتنا هذه الدراسة من تحديد تالفات بين الإجهاد المهني الحاد و عدد المداومات الشهرية الفائقة ل٥.

كما دلتنا على تالف بين الإجهاد المهني الحاد و الرغبة في تغيير ميدان التخصص.

تم تحديد علاقة بين الاكتئاب النفسي و السوابق الشخصية للاكتئاب. عدد المداومات الشهرية الفائقة ل٥، عدد ساعات العمل الأسبوعية الفائقة ل٦٠ ساعة، و كذا الرغبة في تغيير ميدان التخصص.

الإجهاد المهني، اضطرابات القلق و الاكتئاب النفسي حقيقة في مستشفياتنا و تهم بالاحص الأطباء المتدربين في طور التخصص مما قد يؤدي إلى نتائج مضره للطبيب نفسه، لمرضاه و للمنظومة الصحية عامة لذلك يتوجب استباق الأحداث و الاهتمام بالشخص من ناحية و بظروف العمل من ناحية أخرى لضمان التوازن في تدريب الأطباء المتخصصين في مستشفى محمد السادس بمراكش.



BIBLIOGRAPHIE



1. **IDRISSI KAITOUNI, Z**
La santé de l'étudiant en médecine à la FMPM de la première à la sixième année d'étude.
Thèse de médecine Marrakech 2018, N°31
2. **Dyrbye LN, Thomas MR, Shanafelt TD.**
Systematic review of depression, anxiety, and other indicators of psychological distress among US and Canadian medical students. *Acad Med.* 2006;81(4): 354–373.
3. **Pereira–Lima K, Loureiro SR.**
Burnout, anxiety, depression, and social skills in medical residents. *Psychol Health Med.* 2015;20(3):353–362.
4. **CNOM, Conseil National de l'Ordre des Médecins (France)**
Santé des étudiants et jeunes médecins | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. [cité 24 juin 2016].
<https://www.conseil-national.medecin.fr/node/1726>
5. **Dyrbye LN, Thomas MR, Shanafelt TD.**
Systematic review of depression, anxiety, and other indicators of psychological distress among US and Canadian medical students. *Acad Med.* 2006;81(4): 354–373.
6. **Mata DA, Ramos MA, Bansal N, et al.**
Prevalence of Depression and Depressive Symptoms Among Resident Physicians: A Systematic Review and Meta-analysis.
JAMA 2015;314(22):2373–83.
7. **Ben Zid A, et al.**
Burnout chez les résidents en médecine tunisiens : à propos de 149 cas. *Encéphale* (2017),
<http://dx.doi.org/10.1016/j.encep.2017.06.006>
8. **Schaufeli WB.**
Psychol Health 2001;16(5):501–10.
9. **Sun H , Warner DO, Macario A, Zhou Y, Culley DJ, Keegan MT.**
Repeated Cross-sectional Surveys of Burnout, Distress, and Depression among Anesthesiology Residents and First-year Graduates.
Anesthesiology. 2019 Sep;131(3):668–677. doi: 10.1097/ALN.0000000000002777.
10. **Shanafelt TD, Hasan O, Dyrbye LN, et al.**
Changes in burnout and satisfaction with work–life balance in physicians and the general us working population between 2011 and 2014.
Mayo Clin Proc 2015;90(12):1600–13.
11. **Blanchard P, Truchot D, Albiges–Sauvin L, Dewas S, Pointreau Y, Rodrigues M, et al.**
Prevalence and causes of burnout amongst oncology residents: A comprehensive nationwide cross-sectional study. *Eur J Cancer.* 2010 Oct;46(15):2708–15.
12. **Benhmidoun, A**
Burnout chez les professeurs, résidents et internes du CHU Mohammed VI de Marrakech
Thèse de médecine 2006.

- 13. Bounsir, A**
Burnout chez les étudiants de la faculté de médecine et de pharmacie de marrakech.
Thèse de médecine 2008, N°14
- 14. Ben Moussa, MK**
Le burnout chez les infirmiers du centre hospitalier universitaire de Marrakech
Thèse de médecine 2016, N°188
- 15. Massou.S, Doghmi.N, Belhaj.A, Aboulaala.K, Azendour.H.**
Enquête sur le syndrome d'épuisement professionnel chez les personnels d'anesthésie réanimation de quatre hôpitaux universitaires marocains.
- 16. El Kettani A, Serhier Z, Bennani Othmani M, Agoub M, Battas O**
L'évaluation du syndrome du burnout chez les médecins en formation au CHU Ibn rochd de Casablanca. 2017.
- 17. Mamour Guèye,**
Burn-out syndrome among students in training at Dakar teaching hospital in Senegal
- 18. Kacem I,**
Burn-out chez les jeunes médecins : étude réalisée dans la région de Sousse
Annales médico-psychologiques, revue psychiatrique
Volume 175, Issue 4, April 2017, Pages 332-338.
- 19. Aldrees T, Badri M, Islam T, Alqahtani K.**
Burnout among otolaryngology residents in Saudi Arabia: A multicenter study.
J Surg Educ [Internet]. Elsevier; 2015 Sep; 72(5):844-8.
- 20. Elmore LC, Jeffe DB, Jin L, Awad MM, Turnbull IR,**
National Survey of Burnout among US General Surgery Residents,
Journal of the American College of Surgeons (2016),
doi: 10.1016/j.jamcollsurg.2016.05.014.
- 21. Dyrbye LN, West CP, Satele D, Boone S, Tan L, Sloan J, Shanafelt TD:**
Burnout among U.S. medical students, residents, and early career physicians relative to the general U.S. population.
Acad Med 2014; 89:443-51
- 22. Latifa El Emrani et al,**
« Santé et qualité de vie : situation pour la population de Tétouan (Maroc) »,
Santé Publique 2013/5 (Vol. 25), p. 639-646.
- 23. Waldman SV, Diez JCL, Arazi HC, Linetzky B, Guinjoan S, Grancelli H.**
Burnout, perceived stress, and depression among cardiology residents in Argentina.
Acad Psychiatry. 2009;33(4):296-301.
- 24. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR,Walters EE.**
Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication.
Arch Gen Psychiatry. 2005;62(6):593-602.

- 25. Dyrbye LN, Thomas MR, Shanafelt TD.**
Systematic review of depression, anxiety, and other indicators of psychological distress among US and Canadian medical students. *Acad Med.* 2006;81(4): 354–373.
- 26. Schneider SE, Phillips WM.**
Depression and anxiety in medical, surgical, and pediatric interns. *Psychol Rep* 1993;72(3 Pt 2):1145–6.
- 27. Mousa OY, Dhamoon MS, Lander S, Dhamoon AS**
The MD Blues: Under-Recognized Depression and Anxiety in Medical Trainees. *PLoS ONE* 11(6): e0156554.
- 28. Ouchtain, A.**
La prévalence et les caractéristiques des troubles anxieux et dépressifs chez les étudiants de la faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech
Thèse de médecine Marrakech 2016; N°25
- 29. Macauley, K**
Prevalence and Predictors of Anxiety in Healthcare Professions
*Health Professions Education*4(2018)176–185
- 30. Hardy P, Costemale-Lacoste JF, Trichard Ch, Butlen-ducuing F.**
Comparison of burnout, anxiety and depressive syndromes in hospital psychiatrists and other physicians: Results from the ESTEM study
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.112662>
- 31. Marzouk M,**
Prevalence of Anxiety and Depressive Symptoms among Medical Residents in Tunisia: A Cross-Sectional survey
bmjopen–2017–020655
- 32. Buddeberg-Fischer B, Klaghofer R, Buddeberg C.**
Stress at work and well-being in junior residents [in German].
Z Psychosom Med Psychother. 2005;51 (2):163–178.
- 33. Léon, C., Chan Chee, C., Du Roscoät, E., Andler, R., Cogordan, C., Guignard, R, Robert, M. (2018).**
La dépression en France chez les 18–75 ans : Résultats du baromètre santé 2017. *BEH*(32–33), 637–644.
- 34. Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. Geneva: World Health Organization; 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.**
- 35. Ogawa, R., Seo, E., Maeno, T. et al.**
The relationship between long working hours and depression among first-year residents in Japan.
BMC Med Educ 18, 50 (2018) doi:10.1186/s12909-018-1171-9
- 36. Dyrbye LN, West CP, Satele D, Boone S, Tan L, Sloan J, Shanafelt TD:**

Burnout among U.S. medical students, residents, and early career physicians relative to the general U.S. population.

Acad Med 2014; 89:443-51

37. Al-Maddah EM, Al-Dabal BK, Khalil MS.

Prevalence of sleep deprivation and relation with depressive symptoms among medical residents in King Fahd University Hospital, Saudi Arabia.

Sultan Qaboos Univ Med J. 2015;15(1):e78-e84.

38. Lebensohn P, Dodds S, Benn R, et al.

Resident wellness behaviors: relationship to stress, depression, and burnout.

Family medicine 2013;45(8):541-9

39. Hardy P, Costemale-Lacoste JF, Trichard Ch, Butlen-ducuing F.

Comparison of burnout, anxiety and depressive syndromes in hospital psychiatrists and other physicians: Results from the ESTEM study

40. Houkes I, Winants YH, Twellaar M.

Specific determinants of burnout among male and female general practitioners: A cross-lagged panel analysis.

Journal of Occupational and Organizational Psychology Vol. 2008;81(2):249-76.

41. Kumar S.

Burnout and Doctors: Prevalence, Prevention and Intervention.

Healthcare. 2016 Jun 30; 4(3):37.

42. Bakker AB, Demerouti E, Schaufeli WB.

Validation of the Maslach Burnout Inventory-General Survey: An Internet study.

Anxiety. Stress. Coping 15(3), 245-260 (2002).

43. Lindblom KM, Linton SJ, Fedeli C, et al.

Burnout in the working population: relations to psychosocial work factors.

Int. J. Behav. Med 13(1), 51-59 (2006)

44. Norlund S, Reuterwall C, Hoog J.

Burnout, working conditions and gender – results from the northern Sweden MONICA Study.

BMC. Public. Health 10(1), 326 (2010).

45. Leslie kane, MA

Medscape national physician burnout & suicide report 2020

46. Leslie kane, MA

Medscape national physician burnout & suicide report 2019

47. Van Horn JE, Schaufeli WB, Greenglass ER, et al.

A Canadian-Dutch comparison of teachers' burnout.

Psychol. Rep 81(2), 371-382 (1997).

48. Glise K, Hadzibajramovic E, Jonsdottir IH, et al.

Self-reported exhaustion: a possible indicator of reduced work ability and increased risk of sickness absence among human service workers.

Int. Arch. Occup. Environ. Health 83(1), 511-520 (2010).

49. Purvanova RK, Muros JP.

Gender differences in burnout: A meta-analysis.
J. Vocat. Behav 77(2), 168–85 (2010).

50. Martin F, Poyen D, Boudierlique E, Gouvernet J, Rivet B, Disdier P, et al.

Depression and Burnout in Hospital Health Care Professionals.
Int J Occup Environ Health. 1997 Jul 19;3(3):204–9.

51. Dyrbye LN, Thomas MR, Massie FS, Power D V, Eacker A, Harper W, et al.

Burnout and suicidal ideation among U.S. medical students.
Ann Intern Med. 2008 Sep 2;149(5):334–41.

52. Kumar S.

Burnout and Doctors: Prevalence, Prevention and Intervention.
Healthc (Basel, Switzerland). 2016 Jun 30;4(3):37.

53. Korczak D, Huber B, Kister C.

Differential diagnostic of the burnout syndrome.
GMS Health Technol Assess. 2010 Jul 5;6:Doc09

54. Bianchi R, Schonfeld IS, Laurent E.

Burnout–depression overlap: A review.
Vol. 36, *Clinical Psychology Review*. 2015. p. 28–41.

55. Rothenberger DA.

Physician Burnout and Well-Being: A Systematic Review and Framework for Action.
Dis Colon Rectum. 2017; 60(6):567–76. <https://doi.org/10.1097/DCR.0000000000000844>
PMID:28481850

56. Rodrigues H, Cobucci R, Oliveira A, Cabral JV, Medeiros L, Gurgel K, et al. (2018)

Burnout syndrome among medical residents: A systematic review and meta-analysis.
PLoS ONE 13(11): e0206840. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0206840>

57. Prins JT, Gazendam–Donofrio SM, Tubben BJ, Van Der Heijden FMMA, Van De Wiel HBM,

Burnout in medical residents: A review.
Med Educ. 2007 Aug; 41(8):788–800. PMID: 17661887

58. Ziad Kansoun.

Le burnout des médecins en France : Méta-analyse (2000–2017).
Sciences du Vivant [q-bio]. 2017. dumas–01876310

59. Dyrbye LN, West CP, Satele D, Boone S, Tan L, Sloan J, Shanafelt TD:

Burnout among U.S. medical students, residents, and early career physicians relative to the general U.S. population.
Acad Med 2014; 89:443–51

60. Catbébras P, Begon A, Laporte S, Bois C, Truchot D.

Epuisement professionnel chez les médecins généralistes.
Presse Med 2004;33:1569–74

- 61. Arigoni F, Bovier PA, Mermillod B, Waltz P, Sappino AP.**
Prevalence of burnout among Swiss cancer clinicians, paediatricians and general practitioners: Who are most at risk?
Supportive Care Cancer. 2009;17(1):75–81.
- 62. Goehring C, Bouvier Gallacchi M, Kunzi B, Bovier P.**
Psychosocial and professional characteristics of burnout in Swiss primary care practitioners: a cross-sectional survey.
Swiss Med Wkly. 2005;135(7–8):101–8.
- 63. Dusmesnil H, Serre BS, Regi JC, Leopold Y, Verger P.**
Professional burn-out of general practitioners in urban areas: prevalence and determinants.
Sante Publique. 2009;21(4):355–64.
- 64. Houkes I, Winants YH, Twellaar M.**
Specific determinants of burnout among male and female general practitioners: A cross-lagged panel analysis.
Journal of Occupational and Organizational Psychology Vol. 2008;81(2):249–76.
- 65. Truchot D.**
The burnout syndrome among GP: Influence of perceived inequity and communal orientation.
Annales Medico Psychologiques Vol. 2009;167(6):422–8.
- 66. Esteva M, Larraz C, Soler JK, Yaman H.**
Burn-out in Spanish general practitioners. Aten. Prim. 2005;35(2):108–9.
- 67. Bria M, Băban A, Dumitrașcu DL.**
systematic review of burnout risk factors among european healthcare professionals.
Brain. 2012;(3):423–52.
- 68. Seidler A, Thinschmidt M, Deckert S, Then F, Hegewald J, Nieuwenhuijsen K, et al.**
The role of psychosocial working conditions on burnout and its core component emotional exhaustion – a systematic review.
J Occup Med Toxicol. 2014;9(1):10.
- 69. Dewa CS, Loong D, Bonato S, Thanh N, Jacobs P.**
How does burnout affect physician productivity? A systematic literature review.
BMC Health Serv Res. 2014;14(1):325
- 70. Kuehner, Christine.**
Why is depression more common among women than among men?
The Lancet Psychiatry. 4. 10.1016/S2215–0366(16)30263–2.
- 71. Guille C, Frank E, Zhao Z, Kalmbach D.**
Work-Family Conflict and the Sex Difference in Depression Among Training Physicians.
JAMA Intern Med. doi:10.1001/jamainternmed.2017.5138 Published online October 30, 2017.
- 72. Gardier, A et Corruble, E**
Dépression : Mieux la comprendre pour la guérir durablement. INSERM

- 73. Velasquez–Perez L, Colin–Piana R, Gonzalez–Gonzalez M.**
Coping with medical residency: depression burnout.
Gac Med Mex. 2013;149(2):183–195.
- 74. Sen S, Kranzler HR, Krystal JH, et al.**
A prospective cohort study investigating factors associated with depression during medical internship.
Arch Gen Psychiatry. 2010;67(6):557–565.
- 75. Kleim B, Thorn HA, Ehlert U.**
Positive interpretation bias predicts well-being in medical interns.
Front Psychol. 2014;5:640.
- 76. Joules N, Williams DM, Thompson AW.**
Depression in resident physicians: a systematic review.
Open J Depress. 2014;03(03):89–100.
- 77. Kirsling RA, Kochar MS, Chan CH.**
An evaluation of mood states among first-year residents.
Psychol Rep. 1989;65(2):355–366.
- 78. Rose, M., Manser, T., & Ware, J.C. (2008).**
Effects of call on sleep and mood in internal medicine residents.
Behavioral Sleep Medicine, 6, 75–88. doi:10.1080/15402000801952914)
- 79. West CP, Huschka MM, Novotny PJ, et al.**
Association of perceived medical errors with resident distress and empathy: a prospective longitudinal study.
JAMA. 2006;296(9):1071–1078
- 80. Jimenez–Lopez JL, Arenas–Osuna J, Angeles–Garay U.**
Depression, anxiety and suicide risk symptoms among medical residents over an academic year.
Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2015;53(1):20–28.
- 81. Final report on doctor work reform.**
Steering Committee on DoctorWork Hour, Hospital Authority.
https://www.ha.org.hk/haho/ho/hesd/FinalReportonDWR_2009_10_Full_Version.pdf.
Accessed November 6, 2019.
- 82. Organisation of working time: Council Directive 93/104/EC.**
<http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=celex:31993L0104>.
Accessed November 6, 2019.
- 83. Revicki DA, Gallery ME, Whitley TW, Allison EJ.**
Impact of work environment characteristics on work-related stress and depression in emergency medicine residents: a longitudinal study.
J Community Appl Soc Psychol. 1993;3(4):273–284.

84. Reuben DB.

Depressive symptoms in medical house officers: effects of level of training and work rotation. Arch Intern Med. 1985;145(2):286-288.

85. Ogawa, R., Seo, E., Maeno, T. et al.

The relationship between long working hours and depression among first-year residents in Japan.

BMC Med Educ 18, 50 (2018) doi:10.1186/s12909-018-1171-9

86. Sullivan P, Buske L.

Results from CMA's huge 1998 physician survey point to a dispirited profession. CMAJ 1998;159(5):525-8.



أُقْسِمُ بِاللَّهِ الْعَظِيمِ

أَنْ أُرَاقِبَ اللَّهَ فِي مِهْنَتِي.

وَأَنْ أَصُونَ حَيَاةَ الْإِنْسَانِ فِي كَافَّةِ أَطْوَارِهَا فِي كُلِّ الظُّرُوفِ
وَالْأَحْوَالِ بِإِذْنِ اللَّهِ وَسَعْيِي فِي اسْتِنْقَازِهَا مِنَ الْهَلَاكِ وَالْمَرَضِ

وَالْأَلَمِ وَالْقَلْقِ.

وَأَنْ أَحْفَظَ لِلنَّاسِ كِرَامَتَهُمْ، وَأَسْتُرَ عَوْرَتَهُمْ، وَأَكْتُمَ سِرَّهُمْ.

وَأَنْ أَكُونَ عَلَى الدَّوَامِ مِنْ وَسَائِلِ رَحْمَةِ اللَّهِ، بِإِذْنِ رِعَايَتِي الطَّبِيبَةِ لِلْقَرِيبِ وَالْبَعِيدِ،
لِلصَّالِحِ وَالطَّالِحِ، وَالصَّدِيقِ وَالْعَدُوِّ.

وَأَنْ أَثَابِرَ عَلَى طَلْبِ الْعِلْمِ، أَسْخَرَهُ لِنَفْعِ الْإِنْسَانِ .. لَا لِأَذَاهِ.

وَأَنْ أُوقِرَ مَنْ عَلَّمَنِي، وَأُعَلِّمَ مَنْ يَصْغُرَنِي، وَأَكُونَ أَخًا لِكُلِّ زَمِيلٍ فِي الْمِهْنَةِ الطَّبِيبَةِ

مُتَعَاوِنِينَ عَلَى الْبِرِّ وَالتَّقْوَى.

وَأَنْ تَكُونَ حَيَاتِي مِصْدَاقَ إِيمَانِي فِي سِرِّي وَعَلَانِيَتِي، نَقِيَّةً مِمَّا يُشِينُهَا تَجَاهَ

اللَّهِ وَرَسُولِهِ وَالْمُؤْمِنِينَ.

وَاللَّهُ عَلَى مَا أَقُولُ شَهِيدٌ

أطروحة رقم 117

سنة 2020

**الإجهاذ المهني اضطرابات القلق و الاكتئاب لدى أطباء
التخصص المتدربين بالمستشفى الجامعي محمد السادس
بمراكش**

الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 2020/06/22

من طرف

السيد صلاح الدين أوطالب

المزداد 02 مارس 1991 بأكادير

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية:

الإجهاذ المهني - اضطرابات القلق - الإكتئاب - طبيب متدرب - اختصاص في
الطب

اللجنة

الرئيس

م. اليوسكراوي

السيد

أستاذ في طب الأطفال

المشرف

ف. عصري

السيدة

أستاذة في الطب النفسي

ل. أدرموش

السيدة

أستاذ في طب المجتمع

أ.غ. الأديب

السيد

أستاذ في الإنعاش و التخدير

الحكام