



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

Année 2016

Thèse N°188

Le burnout chez les infirmiers du centre hospitalier universitaire de Marrakech

THESE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 07/12/2016

PAR

M. Moulay Khatri BEN MOUSSA

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

MOTS-CLES :

burnout – épuisement professionnel – infirmiers – MBI

JURY

Mme.	F. ASRI Professeur de Psychiatrie	PRESIDENT
Mme.	F. MANOUDI Professeur agrégée de Psychiatrie	RAPPORTEUR
Mme.	I. ADALI Professeur agrégée de Psychiatrie	JUGES
M.	A. BENALI Professeur agrégé de Psychiatrie	

Ser m e n t d 'H I P P O C R A T E

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 qu'ils 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.

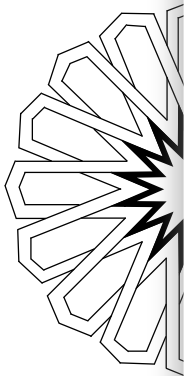
Les médecins seront mes frères.

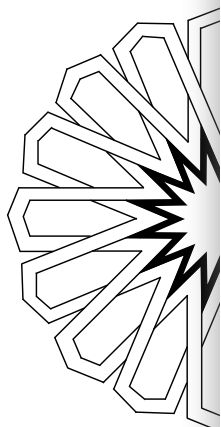
Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale, ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.

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.





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. Ag. Mohamed AMINE

Vice doyen aux Affaires Pédagogiques : Pr. EL FEZZAZI Redouane

Secrétaire Général : Mr. Azzeddine EL HOUDAIGUI

Professeurs de l'enseignement supérieur

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABOULFALAH Abderrahim	Gynécologie- obstétrique	GHANNANE Houssine	Neurochirurgie
AIT BENALI Said	Neurochirurgie	KISSANI Najib	Neurologie
AIT-SAB Imane	Pédiatrie	KRATI Khadija	Gastro- entérologie
AKHDARI Nadia	Dermatologie	LMEJJATI Mohamed	Neurochirurgie
AMAL Said	Dermatologie	LOUZI Abdelouahed	Chirurgie – générale
ASMOUKI Hamid	Gynécologie- obstétrique B	MAHMAL Lahoucine	Hématologie - clinique
ASRI Fatima	Psychiatrie	MANSOURI Nadia	Stomatologie et chiru maxillo faciale
BENELKHAIAT BENOMAR Ridouan	Chirurgie - générale	MOUDOUNI Said Mohammed	Urologie
BOUMZEBRA Drissi	Chirurgie Cardio-Vasculaire	MOUTAJ Redouane	Parasitologie
BOUSKRAOUI Mohammed	Pédiatrie A	MOUTAOUAKIL Abdeljalil	Ophtalmologie
CHABAA Laila	Biochimie	NAJEB Youssef	Traumato- orthopédie
CHELLAK Saliha	Biochimie- chimie	OULAD SAIAD Mohamed	Chirurgie pédiatrique

CHOULLI Mohamed Khaled	Neuro pharmacologie	RAJI Abdelaziz	Oto-rhino-laryngologie
DAHAMI Zakaria	Urologie	SAIDI Halim	Traumato- orthopédie
EL FEZZAZI Redouane	Chirurgie pédiatrique	SAMKAOUI Mohamed Abdenasser	Anesthésie- réanimation
EL HATTAOUI Mustapha	Cardiologie	SARF Ismail	Urologie
ELFIKRI Abdelghani	Radiologie	SBIHI Mohamed	Pédiatrie B
ESSAADOUNI Lamiaa	Médecine interne	SOUMMANI Abderraouf	Gynécologie- obstétrique A/B
ETTALBI Saloua	Chirurgie réparatrice et plastique	YOUNOUS Said	Anesthésie- réanimation
FINECH Benasser	Chirurgie – générale	ZOUHAIR Said	Microbiologie

Professeurs Agrégés

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABKARI Imad	Traumato- orthopédie B	EL KHAYARI Mina	Réanimation médicale
ABOU EL HASSAN Taoufik	Anésthésie- réanimation	FADILI Wafaa	Néphrologie
ABOUCHADI Abdeljalil	Stomatologie et chir maxillo faciale	FAKHIR Bouchra	Gynécologie- obstétrique A
ABOUSSAIR Nisrine	Génétique	FOURAIJI Karima	Chirurgie pédiatrique B
ADALI Imane	Psychiatrie	HACHIMI Abdelhamid	Réanimation médicale
ADERDOUR Lahcen	Oto- rhino- laryngologie	HADEF Rachid	Immunologie
ADMOU Brahim	Immunologie	HAJJI Ibtissam	Ophtalmologie
AGHOUTANE El Mouhtadi	Chirurgie pédiatrique A	HAOUACH Khalil	Hématologie biologique
AISSAOUI Younes	Anesthésie - réanimation	HAROU Karam	Gynécologie- obstétrique B
AIT AMEUR Mustapha	Hématologie Biologique	HOCAR Ouafa	Dermatologie
AIT BENKADDOUR Yassir	Gynécologie- obstétrique A	JALAL Hicham	Radiologie
ALAOUI Mustapha	Chirurgie- vasculaire périphérique	KAMILI El Ouafi El Aouni	Chirurgie pédiatrique B
ALJ Soumaya	Radiologie	KHALLOUKI Mohammed	Anesthésie- réanimation
AMINE Mohamed	Epidémiologie- clinique	KHOUCHANI Mouna	Radiothérapie

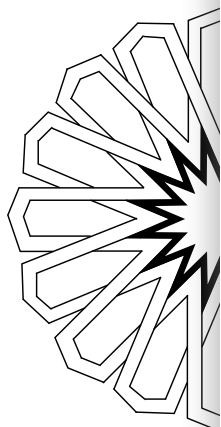
AMRO Lamyae	Pneumo- phtisiologie	KOULALI IDRISSEI Khalid	Traumato- orthopédie
ANIBA Khalid	Neurochirurgie	KRIET Mohamed	Ophtalmologie
ARSALANE Lamiae	Microbiologie -Virologie	LAGHMARI Mehdi	Neurochirurgie
ATMANE El Mehdi	Radiologie	LAKMICH Mohamed Amine	Urologie
BAHA ALI Tarik	Ophtalmologie	LAOUAD Inass	Néphrologie
BASRAOUI Dounia	Radiologie	LOUHAB Nisrine	Neurologie
BASSIR Ahlam	Gynécologie- obstétrique A	MADHAR Si Mohamed	Traumato- orthopédie A
BELBARAKA Rhizlane	Oncologie médicale	MANOUDI Fatiha	Psychiatrie
BELKHOUE Ahlam	Rhumatologie	MAOULAININE Fadl mrabih rabou	Pédiatrie
BEN DRISS Laila	Cardiologie	MATRANE Aboubakr	Médecine nucléaire
BENCHAMKHA Yassine	Chirurgie réparatrice et plastique	MEJDANE Abdelhadi	Chirurgie Générale
BENHIMA Mohamed Amine	Traumatologie - orthopédie B	MOUAFFAK Youssef	Anesthésie - réanimation
BENJILALI Laila	Médecine interne	MOUFID Kamal	Urologie
BENLAI Abdeslam	Psychiatrie	MSOUGGAR Yassine	Chirurgie thoracique
BENZAROUEL Dounia	Cardiologie	NARJISS Youssef	Chirurgie générale
BOUCHENTOUF Rachid	Pneumo- phtisiologie	NEJMI Hicham	Anesthésie- réanimation
BOUKHANNI Lahcen	Gynécologie- obstétrique B	NOURI Hassan	Oto rhino laryngologie
BOUKHIRA Abderrahman	Toxicologie	OUALI IDRISSEI Mariem	Radiologie
BOURRAHOUE Aicha	Pédiatrie B	OUBAHA Sofia	Physiologie
BOURROUS Monir	Pédiatrie A	QACIF Hassan	Médecine interne
CHAFIK Rachid	Traumato- orthopédie A	QAMOUSS Youssef	Anesthésie- réanimation
CHERIF IDRISSEI EL GANOUNI Najat	Radiologie	RABBANI Khalid	Chirurgie générale
DRAISS Ghizlane	Pédiatrie	RADA Noureddine	Pédiatrie A
EL BOUCHTI Imane	Rhumatologie	RAIS Hanane	Anatomie pathologique
EL HAOURY Hanane	Traumato- orthopédie A	RBAIBI Aziz	Cardiologie

EL MGHARI TABIB Ghizlane	Endocrinologie et maladies métaboliques	ROCHDI Youssef	Oto-rhino- laryngologie
EL ADIB Ahmed Rhassane	Anesthésie- réanimation	SAMLANI Zouhour	Gastro- entérologie
EL AMRANI Moulay Driss	Anatomie	SORAA Nabila	Microbiologie - virologie
EL ANSARI Nawal	Endocrinologie et maladies métaboliques	TASSI Noura	Maladies infectieuses
EL BARNI Rachid	Chirurgie- générale	TAZI Mohamed Illias	Hématologie- clinique
EL BOUIHI Mohamed	Stomatologie et chir maxillo faciale	ZAHLANE Kawtar	Microbiologie - virologie
EL HOUDZI Jamila	Pédiatrie B	ZAHLANE Mouna	Médecine interne
EL IDRISSE SLITINE Nadia	Pédiatrie	ZAOUI Sanaa	Pharmacologie
EL KARIMI Saloua	Cardiologie	ZIADI Amra	Anesthésie - réanimation

Professeurs Assistants

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABDELFTTAH Youness	Rééducation et Réhabilitation Fonctionnelle	GHAZI Mirieme	Rhumatologie
ABIR Badreddine	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale	GHOZLANI Imad	Rhumatologie
ADALI Nawal	Neurologie	HAZMIRI Fatima Ezzahra	Histologie – Embryologie - Cytogénétique
ADARMOUCH Latifa	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)	IHBIBANE fatima	Maladies Infectieuses
AIT BATAHAR Salma	Pneumo- phtisiologie	JANAH Hicham	Pneumo- phtisiologie
ALAOUI Hassan	Anesthésie - Réanimation	KADDOURI Said	Médecine interne
ARABI Hafid	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle	LAFFINTI Mahmoud Amine	Psychiatrie
ARSALANE Adil	Chirurgie Thoracique	LAHKIM Mohammed	Chirurgie générale
ASSERRAJI Mohammed	Néphrologie	LAKOUICHMI Mohammed	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale

BAIZRI Hicham	Endocrinologie et maladies métaboliques	LOQMAN Souad	Microbiologie et toxicologie environnementale
BELBACHIR Anass	Anatomie- pathologique	MAHFOUD Tarik	Oncologie médicale
BELHADJ Ayoub	Anesthésie -Réanimation	MARGAD Omar	Traumatologie -orthopédie
BENHADDOU Rajaa	Ophtalmologie	MLIHA TOUATI Mohammed	Oto-Rhino - Laryngologie
BENNAOUI Fatiha	Pédiatrie	MOUHADI Khalid	Psychiatrie
BOUCHENTOUF Sidi Mohammed	Chirurgie générale	MOUHSINE Abdelilah	Radiologie
BOUKHRIS Jalal	Traumatologie - orthopédie	MOUZARI Yassine	Ophtalmologie
BOUZERDA Abdelmajid	Cardiologie	NADER Youssef	Traumatologie - orthopédie
BSISS Mohamed Aziz	Biophysique	NADOUR Karim	Oto-Rhino - Laryngologie
CHRAA Mohamed	Physiologie	NAOUI Hafida	Parasitologie Mycologie
DAROUASSI Youssef	Oto-Rhino - Laryngologie	OUERIAGLI NABIH Fadoua	Psychiatrie
DIFFAA Azeddine	Gastro- entérologie	REBAHI Houssam	Anesthésie - Réanimation
EL HAOUATI Rachid	Chiru Cardio vasculaire	SAJIAI Hafsa	Pneumo- phtisiologie
EL HARRECH Youness	Urologie	SALAMA Tarik	Chirurgie pédiatrique
EL KAMOUNI Youssef	Microbiologie Virologie	SAOUAB Rachida	Radiologie
EL KHADER Ahmed	Chirurgie générale	SERGHINI Issam	Anesthésie - Réanimation
EL MEZOUARI El Moustafa	Parasitologie Mycologie	SERHANE Hind	Pneumo- phtisiologie
EL OMRANI Abdelhamid	Radiothérapie	TOURABI Khalid	Chirurgie réparatrice et plastique
ELQATNI Mohamed	Médecine interne	ZARROUKI Youssef	Anesthésie - Réanimation
FADIL Naima	Chimie de Coordination Bioorganique	ZIDANE Moulay Abdelfettah	Chirurgie Thoracique
FAKHRI Anass	Histologie- embyologie cytogénétique	ZOUIZRA Zahira	Chirurgie Cardio-Vasculaire



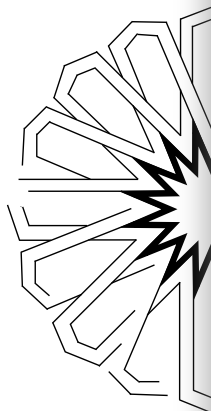
DEDICACE

À mes grands-parents, qui ont tout donné pour leur premier petit-fils,

À mes parents,

À ma famille,

Et à mes amis de la FMPPM, de la ville ocre et d'ailleurs.



REMERCIEMENTS

A n'ârepsâtejujMahe

Fatima 1934

PrârepsâtejujMahe

VosârepsâtejujMahe

rejuj VosârepsâtejujMahe

saidepe VelleârepsâtejujMahe

l'imârepsâtejujMahe

A notre maître et notre rapportrice de thèse Madame

Fatima Manoudi

Professeure agrégée de Psychiatrie

Je vous remercie de votre confiance. J'ai eu le plus grand plaisir de travailler sous votre direction. Je n'oublierai jamais la gentillesse et la disponibilité dont vous avez fait preuve. J'ai trouvé auprès de vous la confiance et l'agide, qui m'a permis de tout dire avec confiance et bienveillance. Votre direction, vos conseils et surtout votre confiance ont été l'admirable. Veuillez croire chère Maître à ma sincère reconnaissance et ma grande gratitude.

A notre très cher Maître

IMANE

ADALI

Président du Syndicat

Voszeki, très honorables

notre maître, à l'adresse

notre, les personnes et les choses

notre, les personnes

A notre très honorable

ABDESLAM

BENALI

Président du Syndicat des

Syndicats du Commerce

Nous ne sommes pas

généralistes, nous sommes

des hommes de métier

généralistes

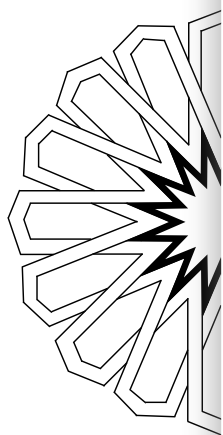


Aux Majeurs

Votre éducation est la clé de la réussite

Faire un bon choix de formation est la clé de la réussite
pour votre avenir professionnel et personnel





PLAN

INTRODUCTION	1
MATERIEL & METHODES	5
I. MATERIEL D'ETUDE	6
1) Présentation de l'étude	6
2) Population étudiée	6
3) Echantillon	6
4) Instrument de mesure	6
II. METHODOLOGIE D'ETUDE.....	8
1) Elaboration du questionnaire	8
2) Distribution des questionnaires	8
3) Recueil des réponses	8
III. METHODOLOGIE D'ANALYSE.....	8
RESULTATS	9
I. RESULTATS DESCRIPTIFS	10
A. Organigramme de l'échantillon	11
B. Données personnelles et professionnelles	12
1) Genre	12
2) Age	12
3) Statut matrimonial	13
4) Enfants à charge	13
5) Ancienneté	14
6) Durée d'exercice au sein du CHU	14
7) Grade	15
8) Spécialité	15
9) Horaire de travail	16
10) Service d'exercice	16
11) Jugement de l'horaire de travail.....	17
12) Climat de travail	17
13) Contrôle sur le travail	18
14) Pratique du sport ou de loisirs.....	18
15) Antécédents personnels psychiatriques	19
16) Connaissance initiale du burnout	19
C. Maslach Burnout Inventory, MBI	20

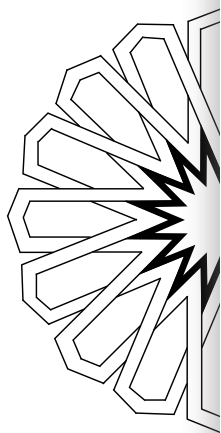
D. Niveaux de burnout	21
E. Facteurs de risque et de protection.....	23
1) Facteurs associés au stress au travail.....	23
2) Soutien en cas de besoin.....	24
F. Conséquences du stress au travail	24
1) Sommeil.....	24
2) Conduites addictives	24
3) Consultation psychiatrique/psychologique	25
4) Réponse face au stress.....	25
5) Autres conséquences	25
6) Symptômes induits par le stress	25
7) Orientation de la carrière	26
8) Constatation personnelle du burnout.....	27
9) Solutions.....	27
10) Commentaires	28
II. RESULTATS ANALYTIQUES.....	29
A. Influence des données personnelles et professionnelles	30
1. Burnout et le genre	30
2. Burnout et l'âge	30
3. Burnout et le statut matrimonial	31
4. Burnout et les enfants à charge.....	31
5. Burnout et l'ancienneté	32
6. Burnout et la durée d'exercice au sein du CHU	32
7. Burnout et la spécialité.....	33
8. Burnout et l'horaire de travail	33
9. Burnout et le service d'exercice	34
10. Burnout et le jugement de l'horaire de travail.....	34
11. Burnout et le climat de travail.....	35
12. Burnout et le contrôle sur le travail.....	35
13. Burnout et la pratique du sport ou de loisirs	36
14. Burnout et les antécédents personnels psychiatriques.....	36
15. Burnout et la consultation	37
16. Burnout et la volonté à consulter	37
B. Influence des facteurs de risque et de protection.....	38

1. Burnout et les facteurs de risque	38
2. Burnout et le soutien en cas de besoin.....	39
C. Les conséquences selon le degré de burnout.....	40
DISCUSSION	43
I. CADRE NOSOLOGIQUE	44
1) Termes.....	44
a. Burnout.....	44
b. Syndrome d'épuisement professionnel	44
2) Définitions	44
3) Le burnout dans les classifications internationales	45
a. Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, DSM	45
b. Classification Internationales des Maladies, CIM	45
II. LES DIMENSIONS DU BURNOUT	46
1) L'épuisement émotionnel.....	46
2) La dépersonnalisation	46
3) La diminution de l'accomplissement personnel.....	46
III. LES ETAPES DU BURNOUT	48
1) L'enthousiasme idéaliste.....	48
2) La stagnation inefficace	48
3) La désillusion, la frustration.....	48
4) L'apathie, la démoralisation	49
IV. LES MANIFESTATIONS CLINIQUES DU BURNOUT	51
1) Sur le plan physique.....	51
2) Sur le plan affectif.....	51
3) Sur le plan cognitif.....	52
4) Sur le plan comportemental	52
V. LES FACTEURS ASSOCIES AU BURNOUT	52
A. Facteurs internes	52
1. Le genre.....	52
2. L'âge.....	53
3. La situation familiale.....	53
4. L'ancienneté et le nombre d'années d'exercice.....	53
5. Le profil du candidat au burnout.....	53
6. Le choix de la profession	55

7. Le manque de réalisme	55
8. L'obsession du travail	56
9. Les limites des capacités d'adaptation	56
10. La notion de « <i>hardiness</i> »	56
11. Les croyances	56
12. L'absence de ressourcement affectif et social.....	57
13. La vulnérabilité biologique	57
B. Facteurs externes.....	59
1. L'environnement physique	59
2. L'environnement psychologique	60
3. L'environnement social	61
VI. LES CONSEQUENCES DU BURNOUT.....	62
A. Conséquences individuelles	62
1. Sur le plan personnel	62
2. Sur le plan professionnel.....	63
B. Conséquences pour le patient.....	63
C. Conséquences institutionnelles.....	63
VII. LES INSTRUMENTS D'EVALUATION DU BURNOUT	64
1) Maslach Burnout Inventory, MBI	64
2) Burnout Measure, BM ou Burnout Measure Short Version, BMS.....	66
3) The Oldenburg Burnout Inventory, OLBI	66
4) Areas of Work life Survey, AWLS	66
5) Nurses' Stress Inventory, NSI.....	67
VIII. LES ETATS LIMITES DU BURNOUT	68
1) Fatigue.....	68
a. Fatigue simple	68
b. Fatigue chronique, fibromyalgie.....	68
2) Stress.....	68
3) Dépression.....	69
a. Etat dépressif et dépression.....	69
b. Burnout et dépression.....	70
4) Anxiété	70
5) Neurasthénie.....	70
6) Insatisfaction au travail	71

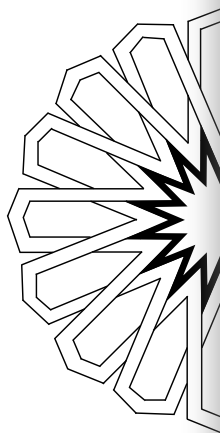
7) Somatisation et maladie psychosomatique.....	71
8) Karoshi	71
IX. LES SOLUTIONS THERAPEUTIQUES.....	72
A. La reconnaissance du problème	72
B. Les différentes stratégies thérapeutiques.....	73
1. Amélioration du contexte de travail	73
2. Interventions centrées sur l'individu	73
3. Amélioration de la communication.....	74
X. LES SOLUTIONS PREVENTIVES.....	75
A. Sur le plan individuel	75
1. Relaxation	75
2. Stress Management.....	76
3. Assistance téléphonique	77
B. Sur le plan collectif	77
1. Formation continue.....	77
2. Groupes Balint	77
C. Sur le plan organisationnel	78
1. Enseignement	78
2. Organisation du travail.....	78
XI. LES CRITIQUES PORTEES AU BURNOUT	78
XII. NOTRE ETUDE	81
A. Comparaison de la prévalence du burnout.....	81
1. Professionnels du CHU de Marrakech.....	81
2. Infirmiers du monde	82
B. Facteurs influençant le burnout	84
1. Le genre.....	84
2. L'âge	84
3. La situation familiale.....	84
4. L'ancienneté.....	84
5. La spécialité	84
6. Le service	85
7. L'horaire	85
XIII. LES LIMITES DE L'ETUDE	86
1) Le concept du burnout.....	86

2) Les modalités de l'enquête	86
1. Etude transversale.....	86
2. Questionnaire	86
3. Subjectivité des réponses.....	87
4. Biais de sélection	87
CONCLUSION	88
ANNEXES.....	91
RESUMES	107
BIBLIOGRAPHIE.....	111



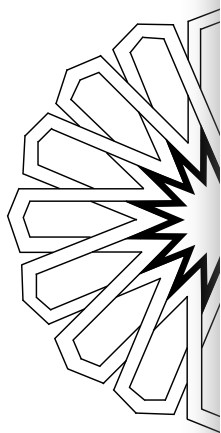
LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Répartition des participant selon le genre.....	12
Figure 2 : Répartition des participants selon les tranches d'âge	12
Figure 3 : Répartition des participants selon le statut matrimonial	13
Figure 4 : Répartition des participant selon le nombre d'enfants à charge.....	13
Figure 5 : Répartition des participants selon l'ancienneté dans la profession	14
Figure 6 : Répartition des participants selon la durée d'exercice dans le CHU de Marrakech	14
Figure 7 : Répartition des participants selon le grade	15
Figure 8 : Répartition des participants selon la spécialité	15
Figure 9 : Répartition des participants selon l'horaire de travail	16
Figure 10 : Répartition des participants selon le service d'exercice	16
Figure 11 : Répartition des participants selon leur jugement sur l'horaire de travail.....	17
Figure 12 : Répartition des participants selon leur perception du climat de travail	17
Figure 13 : Répartition des participants selon le contrôle sur le travail.....	18
Figure 14 : Répartition des participants selon la pratique du sport.....	18
Figure 15 : Répartition des participants selon la pratique d'autres loisirs.....	18
Figure 16 : Antécédents personnels psychiatriques	19
Figure 17 : Connaissance initiale du burnout.....	19
Figure 18 : Représentation des trois dimensions du burnout.....	20
Figure 19 : Niveaux de burnout	21
Figure 20 : Heures de sommeil	24
Figure 21 : Les orientations de la carrière.....	26
Figure 22 : Constatation personnelle du burnout	27
Figure 23 : Les solutions.....	27



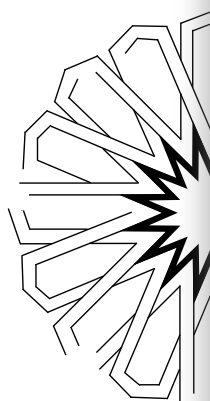
LISTE DES SCHEMAS

Schéma 1 : Les trois dimensions du burnout selon Maslach et Jackson.....	47
Schéma 2 : Les étapes du burnout des infirmiers.....	50
Schéma 3 : Le cycle de la pénurie/burnout des infirmiers.....	64
Schéma 4 : Les étapes du stress selon Selye.....	68



LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Interprétation des scores du burnout pour chaque dimension	7
Tableau 2 : Répartition des participants en fonction de leur affectation au sein du CHU	11
Tableau 3 : Scores obtenus des trois dimensions du burnout.....	20
Tableau 4 : Récapitulatif des données personnelles et professionnelles et du MBI.....	22
Tableau 5 : Facteurs associés au burnout	23
Tableau 6 : Influence du genre sur le burnout	30
Tableau 7 : Influence de l'âge sur le burnout.....	30
Tableau 8 : Influence du statut matrimonial sur le burnout	31
Tableau 9 : Influence des enfants à charge sur le burnout.....	31
Tableau 10 : Influence de l'ancienneté sur le burnout	32
Tableau 11: Influence de la durée d'exercice au sein du CHU sur le burnout.....	32
Tableau 12 : Influence de la spécialité sur le burnout.....	33
Tableau 13 : Influence de l'horaire de travail sur le burnout.....	33
Tableau 14 : Influence du service d'exercice sur le burnout	34
Tableau 15 : Burnout et le jugement de l'horaire de travail	34
Tableau 16 : Burnout et le climat de travail.....	35
Tableau 17 : Burnout et le contrôle sur le travail	35
Tableau 18 : Influence du sport et des loisirs sur le burnout	36
Tableau 19 : Burnout et les antécédents personnels psychiatriques	36
Tableau 20 : Relation entre la consultation et le burnout.....	37
Tableau 21 : Relation entre la volonté à consulter et le burnout	37
Tableau 22 : Influence des facteurs de risque sur le burnout.....	38
Tableau 23 : Influence du soutien en cas de besoin sur le burnout	39
Tableau 24 : Les conséquences selon le degré de burnout	40
Tableau 25 : Récapitulatif des données analytiques.....	41
Tableau 26 : Distinction entre le burnout et des états limites ayant la même présentation..	72
Tableau 27 : Comparaison des niveaux pathologiques du burnout chez les infirmiers avec ceux des professeurs, des résidents, des internes et des étudiants du CHU de Marrakech ..	81
Tableau 28 : Comparaison des niveaux pathologiques du burnout chez les infirmiers du CHU de Marrakech et ceux des infirmiers du monde	83



LISTE DES ABBREVIATIONS

AHH : Hypothalamo–hypophyso–adrénocorticotrope

AP : Accomplissement personnel

APA : American psychiatric association

AWLS : Areas of work life survey

BDNF : Brain derived neurotrophic factor

BMS : Burnout measure short version

CHP : Centre hospitalier provincial

CHU : Centre hospitalier universitaire

CIM : Classification internationale des maladies

DP : Dépersonnalisation

DSM : Diagnostic and statistical manual of mental disorders

EE : Epuisement émotionnel

EGF : Epidermal growth factor

IL : Interleukine

ISRS : Inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine

LMD : Licence–master–doctorat

LOC : Locus of control

MBI : Maslach burnout inventory

MBI–GS : Maslach burnout inventory–general survey

MBI–HSS : Maslach burnout inventory –human services survey

NSI : Nurses’ stress inventory

OLBI : Oldenburg burnout inventory

OMS : Organisation mondiale de la santé

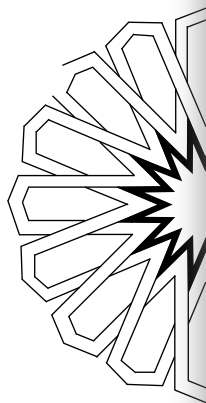
PhD : Philosophiæ doctor

SERT : Serotonin transporter

SSPT : Syndrome de stress post–traumatique

TNF : Tumor necrosis factor

VEGF : Vascular Endothelial Growth Factor



INTRODUCTION

En 1918, vers la fin de la Première Guerre mondiale, Ernest Hemingway, le fameux écrivain américain, séjournait trois mois dans un hôpital milanais, suite à une blessure, où il rencontra une infirmière américaine dont la personnalité imprégna l'esprit du futur prix Nobel de littérature, à tel point qu'elle lui inspira, quelques années plus tard, *l'Adieu aux armes*. Ce roman est considéré comme l'un des plus grands succès de l'idiome de Shakespeare au XXe siècle.

Helen Wells et Julie Tatham, deux romancières américaines, publièrent, durant les années quarante et cinquante, une série de vingt-sept romans dont le personnage principal était une infirmière nommée *Cherry Ames*. Ces romans ont été conçus dans le but de susciter, chez les jeunes américaines, la vocation de ce métier. Nous traversons l'Atlantique, Suzanne Pairault, romancière française, qui s'est servie de son expérience d'infirmière pour écrire *Jeunes filles en blanc* ; une série de vingt-trois romans dédiés aux adolescentes d'une époque, en l'occurrence les années soixante-dix et quatre-vingts, où la profession d'infirmière était encore fraîche et connotait de hautes valeurs morales et humaines.

Toutes ces histoires littéraires en prose, et bien d'autres, nous dépeignent le profil d'un métier de gens dévoués, consciencieux, scrupuleux, disponibles et très appréciés. Or, le vécu de l'infirmière et de l'infirmier n'est pas pour autant aussi fascinant. En fait, ils pâtissaient et pâtissent du stress et de la fatigue au travail. Mais le soignant est souvent le premier à nier sa souffrance, alors que celle-ci est une réalité avérée.

En 1959, Claude Veil, psychiatre français et pionnier de la psychopathologie du travail, décrit dans le Concours Médical les états d'épuisement au travail. L'épuisement est dû à la poursuite d'un effort, notamment professionnel, sous une contrainte externe ou interne.

« Il est le fruit de la rencontre d'un individu et d'une situation. L'un et l'autre sont complexes, et l'on doit se garder des simplifications abusives. (...) La prévention de l'état d'épuisement tient en trois termes : éducation du public, hygiène du travail, mesures sociales ».
[1]

C'est en 1974, aux Etats-Unis, que le psychanalyste allemand Herbert J. Freudenberger utilise pour la première fois le terme de *burnout*, pour décrire un état que lui-même, ainsi que d'autres jeunes bénévoles travaillant dans une clinique gratuite pour toxicomanes ont vécu. [2]

« Les gens sont parfois victimes d'incendie, tout comme les immeubles. Sous l'effet de la tension produite par la vie dans notre monde complexe, leurs ressources internes en viennent à se consumer comme sous l'action des flammes, ne laissant qu'un vide immense à l'intérieur, même si l'enveloppe externe semble plus ou moins intacte ».

Il se réfère de façon précise à la définition du dictionnaire : le verbe « to burn out » signifie « échouer, s'user ou devenir épuisé devant une demande trop importante d'énergie, de force ou de ressources. Freudenberger qui est considéré comme « le père spirituel » du syndrome, pense que le burnout est le résultat de la lutte constante que nous menons pour donner un sens à notre vie.

« Au sein de la société actuelle, où les dieux ont été mis à mort, les fantômes exorcisés, les liens avec l'ancienne génération coupés et les relations de voisinage oubliées, il ne reste plus d'éléments sur lesquels on aurait pu s'appuyer. (...) La vieille tradition de la récompense-punition a maintenant disparu et nous ne devons plus compter que sur nous-mêmes pour distinguer le bien du mal ». [3]

A cette époque le but du rêve américain était de faire atteindre à la société un niveau de vie supérieur à celui de leurs parents. Il fallait travailler énergiquement pour obtenir le confort matériel, le respect de la communauté, une bonne position, du prestige, des louanges, une certaine sécurité et un statut. Le monde a donc commencé à consacrer toute son énergie à construire un monde de perfection. Freudenberger observe que ce sont surtout les gens engagés, ambitieux et idéalistes qui sont sujets au burnout. Ils sont devenus victimes d'une philosophie dans laquelle l'échec n'a plus sa place.

« Les gens se font parfois une idée grandiose de ce qu'ils seront au prochain palier de leur vie ; bien souvent cette vision ne se matérialise pas. Ce n'est pas parce qu'ils n'atteignent pas ce palier, mais lorsqu'ils y arrivent, ils s'aperçoivent que le paysage n'est pas tellement différent de celui du palier qu'ils viennent de quitter et la désillusion s'installe peu à peu ». [3]

Comme disait Oscar Wilde :

« Dans ce monde, il n'existe que deux sortes de tragédies. La première est de ne pas obtenir ce que l'on veut et la deuxième, c'est de l'obtenir ».

En 1976, Christina Maslach, chercheuse en psychologie, s'intéresse au sujet. Après de multiples entretiens avec des professionnels du champ médical, elle identifie trois thèmes principaux qui constitueront les dimensions du burnout. Selon Maslach ce syndrome commence par la première dimension, *l'épuisement émotionnel*, qui se traduit par le sentiment d'être vidé de ses ressources physiques et émotionnelles. Puis suit la deuxième dimension, *la dépersonnalisation*, qui représente la prise de distance dans la relation avec l'autre, une façon de se protéger en forgeant une sorte de « carapace » afin de préserver une certaine intégrité psychique lui permettant de réaliser le travail relationnel. La troisième dimension est *la diminution de l'accomplissement personnel*, qui correspond au sentiment d'incompétence et découle soit de la deuxième, soit directement de la première dimension. [4] Initialement Maslach pense que le burnout est

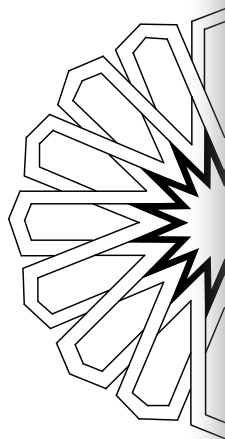
spécifique de la profession médicale, mais l'étend, par la suite, aux professions sociales en général (enseignants, avocats, policiers...).

Dans les années quatre-vingts, différents instruments de mesure du burnout ont été développés pour pouvoir ainsi rendre compte de ce syndrome et établir des comparaisons entre les études. L'instrument le plus utilisé encore aujourd'hui est le *Maslach Burnout Inventory* (MBI). Il mesure notamment les trois dimensions de ce syndrome préalablement définies par Maslach. Il sera détaillé plus loin. Mais dans les années quatre-vingt-dix le concept de burnout a également été étendu aux professions sans relation d'aide. Ainsi une version générale du MBI, le MBI-General Survey (MBI-GS), a été conçue pour permettre son évaluation dans ces professions. [5]

Divers facteurs, à la fois intrinsèques et extrinsèques, contribuent à l'apparition de ce syndrome. Le dénominateur commun étant l'existence de cette discordance entre une exigence professionnelle accrue face à la réalité d'une capacité individuelle parfois limitée. Les conséquences du burnout sont également nombreuses, tant au niveau individuel (soignant), qu'interindividuel (relation soignant/entourage). Le retentissement est aussi bien perçu chez le soignant que chez le patient (diminution de la qualité des soins) et par conséquent sur le système de santé dans sa globalité.

Au Maroc, peu d'études ont été menées auprès des infirmiers à propos du burnout, et plus particulièrement ceux exerçant en milieu hospitalier de troisième niveau, en l'occurrence les centres hospitaliers universitaires. Aussi avons-nous mené cette enquête.

Qu'en est-il dans le centre hospitalier universitaire de Marrakech ? Les infirmiers, qui y travaillent, y sont-ils confrontés ? Si oui, quels facteurs le favorisent ? Existe-il peut-être des facteurs protecteurs ? Qui seraient ses conséquences ? L'objectif principal de notre étude est d'évaluer la prévalence du burnout chez des infirmiers du CHU de Marrakech, d'identifier les facteurs associés à ce syndrome et d'exposer ses éventuelles conséquences.



MATERIEL & METHODES

I. MATERIEL D'ETUDE

1) Présentation de l'étude

Il s'agit d'une enquête descriptive transversale, réalisée durant les mois de mai et juin 2016, au sein des différents hôpitaux et services du centre hospitalier universitaire Mohammed VI de Marrakech au royaume du Maroc.

2) Population étudiée

Selon les chiffres de la direction générale du CHU de Marrakech, que nous avons contactée avant d'entamer notre enquête, le CHU compte 1722 infirmiers répartis entre cinq structures hospitalières : Ibn Tofaïl, Mère –Enfant, Arrazi, Ibn Nafis et le centre d'oncologie et d'hématologie, ainsi que ceux affectés dans la direction générale et le centre de recherche clinique.

Critère d'inclusion

Ont été inclus dans l'étude les infirmiers actifs des services du CHU de Marrakech.

Critère d'exclusion

Nous avons exclu de cette étude les infirmiers exerçant dans les services administratifs du CHU.

3) Echantillon

Nous avons recueilli 208 questionnaires, dont 175 ont été retenus et 33 rejetés car non exploitables pour manque de renseignements. Notre étude a donc concerné un échantillon de 175 infirmiers ce qui correspondait à peu près à dix pour cent (10%) de la population étudiée, en l'occurrence les 1722 infirmiers du CHU de Marrakech.

4) Instrument de mesure

Pour évaluer le burnout auprès de nos participants, nous nous sommes essentiellement basés sur le MBI dans sa version originale (MBI–Human Services Survey MBI–HSS), étant donné que c'est de loin, l'instrument de mesure le plus employé pour l'évaluation du syndrome d'épuisement professionnel. [5]

Il s'agit d'un instrument simple d'utilisation. Les qualités psychométriques de sa version originale, en anglais, ainsi que celles de la version française ont été largement étudiées, et sont très satisfaisantes. [5] Cet inventaire comporte 22 items. La fréquence à laquelle chaque symptôme est ressenti est décrite sur une échelle de Likert à sept degrés, graduée de jamais (coté 0) à chaque jour (coté 6), comme suit :

0 Jamais

- 1 Quelques fois par an
- 2 Une fois par mois
- 3 Quelques fois par mois
- 4 Une fois par semaine
- 5 Quelques fois par semaine
- 6 Tous les jours

L'outil se subdivise en trois sous-échelles :

- ◆ L'épuisement émotionnel (neuf items : 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20 de la version originale, correspondant aux questions numérotées de 1 à 9 du questionnaire) ;
- ◆ La dépersonnalisation (cinq items : 5, 10, 11, 15, 22 de la version originale, correspondant aux questions numérotées de 10 à 14 du questionnaire) ;
- ◆ L'accomplissement personnel (huit items : 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21 de la version originale, correspondant aux questions numérotées de 15 à 22 du questionnaire).

Tableau 1 : Interprétation des scores du burnout pour chaque dimension

	Elevé	Modéré	Bas
Epuisement émotionnel	≥ 30	Entre 18 et 29	≤ 17
Dépersonnalisation	≥ 12	Entre 6 et 11	≤ 5
Accomplissement personnel	≤ 40	Entre 34 et 39	≥ 33

Notons que les scores pour le burnout élevé, modéré et bas ont été fixés de façon arbitraire. Lorsque Maslach et Jackson ont dressé ces bornes, elles ont séparé leur échantillon (11.067 personnes) en trois groupes équivalents. Le tiers de personnes enrôlés qui avaient les scores les plus élevés représentaient la fourchette du niveau élevé de burnout, le tiers suivant, la fourchette du niveau modéré et le dernier tiers, la fourchette du niveau bas. [6] Un diagnostic global de burnout est défini comme suit :

- ◆ Un niveau pathologique pour seulement l'une des trois dimensions définit un niveau bas d'épuisement professionnel.
- ◆ L'atteinte de deux dimensions sur trois permet de parler d'un épuisement professionnel modéré.

- ◆ Un score élevé aux deux premières sous-échelles et un score bas à la dernière signe un niveau élevé d'épuisement professionnel.

II. METHODOLOGIE D'ETUDE

1) Elaboration du questionnaire

Un premier temps de documentation sur les avancées scientifiques concernant le sujet s'était avéré nécessaire afin de pouvoir cibler préalablement les principaux éléments nécessaires à notre étude. Le questionnaire ainsi élaboré se subdivise en plusieurs parties : (**Annexe 1**)

- ◆ La première partie du questionnaire concernait les variables personnelles et professionnelles des participants. Cette partie s'achevait par une question évaluant la connaissance initiale des infirmiers sur la notion du burnout.
- ◆ La seconde partie correspondait à la version française du MBI.
- ◆ La troisième partie indiquait des facteurs éventuellement imputables au stress au travail.
- ◆ La quatrième partie envisageait d'éventuelles conséquences de ce syndrome.
- ◆ Enfin, nos infirmiers étaient invités à suggérer des solutions au problème et à nous faire part de leurs commentaires sur le sujet.

2) Distribution des questionnaires

Avant d'entamer notre enquête, nous avons sollicité l'accord des chefs de même que celui des majors de services dans lesquels s'est déroulée notre étude. Subséquemment, les questionnaires ont été distribués aux infirmiers, en leur demandant de les remplir.

3) Recueil des réponses

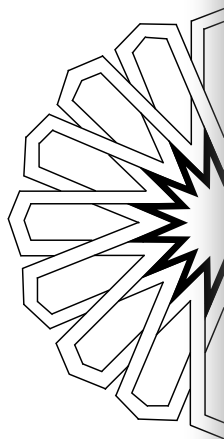
L'anonymat et la confidentialité des réponses étaient garantis par le recueil de l'ensemble des documents, préférablement dans des enveloppes, une semaine en moyenne, après la distribution.

III. METHODOLOGIE D'ANALYSE

L'analyse statistique a été réalisée par le logiciel SPSS 17.0 (Statistical Package for the Social Sciences).

Les résultats ont été considérés comme significatifs pour une valeur de $p < 0,05$.

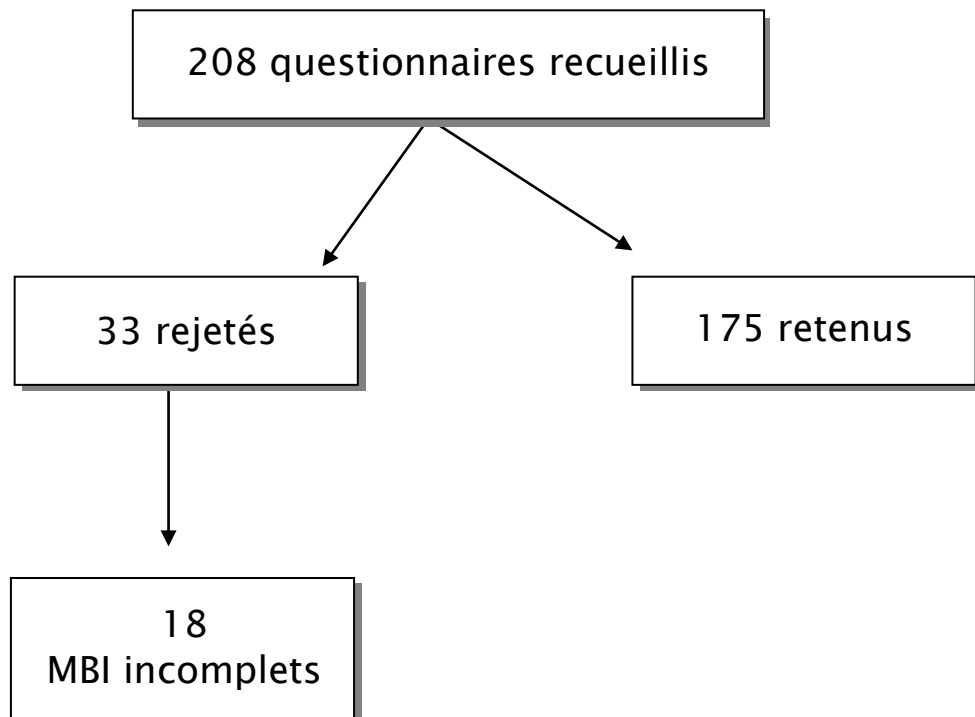
Les variables ont été comparées par une analyse bivariée en utilisant le test du Khi-deux.



RESULTATS

I. RESULTATS DESCRIPTIFS

Le total des questionnaires recueillis s'est élevé à 208, dont 175 ont été retenus et 33 rejetés car non exploitables pour manque de renseignements. Parmi les questionnaires rejetés, 18 ont eu le MBI incomplet.



A. Organigramme de l'échantillon

Tableau 2 : Répartition des participants en fonction de leur affectation au sein du CHU

Structure hospitalière		Nombre (total au service)	Pourcentage
Hôpital Ibn Tofaïl	Urgences gynéco-obstétricales	10 (30)	5,71%
	Chirurgie viscérale	8 (16)	4,57%
	Laboratoire de biochimie	8 (29)	4,57%
	Urgences	12 (28)	6,86%
	Déchoquage (réanimation)	4 (14)	2,29%
	Bloc opératoire	4 (51)	2,29%
	Traumatologie-Orthopédie	8 (16)	4,57%
Hôpital Mère-Enfant	Gynécologie-Obstétrique	8 (26)	4,57%
	Chirurgie pédiatrique A	8 (14)	4,57%
	Réanimation pédiatrique	5 (15)	2,86%
Hôpital Arrazi	Laboratoire d'immunologie	4 (6)	2,29%
	Réanimation médicale	5 (13)	2,86%
	Réanimation chirurgicale	3 (15)	1,71%
	Chirurgie Cardio-Vasculaire	10 (30)	5,71%
	Cardiologie	6 (15)	3,43%
	Oto-Rhino-Laryngologie	6 (19)	3,43%
	Urologie	12 (15)	6,86%
	Médecine interne	5 (12)	2,86%
	Gastro-Entéro-Hépatologie	7 (13)	4%
	Neurologie	5 (14)	2,86%
	Traumatologie-Orthopédie	3 (14)	1,71%
Hôpital Ibn Nafis	Hospitalisation psychiatrie	8 (75)	4,57%
	Urgences psychiatriques	6 (8)	3,43%
Centre d'oncologie et d'hématologie	Médecine nucléaire	5 (8)	2,86%
	Oncologie	15 (24)	8,57%
Total		175 (520)	≈100%

B. Données personnelles et professionnelles

1) Genre

La répartition des participants selon le genre a montré une nette prédominance féminine avec 120 femmes (69%) et 55 hommes (31%). Le sex-ratio était de 0,46.

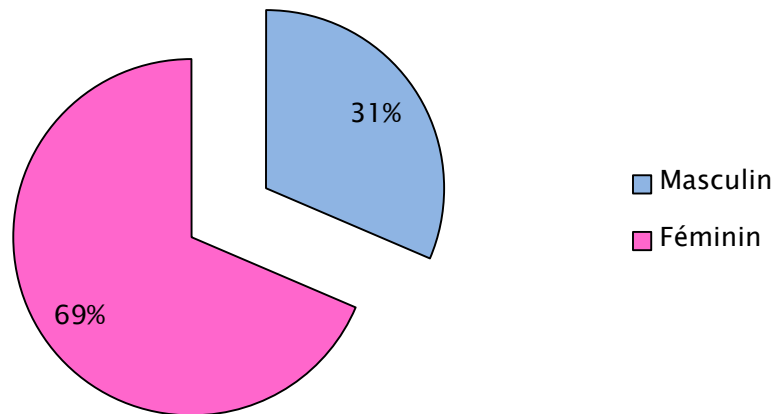


Figure 1 : Répartition des participants selon le genre

2) Age

Presque la moitié de nos participants appartenait à la tranche d'âge comprise entre 25 et 35 ans, et 89% d'entre eux étaient âgés de moins de 35 ans (Figure 2).

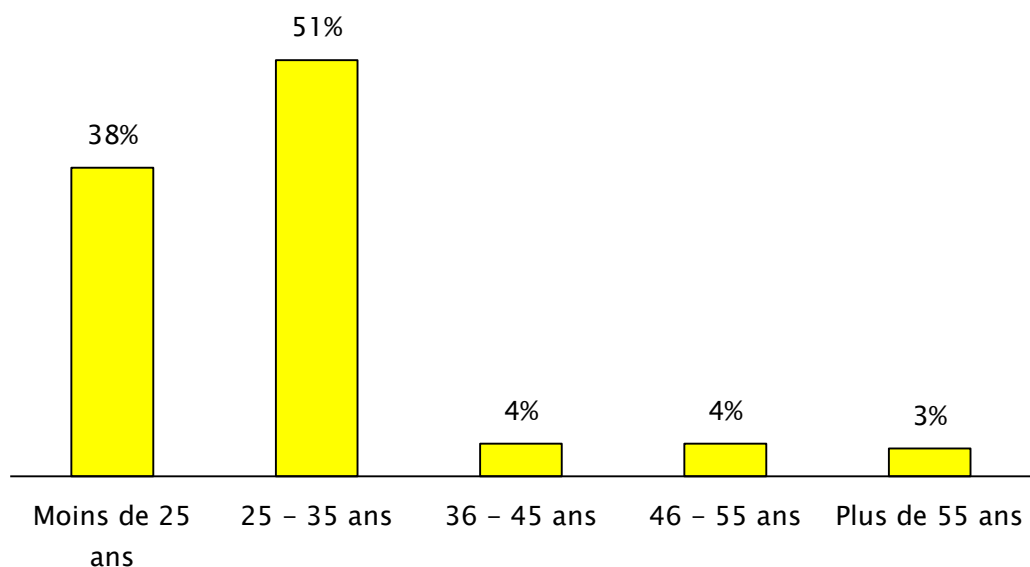


Figure 2 : Répartition des participants selon les tranches d'âge

3) Statut matrimonial

La majorité de nos infirmiers étaient célibataires avec un taux de 64%, ceux mariés représentaient un taux de 34% ; alors que 2% étaient divorcés (Figure 3).

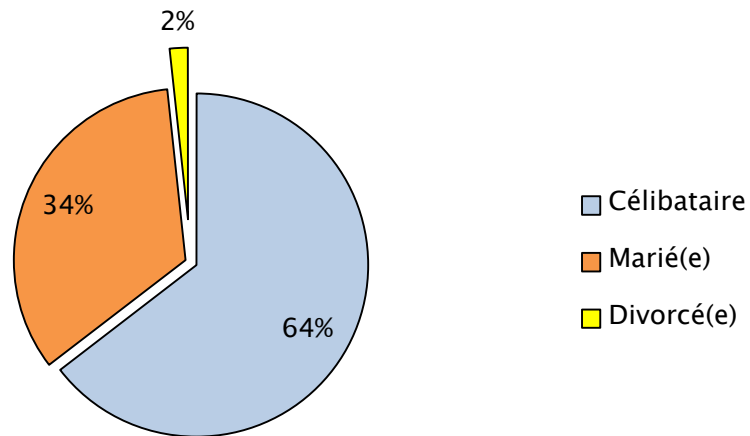


Figure 3 : Répartition des participants selon le statut matrimonial

4) Enfants à charge

Les résultats du nombre d'enfants à charge étaient répartis comme suit :

- ◆ 131 soit 75% des infirmiers n'avaient pas d'enfants ;
- ◆ 25 soit 14% avaient un seul enfant ;
- ◆ 12 soit 7% en avaient 2 ;
- ◆ 7 soit 4% en avaient plus de 2.

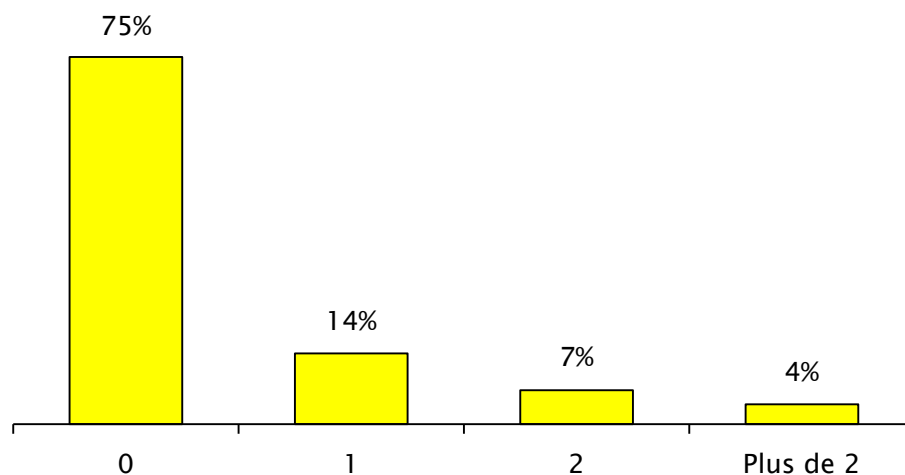


Figure 4 : Répartition des infirmiers selon le nombre d'enfants à charge

5) Ancienneté

Notre série était jeune, ainsi 70% de nos participants ont entamé leur carrière depuis moins de 5 ans (Figure 5).

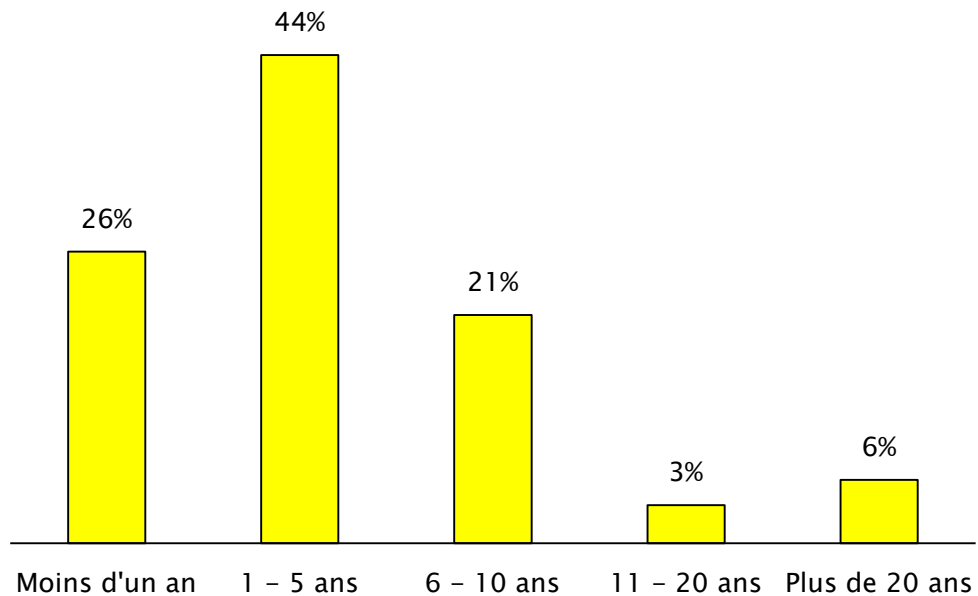


Figure 5 : Répartition des infirmiers selon l'ancienneté dans la profession

6) Durée d'exercice au sein du CHU

La majorité de nos participants auraient débuté leur carrière dans le CHU Mohammed VI de Marrakech (Figure 6).

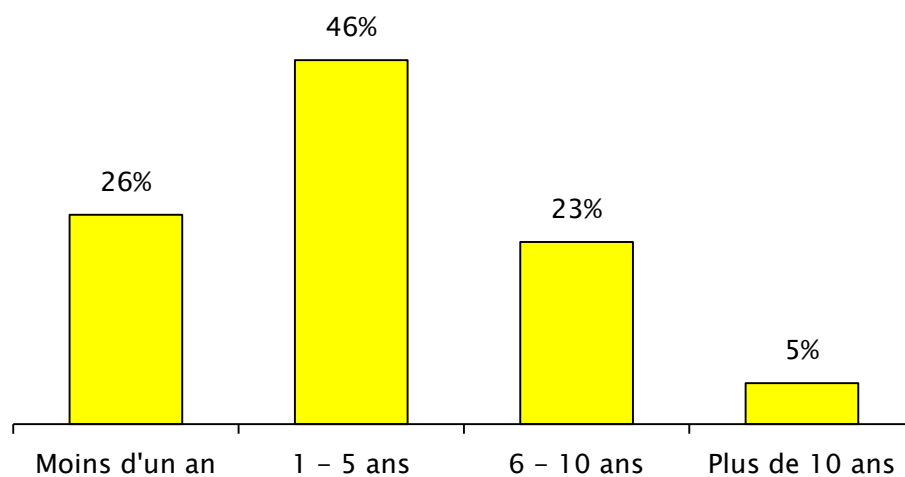


Figure 6 : Répartition des infirmiers selon la durée d'exercice dans le CHU de Marrakech

7) Grade

Nos participants étaient essentiellement des infirmiers diplômés d'Etat (IDE), seulement deux participants étaient des infirmiers brevetés (IB).

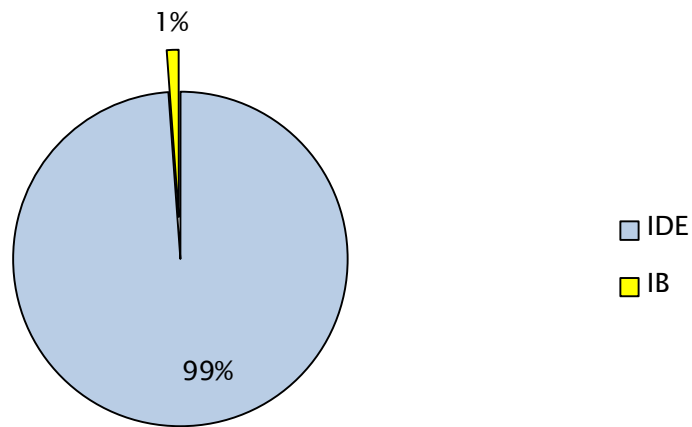


Figure 7 : Répartition des infirmiers selon le grade

8) Spécialité

Les infirmiers polyvalents représentent la majorité dans les structures hospitalières. Dans notre série, leur taux s'est élevé à 78% des participants, suivi par 7% d'infirmiers spécialisés en psychiatrie.

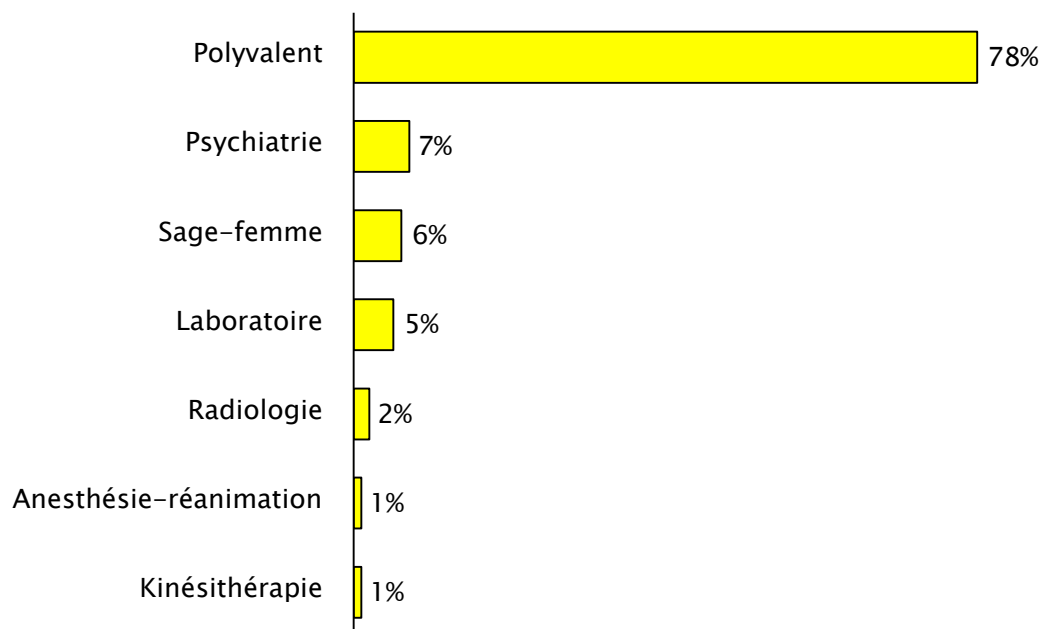


Figure 8 : Répartition des infirmiers selon la spécialité

9) Horaire de travail

La plupart de nos participants travaillaient surtout la journée, alors que 11% faisaient autant de gardes de nuit.

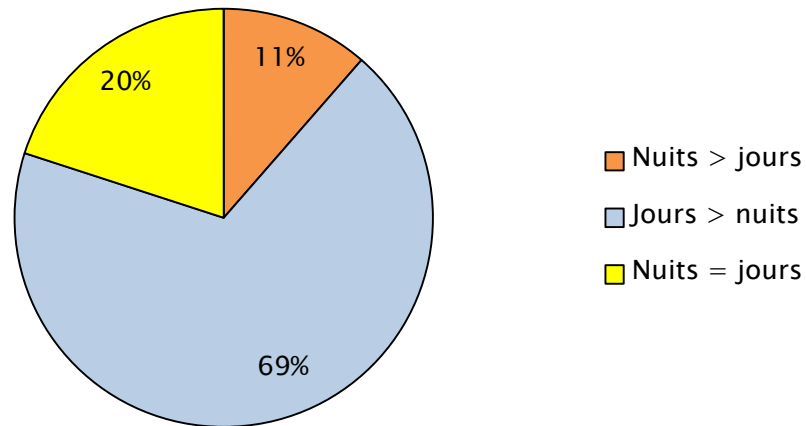


Figure 9 : Répartition des infirmiers selon l'horaire de travail

10) Service d'exercice

La répartition selon le service d'affectation de nos participants était comme telle :

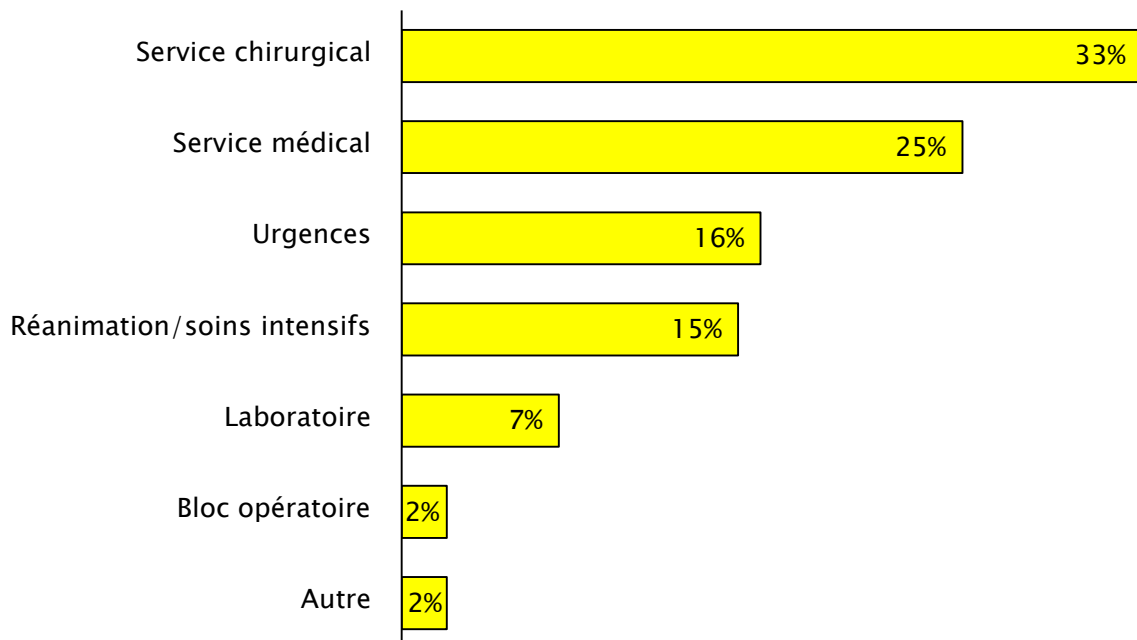


Figure 10 : Répartition des infirmiers selon le service d'exercice

11) Jugement de l'horaire de travail

Presque les trois-quarts de nos infirmiers considéraient leur horaire comme étant satisfaisant contre 15% ne le pensaient pas, tandis qu'il était très satisfaisant pour 11%.

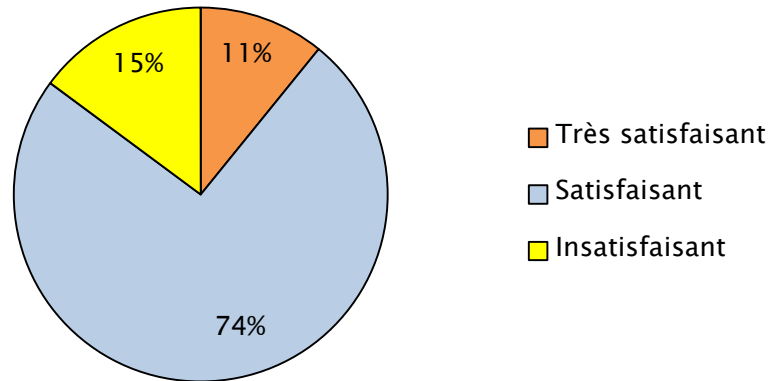


Figure 11 : Répartition des infirmiers selon leur jugement sur l'horaire de travail

12) Climat de travail

Seulement 10 (6%) infirmiers estimaient le climat de travail comme très bien, alors que 51 (29%) l'avaient trouvé mauvais. Et Presque les deux-tiers (65%) l'avaient trouvé bien.

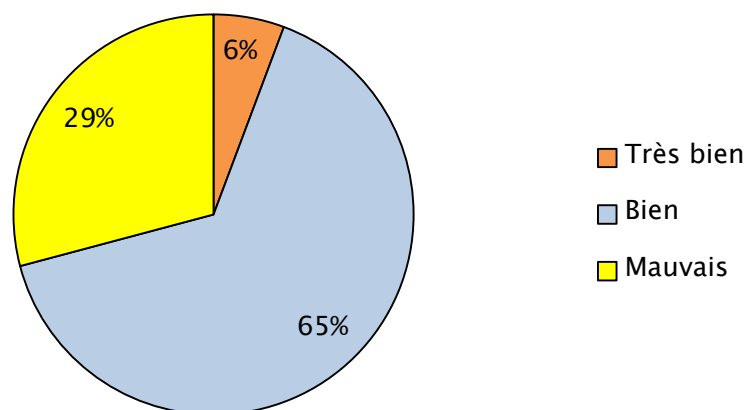


Figure 12 : Répartition des infirmiers selon leur perception du climat de travail

13) Contrôle sur le travail

La plupart (62%) de nos infirmiers pensaient qu'ils avaient du contrôle sur leur travail.

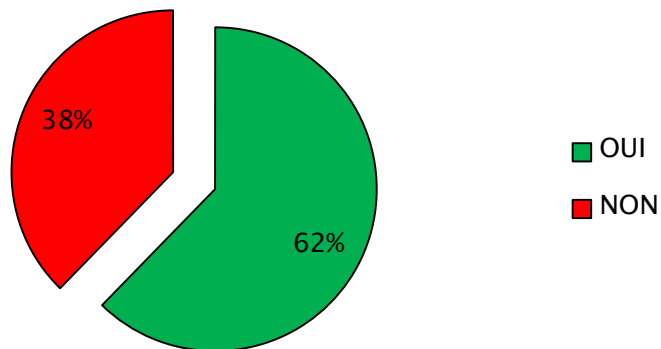


Figure 13 : Répartition des infirmiers selon le contrôle sur le travail

14) Pratique du sport ou de loisirs

Malgré l'âge jeune des infirmiers qui ont participé dans notre enquête, peu d'entre eux pratiquaient du sport (30%), alors que la plupart des participants avaient d'autres loisirs (73%).

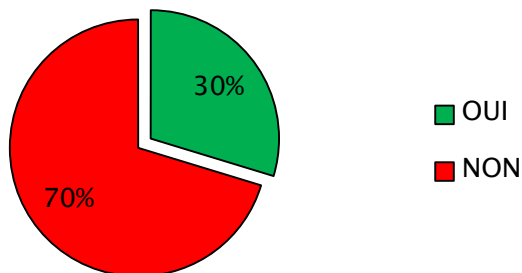


Figure 14 : Répartition des infirmiers selon la pratique du sport

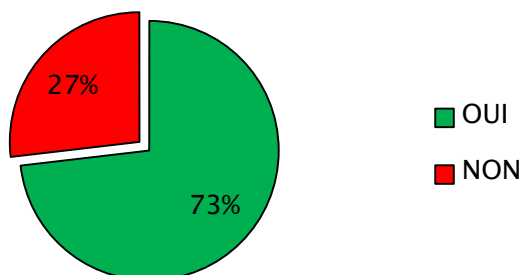


Figure 15 : Répartition des infirmiers selon la pratique d'autres loisirs

15) Antécédents personnels psychiatriques

Dans notre série, 16 (9%) participants avaient des antécédents psychiatriques (Figure 16), répartis comme suit :

- ◆ Dépression : 9 infirmiers ;
- ◆ Trouble anxieux : 3 infirmiers ;
- ◆ Dépression et trouble anxieux : 1 infirmier ;
- ◆ Etat de stress post-traumatique : 1 infirmière ;
- ◆ Insomnie chronique : 1 infirmier.

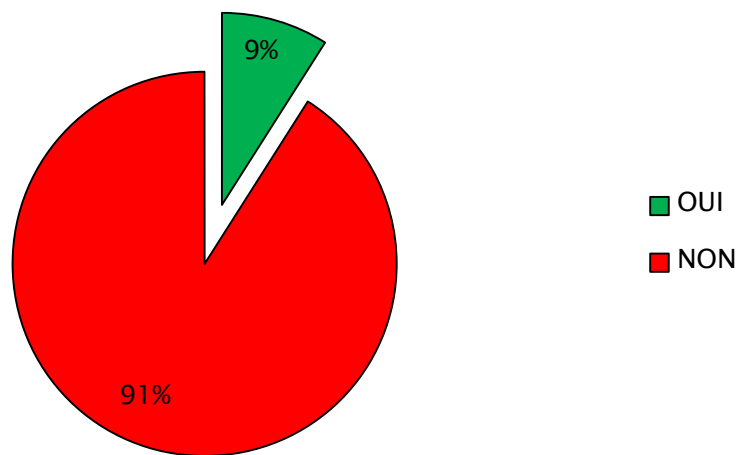


Figure 16 : Antécédents personnels psychiatriques

16) Connaissance initiale du burnout

Le pourcentage des infirmiers ayant affirmé avoir déjà entendu parler du burnout était de 51%.

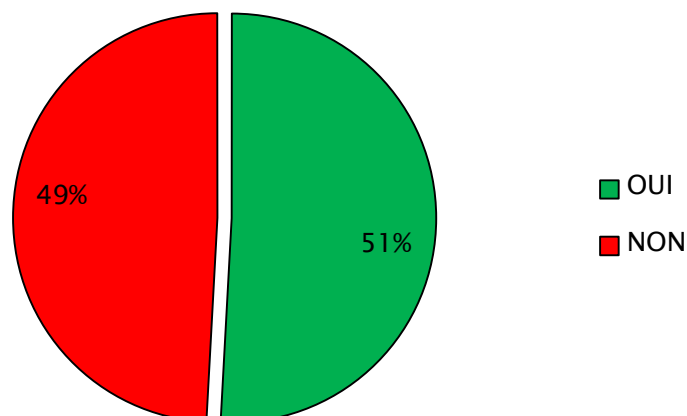


Figure 17 : Connaissance initiale du burnout

C. Maslach Burnout Inventory, MBI

Selon les résultats de cette échelle, il s'est avéré que :

- L'épuisement émotionnel était élevé chez **72 infirmiers (41,1%)**, modéré chez 64 infirmiers (36,6%) et bas chez 39 infirmiers (22,3%).
- La dépersonnalisation était élevée chez **45 infirmiers (25,7%)**, modérée chez 47 infirmiers (26,9%) et basse chez 83 infirmiers (47,4%).
- L'accomplissement personnel était élevé chez 66 infirmiers (37,7%), modéré chez 52 infirmiers (29,7%) et bas chez **57 infirmiers (32,6%)**.

Tableau 3 : Scores obtenus des trois dimensions du burnout

	Elevé	Modéré	Bas
Epuisement émotionnel	41,1%	36,6%	22,3%
Dépersonnalisation	25,7%	26,9%	47,4%
Accomplissement personnel	37,7%	29,7%	32,6%

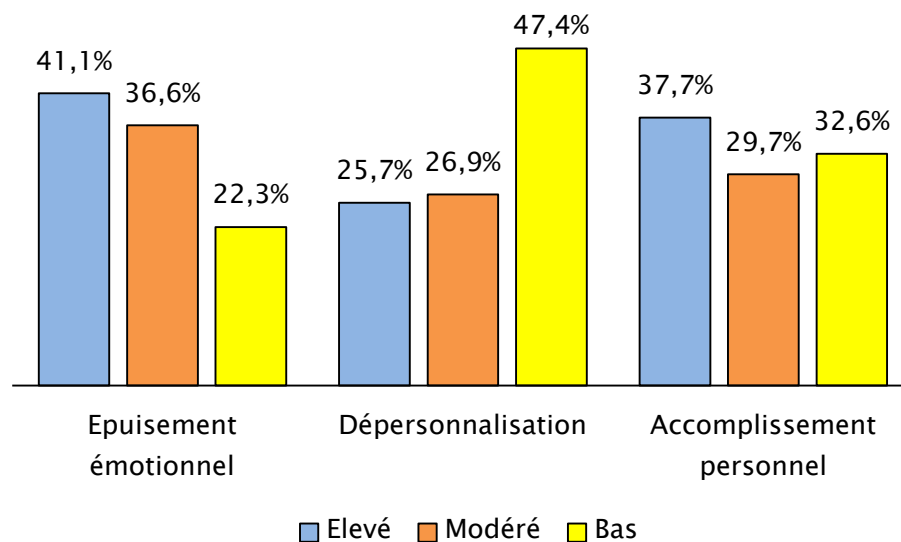


Figure 18 : Représentation des trois dimensions du burnout

D. Niveaux de burnout

On a vu que le burnout peut aussi se définir par la présence d'un niveau dit « pathologique » pour au moins l'une des trois dimensions du MBI. Suivant cette définition, 109 (62%) infirmiers en présentaient un niveau pathologique contre 66 (38%) qui ne le présentaient pas. Un niveau élevé de burnout a été donc diagnostiqué, grâce au MBI, chez 11 infirmiers (6%), un niveau modéré chez 43 (25%) et 55 (31%) avaient un niveau bas.

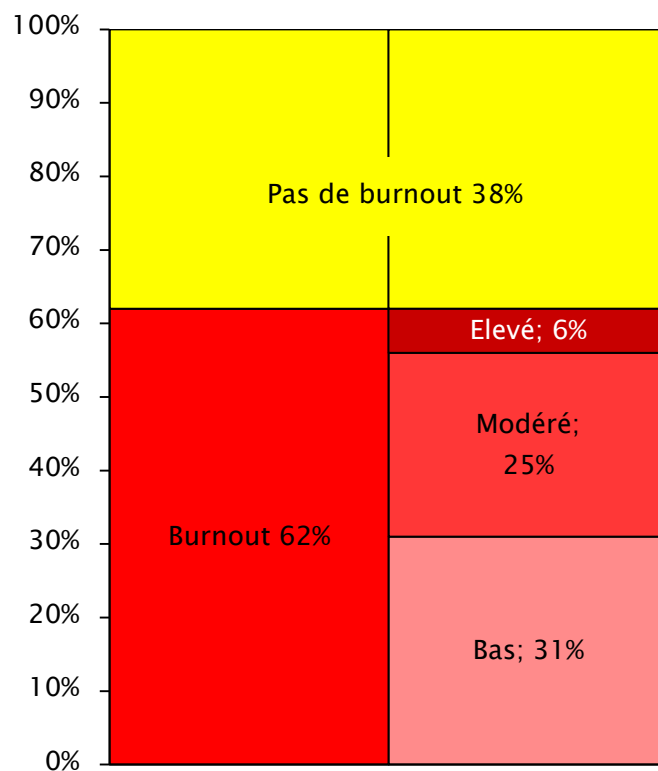


Figure 19 : Niveaux de burnout

Tableau 4: Récapitulatif des données personnelles et professionnelles et du MBI

	N	%		N	%
Genre			Service		
Féminin	120	69	Chirurgical	58	33
Masculin	55	31	Médical	44	25
Age			Urgences	28	16
<25 ans	66	38	Réanimation/Soins intensifs	26	15
25-35 ans	86	51	Laboratoire	12	7
36-45 ans	7	4	Bloc opératoire	4	2
46-55 ans	7	4	Autre	3	2
>55 ans	6	3	Horaire		
Statut matrimonial			Jours > nuits	120	69
Célibataire	113	65	Nuits = jours	35	20
Marié(e)	59	34	Nuits > jours	20	11
Divorcé(e)	3	2	Climat de travail		
Enfants à charge			Très bien	10	6
OUI	44	25	Bien	114	65
NON	131	75	Mauvais	51	29
Ancienneté			Pratique du sport		
<1 an	46	26	OUI	52	70
1-5 ans	77	44	NON	123	30
6-10 ans	36	21	Pratique d'autres loisirs		
11-20 ans	6	3	OUI	128	73
>20 ans	10	6	NON	47	27
Ancienneté au sein du CHU			Connaissance initiale du		
<1 an	46	26	OUI	89	51
1-5 ans	80	46	NON	86	49
6-10 ans	40	23	Epuisement émotionnel		
>10 ans	9	5	Elevé	72	41
Spécialité			Modéré	64	37
Polyvalent	137	78	Bas	39	22
Psychiatrie	13	7	Dépersonnalisation		
Sage-femme	11	6	Elevé	45	26
Laboratoire	9	5	Modéré	47	27
Radiologie	3	2	Bas	83	47
Antécédent psychiatrique			Accomplissement personnel		
OUI	16	9	Elevé	66	38
NON	159	91	Modéré	52	30
Jugement de l'horaire			Bas	57	33
Très satisfaisant	19	11	Niveaux de burnout		
Satisfaisant	130	74	<i>Burnout</i>	109	62
Insatisfaisant	26	15	Elevé	11	6
Contrôle sur le travail			Modéré	43	25
OUI	109	62	Bas	55	31
NON	66	38	<i>Pas de burnout</i>	66	38

E. Facteurs de risque et de protection

1) Facteurs associés au stress au travail

Tels qu'ils étaient perçus par nos infirmiers, les facteurs associés au burnout et leur fréquence sont représentés par le tableau 5.

Tableau 5 : Facteurs associés au burnout

Facteur	Effectif	Pourcentage
Surcharge de travail	131	75%
Mauvaise organisation du service	116	66%
Effectif réduit du personnel	99	57%
Manque de moyens au sein du CHU	98	56%
Dévalorisation de la profession par la société	89	51%
Rapport salaire/effort insatisfaisant	85	49%
Manque de respect de la part des malades ou leurs familles	80	46%
Pression administrative	66	38%
Conflits avec les collègues	65	37%
Manque de temps à consacrer aux malades	40	23%

Outre les dix causes proposées, les principaux facteurs de stress cités par les participants en réponse à une question ouverte étaient :

- ◆ Manque de clarté concernant les procédures à respecter pour accomplir les tâches
- ◆ Mélange des soucis d'ordre personnel avec ceux professionnels
- ◆ Statut de la profession
- ◆ Avancement hiérarchique et primes
- ◆ Corruption administrative
- ◆ Manque de motivation de la part de la direction du CHU
- ◆ Equivalence scientifique et administrative du diplôme IDE
- ◆ Non reconnaissance de l'effort de l'infirmier de la part de la direction
- ◆ Manque de formation continue
- ◆ Risque d'irradiation dans les services de radiologie
- ◆ Encouragement du secteur privé au détriment du secteur public
- ◆ Manque de moyens de distraction pour les malades
- ◆ Injustice professionnelle

2) Soutien en cas de besoin

En cas de besoin, 61% des infirmiers disaient recevoir du soutien de leur entourage (collègues, famille, amis) ; et la moitié d'entre eux le recevaient de la part de leur famille.

F. Conséquences du stress au travail

1) Sommeil

Seulement 19% dormaient, en moyenne, plus de 6 heures par jour, alors que 16% dormaient moins de 4 heures par jour.

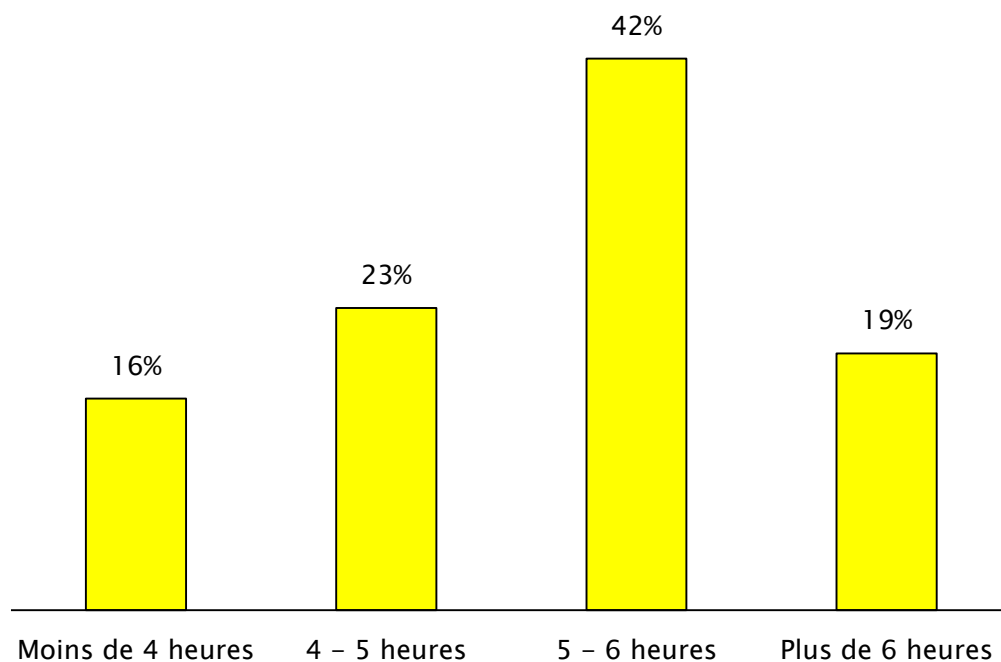


Figure 20 : Heures de sommeil

2) Conduites addictives

Pour le tabac, seulement 9 participants (5%) en consommaient, dont :

- Deux infirmiers consommaient, en moyenne, moins de 10 cigarettes par jour ;
- Cinq infirmiers consommaient, en moyenne, entre 10 et 20 cigarettes par jour ;
- Deux infirmiers consommaient, en moyenne, plus de 20 cigarettes par jour, soit plus d'un paquet par jour.

Idem pour l'alcool, la consommation était très basse avec 8 participants (4,6%). Et en ce qui concerne la fréquence d'état d'ébriété, 3 infirmiers ont déclaré boire au moins 3 verres d'alcool en une journée au moins une fois par semaine. Vingt infirmiers (11,4%) ont déclaré prendre soit les anxiolytiques ou les hypnotiques.

3) Consultation psychiatrique/psychologique

Seize infirmiers (9%) ont eu recours à un psychiatre ou psychologue, alors que 40% (63 infirmiers) de ceux qui n'ont jamais consulté pensaient qu'ils auraient dû le faire sans pour autant l'avoir fait.

4) Réponse face au stress

- La majorité (96%) des répondeurs ont choisi un comportement d'évitement en fuyant la source de stress en cause.
- Soixante-neuf infirmiers (39%) avaient développé soit des conduites addictives soit des moyens, autres que les addictions, afin de fuir le stress au travail :
 - ♦ La consommation des médicaments psychotropes a été retrouvée chez 14 personnes (8%) ; d'alcool chez 5 personnes (3%) ; puis de tabac chez 4 personnes (2%) ;
 - ♦ Deux personnes se retournaient vers le tabac et l'alcool ;
 - ♦ Une personne avait tendance à se retourner, à la fois, vers le tabac, l'alcool, les psychotropes et le cannabis.
 - ♦ Treize infirmiers (7%) considéraient la religion et la spiritualité (lire/écouter le Coran, la prière, le refuge à Dieu) comme moyen de faire face au stress ;
 - ♦ Onze infirmiers se retournaient vers les loisirs (sport, voyage, sorties, shopping) ;
 - ♦ Trois trouvaient dans le sommeil un moyen efficace ;
 - ♦ Trois pensaient que le fait d'en parler avec les membres de la famille ou les amis aide énormément ;
 - ♦ Une personne retrouvait son calme quand elle pleurait ;
 - ♦ Et trois personnes demandaient des congés du travail.

5) Autres conséquences

- Vingt infirmiers (11,4%) s'absentaient de plus en plus ;
- Soixante-dix-sept (44%) infirmiers sentaient que leur rendement professionnel était en baisse ;
- La plupart de nos participants (54,3%) affirmaient que ce stress retentissait sur leur relation avec la famille et l'entourage ;
- Le regret du choix de ce métier était mentionné par 45 (26%) participants ;
- Le désir de reconversion du métier venait à l'esprit de 71 infirmiers, ce qui représentait 41,6% de l'échantillon ;
- Neuf personnes (5%) avouaient avoir déjà eu des idées suicidaires.

6) Symptômes induits par le stress

L'écrasante majorité de nos participants avaient déclaré avoir ressenti des symptômes dus au stress au travail avec un taux de 90%. Cette symptomatologie était dominée par les troubles de sommeil (40%, 63 personnes) suivis par les céphalées (33%, 52 personnes) puis les douleurs inexpliquées (13%, 20 personnes). 38 participants ont mentionné d'autres symptômes que nous n'avons pas proposés :

- ◆ Des signes digestifs (nausées, anorexie, épigastalgies et polyphagie) notaient par 15 personnes ;
- ◆ Des signes cutanés (acné et herpès labial) chez 2 personnes ;
- ◆ En plus des céphalées, 3 participants ont mentionné d'autres signes neurologiques : tremblement, vertige et paresthésie.

Sur le plan affectif, la symptomatologie était dominée, quant à elle, par la nervosité retrouvée chez 4 personnes et un désintérêt personnel et professionnel chez une personne.

Sur le plan cognitif, 3 personnes ont avoué la présence d'un manque de concentration.

7) Orientation de la carrière

Etant donné que chaque individu entretient des attentes particulières vis-à-vis de son travail, nous avons proposé aux participants deux orientations correspondant à trois identités :

- **Orientation initiale** : en début de carrière,
 - ◆ Le modèle **militant** était retrouvé chez 56% des participants, pour qui le travail représente un engagement et un service à rendre à la société plus qu'un emploi.
 - ◆ Le modèle **carriériste** chez 33%, considérant son travail comme étant synonyme de succès, de prestige et de sécurité financière.
 - ◆ Le modèle **égoïste**, objectivant le travail comme un simple instrument, ne correspondait qu'à 13% des infirmiers.
- **Orientation actuelle** : Le modèle **égoïste** retrouvé, cette fois, chez 30% des infirmiers, au lieu de 13%. Pour autant, le modèle **militant** demeurerait majoritaire avec 48% alors que le modèle **carriériste** ne représentait que 22%.

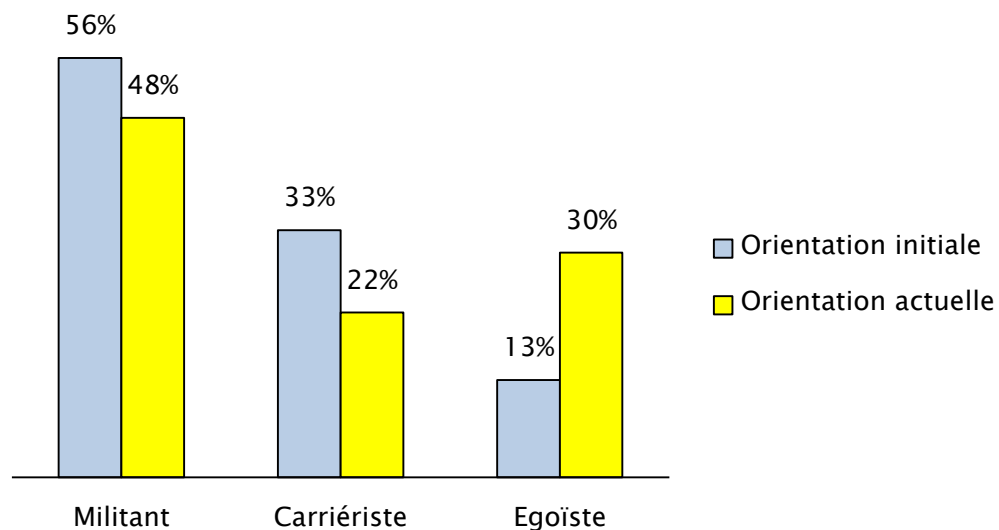


Figure 21 : Les orientations de la carrière

8) Constatation personnelle du burnout

En réponse à la question “Pensez-vous être « professionnellement épuisé(e) ? »” : 40 (23%) participants croyaient vraiment l’être, contre 62 (35%) qui trouvaient qu’ils ne l’étaient pas, tandis que 73 participants (42%) semblaient incertains et se sont contentés de répondre « peut-être ».

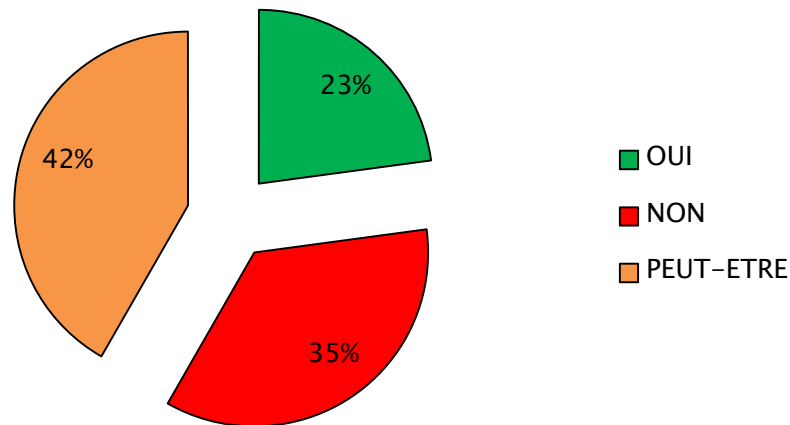


Figure 22 : Constatation personnelle du burnout

9) Solutions

Parmi les 175 infirmiers constituant notre échantillon, seulement deux n’ont pas répondu à cette question, tandis que 65 infirmiers nous ont même proposé d’autres solutions pour faire face à l’épuisement professionnel dans leurs services. En effet, 42% de nos participants croyaient que la pratique d’activités de loisir ait un intérêt pour prévenir le burnout (figure 23).

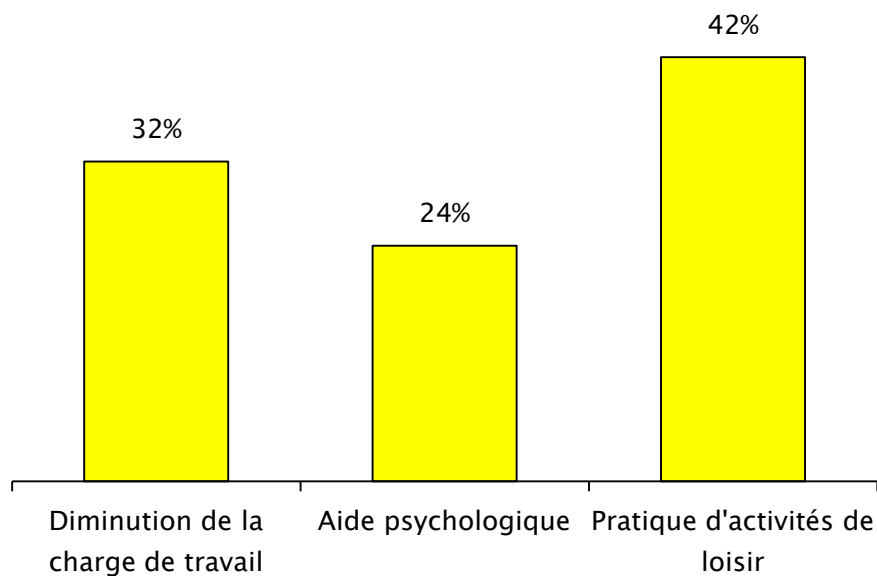


Figure 23 : Les solutions

Une panoplie de solutions nous a été proposée par les participants. Nous avons donc tenté de les classer en plusieurs catégories:

- ◆ **Motivation du personnel**, solution citée par 26 participants ;
 - *Sur le plan matériel*, ils ont proposé l'augmentation des salaires et des primes ;
 - *Sur le plan moral*, plus de reconnaissance de la part des responsables, des patients et de leurs familles. Ils ont proposé aussi des initiatives à l'image d'un prix : « infirmier du mois » ;
 - *Sur le plan social*, ils ont demandé aux responsables de donner plus d'intérêt aux problèmes sociaux des infirmiers (exemples : transport du personnel infirmier, une crèche au sein du CHU).

- ◆ **Organisation du travail**, citée par 9 participants ;

Bonne gestion du service et bonne organisation du déroulement des différentes activités hospitalières.

- ◆ **Amélioration des conditions de travail**, citée par 7 participants ;

- Mise en disposition d'un matériel suffisant et adapté ;
- Augmentation de l'effectif ;
- Création d'un climat de travail ;
- Lutte contre la pression des responsables.

- ◆ **Formation continue**, citée par 7 participants ;

Ils soulevaient surtout la problématique de l'équivalence du diplôme IDE avec le système Licence–Master–Doctorat (LMD). Au fait, ce projet a été accepté par les ministères tutelles (de la santé et de l'enseignement supérieur), sans pour autant le mettre en œuvre illico presto comme le souhaitent les infirmiers.

- ◆ **Activités de distraction**,

“Passer plus de temps à faire ce que l'on aime car la profession ne doit pas être l'unique centre de la vie.” A-t-elle déclaré une infirmière.

- Elargissement du champ d'activités sociales, culturelles, sportives, artistiques ;
- Excursions et voyages organisés par le CHU.

- ◆ **Statut du métier**

Le métier d'infirmier est régi par des lois datant des années soixante, aussi proposaient-ils l'adoption de nouvelles lois adaptées aux progrès de la science d'infirmier et la société de nos jours.

- ◆ **La religion**

Trois participants pensaient que la solution réside dans le recours au culte.

10) Commentaires

Cette dernière question ouverte était une occasion pour que les participants nous fissent part de leurs perspectives d'avenir ; ainsi que de leurs commentaires à propos du questionnaire et du sujet de l'étude.

Certains croyaient que c'est trop tard pour eux vu la situation catastrophique (terme employé par une infirmière) du métier. Pourtant, ils espéraient que cela trouvera le bon chemin de réforme et d'amélioration pour les générations futures.

Des participants ont mis le point sur ce qu'ils ont appelé « l'injustice professionnelle », ayant fait référence à l'incapacité d'accéder au système LMD et au fait que la licence d'infirmier est non éligible à l'échelle dix dans la fonction publique en début de carrière (échelle neuf actuellement).

Les critiques formulées par les infirmiers portaient essentiellement sur l'échelle MBI et la difficulté parfois rencontrée, pour certains d'entre eux, à répondre à certaines questions (la graduation de l'échelle). Mais d'une façon générale, on peut dire que la majorité des infirmiers ont apprécié le fait d'avoir pensé à traiter ce sujet.

Enfin, deux éléments faisaient l'objet des demandes d'un grand nombre de participants :

- Le désir d'être informé des résultats de notre enquête (Feed Back) ;
- La nécessité d'apporter de vraies solutions pratiques et palpables à ce problème vécu, sans usage de la langue de bois.

II. RESULTATS ANALYTIQUES

Comme nous l'avons cité ci-dessus, un niveau pathologique de burnout signifié le fait d'avoir des niveaux élevés d'épuisement émotionnel ou de dépersonnalisation ou bien un niveau bas d'accomplissement personnel. Dans notre échantillon composé de 175 infirmiers, le MBI nous a permis d'identifier :

- 72 infirmiers souffraient d'un niveau élevé d'épuisement émotionnel ;
- 45 avaient un niveau élevé de dépersonnalisation ;
- 57 avaient un niveau bas d'accomplissement personnel.

Ainsi, notre étude analytique s'est penchée sur la relation entre les différents facteurs à l'origine du burnout et cette fraction de l'échantillon.

A. Influence des données personnelles et professionnelles

1. Burnout et le genre

L'analyse de la relation entre le genre et la survenue du burnout a révélé que 54 femmes étaient épuisées émotionnellement, soit 45% de l'ensemble total des femmes, contre 18 hommes, soit 33% des hommes. La corrélation n'est pas statistiquement significative ($p=0,212$). En ce qui concerne les deux autres dimensions, la corrélation était significative ($p=0,009$; $p=0,024$). Et les résultats montrent que le burnout touchait plus les hommes (tableau 6).

Tableau 6 : Influence du genre sur le burnout

		Genre		P
		Féminin	Masculin	
Niveaux pathologiques	<i>EE</i> <i>n=72</i>	54(45%)	18(33%)	0,212
	<i>DP</i> <i>n=45</i>	24(20%)	21(38%)	0,009
	<i>AP</i> <i>n=57</i>	33(27,5%)	24(43,6%)	0,024

2. Burnout et l'âge

Le jeune âge était le plus exposé aux niveaux élevés de burnout. Et on note une relation significative entre la tranche d'âge et l'épuisement émotionnel ($p=0,019$).

Tableau 7 : Influence de l'âge sur le burnout

		Tranches d'âge					P
		Moins de 25 ans	25-35 ans	36-45 ans	46-55 ans	Plus de 55 ans	
Niveaux pathologiques	<i>EE</i> <i>n=72</i>	19(26,4%)	41(56,9%)	2(2,8%)	6(8,3%)	4(5,6%)	0,019
	<i>DP</i> <i>n=45</i>	12(26,7%)	28(62,2%)	1(2,2%)	2(4,4%)	2(4,4%)	0,101
	<i>AP</i> <i>n=57</i>	27(47,4%)	26(45,6%)	2(3,5%)	1(1,8%)	1(1,8%)	0,073

3. Burnout et le statut matrimonial

Un pourcentage de 55,9% des participants mariés avaient un niveau élevé d'épuisement émotionnel contre 33,6% des infirmiers célibataires. La corrélation entre la situation familiale et la gravité de l'épuisement émotionnel était significative ($p=0,048$). Alors pour les deux autres dimensions il n'y avait pas de lien significatif.

Tableau 8 : Influence du statut matrimonial sur le burnout

		<i>Statut matrimonial</i>			P
		Célibataire	Marié(e)	Divorcé(e)	
Niveaux pathologiques	<i>EE</i> <i>n=72</i>	38(33,6%)	33(55,9%)	1(33,3%)	0,048
	<i>DP</i> <i>n=45</i>	25(22,1%)	18(30,5%)	2(66,7%)	0,343
	<i>AP</i> <i>n=57</i>	44(38,9%)	13(22%)	0	0,129

4. Burnout et les enfants à charge

Nous avons remarqué une disparité entre les différentes dimensions. L'épuisement émotionnel touchait 61,3% des infirmiers vivant avec des enfants ($p=0,005$), alors que la baisse de l'accomplissement personnel était plutôt présente chez les infirmiers sans enfants (38,2% versus 15,9% ; $p=0,021$) ; qu'ils soient célibataires, mariée ou divorcés, puisque tous nos infirmiers célibataires n'avaient pas d'enfants à charge. Ces résultats sont liés étroitement au statut matrimonial.

Tableau 9 : Influence des enfants à charge sur le burnout

		<i>Enfants à charge</i>		P
		Pas d'enfants	Avec enfant(s)	
Niveaux pathologiques	<i>EE</i> <i>n=72</i>	45(34,4%)	27(61,3%)	0,005
	<i>DP</i> <i>n=45</i>	29(22,1%)	16(36,3%)	0,159
	<i>AP</i> <i>n=57</i>	50(38,2%)	7(15,9%)	0,021

5. Burnout et l'ancienneté

Les infirmiers qui travaillent depuis une période allant d'un à cinq ans avaient un accomplissement personnel bas (54,4%). Et la différence était statistiquement significative ($p=0,001$). Des résultats identiques pour l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation mais sans lien significatif (tableau 10).

Tableau 10 : Influence de l'ancienneté sur le burnout

		Ancienneté					P
		Moins d'un an	1-5 Ans	6-10 Ans	11-20 ans	Plus de 20 ans	
Niveaux pathologiques	<i>EE</i> $n=72$	18 (25%)	28 (38,9%)	15 (20,8%)	4 (5,6%)	7 (9,7%)	0,566
	<i>DP</i> $n=45$	8 (17,8%)	21 (46,7%)	11 (24,4%)	3 (6,7%)	2 (4,4%)	0,309
	<i>AP</i> $n=57$	16 (28,1%)	31 (54,4%)	8 (14%)	0	2 (3,5%)	0,001

6. Burnout et la durée d'exercice au sein du CHU

Avec une différence significative ($p=0,008$), la baisse de l'accomplissement personnel était retrouvé chez les infirmiers exerçant dans le CHU depuis un à cinq, avec un taux de 52,6%. Des résultats identiques ont été retrouvés pour les deux autres dimensions, mais sans lien significatif.

Tableau 11 : Influence de la durée d'exercice au sein du CHU sur le burnout

		Durée d'exercice au sein du CHU				P
		Moins d'un an	1-5 ans	6-10 ans	Plus de 10 ans	
Niveaux pathologiques	<i>EE</i> $n=72$	17 (23,6%)	30 (41,7%)	19 (26,4%)	6 (8,3%)	0,595
	<i>DP</i> $n=45$	8 (17,8%)	22 (48,9%)	13 (28,9%)	2 (4,4%)	0,546
	<i>AP</i> $n=57$	17 (29,8%)	30 (52,6%)	10 (17,5%)	0	0,008

7. Burnout et la spécialité

Dix de nos onze sages-femmes présentaient un niveau élevé d'épuisement émotionnel, alors que cela touchait 53,8% de nos infirmiers en psychiatrie. Ceux-ci étaient plus exposés à la dépersonnalisation (61,5%) par rapport aux autres spécialités. Les résultats de la baisse de l'accomplissement personnel n'étaient pas significatifs.

Tableau 12 : Influence de la spécialité sur le burnout

		<i>Spécialité</i>					P
		Polyvalent	Psychiatrie	Sage-femme	Laboratoire	Radiologie	
Niveaux pathologiques	<i>EE n=72</i>	52(38%)	7(53,8%)	10(90,9%)	2(22,2%)	1(33,3%)	0,006
	<i>DP n=45</i>	32(23,4%)	8(61,5%)	5(45,5%)	0	0	0,024
	<i>AP n=57</i>	46(33,6%)	5(38,5%)	3(27,2%)	2(22,2%)	1(33,3%)	0,769

8. Burnout et l'horaire de travail

Les infirmiers qui travaillent surtout la journée présentaient des niveaux élevés de burnout. Mais la différence n'était pas statistiquement significative.

Tableau 13 : Influence de l'horaire de travail sur le burnout

		<i>Horaire de travail</i>			P
		Les nuits plus que les jours	Les jours plus que les nuits	Autant de jours que de nuits	
Niveaux pathologiques	<i>EE n=72</i>	9(12,5%)	47(65,3%)	16(22,2%)	0,413
	<i>DP n=45</i>	8(17,8%)	24(53,3%)	13(28,9%)	0,098
	<i>AP n=57</i>	8(14%)	38(66,7%)	11(19,3%)	0,06

9. Burnout et le service d'exercice

La dépersonnalisation était bien marquée chez les participants exerçant dans les urgences suivis des infirmiers des services médicaux avec un lien très significatif ($p=0,005$). Pour les deux autres dimensions, c'était toujours les infirmiers des urgences mais sans lien significatif.

Tableau 14 : Influence du service d'exercice sur le burnout

		Service d'exercice						P
		Chirurgical	Médical	Urgences	Réanimation/ Soins intensifs	Laboratoire	Bloc opératoire	
Niveaux pathologiques	EE n=72	24 (41%)	22 (50%)	15 (54%)	4 (15%)	4 (33%)	1 (25%)	0,28
	DP n=45	9 (16%)	14 (32%)	16 (57%)	5 (19%)	0	1 (25%)	0,005
	AP n=57	21 (36%)	10 (23%)	13 (47%)	10 (38%)	3 (25%)	0	0,207

10. Burnout et le jugement de l'horaire de travail

Presque les deux-tiers des infirmiers insatisfaits de leur horaire de travail présentaient un niveau élevé d'épuisement émotionnel. La différence n'était pas significative.

Tableau 15 : Burnout et le jugement de l'horaire de travail

		Jugement de l'horaire de travail			P
		Très satisfaisant	Satisfaisant	Insatisfaisant	
Niveaux pathologiques	EE n=72	7(36,8%)	48(36,9%)	17(65,4%)	0,067
	DP n=45	2(10,5%)	31(23,8%)	12(46,2%)	0,069
	AP n=57	6(31,6%)	43(33,1%)	8(30,1%)	0,649

11. Burnout et le climat de travail

Les résultats dans le tableau 16 concernant la perception subjective du climat de travail et son impact sur le burnout, sont significatifs. La majorité (70,1%) des infirmiers pensant qu'ils exercent dans un mauvais climat de travail, étaient épuisés émotionnellement ($p=0$).

Tableau 16 : Burnout et le climat de travail

		<i>Climat de travail</i>			P
		Très bien	Bien	Mauvais	
Niveaux pathologiques	<i>EE</i> $n=72$	4(40%)	32(28,1%)	36(70,1%)	0
	<i>DP</i> $n=45$	3(30%)	22(19,3%)	20(39,2%)	0,03
	<i>AP</i> $n=57$	1(10%)	35(30,1%)	21(41,2%)	0,023

12. Burnout et le contrôle sur le travail

Sur les trois dimensions, les résultats étaient proches entre les infirmiers qui avaient du contrôle sur leur travail et ceux qui ne l'avaient pas. Mais sans lien significatif.

Tableau 17 : Burnout et le contrôle sur le travail

		<i>Contrôle sur le travail</i>		P
		OUI	NON	
Niveaux pathologiques	<i>EE</i> $n=72$	44(40,4%)	28(42,4%)	0,768
	<i>DP</i> $n=45$	31(28,4%)	14(21,2%)	0,453
	<i>AP</i> $n=57$	36(33%)	21(31,8%)	0,473

13. Burnout et la pratique du sport ou de loisirs

Parmi les participants qui pratiquaient du sport, 38,5% souffraient d'épuisement émotionnel. Alors que seulement 15% des infirmiers sportifs avaient un niveau élevé de dépersonnalisation contre le double (30%) chez les non sportifs. Les résultats ne différaient guère entre les infirmiers qui avaient d'autres loisirs et ceux qui ne les avaient pas. La différence n'était pas significative.

Tableau 18 : Influence du sport et des loisirs sur le burnout

		<i>Sport</i>		<i>Autres loisirs</i>		p
		OUI	NON	OUI	NON	
Niveaux pathologiques	<i>EE</i> <i>n=72</i>	20(38,5%)	52(42%)	51(39,8%)	21(44,7%)	0,631* 0,052**
	<i>DP</i> <i>n=45</i>	8(15,4%)	37(30%)	33(25,8%)	12(25,7%)	0,095 0,792
	<i>AP</i> <i>n=57</i>	13(25%)	44(35,8%)	40(31,3%)	17(36,2%)	0,361 0,421

* *P-value du sport*

** *P-value des autres loisirs*

14. Burnout et les antécédents personnels psychiatriques

Sur les 14 infirmiers ayant eu un antécédent psychiatrique, 8 (soit 57%) avaient un degré élevé d'épuisement émotionnel. Sur les 45 participants avec un niveau élevé de dépersonnalisation, 5 (soit 35,7%) avaient un antécédent psychiatrique. De plus, un niveau bas d'accomplissement personnel était retrouvé chez 4 des 14 infirmiers avec un antécédent. Cependant, on ne retrouve pas de lien significatif entre l'antécédent psychiatrique et le degré de burnout.

Tableau 19 : Burnout et les antécédents personnels psychiatriques

		<i>antécédents personnels psychiatriques</i>		p
		OUI	NON	
Niveaux pathologiques	<i>EE</i> <i>n=72</i>	8(57%)	64(39,7%)	0,438
	<i>DP</i> <i>n=45</i>	5(35,7%)	40(24,8%)	0,592
	<i>AP</i> <i>n=57</i>	4(28,6%)	53(32,9%)	0,91

15. Burnout et la consultation

Sur les 16 infirmiers ayant consulté un psychiatre ou un psychologue, 9 (soit 56%) avaient un degré élevé d'épuisement émotionnel. Sur les 45 participants avec un niveau élevé de dépersonnalisation, 4 infirmiers (25%) avaient consulté. De plus, un niveau bas d'accomplissement personnel était retrouvé chez 6 infirmiers (37%). De même, ces résultats n'ont pas de lien significatif avec le degré élevé de burnout.

Tableau 20 : Relation entre la consultation et le burnout

		<i>Consultation antérieure</i>		p
		OUI	NON	
Niveaux pathologiques	<i>EE</i> <i>n=72</i>	9(56%)	63(39,6%)	0,111
	<i>DP</i> <i>n=45</i>	4(25%)	41(25%)	0,914
	<i>AP</i> <i>n=57</i>	6(37%)	51(32%)	0,356

16. Burnout et la volonté à consulter

Avoir l'intention de consulter était marqué chez les infirmiers souffrant de l'épuisement émotionnel (63%). La différence est très significative ($p=0$).

Tableau 21 : Relation entre la volonté à consulter et le burnout

		<i>Volonté à consulter</i>		p
		OUI	NON	
Niveaux pathologiques	<i>EE</i> <i>n=72</i>	40(63%)	32(33%)	0
	<i>DP</i> <i>n=45</i>	24(38%)	20(21%)	0,194
	<i>AP</i> <i>n=57</i>	22(35%)	35(36%)	0,911

B. Influence des facteurs de risque et de protection

1. Burnout et les facteurs de risque

En analyse uni variée, deux facteurs étaient significativement associés à l'augmentation du degré de burnout (Tableau 22). Il s'agit :

- de la surcharge de travail ($p=0,041$) ;
- et des conflits avec les collègues ($p=0,021$).

Tableau 22 : Influence des facteurs de risque sur le burnout

	<i>Niveaux pathologiques</i>					
	<i>EE n=72</i>		<i>DP n=45</i>		<i>AP n=57</i>	
	N(%)	P	N(%)	P	N(%)	P
Surcharge de travail	61(47)	,041	36(28)	,242	40(31)	,568
Mauvaise organisation du service	49(42)	,547	29(25)	,374	37(32)	,866
Effectif réduit du personnel	41(42)	,721	29(29)	,463	35(35)	,640
Manque de moyens au sein du CHU	38(39)	,500	27(28)	,797	26(27)	,128
Dévalorisation de la profession par la société	32(36)	,355	26(29)	,538	24(27)	,266
Rapport salaire/effort insatisfaisant	33(39)	,826	25(29)	,536	29(34)	,558
Manque de respect de la part des malades ou leurs familles	31(39)	,826	23(29)	,615	27(34)	,437
Pression administrative	28(42)	,952	18(27)	,631	18(27)	,507
Conflits avec les collègues	27(42)	,983	16(25)	,132	18(28)	,021
Manque de temps à consacrer aux malades	16(40)	,164	9(23)	,819	14(35)	,291

2. Burnout et le soutien en cas de besoin

La majorité des participants épuisés recevaient de l'aide de la part de leur entourage (de la part de leurs familles essentiellement) mais une bonne partie des répondeurs par "non" ne la recevaient pas. La différence statistique n'était pas significative.

Tableau 23 : Influence du soutien en cas de besoin sur le burnout

		<i>Soutien en cas de besoin</i>		p
		OUI	NON	
Niveaux pathologiques	<i>EE</i> <i>n=72</i>	37(51%)	35(49%)	0,873
	<i>DP</i> <i>n=45</i>	25(55,6%)	20(44%)	0,323
	<i>AP</i> <i>n=57</i>	33(58%)	24(42%)	0,906

C. Les conséquences selon le degré de burnout

La majorité (60%) des infirmiers qui regrettaient le choix du métier, étaient épuisés émotionnellement ; et presque la moitié (49%) souffrait de dépersonnalisation. La différence était significative ($p=0.001$).

La majorité (85%) des infirmiers qui consommaient des psychotropes, présentaient un niveau élevé d'épuisement émotionnel, alors que 35% souffraient de dépersonnalisation et de baisse de l'accomplissement personnel. La différence n'était pas significative.

Par ailleurs, les symptômes induits par le stress étaient variés ; 45% des infirmiers qui avaient ces symptômes étaient épuisés émotionnellement, avec un lien significatif ($p=0$).

Neuf participants avaient des idées suicidaires, quatre d'entre eux souffraient de niveaux élevés d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation. Mais sans lien significatif.

Seulement 24% des infirmiers qui ont développé une conduite addictive, présentaient un niveau élevé de dépersonnalisation ($p=0.01$) ; idem pour la baisse de l'accomplissement personnel (25%), mais sans lien significatif ($p=0.229$). Au fait, l'évaluation des conduites addictives (au tabac, à l'alcool, aux psychotropes ou aux drogues) était basée sur les critères diagnostiques d'addiction tels qu'ils figurent dans le DSM-5. (**annexe 4**)

Le reste des conséquences en fonction du degré de burnout sont détaillées dans le tableau 24.

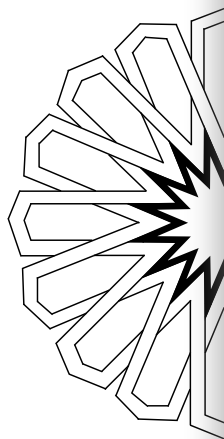
Tableau 24 : Les conséquences selon le degré de burnout

	<i>Niveaux pathologiques</i>					
	<i>EE n=72</i>		<i>DP n=45</i>		<i>AP n=57</i>	
	N(%)	P	N(%)	P	N(%)	P
Consommation de tabac	4(44)	0,583	5(56)	0,099	4(44)	0,236
Consommation d'alcool	2(25)	0,496	2(25)	0,428	3(38)	0,044
Consommation de psychotropes	17(85)	0,183	7(35)	0,571	7(35)	0,826
Addiction	32(47)	0,653	16(24)	0,01	17(25)	0,229
Symptomatologie	70(45)	0	40(26)	0,895	51(32)	0,578
Eviction de la source du stress	69(41)	0,877	42(25)	0,5	55(33)	0,956
Absentéisme	12(60)	0,077	7(58)	0,436	9(45)	0,524
Baisse du rendement professionnel	39(51)	0,133	29(27)	0	32(49)	0,089
Retentissement relationnel	45(43)	0,816	21(20)	0,012	38(36)	0,295
Regret du choix du métier	27(60)	0,001	22(49)	0,001	18(40)	0,095
Désir de reconversion	33(46)	0,304	22(31)	0,342	26(37)	0,095
Idées suicidaires	4(44)	0,699	4(44)	0,413	2(22)	0,172

Tableau 25 : Récapitulatif des données analytiques

	<i>Niveaux pathologiques</i>					
	<i>EE n=72</i>		<i>DP n=45</i>		<i>AP n=57</i>	
	N(%)	P	N(%)	P	N(%)	P
Genre						
Féminin	54(45)	0,212	24(20)	0,009	33(27,5)	0,024
Masculin	18(33)		21(38)		24(43,6)	
Age						
<25 ans	19(26,4)	0,019	12(26,7)	0,101	27(47,4)	0,073
25-35 ans	41(56,9)		28(62,2)		26(45,6)	
36-45 ans	2(2,8)		1(2,2)		2(3,5)	
46-55 ans	6(8,3)		2(4,4)		1(1,8)	
>55 ans	4(5,6)		2(4,4)		1(1,8)	
Statut matrimonial						
Célibataire	38(33,6)	0,048	25(22,1)	0,343	44(38,9)	0,129
Marié(e)	33(55,9)		18(30,5)		13(22)	
Divorcé(e)	1(33,3)		2(66,7)		0	
Enfants à charge						
OUI	27(61,3)	0,005	16(36,3)	0,159	7(15,9)	0,021
NON	45(34,4)		29(22,1)		50(38,2)	
Ancienneté						
<1 an	18(25)	0,566	8(17,8)	0,309	16(28,1)	0,001
1-5 ans	28(38,9)		21(46,7)		31(54,4)	
6-10 ans	15(20,8)		11(24,4)		8(14)	
11-20 ans	4(5,6)		3(6,7)		0	
>20 ans	7(9,7)		2(4,4)		2(3,5)	
Ancienneté au sein du CHU						
<1 an	17(23,6)	0,595	8(17,8)	0,546	17(29,8)	0,008
1-5 ans	30(41,7)		22(48,9)		30(52,6)	
6-10 ans	19(26,4)		13(28,9)		10(17,5)	
>10 ans	6(8,3)		2(4,4)		0	

Spécialité						
Polyvalent	52(38)		32(23,4)		46(33,6)	
Psychiatrie	7(53,8)		8(61,5)		5(38,5)	
Sage-femme	10(90,9)	0,006	5(45,5)	0,024	3(27,2)	0,769
Laboratoire	2(22,2)		0		2(22,2)	
Radiologie	1(33,3)		0		1(33,3)	
Service						
Chirurgical	24(41)		9(16)		21(36)	
Médical	22(50)		14(32)		10(23)	
Urgences	15(54)	0,28	16(57)	0,005	13(47)	0,207
Réanimation/Soins intensifs	4(15)		5(19)		10(38)	
Laboratoire	4(33)		0		3(25)	
Bloc opératoire	1(25)		1(25)		0	
Horaire						
Nuits > jours	9(12,5%)		8(17,8%)		8(14%)	
Jours > nuits	47(65,3%)	0,413	24(53,3%)	0,098	38(66,7%)	0,06
Jours = nuits	16(22,2%)		13(28,9%)		11(19,3%)	
Pratique du sport						
OUI	20(38,5%)	0,631	8(15,4%)	0,095	13(25%)	0,361
NON	52(42%)		37(30%)		44(35,8%)	
Pratique d'autres loisirs						
OUI	51(39,8%)	0,052	33(25,8%)	0,792	40(31,3%)	0,421
NON	21(44,7%)		12(25,7%)		17(36,2%)	
Climat de travail						
Très bien	4(2,3%)		3(1,7%)		1(0,6%)	
Bien	32(18,3%)	0	22(12,6%)	0,03	35(20%)	0,023
Mauvais	36(20,6%)		20(11,4%)		21(12%)	
Consultation						
OUI	9(56%)	0,111	4(25%)	0,914	6(37%)	0,356
NON	63(39,6%)		41(25%)		51(32%)	
Volonté à consulter						
OUI	40(63%)	0	24(38%)	0,194	22(35%)	0,911
NON	32(33%)		20(21%)		35(36%)	



DISCUSSION

I. CADRE NOSOLOGIQUE

1) Termes

a. Burnout

Ce terme s'origine dans l'aéronautique vers les années quarante, utilisé pour décrire une fusée ou un moteur à réaction cessant de fonctionner en raison de l'épuisement de l'approvisionnement en carburant à cause de la chaleur. La désignation a été adaptée à l'homme par Freudenberger, remplaçant ainsi des termes comme «dépression» et «dépression nerveuse» pour décrire ce phénomène. [2] Et depuis, les dictionnaires anglais (Webster, Oxford, Cambridge...) donnent au mot *burnout* la signification de la fatigue et du stress chroniques au travail comme l'avait présentée Freudenberger en 1974.

b. Syndrome d'épuisement professionnel

Aussi vague qu'il peut paraître pour certains, du fait qu'il semble couvrir tous les effets néfastes du travail sur l'individu, le terme en français qui traduit le mieux « burnout » est certes « épuisement professionnel ». Pour C. Chazarin le terme « usure professionnelle » est préféré à celui d'épuisement. [7]

2) Définitions

Au fil des années, plusieurs tentatives ont été faites pour définir le burnout.

En 1974, Freudenberger propose une première définition : « L'épuisement professionnel est un état causé par l'utilisation excessive de son énergie et de ses ressources, qui provoque un sentiment d'avoir échoué, d'être épuisé ou encore d'être exténué ». [2,8]

En 1976, Maslach décrit l'épuisement professionnel des professions d'aide comme « une incapacité d'adaptation de l'intervenant à un niveau de stress émotionnel continu causé par l'environnement de travail ». [9]

En 1985, avec North, Freudenberger le présente comme un « processus évolutif ». Une notion importante qui sera par la suite développée par plusieurs auteurs pour dire que c'est un phénomène cyclique évoluant en quatre phases. [10]

En 1988, Pines et Aronson le définissent comme « un état d'épuisement physique, émotionnel et mental causé par l'implication à long terme dans des situations qui sont exigeantes émotionnellement ». D'après Pines, ces situations exigeantes ne se rencontrent pas seulement au travail, c'est pourquoi elle a également recherché le burnout dans les relations de couples et au cours de conflits politiques. Il peut alors être considéré comme le résultat d'un échec dans la

quête existentielle (qui est la relation d'aide pour le soignant). Pour être « consommé », dit-elle, il faut d'abord avoir été enflammé. [11]

Pour Canoui et Mauranges, le burnout est aussi « un phénomène d'ordre existentiel, puisque le soignant recherche l'épanouissement dans la relation avec un être en souffrance.

Ce syndrome résulte alors de la relation d'aide qui « tombe malade ». [8]

Ces définitions se complètent plus. Elles révèlent la complexité du burnout, qui peut effectivement s'expliquer par plusieurs modèles et résulter de nombreuses causes intriquées.

Pour autant, la définition sur laquelle la très grande majorité des chercheurs s'accordent reste celle de Maslach et Jackson, qui conçoit le syndrome complet dans ses trois dimensions fondamentales. Elles définissent le burnout comme « un syndrome d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et de diminution de l'accomplissement personnel qui apparaît chez les individus impliqués professionnellement auprès d'autrui ». [12]

3) Le burnout dans les classifications internationales

Malgré la trimballe de publications scientifiques sur le burnout depuis les années soixante-dix, il ne fait actuellement pas partie des diagnostics officiels dans les classifications de référence.

a. Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, DSM [37]

Le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders), dans sa cinquième révision « DSM-5 », publié par l'Association américaine de psychiatrie (American Psychiatric Association, APA) mentionne le burnout dans un chapitre intitulé : *glossaire des concepts culturels de la détresse*, sans pour autant, lui consacrer un chapitre.

b. Classification Internationales des Maladies, CIM [38,84]

Dans la dixième édition de la Classification Internationale des Maladies « CIM-10 » publiée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), il y a le code : « Z73 Difficultés liées à l'orientation de son mode de vie » où l'on trouve : « Z73.0 Surmenage : état d'épuisement ; 1 Difficulté(s) de(s) liées à l'épuisement (état de) ; 2 Difficulté(s) de(s) liées à surmenage ; 3 Etat (de) épuisement ; 4 Surmenage sans précision ». Il existe aussi le code « Z56 Difficultés liées à l'emploi et au chômage » dans lequel sont décrits notamment : « Z56.3 Rythme de travail pénible ; Z56.4 Désaccord avec le supérieur et les collègues ; Z56.5 Mauvaise adaptation au travail ; Z56.6 Autres difficultés physiques et mentales liées à l'emploi ». Il existe aussi un code « Z57 Exposition professionnelle à des facteurs de risque ». Tous ces codes pourraient faire référence au burnout.

II. LES DIMENSIONS DU BURNOUT

1) L'épuisement émotionnel [6,8,13]

Il s'agit d'une fatigue, autant physique que psychique, qui se distingue des autres types de fatigue par le fait qu'elle ne s'améliore que peu ou pas par le repos. Cet épuisement est marqué par un manque de motivation et d'entrain au travail et une sensation que tout est difficile, voire insurmontable. Le sujet ressent qu'il est « vidé » intérieurement, comme si la source à laquelle il puise sa résistance émotionnelle est tarie, et trouve une difficulté à être en relation avec les émotions de l'autre si bien que travailler avec certains malades devient de plus en plus difficile. Extérieurement, on va donc assister à des explosions émotionnelles (crises de larmes, de colère), à des difficultés cognitives (troubles de concentration, oublis, refus d'agir à des demandes même anodines), mais aussi à une véritable sensation d'abattement associé à des troubles somatiques divers et non spécifiques. Dans le monde médical, on sait que cet épuisement se heurte assez souvent à l'incapacité à exprimer toute souffrance. Le soignant dénie alors ses émotions dans la crainte de leur interprétation en tant que « faiblesse » et tente de les dévier vers des comportements de contrôle (froideur, distanciation au patient).

2) La dépersonnalisation [6,8,13]

Appelée aussi « déshumanisation » ; conséquence directe de la première dimension, c'est le « noyau dur » du syndrome, marqué par un détachement, une sécheresse relationnelle s'apparentant au cynisme. On observe alors une perte d'intérêt vis-à-vis des patients, considérés non plus comme des individus, mais comme des objets impersonnels (un cas, un organe, un numéro de chambre ou de lit). Le soignant peut faire un usage abusif et trop constant d'un humour grinçant et noir qui devient le mode d'échange journalier. C'est parfois une description tellement « scientifique » du corps du malade qu'elle ne tient plus compte de l'état de santé de la personne dans sa globalité « on soigne l'organe avant l'homme ». Cette transformation en « look déshumanisé » représentant le point-clé du diagnostic, n'est pas toujours facile à observer, car elle s'installe insidieusement, à l'insu du soignant et pourrait en dire malgré lui.

3) La diminution de l'accomplissement personnel [6,8,13]

Conséquence des deux autres, cette dimension est douloureusement vécue en tant que sentiment d'échec professionnel et personnel. Le soignant s'évalue négativement, se trouve incompetent et sans utilité pour ses patients, diminuant ainsi son estime de soi en tant que professionnel et déclinant son sentiment d'auto-efficacité. Cette dépréciation de ses propres prestations sera à l'origine d'un sentiment de culpabilité, de démotivation et de frustration à l'aune du sens que l'on donne à son métier. Les conséquences de ce sentiment peuvent prendre deux aspects opposés :

- ◆ Celui du « désinvestissement » du travail (absentéisme, fuite du travail, abandon de travail) ; une attitude observée plus fréquemment dans certaines catégories de personnel (aides-soignants, infirmiers).
- ◆ Ou paradoxalement, un comportement de « surinvestissement » (présentéisme) qui est observé plutôt chez les médecins seniors.

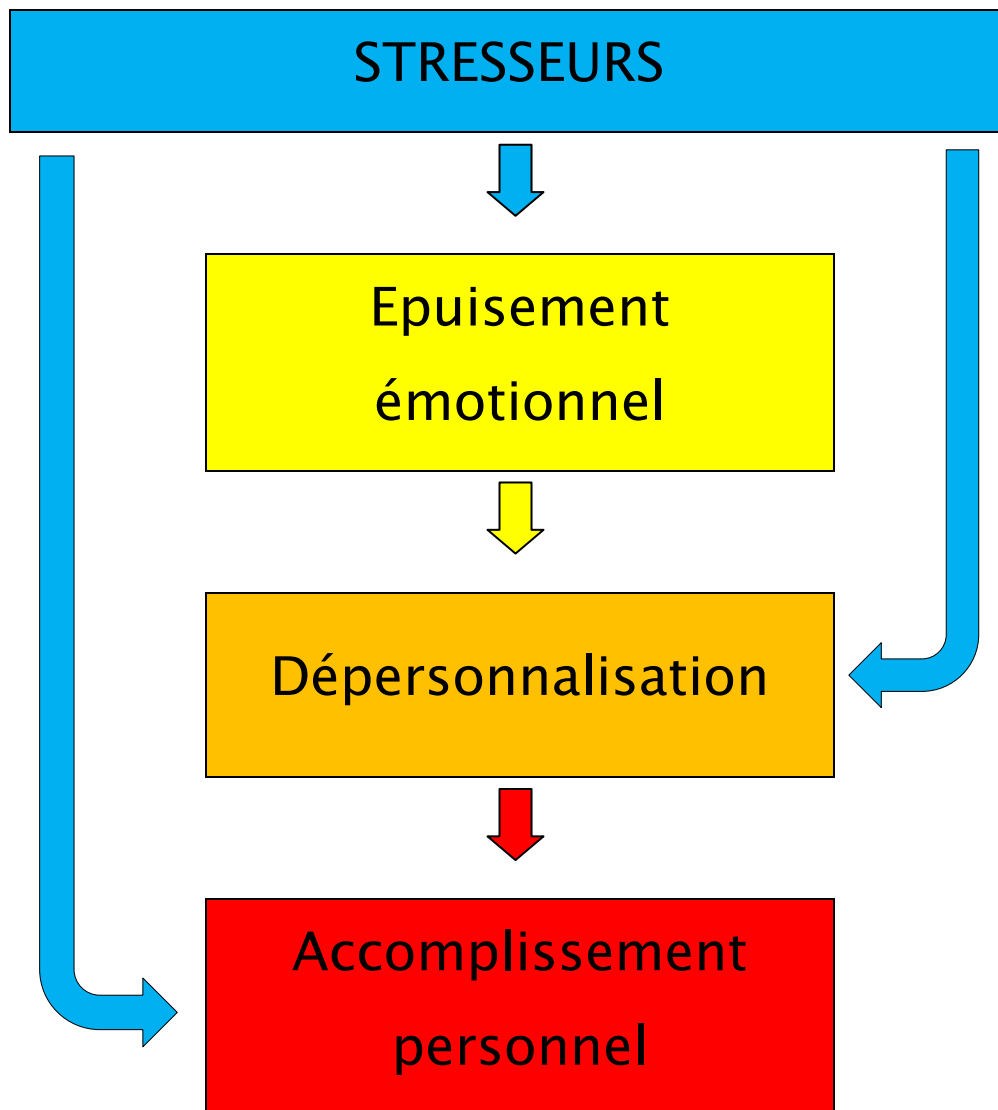


Schéma 1 : Les trois dimensions du burnout selon Maslach et Jackson

III. LES ETAPES DU BURNOUT

Il est rare que le syndrome d'épuisement professionnel s'installe d'emblée d'un seul tenant. Comportant différents degrés d'intensité et suivant une progression étalée sur des mois ou même des années, l'épuisement est plutôt insidieux, si bien qu'il peut être, la plupart du temps, décrit en 4 phases successives : [14,15]

1) L'enthousiasme idéaliste

Il s'agit d'une allure qui caractérise le débutant, avec des attitudes chimériques, des espoirs irréalistes et un optimisme démesuré. Tout paraît beau. Le soignant est plein d'énergie, il a de grands idéaux, il va transformer le monde, il va changer les patients et en guérir plusieurs, sinon tous. Cela s'associe à un surinvestissement dans sa fonction propre : il se donne presque entièrement à son travail qui constitue sa source de gratification première. Le professionnel se donne à l'impression que le travail va remplir sa vie et combler toutes ses carences. Il s'y investit pleinement, d'où cette notion de « brûlure ».

2) La stagnation inefficace

Le soignant commence à s'essouffler, les choses ne se passent pas comme prévues, les patients ne changent pas vite, l'administration ne coopère pas assez et les demandes de soins ne diminuent pas. Même en décidant de consacrer plus de temps, d'énergie et d'efforts à son travail, ceci ne produit pas les résultats escomptés. Il a donc l'impression de « frapper contre un mur ». Le travail commence à perdre son aspect primordial et il se produit un désinvestissement progressif qui fait qu'il n'est plus vécu comme excitant. L'individu se replie ainsi dans sa « carapace ».

3) La désillusion, la frustration

C'est à ce moment-là que se développent classiquement les troubles physiques, comportementaux et émotionnels du syndrome. Le sujet s'interroge sur le sens de son travail, remet en cause ses choix, se sent mal et n'a plus envie de travailler. « Ça sert à quoi ? Est-ce que ça en vaut vraiment la peine ? » Il commence à douter de lui, de son jugement, de ses capacités et de son efficacité dans la relation d'aide. Une période de questionnement sur la pertinence de ses choix professionnels s'installe alors. Les patients deviennent lourds à tolérer, le personnel n'offre pas l'appui désiré, les patients sont perçus comme ingrats et ennuyeux, même les confrères semblent manquer de respect professionnel. Le soignant, de plus en plus dévalorisé et ne jouissant plus de la considération d'antan, se sent mal à la maison : il dort moins bien, est plus tendu, se sent moins près des siens, de son conjoint et de ses enfants ; sa vie familiale ou intime s'en trouve appauvrie. Apparaissent ensuite les problèmes de santé que le soignant tente de s'auto-traiter, maladroitement, en utilisant des médicaments ou d'autres substances (alcool, drogue). Des mesures n'ayant souvent pour effet que d'accélérer le processus qui suit. L'envie de

mutation ou de reconversion survient, associée à l'impression qu'il ne pourra rien faire d'autre, qu'il est un « bon à rien ». C'est à ce moment crucial que la réaction dépressive le guette.

4) L'apathie, la démoralisation

Le candidat sur la voie du burnout se sent alors nettement dépassé, incompetent et presque chroniquement frustré au travail. Tout en reconnaissant qu'il n'en a besoin que pour des raisons purement économiques, il ne croit plus aucunement en son travail ; ce qui est quelque peu réducteur et lui renvoie une image dévalorisée de lui-même. Une position de sécurité est recherchée en évitant les conflits et les relations humaines, il se met sur la touche et se protège de tout ce qui pourrait le mettre en danger. Le sujet vit alors comme « en sursis », déteste son travail, arrive en retard, manque des rendez-vous, néglige ses dossiers et sa formation professionnelle : c'est l'impasse, le désespoir. Il veut tout lâcher et peut songer au suicide. A cette phase, l'individu « brûlé » a besoin de soins spécialisés car si cet état se prolonge, il conduit sans doute à une dépression majeure classique. Il est à signaler que, bien entendu, l'épuisement ne se développe pas toujours de façon univoque, progressive et linéaire.

Néanmoins, la description de ces quatre étapes illustre bien les processus dans leur dimension psychodynamique, notamment en décrivant les mécanismes de surinvestissement et de désinvestissement qui constituent les deux temps du narcissisme : le gonflement narcissique et la dévalorisation qui s'en suit.

Etape 1 : Enthousiasme idéaliste

Energie, enthousiasme, idéalisme



Etape 2 : Stagnation inefficace

Stress au travail et insatisfaction au travail

Incohérence entre la nature du travail et celle de l'individu

Prise de distance émotionnelle aux/des patients

Retrait dans les priorités personnelles



Etape 3 : Désillusion, frustration

Cynisme

Relations personnelles tendues

Addictions



Etape 4 : Apathie, démoralisation

Baisse des compétences et des soins

Adaptation émotionnelle (coping)

Sentiment d'échec personnel

Isolement

Absentéisme

Rupture des relations personnelles

Schéma 2 : Les étapes du burnout des infirmiers

IV. LES MANIFESTATIONS CLINIQUES DU BURNOUT

La personne atteinte de burnout essaie d'y faire face. Ce « coping » s'exprime de façon polymorphe, à la fois par des manifestations physiques, comportementales, émotionnelles et cognitives. [8]

En revanche, Il n'existe pas de symptomatologie spécifique au burnout, il n'entre pas dans des cadres nosographiques bien définis. [8,9] Les troubles sont progressivement acquis s'installant de façon insidieuse.

1) Sur le plan physique [3,27,28]

Une symptomatologie très diverse. Le burnout pourrait se manifester par une asthénie, des douleurs inexplicables : lombo-cervicalgies et arthro-myalgies sans oublier les troubles du sommeil qui sont très fréquents.

Aussi, selon ses prédispositions particulières, il pourrait présenter des signes affectant l'un ou plusieurs des sous-systèmes neurovégétatifs, tels :

- Signes digestifs : réactivation de douleur ulcéreuse, dyspepsies, vomissements, troubles du transit, douleurs abdominales, ballonnement, intolérances alimentaires diverses.
- Signes cardiovasculaires : palpitations, hypertension artérielle, douleur pseudo angineuse.
- Signes uro-génitaux : pollakiurie, dysurie psychogènes, dysménorrhées, troubles psychosexuels : dyspareunie, désintérêt sexuel.
- Signes cutanés: dermatoses de stress à type d'acné, de psoriasis, prurit, sensation de brûlures.
- Signes neurologiques : céphalées, migraine, bouffées de chaleur, tremblements.
- Signes infectieux : rhinopharyngites, syndrome pseudo-grippal, trainants ou récidivants.

2) Sur le plan affectif

Le sujet peut présenter :

- Une irritabilité, une colère, un profond sentiment d'insatisfaction et de douleur morale.
- Une humeur labile
- La tristesse allant même jusqu'au désespoir, avec des idées suicidaires.
- Des difficultés conjugales, familiales ou relationnelles avec appauvrissement affectif, tension et insatisfaction.

Le conjoint passe aussi par des phases de désillusionnement devant le partenaire qui s'isole, qui est de moins en moins présent et qui devient moins aimant et moins aimable. Une situation pouvant facilement conduire à une séparation ou un divorce, si les mesures appropriées ne sont pas prises à temps.

L'affect pourra prendre des colorations de méfiance, de distanciation interpersonnelle, de cynisme.

Le soignant pourra aussi exprimer son profond sentiment de frustration en blâmant les autres, l'administration, le système.

3) Sur le plan cognitif

Parmi les signes cognitifs, on retrouve :

- Des troubles d'attention, de concentration, de mémoire et même de jugement.
- Un fonctionnement mental globalement diminué, se répercutant directement sur son rendement professionnel.

4) Sur le plan comportemental

Il existe des troubles alimentaires, une irritabilité, une agressivité, des frustrations fréquentes, une labilité émotionnelle, une promptitude à la colère ou aux larmes, signes d'une surcharge émotionnelle. [4] Toute cette souffrance ressentie a souvent comme conséquence le recours à des anesthésiants comme le tabac, l'alcool et les psychotropes. La personne souffrant de burnout adopte une attitude défensive, qui se manifeste sur le plan comportemental par une rigidité, une résistance excessive au changement (puisque tout changement signifie un effort supplémentaire d'adaptation), ou par un sentiment de toutpuissance. La façon de travailler change également. Les rapports deviennent mécaniques, impersonnels. La personne peut se lancer dans un pseudoactivisme avec acharnement au travail. Le fait de travailler sans arrêt permet d'éviter de réfléchir sur les difficultés rencontrées au travail. L'acharnement au travail permet également de masquer le sentiment d'impuissance ou d'échec. [3,4,9] La personne peut au contraire rechercher la distance, ce qui se manifeste par un absentéisme au travail ou le désir de changer de métier. Pour l'infirmier, une des conséquences les plus graves est qu'il risque de négliger les patients et de commettre des erreurs. Cependant, les effets du burnout ne se limitent pas au domaine professionnel. Ils peuvent également déborder sur la vie privée et provoquer des conflits au niveau du couple ou avec les proches, pouvant mener au divorce et à l'isolement social. Lorsque le burnout est très élevé, il peut mener la personne atteinte au suicide. [4]

V. LES FACTEURS ASSOCIES AU BURNOUT

A. Facteurs internes

1. Le genre

Le rôle du genre dans la survenue de l'épuisement professionnel est controversé. Maslach a trouvé que le burnout touche les hommes plus que les femmes. [16] Pour d'autres auteurs, les femmes seraient plus exposées. Ceci est probablement à cause de leur vulnérabilité physique et émotionnelle, ou auraient-elles une moindre maîtrise du travail à cause des autres contraintes

sociales et le souci permanent de pouvoir concilier leur vie professionnelle avec leur vie familiale, aussi importante l'une que l'autre, ou encore serait-il tout simplement l'un des aspects de la féminisation, depuis toujours, du métier. [17,18] Une étude multivariée américaine montre que les femmes ont 60% plus de risque d'être en burnout que les hommes. Or, une revue de littérature de 25 ans de recherche n'a pas pu trancher car les résultats n'étaient pas uniformes. [19]

2. L'âge

Le rôle de l'âge est encore très discuté dans la littérature. Pour certains, il pourrait influencer l'apparition du syndrome avec l'apanage des personnes les plus jeunes [20] ; tandis que pour d'autres, les personnes âgées entre 40 et 50 ans seraient plus menacées. [21]

3. La situation familiale

Certains auteurs pensent que la vie en famille ait un effet positif sur le moral [22] et soit corrélé à la satisfaction au travail. [23] En effet, le burnout touche plus les célibataires et les individus qui n'ont pas d'enfants à charge. D'autant plus que l'absence de support de la part de la famille pourrait impulser l'individu à plus d'implication dans le travail, augmentant ainsi le risque d'apparition du burnout. [24]

4. L'ancienneté et le nombre d'années d'exercice

Ce facteur pourrait avoir une influence sur l'apparition du burnout, dans la mesure où avoir autant d'années d'exercice aiderait à surmonter le stress au travail. Les infirmiers expérimentés pourraient même jouer le rôle de mentorat pour aider les jeunes infirmiers, plus vulnérables au burnout. [25]

5. Le profil du candidat au burnout [13]

Dans le burnout, comme dans la plupart des maladies de civilisation, les facteurs psychiques sont décisifs. Ils concernent notamment la conception et l'attitude par rapport au travail, le sens de la "vocation", la volonté de se maintenir à la hauteur d'une certaine image de soi et une trop grande recherche de réussite sociale ou de pouvoir personnel. Ces positions de vie et ces comportements apparaissent décisionnels dans le type de réponse au stress et par conséquent dans l'apparition de ce syndrome d'épuisement professionnel. C'est ainsi que le candidat au burnout contribue à créer son état de mal-être, le plus souvent à son insu. Bien qu'il soupçonne parfois être engagé par sa faute dans un processus irréversible. Mais il préfère ne pas en prendre vraiment conscience ; ce qui remettrait trop de choses en question. Voici quelques traits dont certains se retrouvent souvent chez la victime du burnout:

◆ *L'anxiété*

Le candidat au burnout vit souvent dans un état d'anxiété, avec l'impression qu'il n'y arrivera pas, qu'il devrait s'y prendre autrement, qu'il s'engage dans une impasse. Un type d'anxieux pourra par exemple se rendre au travail et se sentir trop agité pour fonctionner, n'accomplir pratiquement

rien et pourtant se retrouver complètement épuisé en fin de journée. Un autre type d'anxieux accomplira au contraire beaucoup de travail, mais n'en continuera pas moins à entretenir l'impression qu'il aurait pu faire mieux, qu'il devrait à l'avenir travailler d'avantage, obtenir de meilleurs résultats. Tout le monde souffre relativement d'anxiété. Mais ceux qui se définissent comme des anxieux, chez qui cet état prédomine, éprouvent un constant sentiment d'inquiétude, d'insécurité. Ce qui a pour effet à long terme de les rendre inefficaces, car les états anxieux drainent leur énergie.

◆ *L'esprit d' « entreprise » poussé à outrance*

L'esprit d'entreprise est louable en soi. Mais il s'agit ici de ceux qui sont trop entreprenants: les compulsifs de l'action, les ambitieux excessifs, les hyperactifs. Ceux dont l'emploi du temps ne leur laisse pour ainsi dire aucun répit pour les mois à venir. Ces candidats au burnout sont très exigeants pour eux-mêmes: ils entreprennent tout ce qui se présente à eux, tout ce qui offre le moindre intérêt. Cela tient souvent à ce que leur évaluation d'eux-mêmes dépend, non pas de ce qu'ils sont, mais de ce qu'ils parviennent à accomplir. Ils ont le sentiment de n'avoir aucune valeur s'ils ne sont pas en train d'accomplir quelque chose. L'idée de se relaxer ou simplement de se reposer leur apparaît comme une perte de temps, sous-tendue par la peur du vide.

◆ *Le désir de plaire à tout le monde*

Ceux qui ne savent pas dire non parce qu'ils ont besoin de plaire à tout le monde pour avoir le sentiment d'exister, sont aussi d'excellents candidats au burnout. Nous avons pour la plupart été formés à penser qu'il n'est pas bien de s'occuper de soi et de satisfaire ses besoins. Alors qu'en fait s'occuper de soi et satisfaire ses besoins, parfois même en limitant relativement son ouverture au monde, est essentiel pour maintenir un certain équilibre. Sinon, la capacité de s'engager dans le monde s'en trouve de plus en plus réduite et on entretient l'impression d'effleurer seulement les êtres et les choses. C'est ainsi qu'on en vient à éprouver le sentiment d'être dépassé et de ne plus pouvoir plaire à personne.

◆ *Le sens d'autocritique trop poussé*

Ceux qui sont enclins à l'autocritique ressentent souvent de la nervosité ou entretiennent une certaine culpabilité si leur fonctionnement n'est pas optimal, car ils ont souvent une opinion négative d'eux-mêmes, dont ils sont rarement conscients. Ils estiment qu'ils doivent travailler avec opiniâtreté, comme pour se racheter à leurs propres yeux, sans tenir compte du travail déjà accompli. Ces candidats au burnout n'ont pas le sens de l'équilibre: ils se vident de leur énergie sans se préoccuper d'en recevoir. Ils travaillent comme des forcenés, sans prendre le temps de jouir de ce qui a été accompli. Le résultat n'est jamais assez bon pour eux.

◆ ***Le « vouloir tout faire soi-même »***

Certaines personnes ont tendance à ne pas faire confiance aux autres qu'elles estiment incapables de réaliser correctement la tâche. On retrouve derrière cette attitude la vieille pensée que « si on veut qu'une chose soit bien faite, on doit la faire soi-même ». Curieusement, il arrive qu'elles s'entourent professionnellement de personnes peu rigoureuses ou peu fiables. En projetant leur méfiance sur les autres, ces candidats se retrouvent souvent dans l'obligation de tout faire eux-mêmes. Et cet effort, accompli dans de telles conditions négatives, les pousse au burnout.

◆ ***La mentalité de sauveur***

On trouve ce type surtout dans les professions de relation d'aide. Un besoin de réassurance se dissimule parfois derrière un sentiment altruiste. Ces professions exigent au départ un goût de servir les autres et un certain renoncement à soi. Dans ce cas, le plaisir de vivre dépend dans une grande mesure du bien-être, du plaisir, de la satisfaction qu'ils apportent aux autres au détriment de leur capacité à être et de leur identité propre. Globalement, c'est une situation paradoxale de constater que les candidats au burnout se recrutent parmi les éléments les plus valables de la société, tant au niveau de leurs intérêts, que de leurs capacités professionnelles et leurs qualités personnelles.

6. Le choix de la profession [26]

Certaines motivations inconscientes ayant présidé au choix d'une profession d'aide sont également incriminées. En effet même si le besoin conscient d'aider autrui prime, il peut exister inconsciemment une problématique narcissique :

- Besoin de se sentir indispensable à quelqu'un ;
- Besoin de se faire reconnaître ;
- Tentation de régler certains conflits personnels ;
- Volonté d'emprise et de contrôle sur autrui.

7. Le manque de réalisme

Le burnout serait une pathologie de l'idéal professionnel. Il semble alors que le jeune professionnel en cause a une vision idéaliste de son travail, mal adaptée aux dures réalités de la pratique. Le désir de « se donner » à la tâche, d'intervenir de façon déterminante dans la vie des patients, de croire à un soulagement immédiat pour des troubles évoluant depuis longtemps, a une fonction plutôt décourageante. Il y a lieu de se situer entre l'idéalisme rêveur désincarné et la désillusion mortifère. Il s'agirait probablement d'une forme d'« idéal du moi », acquise auprès de parents particulièrement exigeants pour leur enfant. [29,30] Il est vrai que pour devenir soignant, il faut une bonne dose d'idéalisme et une sensibilité particulière à la misère humaine ; mais ces qualités poussées à l'excès pourraient devenir des handicaps à une carrière réussie et augmenter

la propension à développer un épuisement professionnel. Ceci amène certains auteurs à énoncer l'idée selon laquelle le « *BURN IN* » est le lit du « *BURN OUT* » : « *la flamme* » motivationnelle du patient comporte donc, du point de vue préventif, son danger intrinsèque à savoir celui de l'obligatoire « *extinction* », à un moment ou l'autre de la carrière professionnelle : le soignant idéal s'éteindra, l'idéal du soignant s'éteindra. D'où tout l'intérêt d'éteindre, à l'heure, l'idée du soignant idéal. [4,15]

8. L'obsession du travail [14]

Devenant presque l'unique préoccupation de l'individu, ce dernier en devient obsédé comme « prisonnier du boulot ». Aussi les canadiens préfèrent-ils le terme « brûlure » : les sujets étant comme consumés par leur travail.

9. Les limites des capacités d'adaptation [14]

Le seuil de tolérance au stress varie d'un individu à l'autre : pour la même situation pénible, certains auront des réactions psychiques, émotionnelles et fonctionnelles, d'autres non. Il est donc important de reconnaître ses propres capacités d'adaptation et ses limites par rapport aux difficultés inhérentes au travail.

10. La notion de « *hardiness* » [17]

La "*hardiness*" que l'on peut traduire par « endurance, solidité, robustesse psychique voire hardiesse » aurait une influence sur l'apparition du burnout. En effet, les personnes répondant à ces traits de personnalité résisteraient mieux au stress.

11. Les croyances

Avoir une croyance donne une direction dans la vie et peut être un moyen de faire face à une situation stressante.

◆ *Locus of control (LOC)*

D'après Rotter (1966), il existe des personnes qui pensent que ce qui arrive est la conséquence de ce qu'elles font, « une sorte de karma ». Elles ont un LOC interne. D'autres n'établissent pas ce lien. Elles ont un LOC externe. Avoir un LOC interne, donc croire que l'on contrôle les événements protège du burnout. [31]

◆ *L'auto-efficacité*

D'après Bandura, l'auto-efficacité désigne la croyance en sa capacité à organiser et réaliser les conduites requises pour gérer les situations futures. La croyance d'être efficace influence la façon dont les individus pensent, se motivent eux-mêmes et agissent. Ceux qui croient en leur auto-efficacité choisissent des buts plus défiants, s'engagent plus vers ces buts et sont plus motivés et plus performants. Ils sélectionnent un environnement plus défiant, leur laissant le choix de plus

d'options de carrière, ce qui favorise leur développement personnel. L'expérience du succès apporte à son tour la validation empirique de l'auto-efficacité et du contrôle. [32]

◆ *La religion*

La religion peut présenter un support pour l'individu, elle peut être un moyen d'adaptation face à une situation difficile (coping) et selon le type de religion, peut même apporter la relaxation. Elle peut ainsi être une ressource pour l'individu. Mais elle peut également être un médiateur de stress et l'accentuer, en renforçant par exemple le sentiment de devoir aider autrui et peut alors créer un sentiment de culpabilité, de honte ou de baisse de l'estime de soi ; si cette relation d'aide échoue. [33]

12. L'absence de ressourcement affectif et social [34]

Comme autres causes reliées à la personne, notons l'absence en général d'un réseau affectif et social adéquat chez le professionnel épuisé. En effet, le soignant en voie d'épuisement ne s'accorde ni repos, ni loisirs, ni soins corporels. Il consacre peu de temps à l'affection de ses proches, de ses enfants ; il néglige de se recréer avec les amis, de prendre des vacances, etc. On pourra arguer ici qu'il s'agit de l'effet plutôt que la cause ; or les choses ne sont pas si simples car comme le soulignent certains auteurs, la façon dont le soignant gère sa vie privée, sa vie familiale et sa vie sociale, contribue de façon significative à l'épuisement ou au ressourcement de ses énergies. Dans ce sens, le burnout pourrait être conçu quoique de façon partielle et incomplète, comme une faillite dans la gestion des énergies personnelles.

13. La vulnérabilité biologique

S'agissant d'une pathologie associée au stress, la recherche d'éventuelles altérations biologiques chez les sujets manifestant des symptômes évocateurs de burnout s'est d'abord focalisée sur l'exploration de l'axe hypothalamo-hypophyso-adrénocorticotrope (HHA), dont l'activation sous-tend les réponses biologiques (en premier lieu la sécrétion de cortisol) aux agents stresseurs. Les psychopathologies qui mettent en jeu des anomalies fonctionnelles de l'axe HHA sont les troubles anxieux, la dépression et le syndrome de stress post-traumatique (SSPT). De fait, l'exploration de l'axe HHA a conduit à la mise en évidence, chez au moins 50% des patients dépressifs, d'un déficit de son rétrocontrôle inhibiteur par le cortisol (test d'échappement à la dexaméthasone), en relation avec un contrôle épigénétique négatif de l'expression de son récepteur (récepteur aux glucocorticoïdes) dans certaines structures cérébrales (hypothalamus, hippocampe, cortex frontal). Au contraire, chez les patients souffrant de SSPT, l'anomalie fonctionnelle semble être davantage une exacerbation du rétrocontrôle inhibiteur de l'axe HHA. Bien que les dosages de cortisol dans la salive ou le sang confirment l'existence d'altérations fonctionnelles de l'axe HHA chez les sujets en burnout, les données publiées montrent une grande hétérogénéité, laissant à penser qu'elles pourraient s'apparenter en partie à la dépression, en

partie au SSPT, voire correspondre à un état subclinique de l'une ou l'autre de ces psychopathologies. [35] Le système immunitaire présente également des anomalies fonctionnelles majeures dans l'état de stress chronique, avec un particulier une augmentation de la production et de la sécrétion des cytokines pro-inflammatoires, notamment les interleukines IL-1, IL-6 et TNF alpha (Tumor Necrosis Factor). Cet état pro-inflammatoire, pourrait jouer un rôle dans la physiopathologie de la dépression et du SSPT puisqu'il a été montré que l'inhibition pharmacologique de la production de IL-1 et TNF alpha réduit certains de leurs symptômes. Le burnout est, selon certains auteurs, également associé à une élévation des taux circulants de cytokines proinflammatoires. [36] Or, d'autres auteurs n'ont rien trouvé de différence chez les patients et les témoins. [40]

Plusieurs facteurs trophiques comme le BDNF (Brain Derived Neurotrophic Factor), le VEGF (Vascular Endothelial Growth Factor) et l'EGF (Epidermal Growth Factor) ont été décrits comme présentant des taux circulants significativement différents chez des sujets en état de burnout comparativement à des sujets sains. En particulier, la baisse des taux sanguins de BDNF (au réveil) est intéressante parce qu'elle rappelle celle qui a été rapportée chez une proportion significative de patients déprimés ou souffrant de SSPT. Les données concernant le BDNF pourraient conforter l'idée que la physiopathologie du burnout s'apparente bien à celle de la dépression et/ou du SSPT. Il en est de même pour le VEGF puisque l'augmentation de ses taux circulants rapportée chez des sujets en burnout a déjà été signalée chez des déprimés sévères. Pour l'heure, peu d'investigations en neuroimagerie structurale ou fonctionnelle ont été mises en œuvre chez les sujets en burnout pour pouvoir établir une comparaison avec l'involution hippocampique et les autres observations rapportées à la fois chez les patients ayant présenté des épisodes dépressifs sévères répétés et chez ceux souffrant de SSPT. Le gène qui code le transporteur plasmique de la sérotonine (SERT) est particulièrement intéressant puisque ce transporteur est la cible moléculaire des antidépresseurs les plus prescrits en Occident : les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS). De fait, la diminution de la méthylation d'une région CpG du promoteur de ce gène qui a été rapportée dans les lymphocytes de sujets en burnout, pourrait entraîner une augmentation de l'expression du transporteur et de la recapture, et donc une baisse des taux extracellulaires de la sérotonine au niveau cérébral. [100]

De plus, Les chercheurs d'une étude menée auprès des femmes exposées au stress chronique, ont remarqué une sensibilité accrue au métabolite de la progestérone et gamma-aminobutyrique acide-A (GABA-A) du récepteur modulateur allopregnanolone. Et l'administration de flumazénil a conduit à une réponse inattendue agonistique plutôt que l'effet antagoniste sur l'allopregnanolone chez ces femmes-là ; mais pas chez les témoins. Les auteurs émettent l'hypothèse que les changements dans les sous-unités alpha 4 et delta du récepteur GABA-A ont eu lieu chez les femmes exposées à un stress chronique. [39]

Les études disponibles sur les mécanismes neurobiologiques indiquent donc la présence de changements structurels qui peuvent expliquer ce syndrome, mais de telles recherches, certes prometteuses, nécessitent une reproductibilité scientifique [57] ; d'autant plus qu'il n'y a à ce jour aucun marqueur biologique capable de détecter ou affirmer le burnout. [41]

En conclusion, le burnout reste une entité mal définie au plan biologique. [100]

B. Facteurs externes [5,13,14,17,41,42,43]

On admet qu'un certain nombre de facteurs ayant trait à l'individu et au milieu de travail semblent favoriser l'apparition du syndrome d'épuisement professionnel. On peut dire du burnout qu'il se définit au niveau de l'interaction de l'individu et de son environnement ; et plus précisément de l'interaction du fonctionnement psychosomatique de l'individu et de son environnement physique et psychosocial.

1. L'environnement physique

a. La spécialité

Ce facteur est peu étudié. En fait, les recherches évaluent le burnout dans tel ou tel service, sans prendre en considération la spécialité initiale de l'infirmier.

b. Le service

Toute personne engagée au quotidien dans une relation d'aide avec autrui et soumise à un stress professionnel chronique est susceptible un jour d'être atteinte du syndrome d'épuisement professionnel. Sont ainsi concernés, en première position, les infirmiers des urgences, de la réanimation et de soins intensifs. La plupart des études traitant le sujet de notre thèse sont menées auprès de cette catégorie d'infirmiers. Mais, est-ce que les infirmiers des autres services ne sont pas confrontés à des situations stressantes et à des patients difficiles à gérer ? En effet, Harkin et Melby n'ont trouvé aucune différence, dans les scores du burnout, entre les infirmiers dans les services médicaux et ceux des urgences. [49] Dans une étude évaluant le burnout chez les infirmiers des services pédiatriques, Sekol et Kim ont remarqué que le burnout était plus élevé chez les infirmiers de la chirurgie pédiatrique, plus que ceux exerçant dans les unités médicale, oncologique, de réanimation et des urgences. [50]

c. L'horaire

Certes, travailler la nuit aurait une influence plutôt négative sur le vécu du soignant. Mais c'est surtout l'aspect irrégulier des horaires qui épuise. En dehors de la fatigue consécutive au manque de sommeil, les gardes épuisent par leur caractère d'urgence et d'imprévisibilité.

d. La charge du travail

Un volume de travail excessif peut être estimé à travers le nombre d'heures de travail par jour, le nombre de jours de travail par an, le nombre de patients par soignant ou le nombre de tâches journalières ou d'actes techniques à réaliser.

La lourdeur des responsabilités attribuées, telle que la sollicitation pour l'enseignement et la recherche. Cependant, on signalera que cette notion de surcharge reste tout de même très subjective : « un soignant peut saturer à quinze patients par jours tandis qu'un autre peut en voir facilement trente ».

e. L'organisation du travail

Il ne s'agit donc plus du volume des tâches, mais de la manière dont elles sont exécutées ou envisagées. La défaillance peut être secondaire à :

- Un défaut de planification préalable des tâches ;
- Une mauvaise répartition des responsabilités ;
- Une ambiguïté voire un conflit des rôles, la notion d'esprit d'équipe faisant parfois défaut ;
- Une interruption des tâches ;
- Une mauvaise gestion du temps.

f. La demande continue de services

Soigner des personnes atteintes de façon grave et/ou chronique constitue une source de stress continu et prolongé mettant à l'épreuve les mécanismes d'adaptation du professionnel concerné. Cette difficulté est encore plus accentuée par :

- L'absence de moyens permettant d'atteindre la qualité de travail exigé ;
- L'augmentation des attentes du public, à savoir des patients, de leurs familles mais aussi de la société.

2. L'environnement psychologique

La relation d'aide fait partie intégrante de la profession de l'infirmier. Cependant, une implication trop importante serait plutôt source de stress. Parmi ces aspects, on cite :

- Le contact permanent avec la mort, la morbidité, la peur et la souffrance ;
- La gestion de cas difficiles ou traumatisants ;
- L'impuissance face à certaines situations ;

- L'absence de guérison rapide, voire même l'absence de guérison ;
- L'incertitude des décisions thérapeutiques prises et la peur de l'erreur médicale ;
- La confrontation quotidienne à des questionnements éthiques ;
- Les situations conflictuelles entre les intervenants auprès d'un même patient alourdissent les journées de travail et génèrent du stress ;
- Le manque d'échange, de communication, de soutien émotionnel et informatif.

3. L'environnement social

a. Le manque de reconnaissance

Lorsque le soignant choisit de s'investir dans un métier purement relationnel et humain, il s'attend en premier lieu, à une appréciation positive de la part du malade mais aussi de la société. « Le merci d'un malade dont je me suis occupé est la plus belle récompense dans le métier, récompense à laquelle il s'attend est la reconnaissance du malade et de la société. » Or, entre cet idéal et la réalité, les écarts sont parfois cruels et la déception à l'égard des malades et de la société s'installe. L'acuité du soignant est ainsi mise en doute ou suscite méfiance et réprobation, des comptes lui sont même demandés.

b. Le sentiment d'insécurité

◆ *Physique et psychique*

Pouvant faire suite à un refus ou un reproche relatif à un geste, ou encore à l'état mental du patient.

Les patients sont de plus en plus exigeants, leurs attentes ne sont plus modérées et l'erreur est inadmissible. Le nombre de procès intentés aux infirmiers est donc en nombre croissant ; la peur de la poursuite judiciaire ne fait que s'accroître par conséquent.

◆ *Financière*

Lorsque l'on parle de salaire dans une profession aussi particulière où le soignant se donne en entier, l'attente doit être à la hauteur de cet engagement personnel et de l'amplitude des horaires. Or, à côté de la perte de la reconnaissance et du prestige de la profession, les infirmiers jugent que leur rémunération n'est plus à la hauteur de ces attentes.

c. Une situation professionnelle figée

Les motivations dans le travail sont amoindries quand le soignant a l'impression d'être dans une impasse : celle de l'impossibilité d'avancement qui laisserait entrevoir de nouvelles

responsabilités ou d'autres perspectives et de la stagnation dans le travail qui est alors vécu comme répétitif.

d. Les causes institutionnelles

Dans ce cadre, on peut schématiquement distinguer les causes liées aux dysfonctionnements de la structure de soins elles-mêmes et celles liées au système de soins ou de formation.

◆ *Dysfonctionnement de la structure de soins*

- La défaillance organisationnelle du service ;
- L'absence de communication horizontale (entre soignants) et verticale (avec les chefs de services) ;
- Les conflits internes et interprofessionnels ;
- Le manque de soutien administratif pour fournir un système de valorisation efficace et un système de participation des professionnels aux destinées de l'organisation et aux prises de décisions.

◆ *Inadéquation du modèle hospitalier*

L'image actuelle du premier contact des futurs infirmiers avec l'hôpital dans leurs stages hospitaliers est très loin d'une pratique personnalisée, faite d'écoute et de relation impliquante. En effet, le futur infirmier s'aperçoit de sa carrière d'avenir et du modèle de l'infirmier « épuisé ». L'impact ou le « transfert » de cet épuisement professionnel nécessite une étude à part.

VI. LES CONSÉQUENCES DU BURNOUT

Les conséquences du burnout sont nombreuses tant au niveau individuel (troubles somatiques atypiques, troubles du sommeil, asthénie, addiction, divorce, suicide...) qu'interindividuel (irritabilité, distanciation interpersonnelle, prise en charge défectueuse des patients, conflits...) et collectif (absentéisme élevé, inefficacité, appréhension devant les responsabilités...).

A. Conséquences individuelles

1. Sur le plan personnel

La dégradation de l'état de santé psychologique de l'infirmier peut être rapide et très péjorative avec des conduites addictives (éthylisme, toxicomanie) pouvant aboutir dans un deuxième temps à une tentative de suicide. Des études ont montré une diminution de 15% d'espérance de vie chez les animaux soumis à une désorganisation de leur rythme circadien [51] et ; une vaste étude prospective menée par l'American Cancer Society sur plus d'un million d'individus, a constaté un lien troublant entre durée habituelle du sommeil et mortalité,

confirmant s'il en était besoin la nature « vitale » du sommeil. De plus en plus d'études ont montré l'impact du travail à horaires décalés sur la santé et notamment une augmentation du risque cardiovasculaire. Les sujets concernés ont ainsi un risque accru d'atteintes coronaires, mais aussi d'ulcère gastrique, d'insulinorésistance ou de syndrome métabolique ; victimes de manque de sommeil, ils le sont aussi de dépression et d'accidents liés à la somnolence. Ces risques ont été corrélés à la longueur des périodes de garde. [52]

2. Sur le plan professionnel

Le retentissement se traduit par la diminution de la performance individuelle : L'erreur est un composant normal de la fonction cognitive humaine, et du reste, elle joue un rôle majeur dans l'apprentissage. La plupart des erreurs sont corrigées justement par celui qui les commet. Toutefois, la capacité à corriger, prestement et de façon adéquate, les erreurs que l'on commet, dépend de la performance des individus. D'une part, l'état de santé du soignant est altéré et ; d'autre part, ses performances professionnelles. [34]

B. Conséquences pour le patient

Un infirmier réticent ou souffrant ne peut être un bon soignant. La baisse de la qualité des soins offerts est sans doute la plus redoutable des conséquences délétères du syndrome d'épuisement professionnel. Deux aspects lui sont accordés :

–Dépersonnalisation et perte d'empathie.

–Taux d'erreurs plus important, occasionnant ou pas la mort. [34]

C. Conséquences institutionnelles

Ce syndrome, qui présente une grande contagiosité, 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 de la pénurie du personnel infirmier dans certains services. [56] Une étude européenne multicentrique menée dans dix pays de l'Europe occidentale évaluant le désir d'abandon, a montré que 9% des infirmiers avaient l'intention de se reconverter. [54] Dans une enquête nationale menée aux États-Unis, les trois premières causes mentionnées par infirmiers qui ont déjà quitté leurs postes étaient : les longues heures de travail, le salaire insuffisant et le personnel inadéquat par rapport aux patients (pénurie). [55] En occident, où le nombre d'infirmiers par habitant répond aux normes de l'OMS ; et est suffisant (pour ne pas dire important), cette situation laisse à penser. Quid aux pays en voie de développement ?! Cette problématique nécessite une intervention institutionnelle du plus haut niveau décisionnel.

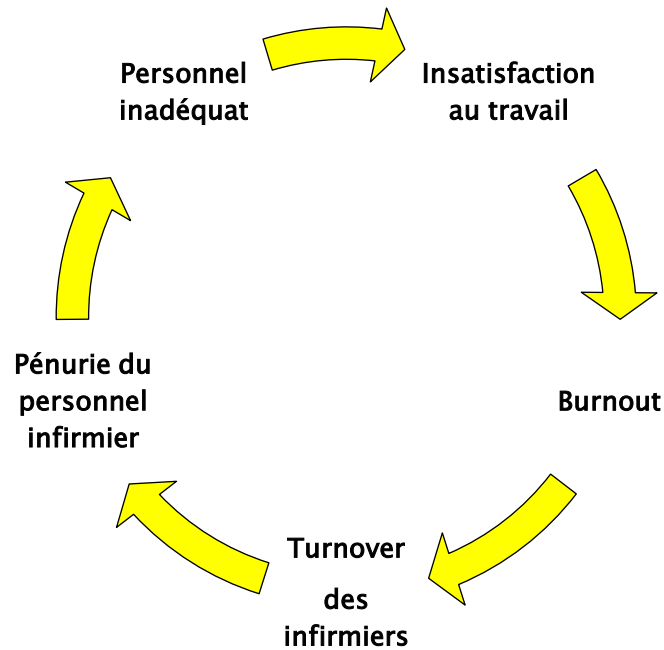


Schéma 3 : Le cycle de la pénurie/burnout des infirmiers

VII. LES INSTRUMENTS D’EVALUATION DU BURNOUT

Dès l’apparition du concept de burnout, des instruments de mesure ont été élaborés. L’important était qu’ils soient fiables, reproductibles et validés, pour ainsi permettre la mise en place d’études comparatives. La difficulté était d’objectiver des impressions subjectives, de quantifier du qualitatif. [14] Il est vrai qu’en situation clinique, face à des individus, l’exception est de règle, dans le sens où chaque individu est unique.

On indiquera qu’à ce jour, il existe un nombre important d’outils de mesure du burnout. [39,51,52] Toutefois, il semble que l’instrument MBI en 22 items de Maslach et Jackson [53,54] est la perspective dominante en matière d’évaluation de l’épuisement professionnel. Les propriétés psychométriques de cet instrument sont jugées satisfaisantes. [55]

1) Maslach Burnout Inventory, MBI

Pour pouvoir élaborer des méthodes d’évaluation du burnout et tester leur efficacité, il fallait d’abord donner une définition précise à ce syndrome. C’est ce que Christina Maslach et son équipe ont tenté de faire en 1981. Ils donnaient au burnout trois dimensions, l’épuisement émotionnel, la dépersonnalisation de la relation à l’autre et la diminution de l’accomplissement personnel, évaluées par le Maslach Burnout Inventory. Il est actuellement utilisé dans plus que 90% des études sur le burnout. [58] Par rapport aux autres instruments de mesure il a la particularité d’évaluer la dépersonnalisation de la relation à autrui. Il s’agit d’un questionnaire d’autoévaluation. Il est composé de 22 items repartis donc selon les trois dimensions :

l'épuisement émotionnel est évalué à l'aide de 9 items, la dépersonnalisation est évaluée à l'aide de 5 items et l'accomplissement personnel est évalué à l'aide de 8 items. Chaque item était initialement coté selon son intensité et sa fréquence de 0 à 6. Actuellement c'est uniquement la fréquence qui est évaluée, puisque les recherches ont montré qu'il existe une forte corrélation entre la fréquence et l'intensité. [58] Chaque dimension a son propre score. Rappelons que la présence simultanée des trois dimensions n'est pas nécessaire pour parler de burnout.

Comme il a été préalablement cité, le MBI permet de restituer trois sous échelles qui mesurent respectivement les trois dimensions du burnout : l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et la baisse de l'accomplissement personnel au travail. Actuellement, on décline trois versions du MBI : [59]

- ◆ La version originale qui est le *MBI-human services survey (MBI-HSS)* à destination des professionnels de l'aide. C'est une échelle d'autoévaluation, établie par Maslach et Jackson, sur une population de professionnels de santé ou des domaines des services. Sur les 47 items sélectionnés à partir d'entretiens et de questionnaires, 22 ont été retenus à partir de 2 études respectivement sur 605 et 420 sujets. [6]
- ◆ Le *MBI-educators survey (MBI-ES)* pour les professionnels de l'éducation ;
- ◆ Le *MBI-General survey (MBI-GS)* s'adressant à l'ensemble de toutes les autres catégories de professionnels : les recherches ont progressivement montré que l'ensemble des individus au travail pouvaient être frappés, qu'ils aient ou non une activité relationnelle. C'est ainsi que le burnout a été reconceptualisé, pour être conçu comme une crise de la relation avec le travail et non des relations au travail. Cette dernière version ne comporte que 16 items :
 - Cinq items pour « l'épuisement émotionnel »,
 - Cinq items pour la dépersonnalisation qui est nommée « cynisme »
 - Six items pour l'accomplissement personnel qui est nommé « efficacité professionnelle ».

La fidélité des scores obtenus à l'aide de ces trois versions est très satisfaisante. [5,60,61]

Néanmoins, la place de l'accomplissement personnel, par rapport aux deux autres dimensions, considérées comme le « noyau dur » du syndrome, reste encore à approfondir pour ne pas dire discutable. [62] Notons aussi que les scores pour le burnout élevé, modéré et bas ont été fixés de façon arbitraire. Lorsque Maslach et Jackson ont dressé ces bornes, elles ont séparé leur échantillon (11.067 personnes) en trois groupes équivalents. Les 33.3% qui avaient les scores les plus élevés représentaient la fourchette du niveau élevé de burnout, les 33.3% suivants, la fourchette du niveau modéré et les 33.3% derniers, la fourchette du niveau bas. [60] Le MBI ne permet donc pas de dire avec certitude à partir de quel score une personne est atteinte de burnout (puisque la classification est arbitraire).

Le taux de burnout était élevé dans la population étudiée (62%). Cela est en conformité avec les études qui ont démontré que le burnout est retrouvé dans les métiers à forte implication interpersonnelle affective. [60,61]

2) Burnout Measure Short Version, BMS [62]

Cet instrument validé en version française restitue un score unique qui illustre le degré d'épuisement du sujet. Ce degré regroupe un épuisement physique, mental et émotionnel :

- *Physique* : il s'agit d'un ensemble de plaintes exprimées par le sujet et qui sont liées à son état physique (par exemple le sentiment d'affaiblissement physique, de fatigue ou des problèmes liés au sommeil) ;
- *Mental* : à savoir un corpus de plaintes liées au sentiment d'affaiblissement et de fatigue mentale qui est exprimé par l'individu (par exemple : le sentiment de désespoir ou d'abandon) ;
- *Émotionnel* : il correspond au sentiment pour la personne de ne plus pouvoir répondre efficacement aux sollicitations qui émanent de son environnement social (par exemple : le sentiment de « craquage » ou de déprime passagère).

Cet outil se compose de dix items assortis d'une échelle de réponse en sept points (1 : « jamais » à 7 : « toujours »). D'un point de vue psychométrique, le choix de ces dix items s'est effectué en sélectionnant ceux qui reflétaient le mieux l'instrument original. (Annexe 1)

3) The Oldenburg Burnout Inventory, OLBI [63]

Développé par Dermouti, cet outil fut construit à partir des travaux théoriques de Cherniss (1980) et Hall (1976). Il inclut deux dimensions fondamentales : l'épuisement (exhaustion) et le désengagement de travail (disengagement for work). Celles-ci constituant le cœur de l'épuisement professionnel.

Ce qui différencie principalement l'OLBI du MBI, au-delà de leurs structures factorielles, c'est que, conformément aux bonnes pratiques psychométriques, les sous-échelles d'OLBI comportent à la fois des items formulés négativement et des items formulés positivement. Contrairement au MBI original, l'OLBI couvre non seulement les aspects affectifs de l'épuisement, mais aussi physiques et cognitifs.

4) Areas of Work life Survey, AWLS [64,65]

L'idée à l'origine du développement de cette échelle est que les qualités de l'environnement de travail jouent un rôle déterminant dans les relations que les individus mettent en place au travail. L'objectif est de fournir une évaluation pratique et économique des questions centrales pour l'amélioration de la qualité de vie au travail. L'AWLS se compose de six sous-échelles qui mesurent six domaines qui jouent un rôle majeur dans le bien-être au travail :

- La charge de travail (en 6 items) ;
- Le contrôle sur la façon de travailler (en 3 items) ;
- La reconnaissance (en 4 items) ;
- La communauté (en 5 items) ;
- L'équité (en 6 items) ;
- Les valeurs (en 5 items).

Le questionnaire comporte donc 29 items, cotés de 1 (pas du tout d'accord) à 5 (tout à fait d'accord). Certains items sont inversés. Les scores de chaque sous-échelle sont obtenus en calculant la moyenne des scores aux items. Plus les scores sont élevés, meilleures sont les conditions de travail. Les items sont construits de telle sorte qu'ils puissent s'appliquer à un large champ de situations de travail, et ont été testés dans le milieu médical, éducatif et dans des entreprises commerciales privées. Des normes ont été établies pour chacun des six domaines étudiés, sur une population de 8609 individus.

5) Nurses' Stress Inventory, NSI [66,67]

Développé par des chercheurs brésiliens, cet outil est composé de trois sous-échelles :

- *Relations interpersonnelles*, contenant 17 items, évaluant les relations avec d'autres professionnels, les patients et leurs familles, les étudiants, le groupe de travail et aussi avec sa propre famille.
- *Rôles stressants de carrière*, avec 11 items. Cette sous-échelle évalue l'incertitude, le manque de reconnaissance et de l'autonomie de la profession, l'impuissance face à l'incapacité d'exécuter certaines tâches et les aspects de l'organisation institutionnelle et l'environnement physique.
- *Facteurs intrinsèques au travail*, contenant 10 items qui évaluent les fonctions exercées, les heures de travail et l'insuffisance des ressources.

Chaque item était initialement coté de 1 à 5. Et à l'instar du MBI, le NSI se présente en trois scores élevé, modéré et bas, pour chaque sous-échelle. La somme des trois sous-échelles donne l'échelle globale fournissant ainsi une mesure générale du stress professionnel chez les infirmiers.

In fine, La difficulté d'évaluer le burnout réside dans le fait que les symptômes analysés ne sont pas spécifiques, mais peuvent s'inscrire dans d'autres cadres nosologiques.

VIII. LES ETATS LIMITES DU BURNOUT

1) Fatigue [68]

a. Fatigue simple

La fatigue est une réponse physiologique, naturelle et réversible à un effort spécifique identifiable. Dans la fatigue simple, la cause est toujours identifiable et physiologiquement explicable. Par ailleurs, cette réaction est volontiers réversible : il suffit de dormir et se reposer suffisamment. Si ce n'est pas le cas après quelques jours de repos, probablement sommes-nous en présence d'un autre syndrome ?

b. Fatigue chronique, fibromyalgie

Bien que ce syndrome ne soit pas unanimement reconnu dans les milieux scientifiques et médicaux, il se caractérise par l'intensité de la fatigue qui est particulièrement invalidante et par les douleurs articulaires et musculaires intenses. Les fibromyalgies parviennent rarement à avoir plus de quelques heures d'activité par jour et chroniquement paient très cher les jours suivants la moindre augmentation de leur activité. Il n'y a pas à l'heure actuelle, de traitement de la fatigue chronique à part la relaxation.

2) Stress

Le stress correspond aux réponses non spécifiques de l'organisme, se produisant lorsque ce dernier est soumis à des agents non spécifiques. [71,72] Dans les années cinquante, Selye a longuement étudié le stress. Il dit que le stress n'a pas toujours un effet négatif, il est nécessaire à notre stimulation. L'absence complète de stress signifierait la mort. C'est lorsque nous sommes trop actifs ou trop passifs que nous ressentons les effets du stress. Ainsi, Selye définit le stress comme la réponse non spécifique que donne le corps à toute demande qui lui est faite. Cette réponse est expliquée par le syndrome général d'adaptation. Lors d'un stimulus, il existe une réaction d'alarme du corps et lorsque le stress persiste, il suit une phase d'adaptation qui correspond à la résistance du corps. Mais l'énergie d'adaptation est limitée et en cas de stress prolongé, il suit une phase d'épuisement. Dans le modèle d'adaptation de Selye, le burnout pourrait correspondre à la troisième phase, celle de l'épuisement. [70]

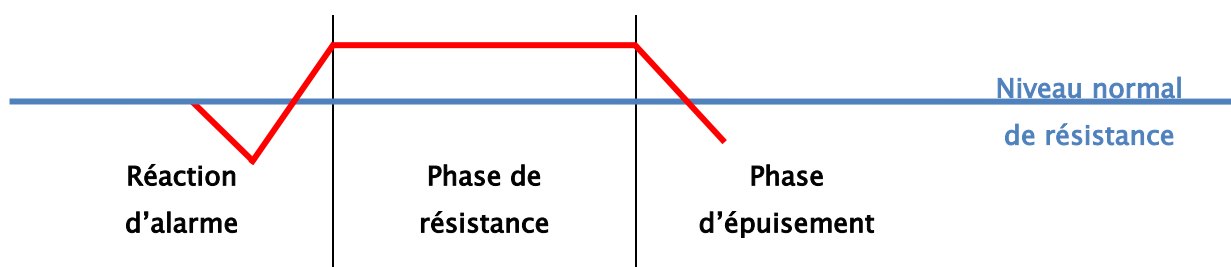


Schéma 4 : Les étapes du stress selon Selye

Lorsque nous parlons de burnout, nous faisons souvent référence au stress ; le considérant comme étape finale de ce dernier. Ceci est dû au fait que le stress est encore un concept vague. [73] Dans de nombreuses définitions, le burnout est considéré comme une réponse à un stress chronique. Mais quel est leur rapport ? Y a-t-il continuité entre ces deux phénomènes ou faudrait-il au contraire les distinguer ?

◆ **Les points communs** : Souvent, les mêmes causes sont retrouvées pour le burnout et le stress et dans les deux cas, la tension ressentie par un individu résulte des exigences d'une situation et de l'incapacité d'y répondre. [5]

◆ **Les différences** : Le burnout se réfère au travail, tandis que le stress désigne la tension ressentie à n'importe quel moment de la vie. Cependant, dans le domaine du travail, le burnout ne se limite pas seulement à la tension ressentie, qui est corrélée au stress (épuisement émotionnel), mais prend également en considération les relations interpersonnelles et l'autoévaluation du travail. Il dépasse donc la notion de stress. De plus, le stress peut être ressenti devant une situation aiguë, tandis que le burnout résulte d'une exposition à un stress chronique et ne s'installe que progressivement. [5] Pines et Keinan ont trouvé, grâce à un modèle théorique, que le burnout et le stress n'ont pas les mêmes facteurs et conséquences. Ils ont trouvé aussi que le burnout est fortement lié à la surcharge de travail ; alors que le stress est corrélé aux stressors au travail. [73]

3) Dépression

a. Etat dépressif et dépression

En premier, il est important de différencier la dépression de l'état dépressif :

◆ **L'état dépressif, ou la déprime** : [8,74] C'est un mal être passager qui peut toucher tout le monde au moins une fois dans sa vie suite à des événements (deuil, soucis...) ou des passages de l'existence (adolescence, crise de milieu de vie, ménopause...). Elle est généralement passagère mais n'entraîne aucune modification du comportement. Cependant, cette déprime peut devenir pathologique et mener à une véritable dépression :

- Quand la réaction est disproportionnée ou inadéquate face à la situation ;
- Quand elle est persistante ;
- Quand elle handicape la réalisation normale des tâches ;
- Quand l'individu refuse les changements et les modifications de la vie et tente de maintenir sa propre « homéostasie ».

◆ **La dépression** : Il s'agit d'une maladie psychosomatique, d'une affection chronique, évolutive, se manifestant surtout par des épisodes dépressifs majeurs récidivants ; avec des intervalles libres durant lesquels les symptômes résiduels sont fréquents. Elle est diagnostiquée par les critères du

DSM-5, [37] (Annexe 2) et correspond à l'épisode dépressif de la CIM-10 (codes 32 et 33). [38] (Annexe 3)

b. Burnout et dépression [8,28]

En théorie, il est possible de retrouver le burnout de façon isolée. Il en va de même pour la dépression. Mais dans les faits, les deux sont reliés de très près. La discussion diagnostique entre « burnout » et « dépression » repose sur les constats suivants :

- Il existe des sentiments dépressifs lors de l'épuisement professionnel, en particulier dans le sentiment de diminution de l'accomplissement personnel.
- Les diverses plaintes somatiques peuvent faire évoquer des diagnostics de dépression masquée ou de dépression essentielle.

Ces raisons amènent un certain nombre de psychiatres à tenter de réduire le burnout à une forme clinique de la dépression. Néanmoins, si l'épuisement professionnel ainsi que le stress chronique peuvent faire le lit d'une véritable dépression majeure, il est tout de même possible de distinguer « burnout » et « dépression » :

- ◆ Si le premier est généralement perçu comme un problème lié au stress dans le milieu de travail, la seconde est un phénomène plus complexe qui peut s'infiltrer dans toutes les sphères de la vie.
- ◆ Il n'y a pas de ralentissement psychique et/ou moteur dans le burnout.
- ◆ Enfin, tout épuisement professionnel ne débouche pas inmanquablement vers une maladie dépressive. L'épuisement professionnel n'est pas non plus assimilable à une dépression réactionnelle, car il n'y a pas de facteur déclenchant nettement identifié, mais l'accumulation d'un stress chronique déclenché par des facteurs multidimensionnels.

4) Anxiété [76]

Comme dans le cas de la dépression, le burnout peut faire le lit d'un véritable trouble anxieux. Mais il est plus un processus qu'une maladie et ne correspond pas à une pathologie psychiatrique. Dans le cadre des réactions à un stress chronique que présente le burnout, des sujets différents vont ou non développer une anxiété en fonction de leur capacité à s'adapter aux contraintes qu'ils subissent.

5) Neurasthénie

En 1868, le neurologue américain George Beard décrit un nouveau phénomène de société qu'il appelle neurasthénie. Il considère qu'elle est un désordre neurologique dû au stress de la civilisation moderne. En effet, elle atteint surtout ceux qui travaillent pendant de longues heures sans repos et elle est plus fréquente dans les classes aisées. Elle se caractérise par une multitude de symptômes non spécifiques qui peuvent être d'ordre psychique et somatique. [77] Cette description initiale ressemble au burnout sauf que le burnout n'est pas un désordre neurologique.

Cependant, le concept de neurasthénie a changé au cours de l'histoire. Bientôt, elle ne fera plus partie du domaine de la neurologie mais de celui de la psychiatrie. Elle se retrouve aujourd'hui dans les classifications psychiatriques. Dans la CIM-10 par exemple, elle figure parmi les troubles somatoformes (code F45) ou parmi autres troubles névrotiques sous le nom de syndrome de fatigue (code F48). Aujourd'hui, elle se distingue donc essentiellement du burnout par le fait de correspondre à un diagnostic psychiatrique et de ne pas être reliée au travail.

6) Insatisfaction au travail

Certains pourraient rapidement confondre burnout et insatisfaction au travail. Pour Bédard et Duquette, si ces deux entités sont bien des expériences psychiques négatives et liées au milieu du travail, elles sont à différencier. En effet, le burnout implique insatisfaction au travail, mais l'inverse n'est pas vrai. D'une part l'insatisfaction ne se limite pas aux professions ayant la relation d'aide comme fondement, alors que c'est le cas pour le burnout. D'autre part, si on reprend les trois piliers du syndrome définis par Malsach, on retrouve bien pour les insatisfaits au travail la perte de l'accomplissement personnel, mais l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation de la relation d'aide sont absents. [78]

7) Somatisation et maladie psychosomatique

Un individu atteint de burnout peut aussi bien présenter des symptômes d'ordre psychique que des troubles somatiques fonctionnels (somatisation) ou lésionnels à dimension psychologique avérée (maladie psychosomatique). Ces signes peuvent traduire notre volonté et notre difficulté d'exister ; si c'était une d'hypochondrie par exemple. Mais à la différence de l'hypochondriaque qui cherche à attirer l'attention sur ces maux et craint la maladie, la victime du burnout n'a pas peur d'être atteint d'une maladie précise. [78]

8) Karoshi

Karoshi est un terme japonais qui signifie mort subite par épuisement nerveux ou mort par excès de travail. Le premier cas a été rapporté au Japon en 1969. Le Karoshi est essentiellement dû à une surcharge de travail extrême (longues heures de travail, travail intellectuel continu) dans un pays où l'employé modèle travaille à tout bout de champ. Les causes de décès sont l'hypertension artérielle maligne, l'hémorragie cérébrale et sous arachnoïdienne, l'infarctus cérébral et l'infarctus du myocarde. Un conseil national de défense au Japon évalue le nombre de victimes à dix milles par an. [79]

Tableau 26 : Distinction entre le burnout et des états limites ayant la même présentation

Etats limites	Burnout
Stress Ressenti devant une situation aiguë ou isolée	 Dû à un stress chronique
Fatigue chronique Associée à des facteurs liés à la santé	 Associée à des facteurs liés au travail
Dépression Lié à des facteurs dans tous les champs de la vie de l'individu	 Lié à des facteurs spécifiques dans le domaine du travail

IX. LES SOLUTIONS THERAPEUTIQUES

La plupart des recommandations thérapeutiques qui parcourent la littérature privilégient pourtant la sensibilisation de l'individu à ses habitudes de vie professionnelle et extraprofessionnelle ; de même qu'à l'importance de relativiser la place occupée par le travail dans sa vie. À côté, très peu de ces recommandations s'adressent à l'environnement social et productif où évolue le travailleur. En effet, la littérature foisonne d'astuces, de conseils et de recommandations voués à prémunir l'individu contre une brûlure professionnelle. La plupart du temps, les correctifs à apporter interpellent l'initiative et la responsabilité individuelles, reconnaissant au moins implicitement qu'il appartient à l'individu d'agir sur sa situation. La prise en charge du burnout est essentiellement préventive. [82] Ces solutions permettent de réduire le stress en situation, d'augmenter les ressources personnelles, de reprendre le contrôle de soi et de développer des stratégies de management du stress, de relaxation et de recreation de soi. [80]

A. La reconnaissance du problème

Heureusement, le burnout est réversible et répond assez bien à des mesures thérapeutiques à long terme. Néanmoins, avant de prendre les mesures appropriées pour traiter son burnout, il est d'abord nécessaire de l'admettre et de reconnaître son existence ; or ce n'est pas toujours facile et les faux fuyants sont nombreux (alcool, drogue, automédication). [34] Il est intéressant de constater le déni de ce problème de la part des soignants. L'aveu de cette fatigue est ressenti comme un signe de faiblesse. La lutte contre la fatigue et les difficultés d'organisation

sont vécues comme un défi que beaucoup de soignants sont fiers de réussir à relever, car l'image qu'ils veulent donner (et qu'ils ont) d'eux-mêmes est celle de la force, de la puissance et, en tout cas, de capacités supérieures aux autres.

B. Les différentes stratégies thérapeutiques

Une fois reconnu, le syndrome d'épuisement professionnel nécessitera la mise en œuvre d'actions concrètes portant principalement sur deux fronts :

- Des mesures reliées au secteur de travail, c'est-à-dire à la vie professionnelle ;
- Des mesures reliées aux secteurs personnels, c'est-à-dire à la vie privée, familiale et sociale.

Essentiellement, le traitement visera à développer un nouvel équilibre dynamique entre les « dépenses » représentées par la production de soins professionnels, et les « revenus » qui sont les ressourcements professionnels et personnels. [34]

1. Amélioration du contexte de travail [13,81]

La réduction des stressors environnementaux à la source commence par l'amélioration des conditions de travail. Elle passe par :

◆ *Une approche de l'ergonomie des sites du travail*, en assurant :

- Une dotation suffisante en matériel ainsi qu'en personnel ;
- Un confort dans le travail (salle de repos, repas équilibré..), tout en sachant que ce n'est pas un luxe, mais plutôt d'un élément de sécurité. Certains facteurs doivent alors être pris en considération.

◆ *Une organisation optimale du travail*, avec :

- Une bonne gestion du temps ;
- Une planification des tâches avec une répartition préalable des rôles ;
- Une répartition de l'effectif en fonction des besoins réels. Tout ceci permettrait de diminuer la charge globale de travail.

2. Interventions centrées sur l'individu [5,13,34,82]

Elles ont comme objectif de modifier la vie personnelle. Le soignant épuisé doit savoir faire sérieusement le point et réorganiser ses ordres de priorité. Il sera amené à redéfinir son travail pour laisser une place plus importante à sa vie privée, familiale et sociale.

◆ *Sur le plan personnel*

- Prendre meilleur soin de sa santé, de son corps, de son alimentation et de son sommeil ;
- S'assurer de périodes de repos, de relaxation, de vacances ;
- Savoir s'accorder des moments de détente sans culpabiliser ;
- Devenir plus sensible à ses limites, à ses capacités et savoir écouter son corps ;

- Développer des compétences et découvrir des passions dans d'autres domaines loin de la santé ;
- S'adonner à des activités récréatives de loisirs et de divertissement (arts, sports..) ;
- Reconnaître la qualité de ce que l'on fait et s'en féliciter ;
- Accroître son niveau de compétence et s'assurer du renouvellement régulier de ses connaissances par des lectures, des rencontres et des journées scientifiques ;
- Etre soi-même, s'accepter tel qu'on est, avec tous défauts: l'estime personnelle ne doit pas dépendre de l'avis des autres ;
- Eviter le perfectionnisme et apprendre à définir des objectifs plus réalistes ;
- Oser déléguer et oublier l'idée que ce qu'on fait soit même sera mieux fait.

◆ ***Sur le plan familial***

Le professionnel qui « vit un burnout » a un grand ménage à faire en retissant des liens affectifs intimes avec son conjoint, ses enfants, ses parents et ses proches. Les infirmiers les plus heureux seraient ceux qui passent le plus grand nombre d'heures avec leur famille, qui profitent le plus de leurs vacances et qui ont une vie intérieure intense.

◆ ***Sur le plan social***

Le soignant est appelé à :

- Avoir et maintenir des liens amicaux ;
- Œuvrer dans des groupes ou associations non professionnelles qui peuvent lui apporter des gratifications importantes en quête de renouvellement.

◆ ***Psychothérapie ou psychanalyse***

Si l'individu souhaite un changement plus radical et désire s'interroger sur ses choix, une psychothérapie ou une psychanalyse sont alors indiquées. Ce type de thérapie permettra de découvrir les causes profondes du malaise ressenti. Lorsque le burnout est responsable de troubles dépressifs, un traitement antidépresseur peut être associé au traitement psychothérapeutique.

3. **Amélioration de la communication [86,87]**

◆ ***Savoir parler de son malaise***

La communication est possible à travers la mise en place de groupes de parole dans les services ; le but de ces groupes de parole est de réunir les soignants d'un service désireux de s'exprimer sur une situation et de permettre un temps d'échange. Chacun a droit à la

parole. Ainsi, une souffrance ou une colère qui est exprimée pèsera beaucoup moins sur la personne et le stress sera diminué. Ces séances de soutien peuvent être organisées de façon régulière « groupes de paroles ponctuels » ou encore en « débriefing » ayant lieu au cœur de l'évènement (décès, mal vécu, accompagnement d'un patient mourant...). Il convient de souligner l'importance de la revalorisation de l'expression et des échanges lors des réunions et des congrès pour mieux partager ses difficultés et surtout sortir de son isolement. Ce partage interpersonnel, informel, animé par un intervenant extérieur (un psychiatre ou un psychothérapeute le plus souvent), doit avoir plusieurs objectifs. Outre la communication centrée sur la circulation de l'information, la concertation et la réflexion ; ce partage offre la possibilité d'évoquer, pour ceux qui le souhaitent, les difficultés professionnelles et d'éviter que des situations difficiles d'un point de vue relationnel ne se transforment en problème personnel.

◆ ***Apprendre à travailler en équipe***

L'établissement de relations d'entraide avec ses collègues permet de constituer une forme de réseau de soutien, d'échange, où on peut défouler ses frustrations professionnelles. Il est intéressant de mentionner également que c'est la cohésion du groupe qui permet d'améliorer le sentiment d'efficacité professionnelle. L'importance du travail en équipe est donc soulignée par ceci, d'où tout l'intérêt de savoir faire émerger l'âme d'une équipe en s'appuyant sur des valeurs et objectifs communs. La création d'une charte de l'équipe permet de définir ces bases essentielles et de contribuer à prévenir le burnout. Une étude a montré que l'autonomie, le contrôle sur son travail, l'expertise clinique, la qualité des relations quotidiennes entre infirmiers et médecins ainsi que le tutorat ont obtenu des scores supérieurs à la moyenne chez tous les infirmiers enrôlés, indiquant un environnement professionnel favorable. [48]

X. LES SOLUTIONS PREVENTIVES

La plupart des programmes de prévention sont centrés sur l'individu. L'individu apprend à se connaître, à s'adapter aux situations (coping), à se relaxer et à augmenter ses ressources. Il existe des raisons pratiques et philosophiques qui poussent à se focaliser plutôt sur l'individu lui-même, en recherchant les causes et les responsabilités du burnout dans l'individu : il est plus facile et moins coûteux de changer les personnes, plutôt que l'organisation du travail. [44] Voici quelques moyens de prévention :

A. Sur le plan individuel

1. Relaxation

Nous connaissons tous l'adage grec : *un esprit sain dans un corps sain*. En effet l'esprit et le corps ont des répercussions l'un sur l'autre. De nos jours, nous vivons surtout avec sa tête et nous oublions que nous avons un corps, sauf lorsque celui-ci est souffrant. Comme nous l'avons

vu, le burnout est la réponse à un stress chronique. La relaxation est la réponse physiologique antagoniste au stress. Elle nous permet de nous concentrer sur notre corps, ce que nous faisons rarement au cours des journées chargées de travail. Elle nous apprend de nouveau à respirer correctement, à prendre conscience de notre voix, notre colonne vertébrale, notre cou, notre diaphragme, notre abdomen, nos épaules, nos jambes, nos pieds, toutes ces parties du corps ayant des fonctions différentes et essentielles, souvent négligées par l'individu occupé. Il faut d'abord prendre soin de soi pour pouvoir soigner les autres. [14]

2. Stress Management

Les techniques de gestion du stress sont diverses, mais elles restent propres à chacun. Pour certains, la relaxation, la méditation ou le yoga. Pour d'autres, tout ce qui fait appel à la créativité serait aussi un bon moyen: musique, peinture, écriture, etc. Parfois, juste le fait d'en parler va faire du bien simplement parce que chez l'humain, le langage est devenu une forme d'action symbolique. Et parfois encore, le fait de se libérer par des méthodes instinctives (rire, pleurer) serait suffisant. Au bout du compte, le but recherché est que l'individu puisse supporter ce stress et vivre normalement sa vie quotidienne.

« Si le sourire est contagieux, le rire, c'est la santé »

L'humour est l'antithèse même du stress. Le travail a beau être une chose sérieuse, rien n'empêche pourtant de rire. Physiologiquement, le rire diminue la production de cortisol et procure un sentiment de bien-être immédiat. Il augmente la température corporelle, la sécrétion d'enzymes protégeant des ulcères gastriques, et favorise l'oxygénation des tissus. Il provoque une augmentation de la production d'endorphines. Une bonne période de rire procure deux heures de sommeil et un bon fou rire vaut dix minutes de relaxation totale ! Le rire permet plus d'échanges respiratoires, facilite l'oxygénation du sang et libère les poumons, stabilise les battements cardiaques et diminue la pression artérielle, provoque une relaxation musculaire, détend le visage, l'abdomen, les bras et les jambes. Le rire dissipe les tensions et les inhibitions, permet d'abandonner temporairement la logique, la rigidité, le trop sérieux. Le rire renforce l'efficacité du système immunitaire, augmente le nombre de globules blancs dans le sang. Les personnes dotées d'un bon sens de l'humour sont moins souvent malades et elles se rétablissent plus rapidement. En nous amenant à voir nos problèmes d'un autre œil, il nous permet de prendre le recul nécessaire pour trouver une solution. L'humour stimule la créativité et fait naître de nouvelles idées. Il peut nous aider à aborder les problèmes avec une approche novatrice. Et l'humour est un art qui s'apprend. Nous ne naissons pas avec le sens de l'humour, mais nous apprenons à savoir comment nous voulons percevoir la réalité. L'humour renforce l'esprit d'équipe : il fait éclater les stéréotypes et favorise un sentiment de cohésion au sein du personnel. Il crée des références communes qui rappellent aux individus qu'ils font tous partie de la même équipe. Et les équipes qui rient ensemble travaillent bien ensemble. [85,86,87]

3. Assistance téléphonique

L'assistance téléphonique est un service anonyme et gratuit d'accompagnement et de soutien psychologique. Elle a connu du vrai succès dans d'autres situations (violence conjugale, harcèlement, patients séropositifs...). Des pays, comme la France, l'ont déjà instaurée au profit des soignants. [19] Elle n'existe pas au Maroc.

B. Sur le plan collectif

1. Formation continue

La participation des infirmiers à une formation continue permet de garder leurs connaissances à jour. L'acquisition de connaissances peut déjà en soi augmenter l'accomplissement personnel. Le manque de compétences devant un patient peut devenir une source de stress. Mais d'un côté purement scientifique ; qui pourra faire de la recherche sur l'infirmier mieux que l'infirmier lui-même ? Aussi estimons-nous que la création d'une instance savante responsable de la validation et la publication scientifique qui s'intéresse aux sciences de l'infirmier sera le seul garant d'une revalorisation palpable du métier, aux yeux des infirmiers, mais aussi aux yeux des autres professionnels. Une sorte d'accomplissement professionnel collectif. Au fait, ceci existe déjà partout dans le monde ; et surtout en Occident. Nous citons, par exemple, le *Royal College of Nursing* en Grande-Bretagne et l'*American Nurses Association* aux États-Unis. Une telle institution existe aussi dans des pays en voie de développement. Cette initiative passe inéluctablement par l'accélération de la mise en œuvre et de l'application du système LMD aux études de l'infirmier dans notre pays. Alors que 2015 a été l'année de la première promotion d'infirmiers lauréats de Master ; faudra-t-il attendre trois à quatre ans, avant de voir les premiers professeurs avec le degré PhD.

2. Groupes Balint

Les groupes Balint ont été introduits par le médecin et psychanalyste hongrois Michael Balint. Les groupes ne dépassent pas quinze participants et sont animés par un psychiatre, psychanalyste ou un psychothérapeute. Le travail est principalement centré sur la relation soignant-soigné. Balint trouve que dans cette relation, la personnalité du soignant agit comme un médicament. Il doit apprendre à *se prescrire* à la bonne dose, sinon la survenue d'effets secondaires est possible. L'objectif de Balint était par ailleurs de mieux former les professionnels de santé face aux problèmes psychologiques rencontrés au cours de leur travail, après avoir constaté l'échec des cours magistraux dans ce domaine. [6] Les participants à des groupes Balint acquièrent de l'assurance, ainsi qu'une capacité d'écoute et de compréhension très bénéfique pour leur exercice professionnel. [17]

C. Sur le plan organisationnel

1. Enseignement

Presque la moitié (49%) de nos participants n'ont jamais entendu parler du burnout. Ce constat je l'ai aussi remarqué chez une bonne partie de mes amis et collègues de médecine, quand ils me demandaient le sujet de thèse sur lequel je travaillais. Au fait, les futurs infirmiers devraient pouvoir découvrir qu'ils ne sont pas tout-puissants et qu'ils vont vivre des moments délicats surtout avec des patients en situation critique (patients en oncologie, polytraumatisés...) et que cela aurait de l'impact sur leur vécu. Ils devraient donc connaître le syndrome et ses conséquences. Il faudrait également insister sur l'importance de se soigner et de considérer ses propres sentiments. Apprendre aux étudiants comment améliorer leur relation avec le malade, par des cours de psychologie par exemple, pourrait avoir un effet bénéfique sur leur future pratique.

2. Organisation du travail [60]

L'organisation du travail a un impact important dans la lutte préventive contre le burnout. Même s'il peut exister des situations spécifiques, le burnout est aussi une affaire collective. En réduisant les facteurs de stress liés aux dysfonctionnements organisationnels, on permet aux personnes ayant directement en charge le malade de donner le meilleur d'eux-mêmes ; c'est pourquoi la connaissance du burnout ne doit pas être réservée aux seuls soignants. Outre la direction hospitalière, l'ensemble du corps administratif de l'hôpital qui doivent aussi connaître ce problème particulier, la part institutionnelle, politique et juridique occupe une place considérable dans la réduction de ce phénomène. Des mesures d'ordre organisationnel paraissent ainsi primordiales, telles que :

- L'amélioration de la protection sociale des infirmiers ;
- La reconnaissance du syndrome d'épuisement professionnel comme maladie professionnelle ;
- L'instauration d'une prise en charge psychologique dédiée aux professionnels de santé ;
- L'instauration de l'arrêt de travail de courte durée en cas de burnout.

La prise en charge consiste également à développer des structures d'écoute, d'accompagnement, ainsi que des consultations spécifiques et adaptées. Elle nécessite le développement de dispositifs d'aide juridique, de protection et de répression face aux atteintes à la sérénité professionnelle des infirmiers.

XI. LES CRITIQUES PORTEES AU BURNOUT

Les critiques portées au burnout sont d'ordre structural, clinique, diagnostique et institutionnel. Et étonnamment le terme de burnout n'appartient pas à la nosographie psychiatrique telle qu'elle apparaît dans les classifications internationales des troubles mentaux. Ses critères diagnostiques sont encore très discutés. [84] En psychiatrie plus qu'ailleurs, la

différence entre un état normal ou passager et une maladie est complexe. Vis-à-vis des symptômes psychiatriques même les plus inhabituels comme les idées délirantes, on peut décrire, sans forcément les opposer, deux approches : une vision plutôt psychosociale qui considère que les symptômes sont sur un continuum et une vision plus médicale en « présence versus absence » du diagnostic, cherchant à décrire les maladies avec le souci de ne soigner que les personnes en ayant besoin. Ainsi, les partisans des dites critiques arguent que les définitions données du burnout laissent à penser qu'il s'agit, au vu ses symptômes, d'une forme préliminaire de dépression. Ils rajoutent que la dépression est une entité clinique bien définie dont les composantes symptomatiques sont bien établies, alors que le burnout reste encore très flou quant à ses manifestations. [84] Il pourrait aussi s'agir d'un « Trouble de l'adaptation avec humeur dépressive » ou encore d'une pathologie mixte associant ces deux maladies.

L'épuisement émotionnel, tel que décrit dans le burnout, peut se produire dans des contextes divers et ne se résume pas au domaine du travail ; les mêmes symptômes peuvent se retrouver dans différentes circonstances de la vie personnelle : maladies sévères, charge des enfants ou d'une personne handicapée à la maison ou encore en tant qu'étudiant, et même des retraités ou des chômeurs pourraient souffrir de ces symptômes d'épuisement. Qui plus est, certains auteurs ont montré qu'il était plus associé au trouble dépressif plus que les deux autres dimensions du burnout. Dans une étude enrôlant 5575 participants, Bianchi et al a trouvé que plus de 90% des sujets définis comme épuisés professionnellement répondaient à certains critères de la dépression. Pourquoi donc ne pas considérer le trouble dépressif comme une entité du syndrome ?! [83,84,90]

L'élaboration du MBI est elle aussi critiquée. Lors de la conceptualisation de leur modèle, Maslach et Jackson se sont basés sur une analyse factorielle et pas une observation clinique solide. Un autre problème se pose fortement, celui des seuils des niveaux de chaque dimension vu que Maslach et Jackson ont séparé leur échantillon (11.067 personnes) en trois groupes équivalents. Le tiers de personnes enrôlés qui avaient les scores les plus élevés représentaient la fourchette du niveau élevé, le tiers suivant, la fourchette du niveau modéré et le dernier tiers, la fourchette du niveau bas. [6] Aujourd'hui, les auteurs français n'utilisent pas les mêmes seuils prédéfinis par Maslach. Un autre débat concerne la dimension de la baisse de l'accomplissement personnel dont les propriétés psychométriques seraient moins bonnes et qui, en fait, ne devrait pas être considérée comme faisant partie du burnout. [88] Enfin, dans le cas d'une utilisation en score global, la pondération des dimensions ne devrait pas être égale ; Bianchi, par exemple, pondère l'épuisement émotionnel par 0,6 alors que la dépersonnalisation est pondérée 0,4 sur l'argument que l'épuisement émotionnel est la dimension la plus importante du burnout en se référant aux travaux de Maslach et d'Ahola. [58]

En outre, la vision médicale de toute maladie définissant des diagnostics et des seuils sert de base à la prise en charge de ces problèmes par les assurances maladies qui, dans la plupart des pays, ne prennent en charge que des « maladies ». Ces critères diagnostiques se doivent donc d'être suffisamment précis pour pouvoir amener à des décisions, pouvant elles-mêmes être contestées. S'ajoute au contexte des assurances maladies la question des maladies dites professionnelles dont les causes sont les conditions de travail et dont les modalités de prise en charge diffèrent des maladies contractées hors de ce contexte. Au fait, avec les taux élevés de burnout, s'il devient une maladie professionnelle, qui va payer ? Compte tenu de l'état des comptes de la sécurité sociale, et au regard de l'expérience de la Suède ; en 1997, ce pays scandinave a introduit l'épuisement professionnel en tant que maladie professionnelle lors de la traduction en suédois de la CIM-10 quand le code Z73.0 « Surmenage : état d'épuisement » a été considéré comme un véritable diagnostic donnant droit à un traitement et une prise en charge médicale. Cette décision est interprétée par Friberg [89] comme une réponse à l'insécurité émotionnelle causée par les bouleversements sociétaux dans ce pays. Ceci a permis de classer des comportements jusqu'alors inconnus et des expériences plutôt vagues en relation avec ces problèmes, dans une catégorie « médicale » qui en constituait en quelques sortes une réponse. Ce faisant, le burnout est devenu en Suède l'un des cinq diagnostics les plus fréquents et ; y est qualifié de maladie nationale dont le coût est très élevé à cause des arrêts de travail de longue durée qu'il entraîne. De ce fait, la sécurité sociale suédoise a remis en cause un tel diagnostic quand il est porté par ces médecins généralistes arguant que les critères en sont trop vagues et exige actuellement, pour sa prise en charge, sa reconnaissance par un psychiatre pour le prendre en compte.

Pour conclure, les « anti-burnout » croient qu'il ne serait pas pertinent d'ajouter un nouveau concept permettant un diagnostic supplémentaire. Le trouble dépressif suivant les critères DSM-5 recouvrant 90 % des personnes identifiées « burnout », et en complément, le trouble de l'adaptation à humeur dépressive paraissent suffisants. [84]

XII. NOTRE ETUDE

A. Comparaison de la prévalence du burnout

1. Professionnels du CHU de Marrakech

La comparaison des résultats du MBI chez les professionnels du CHU de Marrakech a montré que :

- Nos infirmiers étaient les plus exposés à la baisse de l'accomplissement personnel par rapport aux autres professionnels ;
- La dépersonnalisation touchait plus les résidents et les internes, tandis que nos infirmiers avaient le taux le plus bas ;
- Le taux d'épuisement émotionnel chez nos infirmiers était proche de celui des professeurs et des étudiants, alors qu'il était plus élevé chez les médecins résidents et internes.

Tableau 27 : Comparaison des niveaux pathologiques du burnout chez les infirmiers avec ceux des professeurs, des résidents, des internes et des étudiants du CHU de Marrakech

Population étudiée	Echantillon	Année	Auteur	Pays	Burnout		
					EE élevé	DP élevé	AP bas
Professeurs du CHU de Marrakech [109]	29	2006	A. Benhmidoun	Maroc	38%	45%	28%
Médecins résidents du CHU de Marrakech [109]	77	2006	A. Benhmidoun	Maroc	64%	53%	16%
Médecins internes du CHU de Marrakech [109]	14	2006	A. Benhmidoun	Maroc	79%	57%	14%
Etudiants de la faculté de médecine de Marrakech [109]	240	2008	A. Bounsir	Maroc	39,5%	29%	18,5%
Infirmiers du CHU de Marrakech	175	2016	Notre étude	Maroc	41,1%	25,7%	32,6%

2. Infirmiers du monde

Des études menées auprès des infirmiers dans les quatre points de la planète ont montré des résultats variés (tableau 28) :

Comparant nos résultats avec les pays du pourtour méditerranéen, le niveau d'épuisement émotionnel chez les infirmiers du CHU de Marrakech était très proche des infirmiers exerçant dans les hôpitaux de la bande de Gaza et ceux des urgences des hôpitaux de la Grèce (44,9% ; 41,8% respectivement) ; mais très élevé par rapport aux infirmiers de l'Espagne (9,5%).

Dans des pays où le niveau et la qualité de vie seraient plus élevés, le taux se rapprochait du nôtre au Singapour (39%) et était plus élevé en Grande Bretagne et en Australie (56,1% et 51,6% respectivement).

La dépersonnalisation était plus élevée chez les infirmiers de la bande de Gaza (53,6%), de la Grèce (49%) et faible chez les infirmiers de la région madrilène en Espagne (13,2%). Au CHU de Marrakech, elle était de 25,7%, ce qui concordait avec des résultats obtenus au Brésil (25%).

Notre score de la baisse de l'accomplissement personnel se rapprochait de celui trouvé chez les infirmiers d'Ouarzazate (32,6%) et du Brésil (29,3%), plus élevé par rapport aux résultats obtenus en Espagne (16,1%), alors qu'il était plus bas par rapport aux études menées en Grèce (49,7%) en Palestine (58,4%) au Singapour (59%) en Australie (55,2%) et surtout celle de l'Iran (95,7%).

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

Tableau 28 : Comparaison des niveaux pathologiques du burnout chez les infirmiers du CHU de Marrakech et ceux des infirmiers du monde

Population étudiée	échantillon	Année	Auteur	Pays	Burnout		
					EE élevé	DP élevé	AP bas
Infirmiers en santé mentale [91]	93	2004	R. Jenkins et P. Elliott	Grande Bretagne	51,6%	37,6%	60,2%
Infirmiers du CHP d'Ouarzazate [92]	102	2008	M. Boute	Maroc	74,5%	17,6%	34,3%
Infirmiers du CHU de Shahrekord [93]	140	2009	J. Moghaddasi et al.	Iran	34,6%	28,8%	95,7%
Infirmiers des services d'urgences [94]	213	2011	Stathopoulou et al.	Grèce	41,8%	50,7%	49,3%
Infirmiers des hôpitaux de Gaza [95]	1330	2013	B.I. Alhajjar	Palestine	44,9%	53,6%	58,4%
Infirmiers des services chirurgicaux [96]	188	2012	V. F. Ribeiro et al.	Brésil	42,6%	25%	29,3%
Infirmiers du pré-hospitalier de Madrid [97]	127	2014	Bernaldo de Quiros et al.	Espagne	9,5%	13,2%	16,1%
Infirmiers du CHU général du Singapour [98]	1830	2016	S. Y. Ang et al.	Singapour	39%	40%	59%
Infirmiers des services d'oncologie [99]	230	2016	K. Mcmillan et al.	Australie	56,1%	54,8%	55,2%
Infirmiers du CHU de Marrakech	175	2016	Notre étude	Maroc	41,1%	25,7%	32,6%

B. Facteurs influençant le burnout

1. Le genre

Nos résultats montrent que le burnout est corrélé au genre, il touchait les hommes plus que les femmes : 38% des hommes contre 20% des femmes pour la dépersonnalisation et 43,6% des hommes contre 27,5% des femmes pour l'accomplissement personnel ($p=0.009$ et $p=0.024$ respectivement). Ce constat est en concordance avec les conclusions de Maslach et al (2001). [4]

2. L'âge

Des auteurs ont montré que l'âge est un facteur de risque à la survenue du burnout (Patrick et Lavery, 2007 ; Spooner-Lane et Patton, 2007) [102,103] ; tandis que d'autres auteurs pensent le contraire, arguant alors que le burnout est plutôt associé aux conditions de travail ((Leiter et Maslach, 1999 ; Maslach et al, 2001). Dans notre étude, 89% des infirmiers étaient âgés moins de 35 ans. Et 56,9% des épuisés émotionnellement étaient âgés entre 25 et 35 ans ($p=0.019$).

3. La situation familiale

Maslach et al (2001) et Schaufeli et Enzmann (1998) ont montré que le burnout est plus élevé chez les infirmiers célibataires et surtout les hommes. [4,101] Dans notre série, les participants mariés étaient plus touchés par l'épuisement émotionnel ($p=0,048$). Ceci ne concorde pas avec les données de la littérature qui arguent que le burnout est moins présent chez les personnes mariées. Quant à la vie familiale avec des enfants, la majorité (61,3%) de nos infirmiers mariés ayant des enfants, présentaient un niveau élevé d'épuisement émotionnel ($p=0,005$). Or, la baisse de l'accomplissement personnel touchait plutôt les infirmiers sans enfant ($p=0,021$) ; rejoignant ainsi les données de la littérature. [4,101] Nos résultats apparaissent discordants, d'autant plus que tous nos infirmiers célibataires n'avaient pas d'enfants à charge. L'explication réside, d'une part, dans le fait qu'une partie de nos participants mariés n'avaient pas d'enfants en foyer ; et qui ont présenté, en même temps, un niveau élevé d'épuisement émotionnel, et d'autre part, ceci pourrait être expliqué par la non homogénéité des trois composantes du syndrome. En tout cas, ces données s'opposent à la théorie d'installation du syndrome : le burnout est dû à un stress chronique et répété dans le domaine de travail, alors que la vie privée reste à part. [22]

4. L'ancienneté

Selon certains auteurs, le burnout (et en particulier la dépersonnalisation) diminuerait avec l'ancienneté professionnelle. [74] Il y aurait un pic d'incidence en début de carrière, précisé à moins de 5 ans d'activité. Et les infirmiers qui ont plus de 5 ans d'expérience présenteraient un niveau bas de burnout [105,106] Ces données concordent avec nos résultats.

5. La spécialité

Les infirmiers polyvalents, qui représentaient 78% de notre échantillon, avaient un épuisement émotionnel et une dépersonnalisation plus élevés par rapport aux autres infirmiers

(résultats significatifs, $p=0,006$; $p=0,024$ respectivement). Ce constat peut être expliqué par le fait que les infirmiers polyvalents ont souvent une formation pluridisciplinaire, mais non approfondie, avec des tâches de travail mal définies, chose qui serait parmi les facteurs de risque majeurs. Par ailleurs, certains auteurs ont trouvé que les sages-femmes sont plus exposées au burnout, surtout la baisse de l'accomplissement personnel. [39] Dans notre étude, 90,9% des sages-femmes souffraient d'un niveau élevé d'épuisement émotionnel, alors que 53,8% de nos infirmiers en psychiatrie présentaient un niveau élevé d'épuisement émotionnel et 61,5% d'entre eux présentaient aussi un niveau élevé de dépersonnalisation ($p=0,006$; $p=0,024$ respectivement). Dans une étude menée en Tunisie, Halayem-Dhouib et al a trouvé que 35,8% des infirmiers en psychiatrie présentaient un niveau élevé d'épuisement émotionnel. De plus, leurs scores des trois dimensions étaient plus élevés par rapport aux autres professionnels de santé mentale (les résidents et les praticiens hospitalo-universitaires). [107]

6. Le service

Dans notre série, les infirmiers dans les urgences avaient plus de burnout. Adriaenssens et al – qui a mené une revue de la littérature de 25 ans de recherche auprès des infirmiers des urgences – a conclu que la moyenne des niveaux pathologiques était : 26% d'épuisés émotionnels, 35% souffraient de dépersonnalisation et 27% avaient un niveau bas d'accomplissement personnel. [19] Dans notre étude, les infirmiers des urgences étaient la catégorie la plus touchée par le burnout. De fait, les urgences est un lieu d'exercice assez particulier, « propice au burnout », avec des patients exigeants et des situations qui demandent autant d'investissement émotionnel.

7. L'horaire

Selon Garcia-Izquierdo et Rios-Risquez, travailler la nuit est lié à une diminution de l'accomplissement personnel ($p<0,5$). Dans notre enquête, ce sont les travailleurs de la journée qui étaient touchés de burnout, mais sans lien significatif. [108] En fait, l'impossibilité de distribuer les questionnaires aux infirmiers qui faisaient les gardes de nuit, nous a empêchés d'en avoir un nombre plus important dans notre enquête.

8. Les conditions de travail

Liu et al a trouvé que l'amélioration des conditions de travail réduit l'insatisfaction et le burnout des infirmiers. [104] Dans notre étude, les deux premières causes citées par la majorité de nos participants, étaient la surcharge de travail et la mauvaise organisation du service (75% et 66% respectivement).

XIII. LES LIMITES DE L'ETUDE

Notre étude a cependant quelques limites.

1) Le concept du burnout

Le burnout est un processus ou un état complexe dont les origines et mécanismes sont multiples et dépendants entre eux. Nous avons vu qu'il en existe de nombreuses définitions. L'échelle MBI n'offre d'ailleurs pas de score qui tranche entre absence ou présence de burnout. Cette échelle ne sert donc pas à faire un dépistage de ce syndrome. Il est ainsi difficile de faire une enquête épidémiologique sur ce sujet, puisqu'il est impossible d'avoir des interprétations rigoureuses.

En revanche, Les résultats de notre étude permettent cependant de donner une orientation sur l'existence du burnout chez les infirmiers de notre CHU.

2) Les modalités de l'enquête

1. Etude transversale

L'enquête a été réalisée durant les mois de mai et juin 2016. Au début de la saison estivale, la charge de travail est en principe moindre qu'en hiver. Le degré de burnout pourrait donc être plus élevé en hiver. Seulement une étude longitudinale aurait permis de suivre l'évolution du burnout au cours du temps. Nous avons réalisé une étude transversale. Nos résultats ne peuvent donc pas être généralisés pour toute l'année. Notons aussi que notre étude nous a permis d'évaluer le burnout et de trouver un lien significatif entre quelques-uns des paramètres et ce syndrome, mais comme il s'agit d'une étude transversale, nous ne pouvons pas établir un lien de cause à effet. Il est donc impossible de préciser si les paramètres associés sont la cause ou la conséquence du burnout.

2. Questionnaire

Concernant le MBI, nous avons utilisé la traduction française de Fontaine. [14] Cependant, l'ordre des items d'origine ne correspond pas à l'ordre des trois dimensions, nous l'avons donc modifié ; commençant logiquement par les items de l'épuisement émotionnel suivis par ceux de la dépersonnalisation et terminant par l'accomplissement personnel. Ceci a été pensé, à dire vrai, dans le souci de nous faciliter la tâche lors de la saisie de données.

De plus, quitte à une mal compréhension du contenu du MBI, nous avons décidé de modifier la formulation de trois items comme suit :

- **Item 5 original** « Je sens que je craque à cause de mon travail »
- **Item 5 modifié** « Je sens que je m'effondre nerveusement à cause de mon travail »
- **Item 9 original** « Je me sens au bout du rouleau ;

- **Item 9 modifié** « Je me sens moralement épuisé et découragé »
- **Item 20 original** « Je me sens ragaillardi(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes malades »
- **Item 20 modifié** « Je me sens stimulé(e) lorsque je travaille en contact étroit avec mes patients ».

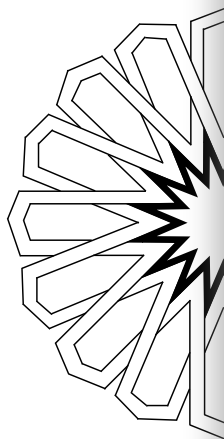
Pourtant, quelques participants ont rajouté un point d'interrogation à leur réponse pour d'autres questions. Le reste du questionnaire, visant à trouver des paramètres corrélés au burnout, a été conçu après la réalisation d'une revue de littérature, mais il ne s'agit pas d'un outil de mesure validé.

3. Subjectivité des réponses

Un auto-questionnaire ne peut pas permettre une évaluation objective du burnout. Un sujet souffrant de burnout peut ne pas répondre objectivement au questionnaire (voulant par exemple nier sa souffrance). Qui plus est, nous avons parfois posé des questions délicates (par exemple la consommation de tabac, d'alcool ou de psychotropes ; idées suicidaires). L'anonymat du questionnaire a pu favoriser l'honnêteté des réponses.

4. Biais de sélection

Il est possible que les infirmiers ayant un burnout élevé n'aient pas répondu au questionnaire par manque d'énergie, de motivation ou par évitement ; et inversement, certains participants auraient pu participer activement. Nos résultats seraient ainsi sous ou sur exprimés.



CONCLUSION

Le burnout chez les infirmiers reste l'un des thèmes de recherche où l'on peut voir impliqués, pas seulement les psychiatres chercheurs, mais aussi les psychologues et les infirmiers chercheurs. C'est un sujet fascinant englobant à la fois les avis et les travaux de trois entités scientifiques différentes visant toutes l'amélioration de la compréhension du syndrome.

Nous avons réalisé cette étude dans le but de savoir si les infirmiers du CHU de Marrakech sont concernés par le burnout, puisque aucune étude n'a encore été faite à ce sujet dans ledit CHU. Notre étude a montré que le burnout est une réalité dans le CHU de Marrakech. Ce n'est plus un mythe ni une prédiction, puisque nos résultats annoncent que plus de la moitié d'entre eux en souffrent. Ce chiffre alarmant, situé parmi les plus hauts niveaux d'épuisement professionnel décrits dans la littérature, appelle à une réflexion si foncière à ce sujet. De cela découle notre second objectif, consistant à identifier les différents facteurs de risque du burnout. Les résultats de notre étude révèlent que les principaux facteurs associés au burnout relèvent essentiellement du genre masculin, l'exercice dans les services des urgences (surtout les sages-femmes aux urgences obstétricales). Le facteur protecteur que l'on a pu trouver avec certitude est l'ancienneté. Enfin, et dans le cadre de notre troisième objectif, nous avons souhaité dépasser le cadre du constat pour évoluer dans une discussion détaillée vers des propositions de mesures préventives concrètes, visant l'amélioration de la qualité des soins en prenant tout d'abord soin de la personne du soignant : l'infirmier. Les données de la littérature indiquent qu'il faudrait insister sur l'optimisation de l'organisation du travail et sur la motivation du personnel en assurant une rémunération à la hauteur de son engagement personnel dans une profession aussi particulière. Toutefois, dans une optique d'anticipation de l'aggravation du degré de burnout, une des pistes préventives se situerait au niveau de la combinaison des différentes approches thérapeutiques (individuelles, collectives et organisationnelles) détaillées dans notre travail. Ainsi, une bonne communication s'avère nécessaire et urgente, aussi bien à un niveau horizontal (entre collègues) qu'à un niveau vertical (avec les chefs de services et les responsables administratifs). L'élaboration d'un programme d'amélioration des conditions de travail peut être, dans un second temps, proposée aux décideurs administratifs et financiers. En réalité, il semble plus facile et moins coûteux de changer les personnes plutôt que les conditions de travail. C'est pour cela que la plupart des programmes de prévention sont centrés sur l'individu qui doit apprendre, en dépit de toutes ces contraintes externes, à se connaître, à s'adapter aux différentes situations, à gérer son stress et à augmenter ses ressources.

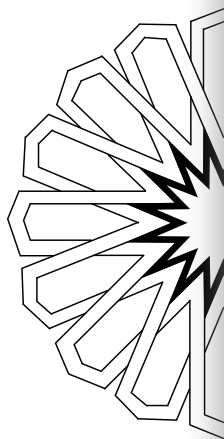
En revanche, il faut rester prudent dans l'interprétation de nos résultats puisqu'une étude transversale ne permet pas d'affirmer un lien de cause à effet. Il serait ainsi intéressant, lors d'une prochaine étude, de faire une étude longitudinale pour pouvoir suivre l'évolution de ce syndrome au cours du temps. Qui plus est, mener des recherches à propos du burnout auprès du personnel de chaque spécialité infirmière, à part, serait fort apprécié.

La profession infirmière comporte un fort aspect relationnel et une interaction permanente avec les émotions des patients. L'infirmier est la personne la plus proche du patient, de sa souffrance, de sa famille et de leurs attentes. Quant aux attentes des infirmiers, elles sont nombreuses ; ils demandent des conditions de travail adéquates, de la reconnaissance et de la revalorisation du métier. Cette revalorisation passe aussi par la création de l'ordre des infirmiers. Cette institution morale verrait le jour prochainement, ainsi que la création d'une instance savante responsable de la validation et la publication des recherches des sciences de l'infirmier est également un autre aspect de cette revalorisation.

Walt Whitman, l'un des piliers de la poésie américaine du XIXe siècle, et est considéré comme le père du vers libre dans la littérature anglaise, a écrit :

*Je me faufile à travers les hôpitaux,
La douleur et les blessés que je calme avec la main apaisante,
Je suis assis près de l'agité, toute la nuit,
Certains sont si jeunes, certains souffrent tellement,
Je me rappelle de cette expérience, douce et triste.*

Walt Whitman était infirmier.



ANNEXES

AUTO-QUESTIONNAIRE D’EVALUATION DU BURNOUT CHEZ LES INFIRMIERS DU CHU DE MARRAKECH

Les données recueillies sont strictement anonymes et confidentielles

Responsables :

Pr. F. MANOUDI

My Khatri BEN MOUSSA

Données personnelles et professionnelles

1. Genre : Masculin ☐ Féminin ☐
2. Age : Moins de 25 ans ☐ 25 – 35 ans ☐ 36 – 45 ans ☐
46 – 55 ans ☐ Plus de 55 ans ☐
3. Statut matrimonial : Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Veuf(ve) ☐
4. Nombre d'enfants à charge : 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ Plus de 2 ☐
5. Ancienneté dans votre profession :
Moins d'un an ☐ 1 – 5 ans ☐
6 – 10 ans ☐ 11 – 20 ans ☐ Plus de 20 ans ☐
6. Cela fait combien de temps que vous travaillez dans le CHU de Marrakech ?
Moins d'un an ☐ 1 – 5 ans ☐
6 – 10 ans ☐ Plus de 10 ans ☐
7. Votre grade : Infirmier(ère) diplômé(e) d'Etat ☐ Infirmier(ère) breveté(e) ☐
8. Précisez votre spécialité :

Infirmier(ère) polyvalent(e)	
Infirmier(ère) en soins d'urgence et soins intensifs	
Infirmier(ère) en anesthésie-réanimation	
Infirmier(ère) en psychiatrie	
Sage-femme	

Technicien(ne) de radiologie	
Technicien(ne) de laboratoire	
Technicien(ne) d'hygiène du milieu	
Technicien(ne) de statistiques	
Kinésithérapeute	
Préparateur(rice) en pharmacie	

Psychomotricien(ne)	
Orthophoniste	
Orthoptiste	
Diététicien(ne)	
Assistant(e) social(e)	

9. Vous travaillez :
Les nuits plus que les jours ☐ Les jour plus que les nuits ☐
Autant de jours que de nuits ☐
10. Vous êtes actuellement dans :
Service médical ☐ Service chirurgical ☐ Réanimation ou soins intensifs ☐
Bloc opératoire ☐ Urgences ☐ Laboratoire ☐ Autre ☐
11. Comment jugez-vous votre horaire de travail ?
Très satisfaisant ☐ Satisfaisant ☐ Insatisfaisant ☐

12. Comment jugez-vous le climat où vous travaillez ?

Très bien ☐ Bien ☐ Mauvais ☐

13. Est-ce que vous avez l'impression de gérer votre travail selon votre propre vision ?

OUI ☐ NON ☐

14. Pratiquez-vous régulièrement du sport ? OUI ☐ NON ☐

15. Avez-vous d'autres loisirs ? OUI ☐ NON ☐

16. Avez-vous le temps pour pratiquer du sport ou autre loisir que vous désirez ?

OUI ☐ NON ☐

17. Antécédents personnels psychiatriques : OUI ☐ NON ☐

18. Si oui, précisez : Dépression ☐ Trouble anxieux ☐

Autre(s).....

19. Avez-vous entendu parler du burnout ou syndrome d'épuisement professionnel ?

OUI ☐ NON ☐

Maslach Burnout Inventory MBI

20. Cochez la proposition correspondant à votre réponse

1) Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail

- ☐ Jamais
- ☐ Quelques fois par an
- ☐ Une fois par mois
- ☐ Quelques fois par mois
- ☐ Une fois par semaine
- ☐ Quelques fois par semaine
- ☐ Tous les jours

2) Je me sens à bout à la fin d'une journée de travail

- ☐ Jamais
- ☐ Quelques fois par an
- ☐ Une fois par mois
- ☐ Quelques fois par mois
- ☐ Une fois par semaine
- ☐ Quelques fois par semaine
- ☐ Tous les jours

3) Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail

- ☐ Jamais
- ☐ Quelques fois par an
- ☐ Une fois par mois
- ☐ Quelques fois par mois
- ☐ Une fois par semaine
- ☐ Quelques fois par semaine
- ☐ Tous les jours

4) Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort

- ☐ Jamais
- ☐ Quelques fois par an
- ☐ Une fois par mois
- ☐ Quelques fois par mois
- ☐ Une fois par semaine
- ☐ Quelques fois par semaine
- ☐ Tous les jours

5) Je sens que je m'effondre nerveusement à cause de mon travail

- ☐Jamais
- ☐Quelques fois par an
- ☐Une fois par mois
- ☐Quelques fois par mois
- ☐Une fois par semaine
- ☐Quelques fois par semaine
- ☐Tous les jours

6) Je me sens frustré(e) par mon travail

- ☐Jamais
- ☐Quelques fois par an
- ☐Une fois par mois
- ☐Quelques fois par mois
- ☐Une fois par semaine
- ☐Quelques fois par semaine
- ☐Tous les jours

7) Je sens que je travaille « trop dur » dans mon travail

- ☐Jamais
- ☐Quelques fois par an
- ☐Une fois par mois
- ☐Quelques fois par mois
- ☐Une fois par semaine
- ☐Quelques fois par semaine
- ☐Tous les jours

8) Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop

- ☐Jamais
- ☐Quelques fois par an
- ☐Une fois par mois
- ☐Quelques fois par mois
- ☐Une fois par semaine
- ☐Quelques fois par semaine
- ☐Tous les jours

9) Je me sens moralement épuisé et découragé

- ☐Jamais
- ☐Quelques fois par an
- ☐Une fois par mois
- ☐Quelques fois par mois
- ☐Une fois par semaine
- ☐Quelques fois par semaine
- ☐Tous les jours

10) Je sens que je m'occupe de certains malades de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets

- ☐Jamais
- ☐Quelques fois par an
- ☐Une fois par mois
- ☐Quelques fois par mois
- ☐Une fois par semaine
- ☐Quelques fois par semaine
- ☐Tous les jours

11) Je suis devenu(e) plus « insensible » aux gens depuis que j'ai ce travail

- ☐Jamais
- ☐Quelques fois par an
- ☐Une fois par mois
- ☐Quelques fois par mois
- ☐Une fois par semaine
- ☐Quelques fois par semaine
- ☐Tous les jours

12) Je crains que ce travail m'endurcisse émotionnellement

- ☐Jamais
- ☐Quelques fois par an
- ☐Une fois par mois
- ☐Quelques fois par mois
- ☐Une fois par semaine
- ☐Quelques fois par semaine
- ☐Tous les jours

13) Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes malades

- ☐Jamais
- ☐Quelques fois par an
- ☐Une fois par mois
- ☐Quelques fois par mois
- ☐Une fois par semaine
- ☐Quelques fois par semaine
- ☐Tous les jours

14) J'ai l'impression que mes malades me rendent responsable de certains de leurs problèmes

- ☐Jamais
- ☐Quelques fois par an
- ☐Une fois par mois
- ☐Quelques fois par mois
- ☐Une fois par semaine
- ☐Quelques fois par semaine
- ☐Tous les jours

15) Je peux comprendre facilement ce que mes malades ressentent

- ☐Jamais
- ☐Quelques fois par an
- ☐Une fois par mois
- ☐Quelques fois par mois
- ☐Une fois par semaine
- ☐Quelques fois par semaine
- ☐Tous les jours

16) Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes malades

- ☐Jamais
- ☐Quelques fois par an
- ☐Une fois par mois
- ☐Quelques fois par mois
- ☐Une fois par semaine
- ☐Quelques fois par semaine
- ☐Tous les jours

17) J'ai l'impression, à travers mon travail, d'avoir une influence positive sur les gens

- ☐ Jamais
- ☐ Quelques fois par an
- ☐ Une fois par mois
- ☐ Quelques fois par mois
- ☐ Une fois par semaine
- ☐ Quelques fois par semaine
- ☐ Tous les jours

18) Je me sens plein(e) d'énergie

- ☐ Jamais
- ☐ Quelques fois par an
- ☐ Une fois par mois
- ☐ Quelques fois par mois
- ☐ Une fois par semaine
- ☐ Quelques fois par semaine
- ☐ Tous les jours

19) J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes malades

- ☐ Jamais
- ☐ Quelques fois par an
- ☐ Une fois par mois
- ☐ Quelques fois par mois
- ☐ Une fois par semaine
- ☐ Quelques fois par semaine
- ☐ Tous les jours

20) Je me sens stimulé(e) lorsque je travaille en contact étroit avec mes patients

- ☐ Jamais
- ☐ Quelques fois par an
- ☐ Une fois par mois
- ☐ Quelques fois par mois
- ☐ Une fois par semaine
- ☐ Quelques fois par semaine
- ☐ Tous les jours

21) J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail

- ☐ Jamais
- ☐ Quelques fois par an
- ☐ Une fois par mois
- ☐ Quelques fois par mois
- ☐ Une fois par semaine
- ☐ Quelques fois par semaine
- ☐ Tous les jours

22) Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement

- ☐ Jamais
- ☐ Quelques fois par an
- ☐ Une fois par mois
- ☐ Quelques fois par mois
- ☐ Une fois par semaine
- ☐ Quelques fois par semaine
- ☐ Tous les jours

Les facteurs de risque et de protection

21. A votre avis, qui serait (seraient) la (les) cause(s) derrière le stress au travail ?

Surcharge de travail ☐

Pression administrative ☐

Mauvaise organisation du service ☐

Manque de temps à consacrer aux malades ☐

Manque de respect de la part des malades ou leurs familles ☐

Dévalorisation de la profession par la société ☐

Conflits avec les collègues ☐

Effectif réduit du personnel ☐

Manque de moyens au sein du CHU ☐

Rapport salaire/effort insatisfaisant ☐

Autre(s)

.....
.....

22. Est-ce que vous recevez du soutien en cas de besoin ? OUI ☐ NON ☐

23. Si oui, de la part de vos collègues ☐ de votre famille ☐ des amis ☐ autres ☐

Les conséquences du stress au travail

24. Heures de sommeil en moyenne par nuit :

Moins de 4 heures ☐

4 – 5 heures ☐

5 – 6 heures ☐

Plus de 6 heures ☐

25. Consommez-vous du tabac ? OUI ☐ NON ☐

26. Si oui, cigarettes par jour en moyenne :

Moins de 10 cigarettes ☐

10 – 20 cigarettes ☐ Plus de 20 cigarettes ☐

27. Consommez-vous de l'alcool ? OUI ☐ NON ☐

28. Si oui, plus de 3 verres d'alcool en une journée :

Jamais ☐

Une fois par an ☐

Une fois par mois ☐

Une fois par semaine ☐

Pus d'une fois par semaine ☐

29. Avez-vous déjà eu recours à un psychiatre/psychologue ? OUI ☐ NON ☐

30. Si non, pensez-vous que vous auriez dû y avoir recours ? OUI ☐ NON ☐

31. Consommez-vous ou avez-vous consommé... ?

Des antidépresseurs ☐

Des anxiolytiques ☐

Des hypnotiques ☐

Aucun ☐

32. Face à une situation stressante, vous avez tendance à vous tourner vers :

Aucun ☐

Tabac ☐

Alcool ☐

Cannabis ou autres drogues ☐

Médicaments psychotropes ☐

Autre :

33. Ce stress pourrait induire des symptômes : OUI ☐ NON ☐
34. Si oui, lequel (lesquels) ?
Troubles de sommeil ☐ Douleurs inexpliquées ☐ Palpitations ☐
Céphalées ☐ Autre(s), précisez :
35. Vous essayez d'éviter la source de ce stress : OUI ☐ NON ☐
36. Vos absences sont de plus en plus fréquentes : OUI ☐ NON ☐
37. Vous sentez que votre rendement professionnel est en baisse : OUI ☐ NON ☐
38. Est-ce que vous estimez que vous consacrez assez de temps à votre famille ?
OUI ☐ NON ☐
39. Est-ce que vous recevez des remarques négatives de la famille ou des amis sur votre disponibilité ? OUI ☐ NON ☐
40. Vous regrettez d'avoir choisi ce métier : OUI ☐ NON ☐
41. Avez-vous déjà eu l'idée de vous reconverter vers un autre métier ?
OUI ☐ NON ☐
42. Avez-vous déjà eu des idées suicidaires ? OUI ☐ NON ☐
43. Initialement, le travail était pour vous :
Engagement ou service à rendre à votre société ☐
Synonyme de succès et de prestige ☐
Simple instrument ☐
44. Actuellement, vous le considérez comme étant :
Engagement ou service à rendre à votre société ☐
Synonyme de succès et de prestige ☐
Simple instrument ☐

Suggestions et commentaires

45. Pensez-vous être «professionnellement épuisé(e)» ?
OUI ☐ NON ☐ PEUT-ETRE ☐
46. Pensez-vous que les mesures suivantes aient un intérêt pour prévenir le burnout ?
Diminution de la charge de travail ☐
Aide psychologique ☐
Pratique d'activités de loisir ☐
Autres solutions

.....

.....

.....

.....

.....

.....

47. Avez-vous des commentaires sur vos perspectives d'avenir, votre santé ou sur le questionnaire ?

Merci de les partager avec nous.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Merci d'avoir participé à ce questionnaire.

Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux DSM-5

Episode dépressif majeur

Critères diagnostiques

A. Au moins cinq des symptômes suivants doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée de deux semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.

Note : Ne pas inclure des symptômes qui sont manifestement imputables à une affection générale.

1. Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (sentiment de tristesse ou vide) ou observée par les autres (pleurs). **Note :** Éventuellement irritabilité chez l'enfant et l'adolescent.
2. Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours.
3. Perte ou gain de poids significatif (5%) en l'absence de régime, ou diminution ou augmentation de l'appétit tous les jours. **Note :** Chez l'enfant, prendre en compte l'absence de l'augmentation de poids attendue.
4. Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.
5. Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours.
6. Fatigue ou perte d'énergie tous les jours.
7. Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).
8. Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
9. Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

B. Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

C. Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance ou d'une affection médicale générale.

Note : Les critères A à C représentent un épisode dépressif majeur.

Note : La réponse normale et attendue en réponse à un événement impliquant une perte significative (ex : deuil, ruine financière, désastre naturel), incluant un sentiment de tristesse, de la rumination, de l'insomnie, une perte d'appétit et une perte de poids, peuvent ressembler à un épisode dépressif. La présence de symptômes tels que sentiment de dévalorisation, des idées suicidaires (autre que vouloir rejoindre un être aimé), un ralentissement psychomoteur, et un

altération sévère du fonctionnement général suggèrent la présence d'un épisode dépressif majeur en plus de la réponse normale à une perte significative.

D. L'épisode ne répond pas aux critères du troubles schizoaffectif et ne se superpose pas à une schizophrénie, à un trouble schizophréniforme, à un trouble délirant ou à une autre trouble psychotique.

E. Il n'y a jamais eu d'épisode maniaque ou hypomaniaque.

Note : Cette règle d'exclusion ne s'applique pas si tous les épisodes d'allure maniaque, mixte, ou hypomaniaque ont été induits par une substance ou par un traitement, ou s'ils sont dus aux effets physiologiques directs d'une affection médicale générale.

Classification Internationale des Maladies CIM-10

F32 Épisodes dépressifs

Dans les épisodes typiques de chacun des trois degrés de dépression – léger, moyen ou sévère – le sujet présente un abaissement de l'humeur, une réduction de l'énergie et une diminution de l'activité. Il existe une altération de la capacité à éprouver du plaisir, une perte d'intérêt, une diminution de l'aptitude à se concentrer, associées couramment à une fatigue importante, même après un effort minime. On observe habituellement des troubles du sommeil et une diminution de l'appétit. Il existe presque toujours une diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi et, fréquemment, des idées de culpabilité ou de dévalorisation, même dans les formes légères. L'humeur dépressive ne varie guère d'un jour à l'autre ou selon les circonstances et peut s'accompagner de symptômes dits « somatiques », par exemple d'une perte d'intérêt ou de plaisir, d'un réveil matinal précoce, plusieurs heures avant l'heure habituelle, d'une aggravation matinale de la dépression, d'un ralentissement psychomoteur important, d'une agitation, d'une perte d'appétit, d'une perte de poids et d'une perte de la libido. Le nombre et la sévérité des symptômes permettent de déterminer trois degrés de sévérité d'un épisode dépressif : léger, moyen et sévère.

Comprend : épisodes isolés de :

- dépression :
 - psychogène
 - réactionnelle
- réaction dépressive

À l'exclusion de : associés à un trouble des conduites en F91.– (F92.0)

trouble (de) :

- adaptation (F43.2)
- dépressif récurrent (F33.–)

F32.0 Épisode dépressif léger

Au moins deux ou trois des symptômes cités plus haut sont habituellement présents. Ces symptômes s'accompagnent généralement d'un sentiment de détresse, mais le sujet reste le plus souvent capable de poursuivre la plupart de ses activités.

F32.00 Épisode dépressif léger, sans syndrome somatique

F32.01 Épisode dépressif léger, avec syndrome somatique

F32.1 Épisode dépressif moyen

Au moins quatre des symptômes cités plus haut sont habituellement présents et le sujet éprouve des difficultés considérables à poursuivre ses activités usuelles. F32.10 Épisode dépressif moyen, sans syndrome somatique F32.11 Épisode dépressif moyen, avec syndrome somatique

F32.2 Épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques

Épisode dépressif dans lequel plusieurs des symptômes dépressifs mentionnés ci-dessus, concernant typiquement une perte de l'estime de soi et des idées de dévalorisation ou de

culpabilité, sont marqués et pénibles. Les idées et les gestes suicidaires sont fréquents et plusieurs symptômes « somatiques » sont habituellement présents.

Dépression	Agitée	Episode isolé sans
	Caractérisée	symptômes psychotiques
	Majeure	
	Vitale	

F32.3 Episode dépressif sévère avec symptômes psychotiques

Episode dépressif correspondant à la description d'un épisode dépressif sévère (F32.2) mais s'accompagnant par ailleurs d'hallucinations, d'idées délirantes ou d'un ralentissement psychomoteur ou d'une stupeur d'une gravité telle que les activités sociales habituelles sont impossibles ; il peut exister un danger vital en raison d'un suicide, d'une déshydratation ou d'une dénutrition. Les hallucinations et les idées délirantes peuvent être congruentes ou non congruentes à l'humeur.

Épisodes isolés de :

- dépression :
 - majeure [caractérisée] avec symptômes psychotiques
 - psychotique
- psychose dépressive :
 - psychogène
 - réactionnelle

F32.30 Episode dépressif sévère, avec symptômes psychotiques congruents à l'humeur

F32.31 Episode dépressif sévère, avec symptômes psychotiques non congruents à l'humeur

F32.8 Autres épisodes dépressifs

Dépression atypique

Épisodes isolés d'une dépression « masquée » SAI

F32.9 Episode dépressif, sans précision

Dépression SAI

Trouble dépressif SAI

F33 Trouble dépressif récurrent

Trouble caractérisé par la survenue répétée d'épisodes dépressifs correspondant à la description d'un tel épisode (F32.-), en l'absence de tout antécédent d'épisodes indépendants d'exaltation de l'humeur et d'augmentation de l'énergie (manie). Le trouble peut toutefois comporter de brefs épisodes caractérisés par une légère élévation de l'humeur et une augmentation de l'activité (hypomanie), succédant immédiatement à un épisode dépressif et parfois déclenchés par un traitement antidépresseur. Les formes graves du trouble dépressif récurrent (F33.2 et F33.3) présentent de nombreux points communs avec des concepts antérieurs comme ceux de dépression maniacodépressive, de mélancolie, de dépression vitale et de dépression endogène. Le premier épisode peut survenir à n'importe quel âge, de l'enfance à la vieillesse, le début peut être

aigu ou insidieux et la durée peut varier de quelques semaines à de nombreux mois. Le risque de survenue d'un épisode maniaque ne peut jamais être complètement écarté chez un patient présentant un trouble dépressif récurrent, quel que soit le nombre d'épisodes dépressifs déjà survenus. Si un tel épisode maniaque se produit, le diagnostic doit être changé pour celui de trouble affectif bipolaire (F31.-).

Comprend : épisodes récurrents de :

- dépression :
 - psychogène
 - réactionnelle
- réaction dépressive

trouble dépressif saisonnier

À l'exclusion de : épisodes dépressifs récurrents de courte durée (F38.1)

F33.0 Trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger

Trouble caractérisé par la survenue répétée d'épisodes dépressifs, l'épisode actuel étant léger (F32.0), en l'absence de tout antécédent de manie.

F33.00 Trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, sans syndrome somatique

F33.01 Trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, avec syndrome somatique

F33.1 Trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen

Trouble caractérisé par la survenue répétée d'épisodes dépressifs, l'épisode actuel étant moyen (F32.1), en l'absence de tout antécédent de manie.

F33.10 Trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, sans syndrome somatique

F33.11 Trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique

F33.2 Trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques

Trouble caractérisé par la survenue répétée d'épisodes dépressifs, l'épisode actuel étant sévère, sans symptômes psychotiques (F32.2), en l'absence de tout antécédent de manie.

Dépression :

- endogène sans symptômes psychotiques
- majeure [caractérisée] récurrente, sans symptômes psychotiques
- vitale récurrente, sans symptômes psychotiques

Psychose maniaco-dépressive, forme dépressive, sans symptômes psychotiques

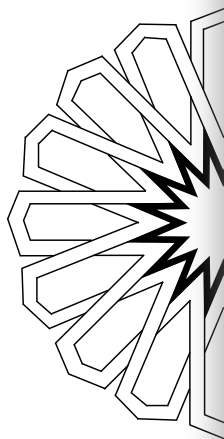
DSM-5 Trouble de l'usage des substances psychoactives

Utilisation inadaptée d'une substance conduisant à une dégradation ou à une détresse cliniquement significative

1. **Incapacité de remplir des obligations majeures** au travail, à l'école ou à la maison.
2. Usage dans des situations dans lesquelles celui-ci est physiquement dangereux.
3. Usage poursuivi malgré des **problèmes sociaux ou interpersonnels persistants** ou récurrents, causés ou aggravés par les effets de la substance.
4. **Tolérance** :
 - Besoin d'augmenter notablement les quantités de substance pour atteindre l'intoxication ou les effets désirés.
 - Effet diminué lors de l'usage continu.
5. **Sevrage** :
 - Syndrome de sevrage caractéristique de la substance.
 - Substance consommée pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.
6. Substance prise en **quantité plus importante** et pendant une **période plus longue** que prévue.
7. Désir persistant, **effets infructueux pour arrêter ou contrôler** l'usage de la substance.
8. **Beaucoup de temps** passé à se procurer la substance, à la consommer ou à récupérer de ses effets
9. Importantes **activités** sociales, professionnelles ou de loisir sont **arrêtées ou réduites** à cause de l'usage de la substance.
10. Usage de la substance poursuivi malgré l'existence de **problèmes physiques ou psychologiques** persistants ou récurrents.
11. Existence d'un **craving** ou d'un **désir fort** ou d'une **pulsion** à consommer.

Modéré : 2-3 critères positifs

Sévère : 4 critères positifs ou plus



RESUM ES

RÉSUMÉ

Le burnout ou syndrome d'épuisement professionnel est un état dû au stress chronique au travail. Il est composé de trois dimensions : l'épuisement émotionnel physique et psychique, la dépersonnalisation de la relation à l'autre et la baisse de l'accomplissement des performances personnelles. Il affecte les professionnels de métiers à forte implication affective ; les métiers d'aide de soins viennent en tête.

Notre objectif était d'évaluer la prévalence, déterminer les facteurs de risque et les conséquences du burnout chez les infirmiers du centre hospitalier universitaire de Marrakech. Pour ce, une étude transversale analytique, à l'aide d'un questionnaire, a été menée auprès du personnel infirmier dudit CHU.

Après avoir recueilli 208 questionnaires, nous rapportons les résultats obtenus auprès d'un échantillon de 175 infirmiers ; ce qui représente à peu près 10% d'une population de 1722 infirmiers. Les femmes représentaient 69% contre 31% d'hommes. Notre échantillon était assez jeune : 89% des participants étaient âgés de moins de 35 ans. Le burnout était évalué par le MBI (Maslach Burnout Inventory). Soixante-deux pour cent des infirmiers présentaient un niveau de burnout défini par un score pathologique dans au moins une des trois dimensions du syndrome. L'épuisement émotionnel était élevé chez 41% des participants, alors que 26% avaient un niveau élevé de dépersonnalisation et 33% avaient un niveau bas d'accomplissement personnel.

L'étude analytique a montré que le burnout touchait les hommes plus que les femmes. Les participants mariés étaient plus concernés par l'épuisement émotionnel ; alors que la baisse de l'accomplissement personnel touchait plutôt les célibataires. A l'inverse, l'épuisement émotionnel touchait essentiellement les infirmiers ayant des enfants. Les sages-femmes présentaient les scores les plus élevés d'épuisement émotionnel, tandis qu'un niveau élevé de dépersonnalisation a été retrouvé chez les infirmiers spécialisés en psychiatrie et ceux des urgences plus que les autres. Les résultats ne différaient guère pour le degré d'accomplissement personnel en ce qui concerne les spécialités et les lieux d'exercice. La majorité (60%) des infirmiers qui regrettaient le choix du métier, étaient épuisés émotionnellement ; et presque la moitié d'entre eux (49%) souffrait de dépersonnalisation.

Ces résultats alarmants devraient amener à entreprendre, des approches pratiques, à la fois, institutionnelles, liées au travail et individuelles, afin d'améliorer la valeur du métier d'infirmier.

ABSTRACT

Burnout or professional exhaustion syndrome is a statut due to chronic stress at work. It is composed of three dimensions: physical and mental emotional exhaustion, depersonalization of the relationship with the other and lack in achievement of personal performances. It affects high emotional involvement job professionals; the caregivers come at the top.

Our purpose was to assess the prevalence, identify risk factors and outcomes of burnout among nurses at the University Hospital of Marrakech. For this, an analytical cross-sectional study, using a questionnaire was conducted among nursing staffing of that hospital.

After collecting 208 questionnaires, we report the results from a sample of 175 nurses. This represents about 10% of a population of 1722 nurses. Women represented 69% against 31% of men. Our sample was quite young: 89% of participants were under the age of 35 years. Burnout was assessed by the MBI (Maslach Burnout Inventory). Sixty-two per cent of nurses had a burnout level defined by a pathological score in at least one of the three dimensions. Emotional exhaustion was high among 41% of respondents, while 26% had high depersonalization and 33% had a low level of personal accomplishment.

The analytical study showed that burnout affected men more than women. Married participants were more concerned by emotional exhaustion, whereas the lack in personal accomplishment affected mostly singles. Conversely, emotional exhaustion affected mainly nurses that have children. Midwives presented the highest scores of emotional exhaustion, while a high level of depersonalization was found in psychiatric nurses and those of emergencies more than others. The results did not differ in the degree of personal accomplishment regarding nursing specialties and workplaces. The majority (60%) of nurses, who regretted their career choice, were exhausted emotionally; and almost half of them (49%) suffered from depersonalization.

These alarming findings should lead to undertake institutional, work-related as well as individual practical approaches, in order to improve the value of nursing job.

ملخص

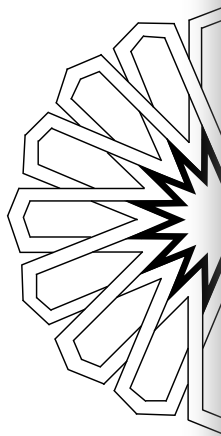
تعتبر متلازمة الإجهاد المهني حالة يتسبب بها القلق المزمن في العمل، وتتألف من ثلاثة أبعاد : الإجهاد العاطفي البدني والذهني ، وتبدد الشخصية في العلاقة مع الآخر و انخفاض أداء الإنجازات الشخصية، ويتضرر من هذه المتلازمة أصحاب المهن المتميزة بعلاقة عاطفية قوية، وتأتي مهن تقديم المساعدة العلاجية في المقدمة.

كان هدفنا من هذه الدراسة تقييم الإصابة وتحديد عوامل الخطر والنتائج المترتبة عن متلازمة الإجهاد المهني لدى ممرضين المركز الاستشفائي الجامعي بمراكش. ولهذا تم القيام بدراسة مستعرضة تحليلية لدى ممرضين المركز الاستشفائي المذكور مستعنيين باستبيان.

بعد جمع مائتان وثمانية استبيانات، توصلنا الى نتائج لدى عينة مكونة من 175 ممرضا، وهذا يمثل حوالي 10٪ من الممرضين البالغ عددهم 1722. مثلت النساء 69٪ من العينة مقابل 31٪ من الرجال ، وكانت هذه العينة جُذ شابة بحيث كان عُمر 89٪ من المشاركين أقل من 35 سنة. وتم تقييم الإجهاد المهني بمقياس ماسلاش للإحترق النفسي، حيث بلغت نسبة الممرضين المصابين 62٪ بمستوى من الإجهاد المهني ، الذي يُعرف بالحصول على معدل مَرَضِي واحد على الأقل في أحد أبعاد المتلازمة. ولقد كان الإجهاد العاطفي مرتفعا لدى 41٪ من المشاركين، وعانى 26٪ من مستوى مرتفع من تبدد الشخصية وأما 33٪ فقد عانوا من مستوى منخفض من الإنجاز الشخصي.

بينت الدراسة التحليلية أن الإجهاد المهني يصيب الرجال أكثر من النساء ، وأن المشاركين المتزوجين أكثر المتأثرين بالإجهاد العاطفي، في حين تأثر العازبون من قلة الإنجاز الشخصي. وعلى العكس من ذلك ، أثر الإجهاد العاطفي على الممرضين الذين لديهم أطفال. وكان الإجهاد العاطفي أكثر انتشارا بين ممرضات التوليد، في حين تم العثور على مستوى عالٍ من تبدد الشخصية بين الممرضين النفسيين وأولئك العاملين في المستعجلات أكثر من غيرهم. إلا أن النتائج لم تختلف كثيرا في درجة الإنجاز الشخصي فيما يتعلق بالتخصصات التمريضية وأماكن العمل. فيما عانت الأغلبية (60٪) من الممرضين الذين تأسفوا على اختيارهم لهذه المهنة من الإجهاد العاطفي، وما يقرب من نصف هؤلاء (49٪) من تبدد الشخصية.

ينبغي أن تؤدي هذه النتائج المقلقة الى إجراء مقاربات عملية مؤسساتية، ومقاربات متعلقة بالمهنة وبالفرد في آن واحد ، وذلك من أجل تحسين قيمة المهنة التمريضية.



BIBLIOGRAPHIE

1. **Veil C.**
Les états d'épuisement "Primum non nocere". Le concours medical 1959; 23:2675-2681.
2. **Freudenberger HJ.**
Staff burn-out. J. Soc. Issues 1974; 30:159-165.
3. **Freudenberger HJ.**
L'épuisement professionnel : la brûlure interne. Québec, Gaëtan Morin Editeur, 1987; 190.
4. **Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP.**
Job Burnout. Annual Review of Psychology 2001; 52, 1:397-422.
5. **Truchot D.**
Epuisement professionnel et burn out. Concepts, modèles, interventions, Dunod, 2004; 265.
6. **Maslach C, Jackson SE, Leiter MP.**
The Maslach Burnout Inventory. Consulting Psychologists Press Inc, Palo. Alto, 1996; 3th ed.
7. **CHAZARIN C.**
L'usure professionnelle est-elle un risque pour l'infirmière ? Recherche en soins infirmiers 1991; N°27:167-173.
8. **Canoui P, Mauranges A.**
Le Burn out à l'hôpital : le syndrome d'épuisement professionnel des soignants. 2008; 4ème édition, Masson.
9. **Maslach C.**
Burned-out. Human Behaviour 1976; 5:16-22.
10. **Freudenberger HJ, North G.**
Women's Burnout: How to spot it, how to reverse it and how to prevent it. 1985; New york, Doubleday.
11. **Pines A.M, Aronson E.**
Career Burn out: causes and cures. Free Press 1988; New York.
12. **Maslach C, Jackson SE.**
Burn out in health professions: a social psychological analysis. SANDERS G.S. and SULS J.(Eds), Social Psychology of Health and Illness 1982; Laurence Erlbaum Associates, London.
13. **Delbrouck M.**
Le Burn out du soignant – Le syndrome d'épuisement professionnel. 2008; 2ème édition, de Boeck.
14. **Barbier D.**
Le syndrome d'épuisement du soignant. La presse Médicale 2004; tome 33, n°6:394-8.
15. **Edelwich F, Brodsky A.**
Burn out, Stages of Desillusionment in the Helping Professions. 1980; Human Services Press.
16. **Maslach C., Jackson S.**
The measurement of experienced Burn out. Journal of occupational Behaviour 1981; 2:99-113.

17. **Mc Murray JE, Linzer M, Konrad TR, Douglas J, Shugerman R, Nelson K.**
The work lives of women Physicians results from the physician work life study. The SGIL Career Satisfaction Study Group, J Gen Intern Med 2000; 15(6):372–80.
18. **Poncet MC.**
Infirmier(e)s en réanimation : un corps de métier combustible. Am J Respir Crit Care Med 2007; 175:698–704.
19. **Adriaenssens J. et al.**
Determinants and prevalence of burnout in emergency nurses: A systematic review of 25 years of research. International Journal of Nursing Studies 2014, Volume 52, Issue 2:649 – 661.
20. **Canoui P, Mauranges A.**
Le syndrome d'épuisement professionnel du soignant: de l'analyse du Burn out aux réponses. 2001; 2ème édition, Paris Masson.
21. **Bugel P.**
Le Burn out, Cahier du Burn out. Santé conjugulée Avril 2005; N°32:33–36.
22. **Willcock SM., Daly MG., Tennant CC., Allard BJ.**
Burn out and psychiatric morbidity in new medical graduates. Med J Aust 2004; 181(7):357 60.
23. **Sobreques J, Cebria J, Segura J, Rodriguez C, Garcia M, Juncosa S.**
Job satisfaction and Burn out in general practitioners. Aten Primaria 2003; 15, 31(4):227–33.
24. **Ribeiro VF. et al.**
Prevalence of burnout syndrome in clinical nurses at a hospital of excellence. International Archives of Medicine, 2014; 7:22.
25. **Erickson R, Grove W.**
Why Emotions Matter: Age, Agitation, and Burnout Among Registered Nurses. Online Journal of Issues in Nursing October 29, 2007; Vol13 ,N°1.
26. Sources de stress au travail chez les soignants Annales Médico-Psychologiques, Vol CLVIII, n°9, Novembre 2009, disponible sur :
http://www.scienceshumaines.com/-0aburn-out-chezlessoignants_fr_1256.html.
27. **Glass DC, McKnight JD.**
Perceived control, depressive symptomatology, and professional burnout: A review of the evidence. Psychology & Health 1996; 11:23–48.
28. **Bianchi R. et al.**
Comparative symptomatology of burnout and depression, Health Psychol 2013 ; 18:782–787.
29. **Pines A, Kanner AD.**
Nurses' burnout: lack of positive conditions and presence of negative positions as two independent sources of stress. Journal of Psychosoc. Nurs. Mental Health Serv 1982; 20, n°8: 30–35.

30. **Dato D.**
Le Burn out dans les affaires. Stress 1982; 3, n°1.
31. **Abrahamson D, Schludermann S, Schludermann E.**
Replication of dimensions of locus of control. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1973; 41:320.
32. **BANDURA A, WOOD R.**
Effect of Perceived Controllability and Performance Standards on Self-Regulation of Complex Decision Making. Journal of Personality and Social Psychology 1989, 56, 5:805–814.
33. **LEBLANC AJ, DRISCOLL AK, PEARLIN LI.**
Religiosity and the expansion of caregiver stress. Aging & Mental Health 2004, 8, 5:410–421.
34. **Larouch LM.**
Manifestations cliniques du Burn out chez les médecins. Santé mentale au Québec 1985; X, 2:145–150.
35. **Sertoz OO, Binbay IT, Koçlu E, Noyan A, Yildirime E, Mete HE.**
The role of BDNF and HPA axis in the neurobiology of burnout syndrome. Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry 2008; 32(6):1459–65.
36. **Von Känel R, Bellingrath S, Kudielka BM.**
Association between burnout and circulating levels of pro- and antiinflammatory cytokines in schoolteachers. J Psychosom Res 2008; 65(1):51–9.
37. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th edition) 2013, Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
38. World Health Organization. International Classification of diseases (10th edition), available at: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2015/en>.
39. **Bäckström T, Bixo M, Nyberg S, Savic I.**
Increased neurosteroid sensitivity – an explanation to symptoms associated with chronic work related stress in women? Psychoneuroendocrinology 2013; 38:1078–1089.
40. **Sandström A, Peterson J, Sandström E, Lundberg M, Nyström I, Nyberg L, Olsson T.**
Cognitive deficits in relation to personality type and hypothalamic–pituitary–adrenal (HPA) axis dysfunction in women with stress-related exhaustion. Scandinavian Journal of Psychology 2011; 52:71–82.
41. **Loriol M.**
La fatigue, le stress et le travail émotionnel de l’infirmière. Cahier Burn out, Santé conjugulée 2005, N°32:39–43.
42. **Maslach C, Leiter MP.**
Burn out : le syndrome d'épuisement professionnel. Broché, 20 janvier 2011, Editions les Arènes Paris.
43. **Waddill-Goad S.**
Nurse Burnout: Overcoming Stress in Nursing (English Edition). 2016, edition Sigma Theta Tau International.
44. **Hoffman A.**
Burn out : biographie d'un concept. Cahier du Burn out, Santé conjugulée 2005; n°32:37–38.

45. **Belfer R.**
Une infirmière sur quatre épuisée. Analyse d'une étude préoccupante : la preuve par le stress. L'infirmière Magazine 1993; 73.
46. **Stordeur S, Vanderberghe C, D'Hoore W.**
Predictors of nurses' professional Burn out: a study in a university hospital. Rech Soins Infirm 1999 Dec; (59):57-67.
47. **Estyren-Behar M.**
Agir sur les risques psychosociaux des professionnels de santé, Groupe Pasteur mutualité.
48. **Ernst ME, Messmer PR, Franco M, Gonzalez JL.**
Nurses' job satisfaction, stress, and recognition in a pediatric setting. Pediatr Nurs 2004; 30(3):219-27. Erratum in: Pediatr Nurs 2005; 31(1):20.
49. **Harkin M, MELBY V.**
Comparing burnout in emergency nurses and medical nurses. Clinical Nursing Studies 2014; 2 (3):152-163.
50. **Michi A, Sekol, Son CK.**
Job satisfaction, burnout, and stress among pediatric nurses in various specialty units at an acute care hospital. Journal of Nursing Education and Practice December 2014; 4, N°12:105.
51. **Gambarana C, Masi F, Tagliamonte A, Scheggi S, Ghiglieri O, De Montis MG.**
A chronic stress that impairs reactivity in rats also decreases dopaminergic transmission in the nucleus accumbens : a microdialysis study. J Neurochem 1999; 72:2039-46.
52. **Basner RC.**
Shift- work disorder – the glass is more than half empty. N Engl J Med 2002; 347:1249-55.
53. **Khamisa N, Peltzer K, Oldenburg B.**
Burnout in relation to specific contributing factors and health outcomes among nurses: a systematic review. Int J Environ Res Public Health 2013; 10:2214-2240.
54. **Heinen MM. et al.**
Nurses' intention to leave their profession: A cross sectional observational study in 10 European countries. International Journal of Nursing Studies 2013; 50:174-184.
55. **U.S. Department of Health and Human Services, Health Resources and Services Administration.**
National Sample Survey of Registered Nurses 2008. Available at :
<http://bhpr.hrsa.gov/healthworkforce/supplydemand/nursing/rnsamplesurvey/rnsurveyfinal.pdf>.
56. **Alexander LL.**
Burnout: Impact on Nursing and Quality of Care NetCE 2015, available at :
<http://www.netce.com/coursecontent.php?courseid=1167>.
57. **Grossi G, Perski A, Osika W, Savic I.**
Stress-related exhaustion disorder – clinical manifestation of burnout? A review of assessment methods, sleep impairments, cognitive disturbances, and neuro-biological and physiological changes in clinical burnout. Scandinavian Journal of Psychology 2015; Volume 56, Issue 6:626-636.

- 58. Lourel M, Gueguen N.**
Une méta-analyse de la mesure du burnout à l'aide de l'instrument MBI. *L'encéphale* 2007, 33:947-953.
- 59. Girault-Lidvan N.**
Méthodes d'évaluation de l'épuisement professionnel : limites et perspectives. *Psychiatr fr* 1996; 2:30-9.
- 60. Maslach C, Jackson SE.**
The Maslach Burnout Inventory: manual edition. Consulting Psychologists Press 1986, Palo Alto, CA.
- 61. Maslach C, Jackson SE.**
The Maslach Burnout inventory: research edition. Consulting Psychologists Press 1981, Palo Alto, CA.
- 62. Lourel M, Gueguen M, Mouda F.**
L'évaluation du Burn out de Pines : adaptation et validation en version française de l'instrument « Burn out Measure Short Version » (BMS-10). *Pratiques psychologiques* 2007; 13, issue 3:353-364.
- 63. Demerouti E, Bakker AB, Vardakou I, Kantas A.**
The convergent validity of two burnout instruments: A multitrait-multimethod analysis. *European Journal of Psychological Assessment* 2003; 18:296-307.
- 64. Leiter MP, Maslach C.**
Areas of worklife: a structured approach to organizational predictors of job burnout, in Pamela L. Perrewe, Daniel C. Ganster (ed.) *Emotional and Physiological Processes and Positive Intervention Strategies (Research in Occupational Stress and Well-being, Volume 3)* Emerald Group Publishing Limited 2003; pp.91 - 134.
- 65. Maslach C, Leiter MP.**
The truth about Burn out: How organizations cause personal stress and what to do about it. Jossey-Bass 1997; San Francisco.
- 66. Stacciarini JMR, Tróccoli BT.**
An instrument to measure occupational stress: a nurses' stress inventory, *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 2000, 8(6):40-9.
- 67. Lorenz V.R., Benatti M.C.C., Sabino M.O.**
Burnout and Stress Among Nurses in a University Tertiary Hospital. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 2010, 18(6): 1084-1091.
- 68. Corten P.**
« Mettre les mots sur mes maux », *Le Burn out, Santé conjugée*, avril 2005-N°32.

- 69. Raffaitin F.**
Dépression : de l'épisode aigu à la maladie chronique. *L'encéphale* 2008, Vol.34, issue:101–104.
- 70. Burke RJ, Richardsen AM.**
Stress, burnout, and health. *Handbook of stress, medicine and health*, CRC press, 1996:101–117.
- 71. Selye H.**
The physiology and pathology of the exposure to stress. 1950; Medical Publishers, Montreal.
- 72. Laraoui O, Laraoui S, Tripodi D, Caubet A, Verger C, Laraoui CH.**
Evaluation du stress chez le personnel de santé au Maroc : à propos d'une étude multicentrique. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement* 2008; Volume 69, Issues 5–6:672–682.
- 73. Pines AM, Keinan G.**
Stress and burnout: The significant difference. *Personality and Individual Differences* August 2005 ; Vol 39, Issue 3:625–635.
- 74. Grau A, Suner R, Garcia MM.**
Burn out syndrome in health workers and relationship with personal and environmental factors. *Gac Sanit* 2005 Nov–Dec; 19(6):463–70.
- 75. Caplan RP.**
Stress, anxiety and depression in hospital consultants, general practitioners and senior health service managers. *BMJ*, London 1994:309.
- 76. Canoui P, Mauranges A.**
Le burn out. Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants. De l'analyse aux réponses. 3ème édition, Paris, Masson 2004:228.
- 77. Goetz C.**
Poor Beard!! : Charcot's internationalization of neurasthenia, the "American disease". *American Academy of Neurology* 2001; 57, 3:510–514.
- 78. Bedard D, Duquette A.**
L'épuisement professionnel, un concept à préciser. *L'infirmière du Québec* 1998:18–23.
- 79. Delbrouck M.**
Le burn-out du soignant. Le syndrome d'épuisement professionnel. 1ère édition, Bruxelles, De boeck 2003:280.
- 80. Hazif-Thomas C, Roulleaux J, Thomas P.**
Quelles stratégies thérapeutiques adopter face au Burn out des soignants? *NPG Neurologie – Psychiatrie – Gériatrie* 2008; Volume 9, Issues 53–54:251–255.
- 81. Grandjean C, Villadieu R.**
Souffrance cachée des soignants : quelles réponses ? *Médecine Palliative* Septembre 2005; N°4:190–198.

- 82. Kirouac L.**
Instruments de mesure et voies thérapeutiques du burn-out : la responsabilité sociale courtcircuitée. Reflets : revue d'intervention sociale et communautaire 2011; vol17, N°1:30-57.
- 83. Schaufeli WB, Leiter MP, Maslach C.**
Burnout: 35 years of research and practice. Career Development International 2009; 14-3:204-220.
- 84. Kovess-Masfety V, Saunder L.**
Le burnout : historique, mesures et controversies. Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement, Elsevier Masson SAS 2016:1-8.
- 85. Griner-Abraham V.**
Le bon stress : parlons-en ! NPG Neurologie – Psychiatrie – Gériatrie 2008; Volume 9, Issues 53-54:256-260.
- 86. Bellenger L.**
Rire et faire rire : pourquoi l'humour change la vie. Collection « Formation permanente », Séminaires Mucchielli. Issy-les-Moulineaux: ESF Éditeur; 2008.
- 87. Brzychcy C.**
Comment faire émerger l'âme d'une équipe? Médecine Palliative : Soins de Support – Accompagnement – Éthique February 2004; Volume 3, Issue 1:19-21.
- 88. Hakanen JJ, Schaufeli WB.**
Burnout and work engagement among teachers. J Sch Psychol 2006; 43:495-513.
- 89. Friberg T.**
Burnout: from popular culture to psychiatric diagnosis in Sweden. Cult Med Psychiatry 2009; 33 (4):538-58.
- 90. Bianchi R, Schonfeld IS, Laurent E.**
Is burnout a depressive disorder? A reexamination with special focus on atypical depression. Int J Stress Manage 2014, 21 (4):307-24.
- 91. Jenkins R, Elliot P.**
Stressors, burnout and social support: nurses in acute mental health settings. Journal of Advanced Nursing, Blackwell Publishing Ltd 2004; 48(6):622-631.
- 92. Boute M.**
Burnout chez les infirmiers de Ouarzazate. Thèse pour l'obtention du doctorat en médecine, Faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech 2008; N°52.
- 93. Moghaddasi J. et al.**
Burnout among nurses working in medical and educational centers in Shahrekord, Iran. Iran J Nurs Midwifery Res 2013 Jul-Aug; 18(4):294-297.

- 94. Stathopoulou H, Karanikola M, Panagiotopoulou F, Papathanassoglou E.**
Anxiety levels and related symptoms in emergency nursing personnel in Greece. *J. Emerg. Nurs* 2011; 37:314–320.
- 95. Alhajjar BI.**
A programme to reduce burnout among hospital nurses in Gaza, Palestine. A thesis submitted to the University of Witwatersrand in fulfilment for the degree of PhD in the Faculty of Health Sciences 2013.
- 96. Ribeiro VR. et al.**
Prevalence of burnout syndrome in clinical nurses at a hospital of excellence. *International Archives of Medicine* 2014; 7:22.
- 97. Bernaldo-De-Quiros M, Piccini AT, Gomez, MM, Cerdeira JC.**
Psychological consequences of aggression in pre-hospital emergency care: cross sectional survey. *Int J Nurs Stud* 2015 Jan; 52(1):260–70.
- 98. Ang SY. et al.**
Demographics and Personality Factors Associated with Burnout among Nurses in a Singapore Tertiary Hospital. *BioMed Research International* 2016; ID 6960184.
- 99. Mcmillan K. et al.**
Burnout and the provision of psychosocial care amongst Australian cancer nurses. *European Journal of Oncology Nursing* 2016; 22:37–45.
- 100. Olié JP, Légeron P.**
Le Burn-out. *Académie Nationale de Médecine Rapport* 2016.
- 101. Schaufeli WB, Enzmann D.**
The Burnout Companion to Study and Practice: A Critical Analysis. Taylor & Francis 1998; London.
- 102. Patrick K, Lavery JF.**
Burnout in nursing. *Aust. J. Adv. Nurs* 2007; 24(3):43–48.
- 103. Spooner-Lane R, Patton W.**
Determinants of burnout among public hospital nurses. *Aust. J. Adv. Nurs* 2007, 25(1):8–16.
- 104. Liu K, You LM, Chen SX, Hao YT, Zhu XW, Zhang LF, Aiken LH.**
The relationship between hospital work environment and nurse outcomes in Guangdong, China: A nurse questionnaire survey. *J. Clin. Nurs* 2012; 21:476–1485.
- 105. Barnard D, Stress A, Love AW.**
Relationships between stressors, work supports and burnout among cancer nurses. *Cancer Nurs* 2006; 29(4):338–345.
- 106. Barrett L, Yates P.**
Oncology/haematology nurses: a study of job satisfaction, burnout, and intention to leave the profession. *Aust. Health Rev* 2002; 25(3):109–121.

- 107. Halayem–Dhouib S, Zaghdoudi L, Zremdini R, Maalej I, Ben Béchir M, Labbène R.**
Burnout en psychiatrie : une expérience tunisienne. Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique 2010; 58:403–408.
- 108. Garcia–Izquierdo M, Rios–Risquez M.**
The relationship between psychosocial job stress and burnout in emergency department: an exploratory study. Nurs. Outlook 2012; 60:322–329.
- 109. Bounsir A.**
Burnout chez les étudiants de la faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech. Thèse pour l'obtention du doctorat en médecine, Faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech 2008; N°14

فَسَمُ الْحَصِيبِ

أَقْسِمُ بِاللَّهِ الْعَلِيِّمِ

أَنْ أَرَأَيْتَ اللَّهَ فِي مِفْتَاحِي، وَأَنْ أَصُونَ حِمَاةَ الْإِنْسَانِ فِي كَأَقَةِ الصَّوَارِقَا فِي كُلِّ الضُّرُوفِ
وَالْأَحْوَالِ، بِأَعْلَى وَشَعْبِي فِي اسْتِنْفَادِهَا مِنَ الْقَلَاكِ وَالْمَرَضِ وَالْأَلَمِ وَالْقَلْقِ، وَأَنْ
أَحْبِظَ لِلنَّاسِ كِرَامَتَهُمْ، وَأَسْتَرْ عَوْرَتَهُمْ، وَأَكْتُمُ سِرَّهُمْ، وَأَنْ أَكُونَ عَلَى الدَّوَامِ مِنْ
وَسَائِلِ رَحْمَةِ اللَّهِ، مُسْتَعِزّاً كُلَّ رِعَايَةِ الصِّمَةِ لِلْغَرِيبِ وَالْبُعِيدِ، لِلصَّالِحِ وَالصَّالِحِ،
وَالصَّادِقِ وَالْعَدُوِّ، وَأَنْ أَثَابِرَ عَلَى حُلْبِ الْعِلْمِ، أَسْتَغْزِلَ لِنَفْعِ الْإِنْسَانِ، لَا لِأَنْفَالِهِ، وَأَنْ
أَوْفِرَ مَنْ عِلْمِي، وَأَعْلَمَ مَنْ يَصْغُرُنِي، وَأَكُونَ أَحْلاً لِكُلِّ زَمِيلٍ فِي الْمِهْنَةِ الصَّيِّغَةِ
مُتَعَاوِينَ عَلَى الْبِرِّ وَالتَّقْوَى وَأَنْ تَكُونَ حِمَاكِ مَضْطَافَ إِيمَانِي فِي مِزْيِ وَعِلَانِيَةِ، نَفِيَّةٍ مِمَّا
يُشْمِئُهَا قِبَالَهُ اللَّهُ وَرَسُولُهُ وَالْمُؤْمِنِينَ.

وَاللَّهُ عَلَى مَا أَقُولُ شَهِيدٌ.

الإجهاد المهني لدى ممرضي المركز الإستشفائي الجامعي بمراكش الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم الأربعاء 7 ديسمبر 2016
من طرف

السيد مولاي خطري بنموسى

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب
الكلمات الأساسية :

الإحترق النفسي – الإجهاد المهني – ممرضين – ماسلاش

اللجنة

الرئيس

المشرف

القضاة

السيدة ف. عصري

أستاذة في الطب النفسي

السيدة ف. مانودي

أستاذة مبرزة في الطب النفسي

السيدة إ. عدلي

أستاذة مبرزة في الطب النفسي

السيد ع. بنعلي

أستاذ مبرز في الطب النفسي