

UNIVERSITE SIDI MOHAMMED BEN ABDELLAH
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

FES



Année 2014

Thèse N° 147/014

LE BURN OUT SYNDROME EN MILIEU DE RÉANIMATION ENQUÊTE AUPRÈS DES PRATICIENS

THESE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 23/12/2014

PAR

M. AOUNTI LOTFI

Né le 07 Novembre 1988 à Meknès

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

MOTS-CLES :

Burn out- Réanimation – Facteurs de risques – Stress au travail

JURY

M. KANJAA NABIL	PRESIDENT
Professeur d'Anesthésie Réanimation	
M. KHATOUF MOHAMMED	RAPPORTEUR
Professeur d'Anesthésie Réanimation	
M. AALOUANE RACHID.....	} JUGES
Professeur agrégé en Psychiatrie	
M. LABIB SMAEL.....	} MEMBRE ASSOCIÉ
Professeur agrégé en Anesthésie Réanimation	
M. DERKAOUI ALI.....	
Professeur Assistant en Anesthésie Réanimation	

Table des matières

LISTE DES FIGURES	4
LISTE DES TABLEAUX	6
INTRODUCTION	8
CONCEPT DU BURN OUT	12
I. DEFINITION :.....	13
A. Selon le dictionnaire :	13
B. Selon les psychologues :	15
II. ETHYMOLOGIE ET HISTORIQUE :.....	17
III. DESCRIPTION DU SYNDROME D'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL :.....	20
A. L'épuisement émotionnel :.....	20
B. La dépersonnalisation ou la déshumanisation de la relation à l'autre :	21
C. La diminution de l'accomplissement professionnel :	22
IV. DIFFERENCIATION DES TERMES :	23
A. BURN OUT ET STRESS :	23
B. BURN-OUT ET DEPRESSION :	25
C. BURN OUT ET BURN IN :	27
D. BURN OUT ET KAROSHI :	28
MATERIEL ET METHODES	30
I. MATERIEL D'ÉTUDE :	31
A. Présentation de l'étude :	31
B. Population étudiée :.....	31
C. Instrument de mesure :.....	31
II. METHODOLOGIE D'ÉTUDE :	34
A. ELABORATION D'UN QUESTIONNAIRE.....	34
B. DIFFUSION DU QUESTIONNAIRE ET RECUEIL DES REPONSES :.....	35
III. METHODOLOGIE D'ANALYSE :	35
RESULTATS	36
I. RESULTATS DESCRIPTIFS	37

A.	CONNAISSANCES INITIALES :	38
B.	VARIABLES SOCIODEMOGRAPHIQUE :	38
C.	VARIABLES PROFESSIONNELLES :	39
D.	EHELLE MBI (MASLACH BURN OUT INVENTORY) :	41
E.	LES CAUSES DE L'EPUISEMENT PROFESSIONNEL :	43
F.	LES CONSEQUENCES DE CE STRESS :	45
G.	L'ORIENTATION DE LA CARRIERE :	46
H.	CONSTATATION PERSONNELLE :	48
I.	SOLUTIONS ET COMMENTAIRES :	49
II.	RESULTATS ANALYTIQUES :	54
A.	Facteurs influençant la survenue du Burn out :	55
B.	Facteurs influençant les trois degrés de Burn out :	60
DISCUSSION		66
I.	Les limites et points fort de l'étude :	67
II.	EPIDEMIOLOGIE : LE BURN OUT EN CHIFFRES	69
A.	Le Burn out en milieu de réanimation :	71
B.	Le Burn out chez les autres soignants :	73
III.	LES CAUSES DU BURN OUT	75
A.	Variables sociodémographiques	75
B.	Variables professionnelles :	77
C.	Le Burn out: un phénomène multifactoriel:	79
D.	Particularités en milieu d'Anesthésie -Réanimation :	95
IV.	LES CONSEQUENCES DU BURN OUT	98
A.	Conséquences individuelles pour le soignant :	98
B.	Conséquences pour le patient :	100
C.	Conséquences institutionnelles :	101
D.	Relation fatigue -erreur humaine :	101
V.	SOLUTIONS THERAPEUTIQUES DU BURN OUT	106

A. La reconnaissance du problème :.....	106
B. Les différentes stratégies thérapeutiques :.....	107
C. Autres mesures préventives :.....	114
CONCLUSION	119
RESUMES	121
ANNEXES	127
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUE	138

LISTE DES FIGURES:

Figure 1 : REPARTITION DES SOIGNANTS SELON LE SEXE	38
Figure 2 : REPARTITION DES SOIGNANTS SELON LA SITUAUTION FAMILIALE	39
Figure 3 : REPARTITION DES SOIGNANTS SELON LE STATUT PROFESSIONNEL	40
Figure 4 : REPARTITION DES SOIGNANTS SELON LE LIEU D'EXERCICE	41
Figure 5 : REPRESENTATION DES SCORES DES TROIS COMPOSANTES DU BURN OUT.....	43
Figure 6 : LES ORIENTATION DE LA CARRIERE CHEZ LES PRATICIENS.....	48
Figure 7 : PENSEZ-VOUS ETRE PROFESSIONNELLEMENT EPUISE(E)	49
Figure 8 : REPARTITION DES DIFFERENTS DEGRE DU BURN OUT PARMI NOS SOIGNANTS	54

LISTE DES TABLEAUX:

Tableau 1 : Interprétation des scores du Burn out pour chaque composante	34
Tableau 2 : Scores obtenus pour les 3 composantes du Burn out	42
Tableau 3 : Les causes du stress au travail selon les soignants	44
Tableau 4 : Influence des différents facteurs de stress au travail sur le Burn out (Analyse uni variée)	59
Tableau 5 : Influence du sexe sur le degré de Burn out.....	60
Tableau 6 : Les trois degrés de Burn out en fonction des tranches d'âge.....	61
Tableau 7 : Influence du nombre d'années d'exercice sur le degré de Burn out.....	62
Tableau 8 : Les conséquences perçues selon le degré du Burn out.....	64

INTRODUCTION

« La médecine est une maladie qui frappe tous les médecins de manière inégale .Certains en tirent des bénéfices durables. D'autres décident un jour de rendre leur blouse parce que c'est la seule possibilité de guérir–au prix de quelques cicatrices. Qu'on le veuille ou non, on est toujours médecin. Mais on n'est pas tenu de le faire payer aux autres, et on n'est pas non plus obligé d'en crever » (1)

L'anesthésie réanimation est une discipline médicale qui s'attache à prendre en charge les patients présentant des pathologies graves, susceptibles de présenter une ou plusieurs défaillances viscérales aiguës mettant directement en jeu le pronostic vital.

La confrontation à la douleur, à l'angoisse, et à la mort provoque des émotions et des affects qui sont des événements traumatisants tant pour les malades et leur famille que pour les soignants.

La crainte de problèmes médico-légaux est également un facteur de stress chronique en anesthésie-réanimation.

Le travail peut alors devenir générateur de stress dont les conséquences pour les soignants peuvent être importantes.

Des études récentes ont montré que le « burn out syndrome» ou syndrome d'épuisement professionnel était particulièrement élevé en réanimation tant pour les médecins que pour les infirmier(e)s. (2) (3)

C'est pour ça que le « Burn out » est reconnu actuellement comme une maladie professionnelle (4)

Il s'agit d'un état d'épuisement émotionnel, de déshumanisation de la relation à l'autre et de réduction de l'accomplissement personnel, susceptible d'apparaître chez les individus impliqués professionnellement auprès d'autrui. (5)

Le Burn out prend alors tout son intérêt lorsqu'on le considère comme l'un des aspects de la pathologie d'aide : « Quand la relation de soin tombe 'malade', la symptomatologie est celle du burn out ». (6)

Divers facteurs, à la fois intrinsèques, reliés aux qualités individuelles et extrinsèques reliés à l'atmosphère du travail, 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 Burn out sont également nombreuses, tant au niveau individuel (soignant), qu'inter individuel (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 ; d'où l'intérêt d'une prise en charge multidisciplinaire.

Le but de notre étude est d'objectiver et évaluer la prévalence du burn out syndrome chez le personnel médical et paramédical en milieu de Réanimation et de déterminer les facteurs de risque de ce syndrome en réanimation et rechercher des solutions adéquates essentiellement

préventives pour ce phénomène afin de limiter son retentissement négatif sur le personnel et sur la qualité de soin.



CONCEPT DU
BURN OUT :

I. DEFINITION :

A. Selon le dictionnaire :

* Selon le *Dictionnaire anglais « Collins English definition–Thesaurus »*, le terme « *Burn out* » comporte les définitions suivantes :

vb, adv

- to become or cause to become worn out or inoperative as a result of heat or friction.
 - devenir ou rendre usé ou inopérant à cause de la chaleur ou de la friction.
- (of a rocket, jet engine, etc.) to cease functioning as a result of exhaustion of the fuel supply.
 - (d'une fusée, moteur à réaction, etc) cesser de fonctionner en raison de l'épuisement de l'approvisionnement en carburant.
- *usually passive* to destroy by fire.
 - généralement passive : détruire par le feu.
- to become or cause to become exhausted through overwork or dissipation.
 - devenir épuisé ou causer l'épuisement par le surmenage ou la dissipation.

n.

- the failure of a mechanical device from excessive heating.
 - la défaillance d'un dispositif mécanique à cause de la chaleur excessive.
- a total loss of energy and interest and an inability to function effectively, experienced as a result of excessive demands upon one's resources or chronic overwork.
 - perte totale d'énergie, d'intérêt et une incapacité à fonctionner efficacement, vécue comme une suite de peser trop lourdement sur ses propres ressources ou de surmenage chronique.

• C'est cette image inspirée de l'industrie aérospatiale qui demeure la plus suggestive pour certains auteurs.

Elle désigne l'épuisement de carburant d'une fusée avec comme résultante la surchauffe et le risque d'éclatement de la machine ; le Burn out toucherait ainsi des « individus-fusées » hyperactifs et hyper exigeants, en permanence contraints par une obligation de résultats et qui épuisent leur énergie jusqu'à se faire exploser tels des machines. (7)

La traduction de mot « burn out » n'est pas des plus aisées, car ce mot possède bien des interprétations comme « épuisement professionnel », « surmenage », « se consumer » (8), mais d'autres encore ont été données.

B. Selon les psychologues :

– Il est à signaler que la définition liée au domaine médicale, même si elle résulte directement de la définition courante du terme, diffère partiellement de cette dernière vue le cadre spécifique dans lequel elle s'insère,

– Herbert FREUDENBERGER en donna une première définition qu'il améliora en 1980 avec l'aide de sa collègue Géraldine RICHELSON : « Un état de fatigue chronique, de dépression et de frustration apporté par la dévotion à une cause, un mode de vie, ou une relation, qui échoue à produire les récompenses attendues et conduit en fin de compte à diminuer l'implication et l'accomplissement au travail. » (9)

Plus récemment, les psychologues Wilmar SCHAUFELI et Dirk ENZMANN, définissent le burn out comme suit : « Un état permanent, négatif, lié au travail se produisant chez des individus normaux ; il se caractérise essentiellement par une fatigue générale, du stress, un sentiment de diminution des compétences, de baisse de motivation et le développement d'une attitude dysfonctionnelle à l'égard du travail. » (10)

– La définition actuelle n'a pas beaucoup changé, elle se base encore sur les définitions données par les premiers chercheurs de ce mécanisme. «Le burnout vient donc d'un écart toujours grandissant entre ce qu'un individu donne et ce qu'il reçoit. Ce déséquilibre entraîne un épuisement physique, une désillusion émotionnelle, une perte de motivation, d'accomplissement et de performance. » (11)

Une autre définition de Christina MASLACH et Susan JACKSON avec l'aide de Michel LEITER, regroupe les différents points de vue des professionnels : « Le burn out est lié, de toute évidence, au milieu professionnel, engendré principalement par une accumulation de stress au travail et est une expérience psychologique interne négative. » (12)

Pour terminer ce chapitre, voici les critères se rapprochant le plus du burn out selon la classification internationale des maladies dixième version (= CIM 10). Ils se situent dans :

- Le chapitre XXI : «Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé » ;
- Le sous-chapitre Z70-Z76 : «Sujets ayant recours aux services de santé pour d'autres motifs » ;
 - Le numéro Z73 : «Difficultés liées à l'orientation de son mode de vie » ;
 - On trouve huit sous catégories allant de Z73.0 à Z73.9 : «Accentuation de certains traits de personnalité, Manque de repos et de loisirs, Stress, Compétences sociales inadéquates, Conflit sur le rôle social, Limites imposées aux activités par une incapacité, Difficulté liée à l'orientation d'un mode de vie non précisé, Autre difficultés liées à l'orientation de son mode de vie ». (13)

II. ETHYMOLOGIE ET HISTORIQUE :

❖ À l'origine, le burn-out est un terme de l'industrie aérospatiale. Il désigne une fusée qui décolle, dont le carburant vient à s'épuiser avec comme conséquence la surchauffe du moteur et le risque d'explosion de l'engin.

❖ L'histoire de la naissance du Burn out est brève mais mérite d'être rapportée :

C'est en 1969 que le Dr. Howard B. BRADLEY identifia une forme de mal-être lié spécifiquement au stress et le nomma burn out.

Le docteur Herbert FREUDENBERGER (psychothérapeute et psychiatre américain) est le premier à tenter la définition du burn out, en 1974, pour décrire ce phénomène. Il utilisera l'illustration d'une maison emprise dans les flammes, certaines personnes « sont parfois victimes d'incendie, tout comme les immeubles. Sous l'effet de la tension produite par 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.» (14)

Il effectua une recherche sur les bénévoles de l'hôpital qu'il dirigeait. Il était surpris de remarquer que ces jeunes bénévoles perdaient leur énergie après quelques temps de travail dans la structure hospitalière, accueillant des personnes souffrant de toxicomanie. Ils développaient plusieurs signes physiques comme: « épuisement, fatigue, persistance de rhumes, de maux de tête, de trouble gastro-intestinaux, d'insomnie », mais également au

niveau émotionnel « colère, irritation, incapacité à faire face aux tensions, aux nouvelles situations, perte d'énergie. » (15)

Il écrivait également que le syndrome du burn out est « la maladie du battant » (16) , car seules les personnes qui tirent sur la corde, jusqu'à ce qu'elle casse, peuvent s'épuiser au point que tout va se rompre d'un seul coup. Alors que ceux qui ne sont pas des battants (pour reprendre ses termes), lâchent prise bien avant de ne plus avoir de force ou avant d'aller puiser dans leur réserve énergétique.



Il disait également que le phénomène du « Burn out » existe depuis que l'homme travaille, et qu'il a reçu diverses appellations à travers les époques : surmenage intellectuel (Desoille et Raynaud), surmenage des dirigeants (Bize et Goguelin), syndrome subjectif commun de la fatigue nerveuse (Bégoïn), états d'épuisement (C .Veil). (17)

Dans les années 1990, Christina MASLACH et Susan JACKSON proposent une autre définition du burn out : « Syndrome d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et de réduction de l'accomplissement

personnel qui apparaît chez les individus impliqués professionnellement auprès d'autrui» (9)

Néanmoins, cette définition ne prenait en compte que des travailleurs spécifiques (les professionnels de la relation d'aide), ce qui ne la rendait pas entièrement correcte, puisque le burn out existe dans tous les domaines.

Les éléments mentionnés ci-dessous sont les principaux syndromes dont une personne touchée par un burn out peut souffrir :

- L'épuisement émotionnel (c'est un épuisement physique et psychique) ;
- La déshumanisation de la relation à l'autre ou la dépersonnalisation (le soignant ne considère plus le soigné comme tel, mais comme objet) ;
- Le sentiment d'échec professionnel ou la diminution de l'accomplissement personnel (la dévalorisation de son travail et de ses compétences).

Le burn out touche particulièrement les personnes travaillant dans une relation d'aide, mais il ne faut pas oublier que cette maladie n'appartient pas qu'à ce domaine du travail, mais les concerne tous. Il est généralement déclenché par divers facteurs, mais ce sont essentiellement les situations de travail, les enjeux relationnels, l'aide apportée, le soutien proposé, le contexte institutionnel, qui nous épuise professionnellement, et se décrit comme mal-être général.

III. DESCRIPTION DU SYNDROME D'ÉPUISEMENT

PROFESSIONNEL :

Le syndrome se compose ainsi d'un trépied de phases progressivement évolutives. L'intensité de ces trois symptômes étant proportionnelle au degré du Burn out.

A. L'épuisement émotionnel : (6) (18) (19)

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 d'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, distance par rapport au patient).

B. La dépersonnalisation ou la déshumanisation de la relation à l'autre : (6) (18)

Conséquence directe du premier volet, 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-on dire malgré lui.

Comme s'il se protégeait d'une « carapace » afin de préserver une certaine intégrité psychique lui permettant de réaliser le travail relationnel.

C. La diminution de l'accomplissement professionnel : (6) (18) (19)

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 par rapport au sens que l'on donnait à son métier.

Les conséquences de ce sentiment peuvent prendre 2 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* » ou de « présentéisme » qui serait plus typiquement celui des cadres et des médecins séniors : Le médecin prolonge son temps de travail mais sa rentabilité et son efficacité ont diminué.

IV. DIFFERENCIATION DES TERMES :

Le burn out est souvent associé à d'autres termes qui peuvent être mal différenciés. J'explique, ci-dessous, divers termes qui sont généralement utilisés pour définir ou expliquer ce mal-être.

A. BURN OUT ET STRESS :

Selon Wilmar SCHAUFELI et Bram BUUNK, deux psychologues anglophones : « Le stress est un terme générique qui réfère au processus d'adaptation temporaire accompagné par des symptômes mentaux et physiques. En contraste, le burn out peut être considéré comme le stade final d'une rupture d'adaptation qui résulte d'un déséquilibre à long terme entre exigences et ressources, et ainsi d'un stress professionnel prolongé. » (20) En d'autres termes, le stress est temporaire, alors que le burn out est persistant.

Le stress se définit par l'écart des pressions et des exigences d'une situation et des ressources de l'individu pour y faire face. C'est un facteur biologique et psychologique.

Pour Hans SELYSE, c'est « l'ensemble des réactions non spécifiques de l'organisme à toute demande d'adaptation qui lui est faite. » (21) C'est dans les années 1930, qu'il créa le nom stress et le SGA (syndrome général d'adaptation).

Les facteurs d'adaptation peuvent être divers : physiques, psychologiques ou comportementaux et liés soit à un événement interne ou externe de la personne. Il définit également deux cotés du stress, le bon (= l'eustress) et le

mauvais (le distress). C'est le distress qui mènerait la personne en burn out, à l'épuisement professionnel, en passant par diverses phases :

- La phase d'alarme (est la première, l'organisme active ses mécanismes de défense et il se prépare à réagir face à la menace) ;
- La phase de la résilience (est la seconde phase, l'organisme fait face à la menace) ;
- La phase de l'épuisement (est la dernière phase, l'organisme s'épuise, il n'a plus la force de combattre la menace).



Le stress peut être à la base d'un burn out, puisque c'est «une rupture d'adaptation associée à un dysfonctionnement chronique» (22)

L'agence européenne pour la sécurité et la santé au travail donne la définition suivante pour l'état de stress professionnel : «Le stress est ressenti lorsqu'il y a un déséquilibre entre la perception qu'une personne a des contraintes que lui imposent son environnement et la perception qu'elle a de ses propres ressources pour y faire face. »

En lien direct avec le stress, la notion de coping (ces stratégies peuvent également être utilisées pour parer le burn out), développé par Richard LAZARUS et Susan FOLKMAN, est «l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux toujours changeants que déploie l'individu pour

répondre à des demandes internes et/ou externes spécifiques, évaluées comme très fortes et dépassant ses ressources adaptatives » (23), ce sont les stratégies que nous mettons en place pour parer à un changement, à un stress, à une tension.

B. BURN-OUT ET DEPRESSION :

Leur histoire, leur approche, leur traitement ne se prennent pas en compte de la même manière. Pourtant ces deux termes sont souvent mal et difficilement différenciés. Ces deux maux sont très proches, mais ne touchent pas aux mêmes sphères de l'individu. La première concerne la sphère professionnelle et fait appel au sentiment de colère alors que la seconde fait appel à un sentiment de culpabilité et touche l'entier de la personne, vie privée, professionnelle, sociale, etc. De plus, le processus qui mène au burn out est plus long et plus sournois que celui qui mène à une dépression.

La personne vivant une dépression n'a plus la capacité de se projeter dans le futur, peut avoir des fluctuations de poids, des envies suicidaires, alors que la personne vivant un burn out n'est pas restreinte dans sa projection, sa création, ses fantasmes, son envie de vivre. De plus, on appelle également le burn out, « la maladie de la relation d'aide » (24)

Voici l'hypothèse de différenciation entre ces deux termes d'Arnold BAKKER et al : « Le manque de réciprocité au travail prédit à la fois burn out et dépression. En revanche, un manque de réciprocité dans sa vie privée prédit la dépression, mais pas le burn out. » (25)

En partant de ce constat, on peut noter que ce n'est pas une dépression qui entraîne le burn out, mais un burn out qui peut entraîner une dépression.

Le tableau récapitulatif et résumé des critères de la dépression majeure selon le DSM IV [ANNEXE 1] ; dont tous les items doivent survenir « presque tous les jours » :

- 1) Humeur dépressive. (Par ex : pleurs constants, tristesse, se sentir vidé...)
- 2) Perte d'identité ou de plaisir.
- 3) Perte ou gain pondéral significatif.
- 4) Insomnie ou hypersomnie.
- 5) Agitation ou retardation psychomotrice.
- 6) Fatigue ou perte d'énergie.
- 7) Sentiment de culpabilité, perte d'estime de soi, de dévalorisation.
- 8) Diminution de la capacité de réflexion ou de concentration.
- 9) Pensées récurrentes de mort, idées suicidaires, tentatives de suicide.

Il existe deux types de dépression, les mineures et les majeures. Pour affirmer qu'une personne est atteinte d'une dépression mineure, il faut qu'elle soit affectée par au moins cinq des neuf items mentionnés ci-dessus et ceci pendant un minimum de deux semaines, mais un changement de comportement doit également être visible. Et pour être déclaré en dépression majeure, il faut avoir plus de cinq des neuf items, pendant un minimum de

deux semaines et un changement de comportement doit également être constaté.

Comme mentionné plus haut, ces deux termes peuvent prêter à confusion. Néanmoins, une dépression n'est pas la cause d'un burn out, alors qu'un burn out peut être la cause d'une dépression.

C. BURN OUT ET BURN IN :

Le présentéisme vient du terme anglophone « presenteeism ». Il ne faut pas traduire ce terme littéralement, car il fait davantage référence à une présence abusive plutôt que de l'assiduité, c'est d'ailleurs un état plus proche du surmenage. Le burn in est une présence physique inconditionnelle à son lieu de travail, et ceci bien que la personne soit fatiguée ou malade, dans le simple but de démontrer à son entourage professionnel qu'elle est sans faiblesse, motivée et toujours disponible.

La personne n'est là que physiquement, mais intérieurement elle est absente, elle démontre une baisse de performances.

Tout comme le burn out, le burn in peut être lié à des facteurs personnels et extérieurs, tels que le stress, l'insécurité professionnelle, la baisse de motivation, la surcharge de travail, le manque de reconnaissance, la précarité. « Le présentéisme est considéré comme nuisible dès lors que la présence de l'employé cache une absence ou un vide de l'esprit. » (26)

Les symptômes du présentéisme :

- Diminution de la performance, du rythme de travail, de la productivité, de la capacité de synthèse, de la prise de décision ;

- Augmentation des erreurs, des petits accidents, du sentiment de fatigue intense au travail ;
- Plainte de maux de tête, de mal de dos, d'asthme, de rhume des foies, de problèmes digestifs et/ou intestinaux.

D. BURN OUT ET KAROSHI :

Le Karoshi est le mot japonais qui définit la mort subite par le surmenage. Ce mot ne s'applique pas au seul pays de ses origines, où les conditions de travail sont connues pour être dures. Néanmoins, il n'est pas encore totalement accepté, car rares sont les cas de suicide qui sont officiellement reconnus comme maladie professionnelle par les employeurs (et assurances), que ce soit au Japon ou ailleurs dans le monde. Le Karoshi est avant tout une notion, car il n'est pas que purement scientifique et médical. D'après le médecin Tetsunojo UEHATA la notion du Karoshi est : «Médico-sociale qui couvre les décès ou les incapacités de travail consécutives aux accidents cardio-vasculaires (accident vasculaire cérébral, infarctus du myocarde ou insuffisance cardiaque aiguë) qui peuvent se produire lorsque des maladies artérosclérotiques hypertensives sont aggravées par une lourde charge de travail » (27)

Le Karo-jisatsu est souvent associé au Karoshi, mais la différence est que le Karo-jisatsu est un suicide dû au stress du travail.

Ces maux japonais ont des conséquences similaires, des hémorragies cérébrales ou des crises/arrêts cardiaques. Et cela est essentiellement dû à un nombre élevé d'heures passées sur son lieu de travail .

Ce stade est le dernier stade de mal-être lié au travail. Il est, à mes yeux, bien plus grave que le burn out, car il ferme définitivement le livre de la vie de son auteur.

MATERIEL ET

METHODES :

I. MATERIEL D'ETUDE :

A. Présentation de l'étude :

Il s'agit d'une enquête analytique transversale réalisée, en 2014, au sein du département d'Anesthésie-Réanimation du CHU Hassan II de Fès.

B. Population étudiée :

100 questionnaires ont été remplis par les soignants, médecins et infirmiers, exerçant au niveau du CHU de Fès.

● Critères d'inclusion

Ont été inclus dans l'étude tous les soignants actifs des services de réanimation du CHU de Fès (Réanimation A1 ; Réanimation A4 ; et Réanimation mère et enfant) :

- Médecins spécialistes
- Médecins en formation (Résidents et Internes)
- Infirmiers

● Critères d'exclusion

Nous avons exclu de cette étude les soignants exerçant depuis moins de 6 mois en réanimation, ainsi que les externes du CHU, et tous les questionnaires incomplets et non exploitables.

C. Instrument de mesure :

Etant de loin l'instrument le plus employé pour la mesure du syndrome d'épuisement professionnel, nous nous sommes essentiellement basé sur le **MBI** : Maslach *Burn out Inventory* (28) dans sa version originale (MBI-human services survey **MBI-HSS**) pour la réalisation de ce travail. (**Annexe 2**)

Il s'agit d'un instrument à la fois simple d'utilisation et dont les qualités psychométriques ont été largement étudiées et sont très satisfaisantes, aussi bien au niveau de l'échelle originale (28) (29) que de sa version française. (29) (30)

Cette échelle comporte 22 items, chaque item représentant une facette d'évaluation que l'on peut faire de son travail.

La fréquence à laquelle chaque symptôme est ressenti est décrite sur une échelle de Likert à 7 gradations.

Ce test MBI permet alors d'évaluer le soignant selon deux paramètres : la fréquence et l'intensité.

●Chaque item est coté de 0 à 6, selon l'échelle suivante :

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 telles que :

- L'épuisement émotionnel (neuf items : questions 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20 de l'annexe, correspondant aux questions 1→9 du questionnaire) ;

- La dépersonnalisation (cinq items : questions 5, 10, 11, 15, 22 de l'annexe, correspondant aux questions 10→14 du questionnaire) ;
- L'accomplissement personnel au travail (huit items : questions 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21 de l'annexe, correspondant aux questions 15→22 du questionnaire).

● On notera qu'il n'ya pas de score global d'épuisement professionnel.

Chacune des sous-échelles fait l'objet d'un score qui lui est propre.

Ainsi, les scores bas, moyens ou élevés ont été initialement définis par des terciles d'une population médicale de référence. (28) (31)

Le Burn out se définit par la présence d'un niveau dit « pathologique » pour au moins l'un des trois scores du MBI.

- ✓ Un niveau pathologique pour seulement l'un des trois scores définit un niveau bas d'épuisement professionnel
- ✓ L'atteinte de deux scores sur trois permet de parler d'un épuisement professionnel modéré.
- ✓ Un niveau pathologique de 3 score; ou un score élevé aux deux premiers (épuisement émotionnel, dépersonnalisation) et un score faible à la dernière (accomplissement professionnel) signe un niveau élevé d'épuisement professionnel.

Tableau 1 : Interprétation des scores du Burn out pour chaque composante

	BAS	MODERE	ELEVE
Epuisement émotionnel	≤ 17	Entre 18 et 29	≥ 30
Dépersonnalisation	≤ 5	Entre 6 et 11	≥ 12
Accomplissement professionnel	≤ 30	Entre 30 et 39	≥ 40

II. METHODOLOGIE D'ETUDE :

A. ELABORATION D'UN 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 7 grandes parties : **(Annexe 3)**

- La première partie évaluait la connaissance initiale des soignants sur la notion du Burn out.
- La seconde partie concernait les variables sociodémographiques (sexe, âge, statut matrimonial) et les variables professionnelles (statut, nombre d'années d'exercice, lieu d'exercice et nombre d'heure de travail).
- La troisième partie correspondait à la version française du Maslach Burn out Inventory (MBI).

- La quatrième partie indiquait des facteurs éventuellement responsables du stress au travail (réponses fermées et ouvertes).
- La cinquième partie envisageait des conséquences éventuelles de ce stress (réponses fermées et ouvertes).
- La sixième partie définissait l'orientation de la carrière, initiale et actuelle.
- Enfin, les soignants étaient invités à suggérer des solutions aux problèmes et à nous faire part de leurs commentaires sur le sujet.

B. DIFFUSION DU QUESTIONNAIRE ET RECUEIL DES REPONSES :

Après distribution des questionnaires auprès du personnel médical et paramédical des différents services de réanimation du CHU Hassan II de Fès, en leur demandant de les remplir, on a recueilli les réponses d'une façon anonyme.

III. METHODOLOGIE D'ANALYSE :

Les variables ont été exprimées en Moyenne et Ecart Type (ET) ou en Pourcentages.

Une valeur de $p \leq 0,05$ est considérée comme statistiquement significative.

Les variables quantitatives ont été comparées par une analyse univariée en utilisant le test de T.STUDENT et le Chi-2 pour les variables qualitatives.

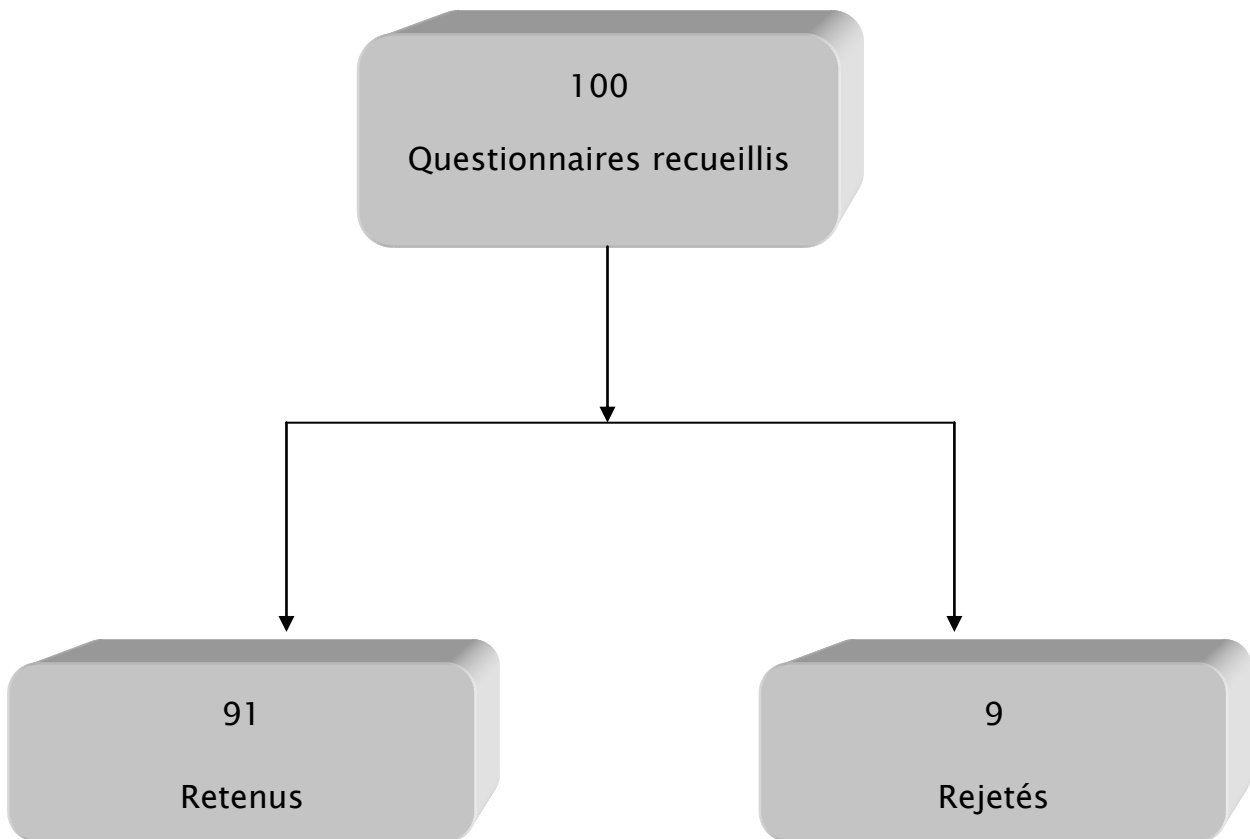
La distribution des variables quantitatives a été vérifiée par le test de KOLMOGOROV-SMIRNOV.

L'analyse statistique a été réalisée par le Logiciel SPSS 20.0

RESULTATS :

I. RESULTATS DESCRIPTIFS

Sur 100 questionnaires recueillis, seule 91 ont été retenus ; le reste est non exploitable.



A. CONNAISSANCES INITIALES :

- Le pourcentage des personnes affirmant avoir déjà entendu parler du Burn out était de 54.9%.
- 68.1% affirment même avoir ressenti les signes de l'épuisement professionnel

B. VARIABLES SOCIODEMOGRAPHIQUE :

1. LE SEXE :

Le sexe ratio est de 38 femmes (41.8%) pour 53 hommes (58.2%)

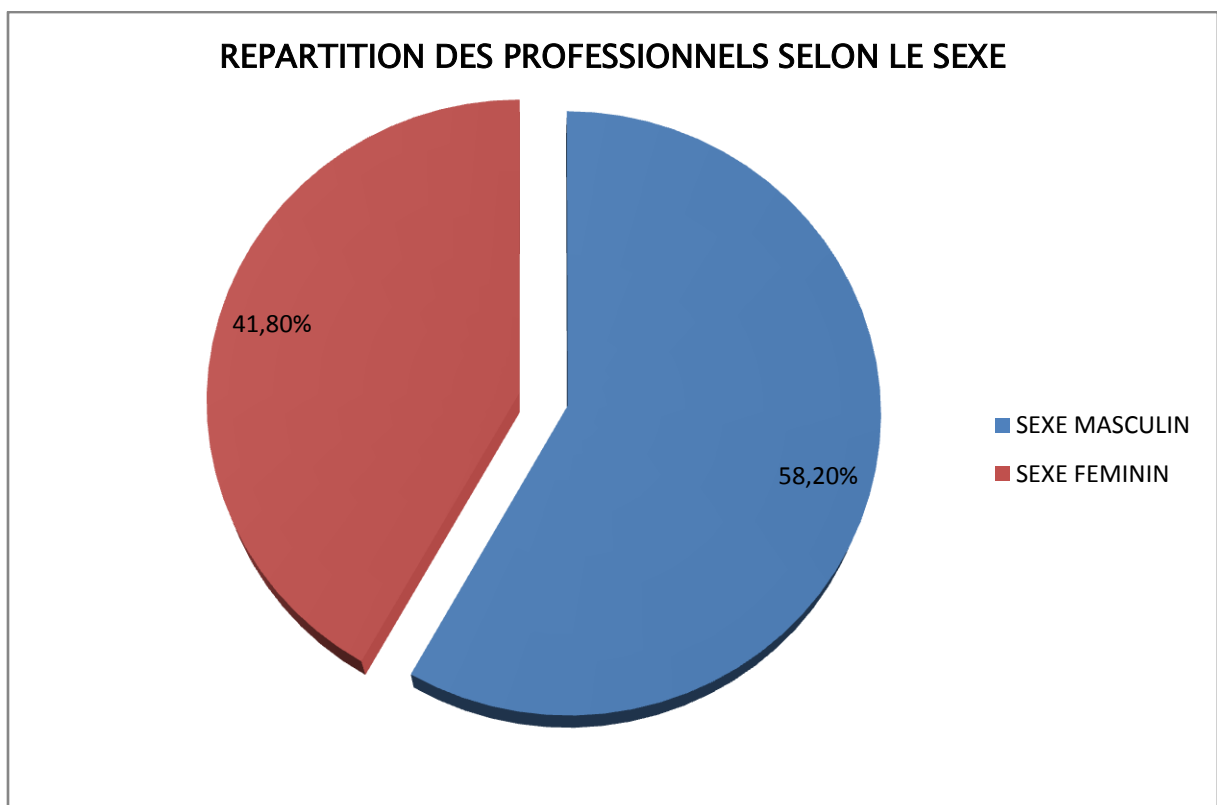


Figure 1 :

2. L'AGE :

L'âge moyen des soignants était de 30 ans \pm 7.9 avec des extrêmes de 22 et 60ans.

3. LA SITUATION FAMILIALE :

- 45 soignants sont célibataires soit 49.5%
- 46 soignants sont marié(e)s soit 50.5%

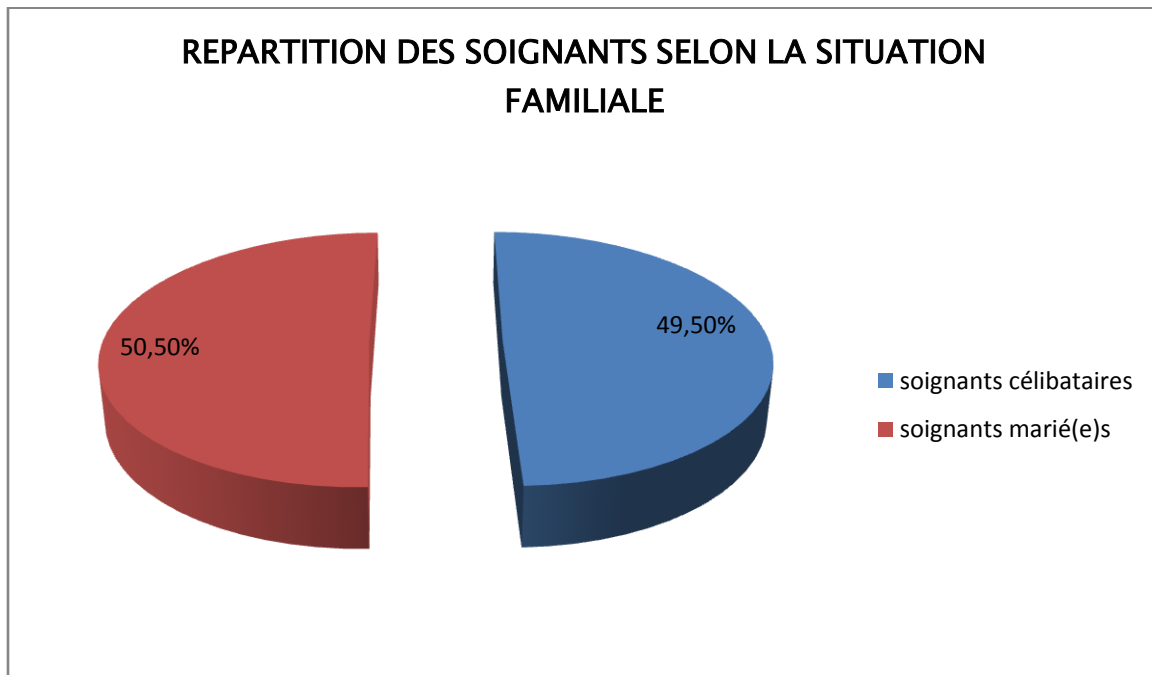


Figure 2 :

C. VARIABLES PROFESSIONNELLES :

1. STATUT PROFESSIONNEL :

Notre échantillon comporte :

- ◆ **37 Médecins (40.7%)** dont : 4 Médecins spécialistes (4.4%), et 33 Médecins en formation (Résidents et internes) (36.3%)
- ◆ **54 Infirmiers (59.3%)**

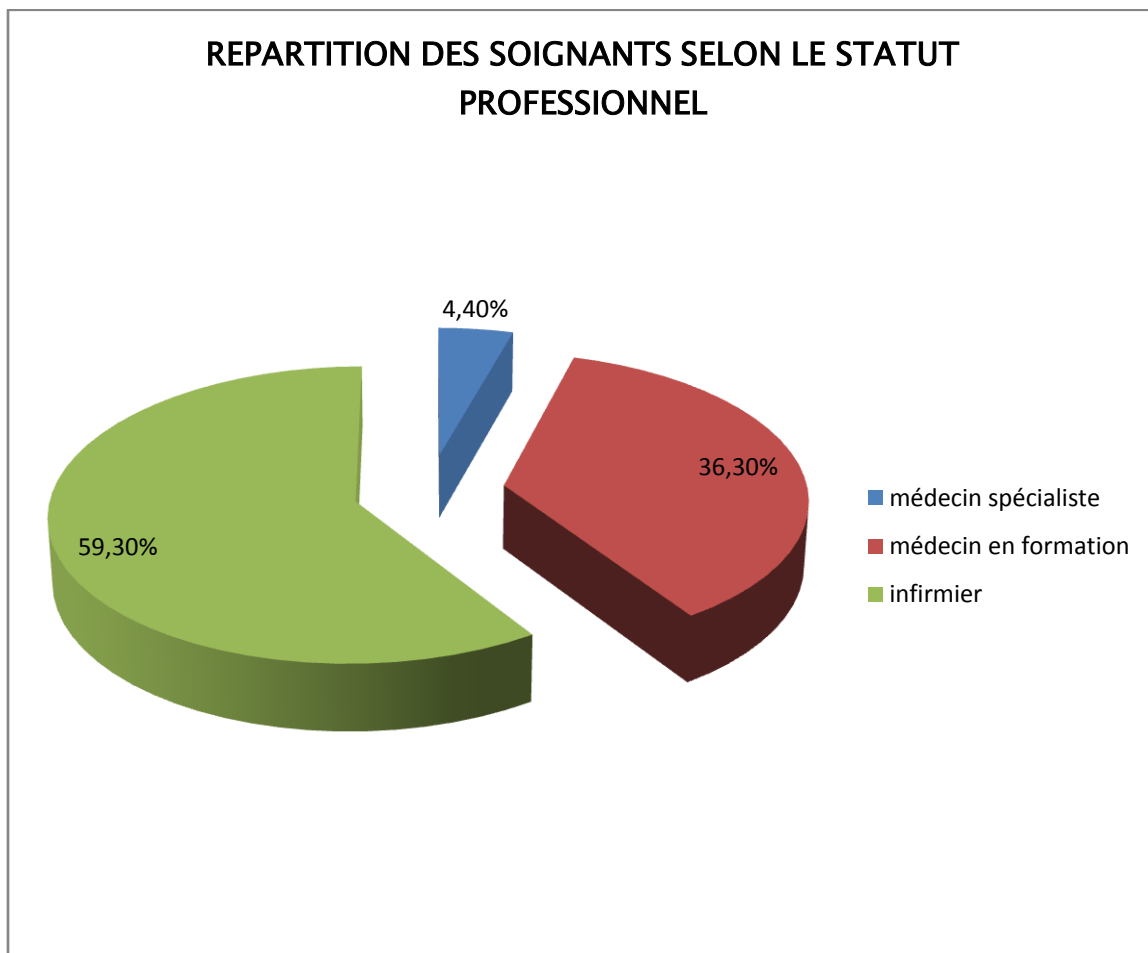


Figure 3 :

2. NOMBRE D'ANNEES D'EXERCICE :

La moyenne d'années d'exercice était de 5.57 ans, avec un minimum de 6 mois et un maximum de 35 ans.

3. LIEU D'EXERCICE :

- 34 soit 37.4% des soignants interrogés exerçaient en réanimation A1
- 26 soit 28,6% en réanimation A4.
- 31 soit 34.1% en réanimation mère et enfant.

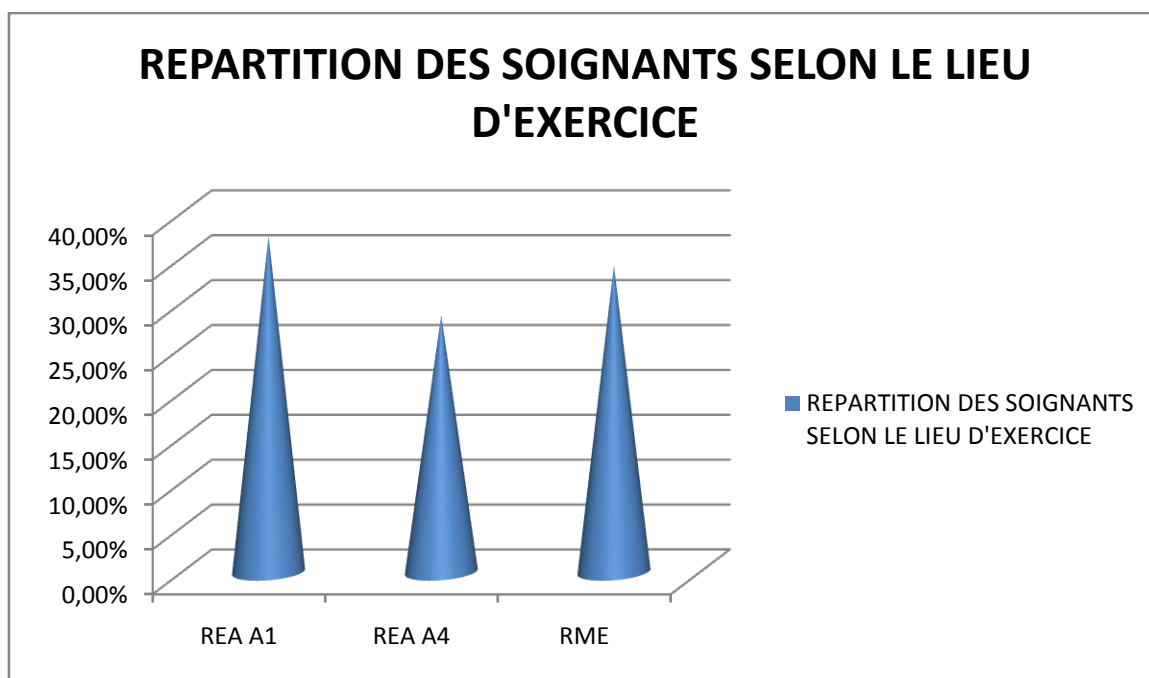


Figure 4 :

4. HEURES DE TRAVAIL :

La moyenne de travail des soignants était de 49,4 heures \pm 9.8 par semaine, avec des extrêmes de 40 et 75 heures.

D. ECHELLE MBI (MASLACH BURN OUT INVENTORY) :

Selon les résultats de cette échelle, il s'est avéré qu'en ce qui concerne:

- Épuisement émotionnel: 33 soignants (36.3%) avaient un niveau élevé d'épuisement émotionnel, alors que 29 (31.9%) avaient un score modéré et que 29 soit (31.9%) n'exprimaient pas d'épuisement émotionnel. Le score moyen était de 28.9 (\pm 13.62) ; avec des extrêmes de (1 et 54).

- La dépersonnalisation : elle touche à un niveau élevé 20 soignants (22%), à un niveau modéré 23 soignants (25.3%) et épargnait 48 soignants soit (52,7%).

Le score moyen de dépersonnalisation était de 7.4 (± 6.57) ; avec des extrêmes de (0 et 30).

● l'accomplissement professionnel : était très bas pour 18 soignants (19.8%), modéré pour 30 soignants (33%) et bon pour 43 soignants soit (47.3%).

Le score moyen était de 32 (± 7.9) ; avec des extrêmes de (15 et 44).

Tableau 2 : Scores obtenus pour les 3 composantes du Burn out

	BAS	MODERE	ELEVE
Epuisement émotionnel	31.9%	31.9%	36.3%
Dépersonnalisation	52.7%	25.3%	22%
Diminution d'accomplissement professionnel	47.3%	33%	19.8%

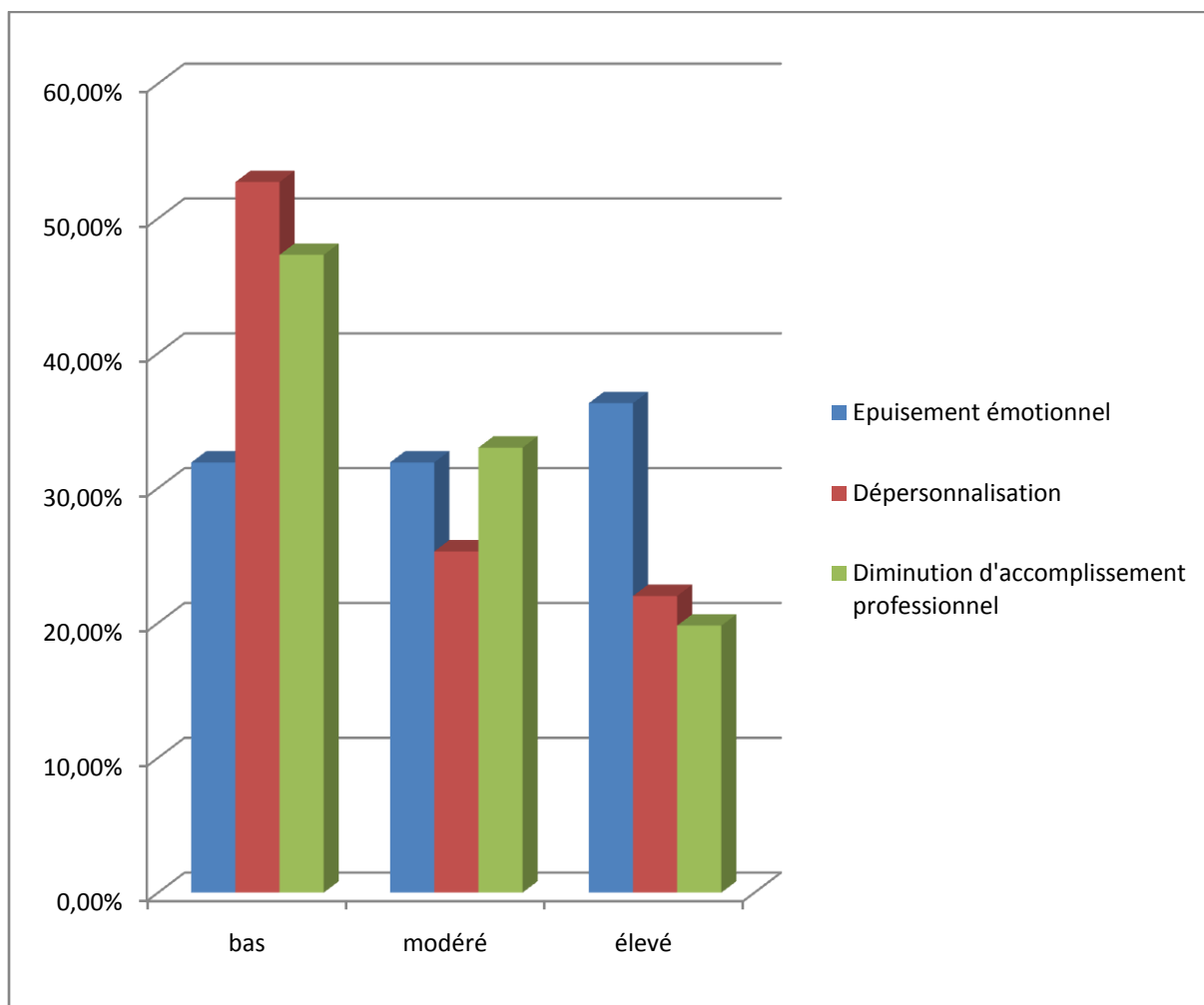


Figure 5 : REPRESENTATION DES SCORES DES TROIS COMPOSANTES DU BURN OUT

E. LES CAUSES DE L'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL :

Telles qu'elles sont perçues par 91 soignants, les causes de l'épuisement et leurs fréquences sont représentées par le tableau 3 ci-dessous :

Tableau 3 : Les causes du stress au travail selon les soignants

Causes	Fréquence (%)
La surcharge du travail	89
L'effectif réduit du personnel	59
Le rapport salaire/effort insatisfaisant	57
Les conflits avec les collègues	51.6
Les pressions administratives	49.5
L'absence de récupération post garde	45
La mauvaise organisation du service	38.5
Certains cas complexes difficiles à prendre en charge	38.5
Le manque de moyens (outils diagnostics et thérapeutiques)	37.3
Le manque de reconnaissance de la part de la société	35
Le manque de communication au sein du corps médical	34
Les exigences des patients et de leur famille	23
Le manque de temps à consacrer aux patients	19
La peur de l'erreur médicale et de la poursuite judiciaire	16.5
Le manque de respect de la part des patients	15.3

F. LES CONSEQUENCES DE CE STRESS :

Face aux situations stressantes citées ci-dessus, plusieurs manifestations et attitudes ont été observées :

1. Sur le plan émotionnel: ,

- 49.5% étaient insatisfaits,
- 34.1% se sentaient en colère,
- 25.3% des soignants devenaient irritables,
- 22% se sentaient tristes,
- 20.9% se trouvaient bloqué(e)s,
- 14.3% étaient indifférents,
- 5.5% se sentaient coupables.

2. Sur le plan physique :

- 51.6% des soignants se plaignaient de troubles du sommeil,
- 38.6% présentaient des manifestations neurovégétatives à type de palpitations et de céphalées,
- 23.1% ressentait des douleurs inexplicables.
- Les autres manifestations recueillies en réponse à une question ouverte étaient les suivantes :
 - un ulcère de stress (9.9%),
 - une fatigue (7.7%),
 - une anorexie (1.1%).

3. Sur le plan comportemental et relationnel :

- 44 soignants (48.35%) avaient développé des conduites addictives :
 - l'addiction la plus fréquente était aux aliments (30.8%)
 - 15 personnes (16.5%) avaient une tendance à se retourner vers le tabac dont 2 personnes soit (2.2%) se retourne vers l'alcool, et une personne (1.1%) vers la drogue.
 - Alors qu'une seule personne, (1.1%), prenait des psychotropes.
- 56% des répondeurs ont choisi un comportement d'évitement en fuyant la source de stress en cause ; 3.3% s'absentaient de plus en plus fréquemment.
- 31,9% des soignants sentaient que leur rendement professionnel était en baisse.
- 39.6% affirmaient que ce stress retentissait sur leur relation avec le conjoint, la famille et l'entourage.
- Le regret du choix de ce métier était mentionné par 28.6% des soignants.
- Le désir de reconversion ou de mutation de travail venait à l'esprit de 40.7% d'entre eux.
- Une personne (1,1%) avoue avoir déjà eu des pensées suicidaires.

G. L'ORIENTATION DE LA CARRIERE :

Etant donné que chaque individu entretient des attentes particulières vis-à-vis de son travail, nous avons proposé aux participants 3 orientations correspondant à 3 identités professionnelles.

1. Orientation initiale :

2 orientations animaient majoritairement les aspirations initiales des soignants en débutant leur carrière :

- D'une part le modèle du **carriériste** (63.7%), considérant son travail comme étant synonyme de succès, de prestige et de sécurité financière.
- D'autre part, le modèle de **l'activiste social** ou **militant** (34.1%), pour qui le travail représente un engagement plus qu'un emploi.
- Le modèle **égoïste**, objectivant le travail comme un simple instrument, ne correspondait qu'à 2.2% des soignants.

2. Orientation actuelle :

- Le modèle **carriériste** dominait toujours avec un pourcentage de 53.8%, suivi du modèle **activiste social** ou **militant** retrouvé chez 41.8% des participants.
- Et si seulement 2.2% de soignants se considéraient comme **égoïstes** à l'entrée de la profession, ils sont maintenant 4.4%.

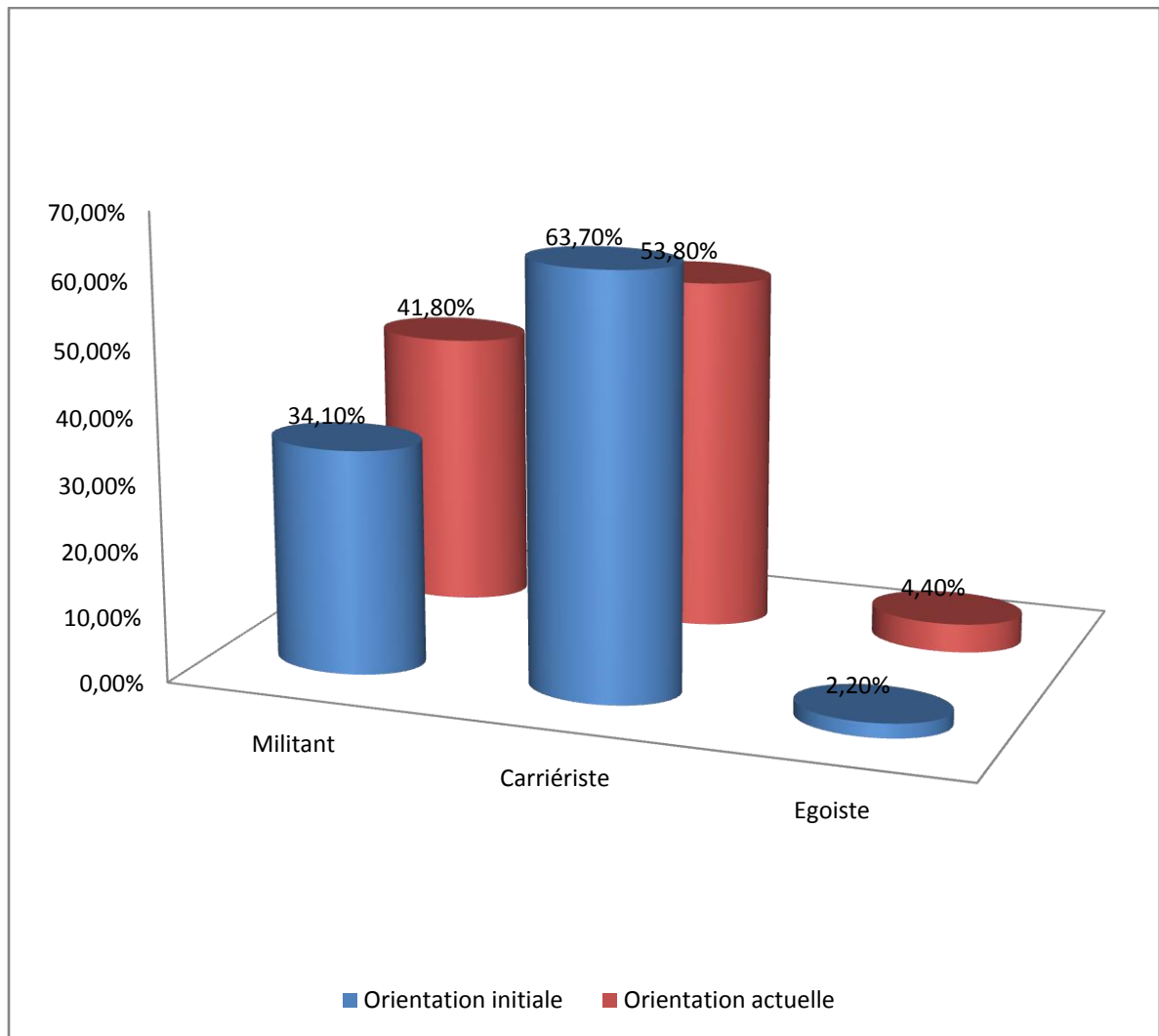


Figure 6 LES ORIENTATION DE LA CARRIERE CHEZ LES PRATICIENS

H. CONSTATATION PERSONNELLE :

En réponse à la question « Après avoir répondu à ce questionnaire, pensez-vous être « professionnellement épuisé(e) ? » :

- 31 ,9% des soignants croyaient vraiment l’être, contre 22% qui trouvaient qu’ils ne l’étaient « certainement pas ».
- Tandis que 46.2% semblaient incertains et se sont contentés de répondre « peut être ».

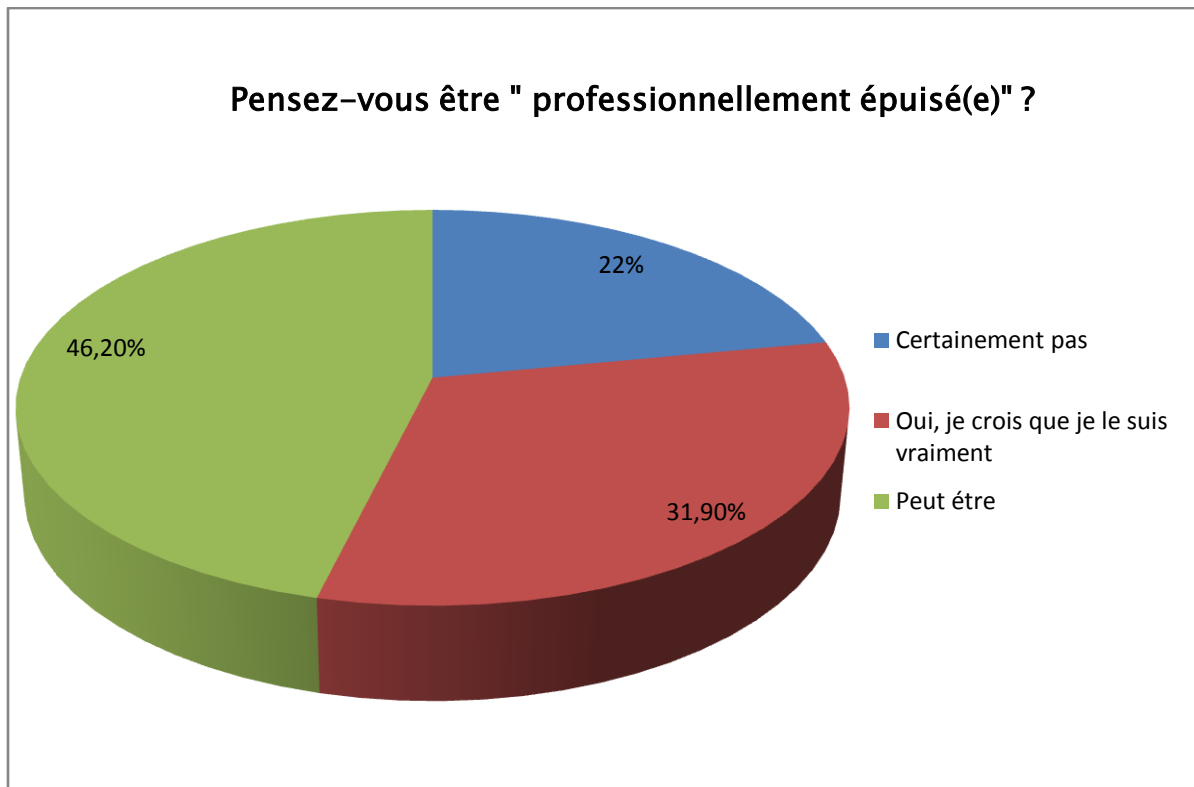


Figure 7

I. SOLUTIONS ET COMMENTAIRES :

La dernière partie de notre questionnaire était consacrée aux solutions proposées par les soignants eux-mêmes pour faire face au problème de l'épuisement professionnel dans leurs services, ainsi qu'à leurs commentaires à propos du sujet de l'étude.

1. Solutions :

Une vaste gamme de solutions nous a été proposée par les soignants, médecins et infirmiers.

Nous avons donc tenté de les classer en plusieurs catégories:

a. Diminution de la charge du travail :

- Réduction des heures de travail.

- Plus d'effectif adapté à l'activité du service.
- Avoir le droit à des périodes de repos régulières (schémas proposés : 1 semaine à 10 jours tous les 2 à 3 mois).
- Elimination ou réduction des investigations non nécessaires et des documents de formalité.

b. Gardes :

- Interdiction des gardes de 48h ; opter plutôt pour celles de 12h avec un effectif suffisant
- Récupération post garde.
- Amélioration des conditions de garde (repas, salle de repos).

c. Organisation du travail :

- Bonne gestion du service et bonne organisation du déroulement des différentes activités.
- Planification et bonne répartition des tâches.

d. Amélioration des conditions de travail :

- Matériel suffisant et adapté.
- Supports scientifiques mis à la disposition des soignants pour éviter le stress devant les cas complexes.

e. Amélioration de la formation :

- Encadrement des médecins en formation de façon « efficace » (au lieu de les « utiliser » uniquement pour assurer la continuité du travail).

- Formation continue du personnel : médecins, infirmiers, aides-soignants, brancardiers..
- Formation spécifique au sujet de la prise en charge du versant psychique des patients.

f. Motivation du personnel :

En leur offrant plus d'encouragement et de valorisation, aussi bien sur le plan moral que financier.

● Sur le plan matériel :

- Augmentation du salaire, plus de primes, un « 13ème mois ».
- Rémunération des gardes.
- Paiement en fonction des heures de travail par semaine.

● Sur le plan moral :

- Plus de reconnaissance de la part des responsables, des patients et de leurs familles.
- Proposer des prix de motivation : « soignant de la semaine, du mois, de l'année ».
- Présence d'un psychiatre au sein du service, offrant son soutien psychologique aussi bien au personnel, qu'aux patients et leurs familles.

● Sur le plan social :

- Donner plus d'intérêt aux problèmes sociaux des soignants (logement, transport).
- Création de clubs, de centres d'estivages pour le personnel de santé.

g. Activités de distraction :

- La profession ne doit pas être l'unique centre de la vie.
- Elargissement du champ d'activités sociales, culturelles, sportives, artistiques...
- Organisation de sorties avec le corps médical et paramédical, en dehors du travail, pour renforcer les relations humaines.
- Journées sportives, voyages organisés.

h. Création d'une bonne ambiance de travail:

- Développer le sens de communication au sein du service.
- Consacrer un jour / semaine ou /mois pour discuter les problèmes du service et du personnel.
- Favoriser l'esprit du travail d'équipe.
- Respect et encouragement de toute l'équipe.
- « Moins d'agressions psychiques sur un personnel déjà épuisé et abattu sur tous les plans ».
- Plus de « souplesse » de la part des « responsables ».

i. Autres :

- Décider d'arrêter ou de se reconvertir au besoin.
- Vivre avec les malades leurs souffrances.
- Assurer la gratuité pour les patients démunis.
- Rotation de service, tous les 6ans au maximum (Infirmiers).

- Se consacrer quasi exclusivement à l'enseignement et se décharger des fonctions administratives. «Après 50ans, il s'avère nécessaire de lever le pied concernant anesthésie et urgence » (Médecin Enseignant).
- Et enfin « Aimer son job ! ».

2. Commentaires :

Les critiques formulées par les soignants ayant choisi de commenter le sujet 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 soignants ont apprécié le fait d'avoir pensé à traiter ce sujet.

Certains ont trouvé l'enquête intéressante et répondant à plusieurs questions rencontrées dans l'exercice quotidien, notamment lorsqu'il s'agit de ce côté psychique souvent négligé.

D'autres se sont contentés de se plaindre de la situation actuelle, et d'exprimer leur insatisfaction profonde et leur vision pessimiste en matière d'éventuel changement des conditions de travail au Maroc.

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

1. Le désir d'être informé des résultats de notre enquête (Feed Back).

2. La nécessité d'apporter de vraies solutions « en pratique » à ce problème vécu.

II. RESULTATS ANALYTIQUES :

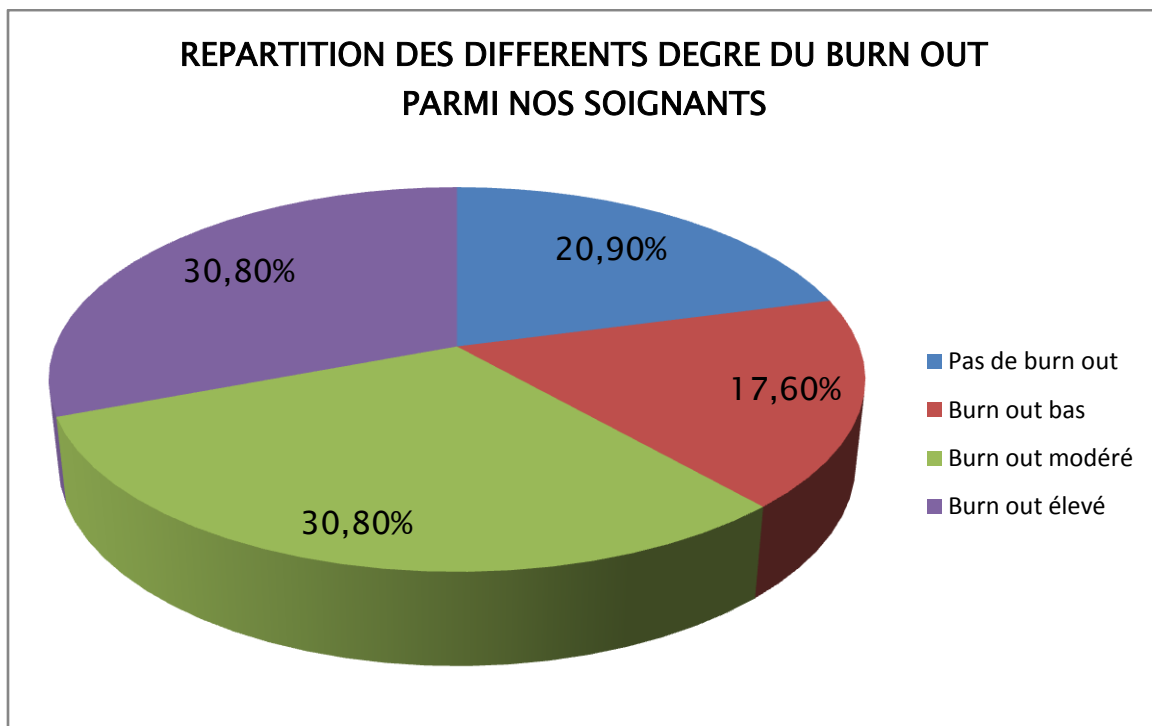
● Dans notre population composée de 91 soignants :

72 (soit **79.1%**) présentaient un syndrome d'épuisement professionnel et 19 (soit 20.9%) en étaient indemnes.

● Parmi ces 72 sujets épuisés:

- 16 (soit **17.6%**) avaient un niveau bas de Burn out ;
- 28 (soit **30.8%**) en avaient un niveau modéré ;
- 28 (soit **30.8%**) en avaient un niveau élevé.

Figure 8



A. Facteurs influençant la survenue du Burn out :

1. Influence des variables sociodémographiques :

a. Le sexe :

L'analyse de la relation entre le sexe et la survenue du Burn out montre ce qui suit :

- Les hommes représentaient 61.1% des sujets qui avaient un syndrome d'épuisement professionnel (ce qui correspond à 83% de notre population de praticiens hommes) et 47.4% des sujets non épuisés.
- Les femmes représentaient 38.9% des sujets épuisés (ce qui correspond à 73.7% de notre population de praticiennes femmes) et 52.6% des sujets non épuisés.

Cette association entre la survenue du Burn out et le sexe dans notre population est non significative ($p=0.28$).

Mais il existe un lien significatif entre le sexe et la survenue de dépersonnalisation ($p=0.04$), dont le sexe féminin est le moins touché.

b. L'âge :

❖ Age et Burn out :

La médiane d'âge des soignants épuisés est de 29.5 + /- 10.7 ans.

Il n'existe pas d'association significative entre l'âge et l'apparition du Burn out ($p=0,194$).

❖ Analyse des différentes tranches d'âge :

65% des soignants en Burn out avaient entre 20 et 29 ans et 27.7% d'entre eux avaient entre 30 et 39 ans.

Il n'existe pas vraiment de lien significatif entre la tranche d'âge et le Burn out ($p=0,52$).

c. La situation familiale :

Sur les 72 personnes qui ont le Burn out 35 (soit 48.6%) d'entre eux sont célibataires et 37 sont marié(e)s (soit 51.4%).

La survenue du Burn out n'est pas significativement liée à la situation familiale du soignant ($p=0,755$).

Alors qu'il existe un lien significatif entre la situation familiale est la diminution de l'accomplissement professionnel ($p=0.027$). Ce qui veut dire que la vie en famille améliore l'accomplissement professionnel.

2. Influence des variables professionnelles :

a. Le statut professionnel :

❖ Statut professionnel et Burn out :

Parmi les 72 sujets en Burn out, on compte :

- 30 Médecins (soit 41.7%) dont :
 - 3 Médecins spécialistes (soit 3.3%)
 - 27 Médecins en formation (soit 38.4%)

Ce taux correspond à 81 % des médecins.

- 42 Infirmiers (soit 58.3%).

Ce taux correspond à 77.7% des infirmiers.

Le lien entre le statut professionnel et la survenue du Burn out est non significatif ($p=0,9$)

❖ Les causes du Burn out chez les infirmiers :

Les causes retenues comme significativement associées au Burn out chez les infirmiers sont les suivantes :

- Le manque de respect de la part des patients (p=0,03)
- Les exigences des patients et de leur famille. (p=0,03)
- Le manque de reconnaissance de la part de la société. (p=0,04)
- Le manque de communication au sein du corps médical. (p=0,01)
- La mauvaise organisation du service. (p=0,04)

❖ Les causes du Burn out chez les médecins en formation :

Chez les médecins en formation, la survenue du Burn out est significativement reliée à:

- Le manque de communication au sein du corps médical. (p=0,01)
- Le rapport salaire/effort insatisfaisant. (p=0,03)
- Le manque de reconnaissance de la part de la société. (p=0,04)

b. Le lieu d'exercice :

Sur les 72 soignants touchés par l'épuisement professionnel :

- 27 soignants (37.5%) exerçaient en réanimation A1; représentant 79.4% des praticiens étudié de la Réa A1.
- 17 soignants (23.6%) en réanimation A4 ; soit 65.4% des praticiens de la Réa A4.
- 28 soignants (38.9%) en réanimation mère et enfant ; soit 90.3% des praticiens de la réanimation mère et enfant.

Le risque de survenue du Burn out n'est pas significativement lié au lieu d'exercice ($p=0,07$)

c. Le nombre d'années d'exercice :

La médiane d'années d'exercice des sujets épuisés est de 4 ans et 10 mois avec un minimum de 6 mois et un maximum de 34 ans.

Le nombre d'années d'exercice n'a pas de lien significatif avec la survenue du syndrome d'épuisement professionnel ($p=0,066$).

3. Les causes du stress au travail et leur influence sur le Burn out :

La recherche en *analyse uni variée* a permis de retenir cinq causes comme significativement liées au Burn out. Ce sont :

- Les pressions administratives. ($p=0,023$)
- Les exigences des patients et de leur famille ($p=0,03$)
- Le manque de respect de la part des patients ($p=0.03$)
- Le manque de reconnaissance de la part de la société ($p=0.047$)
- Le manque de communication au sein du corps médical et paramédical. ($p=0,015$)

Tableau 4: Influence des différents facteurs de stress au travail sur le Burn out (Analyse uni variée)

	Burn out		P
	Oui n=72	Non n=19	
Surcharge de travail	66(91.66%)	15(79%)	0,115
Absence de Récupération post garde	32(44.4%)	9(47.3%)	0,8
Pressions administrative*	40(55.5%)	5(26.3%)	0,023
Mauvaise Organisation du service *	29(40.2%)	6(31.5%)	0,48
Effectif réduit du personnel	45(62.5%)	9(47.3%)	0,39
Manque de moyens	27(37.5%)	7(36.8%)	0,95
Manque de temps	16(22.2%)	2(10.5%)	0,25
Cas complexes	31(43%)	4(21%)	0,08
Exigences des patients et de leur famille	20(27.7%)	1(5.2%)	0,03
Manque de respect	14(19.4%)	0(0%)	0,03
Manque de reconnaissance*	29(40.2%)	3(15.7%)	0,047
Peur de l'erreur médicale*	13(18%)	2(10.5%)	0,43
Conflits avec les collègues	40(55.5%)	7(36.8%)	0,14
Manque de communication*	29(40.2%)	2(10.5%)	0,015
Rapport Salaire /effort insatisfaisant*	44(61.1%)	8 (42.1%)	0,13

B. Facteurs influençant les trois degrés de Burn out :

1. Facteurs sociodémographiques :

a. Le sexe :

Il n'existe pas de lien significatif entre le sexe et le degré élevé, modéré ou bas du Burn out ($p=0,5$).

Tableau 5 : Influence du sexe sur le degré de Burn out

	<i>Degré de Burn out</i>			<i>p</i>
	<i>Elevé</i> <i>n=28</i>	<i>Modéré</i> <i>n=28</i>	<i>Bas</i> <i>n=16</i>	
<i>Sexe</i>	19(67.8%)/9(32.2%)	15(53.5%)/13(46.5%)	10(62.5%)/6(37.5%)	0,5

Masculin/Féminin

b. L'âge :

❖ Age et degré de Burn out :

La médiane d'âge des soignants ayant respectivement des degrés *élevé*, *modéré* et *bas* de Burn sont de 29.4 ans (± 7.1) ; 28.4 ans (± 5.1) et 31.7ans ($\pm 8,8$).

On ne retrouve pas de lien significatif entre cette variable et les différents degrés de Burn out. ($p=0,3$)

❖ Analyse des différentes tranches d'âge :

On ne note pas de relation significative entre la tranche d'âge et la survenue du Burn out. ($p=0,5$)

Tableau 6 : Les trois degrés de Burn out en fonction des tranches d'âge

		<i>Degré de Burn out</i>			<i>P</i>
		<i>Elevé</i> <i>n=28</i>	<i>Modéré</i> <i>n=28</i>	<i>Bas</i> <i>n=16</i>	
<i>Tranches d'âge</i>	<i>20-29 ans</i>	20(71.4%)	18(64.3%)	9(56.25%)	<i>0,501</i>
	<i>30-39 ans</i>	6(21.4%)	10(35.7%)	4(25%)	
	<i>40-49 ans</i>	1(3.6%)	0(0%)	2(12.5%)	
	<i>50-60 ans</i>	1(3.6%)	0(0%)	1(6.25%)	

c. La situation familiale :

53.6% des praticiens présentant un niveau élevé d'épuisement professionnel et 46.4% de ceux présentant un niveau modéré étaient célibataires.

On ne retrouve pas de lien significatif entre la situation familiale et la gravité du Burn out. (p=0,9)

2. Variables professionnelles et Burn out:

a. Le statut professionnel :

Sur les 28 soignants ayant un degré élevé de Burn out, 16(soit 57.1%) étaient des médecins en formation. 12 sujets (soit 42.9%) étaient des infirmiers.

Sur les 28 sujets présentant un niveau modéré de Burn out, 20 (71.4%) étaient des infirmiers et 6 (21.4%) étaient des médecins en formation, ainsi que 2 médecins spécialistes (soit 7.2%).

Cependant, on ne retrouve pas de lien significatif entre le statut professionnel et le degré de Burn out ($p=0,087$)

b. Le nombre d'années d'exercice :

Il n'ya pas d'association significative entre le nombre d'années d'exercice et le degré d'épuisement professionnel ($p=0,15$).

Tableau 7 : Influence du nombre d'années d'exercice sur le degré de Burn out

	<i>Degré de Burn out</i>			<i>p</i>
	<i>Elevé</i> <i>n=28</i>	<i>Modéré</i> <i>n=28</i>	<i>Bas</i> <i>n=16</i>	
<i>Années d'exercice</i>	4.21/1-32	4.11/0-14	7.13/1-34	0,15

Moyenne/Minimum-Maximum

c. Le lieu d'exercice:

C'est comme pour la survenue du burn out ; le lieu d'exercice n'a pas de lien significatif avec le degré de burn out ($p=0.12$).

3. L'influence des facteurs de stress au travail sur le degré de Burn out :

En *analyse uni variée*, trois facteurs étaient significativement associés à l'augmentation du degré de Burn out. Il s'agit de :

- L'absence de récupération post garde. ($p=0,05$)
- Le manque de respect de la part des patients ($p=0,02$)
- Le rapport salaire/effort insatisfaisant. ($p=0,048$)

4. Les conséquences selon le degré de Burn out :

Les différentes conséquences en fonction du degré de Burn out sont détaillées dans le tableau ci-dessous :



Tableau 8 : Les conséquences perçues selon le degré du Burn out

	<i>Degré de Burn out</i>		
	<i>Elevé n=28</i>	<i>Modéré n=28</i>	<i>Bas n=16</i>
<i>Consommation de tabac</i>	3(10.7%)	4(14.3%)	5(31.25%)
<i>Consommation d'alcool</i>	1(3.6%)	1(3.6%)	-
<i>Consommation de drogues</i>	-	1(3.6%)	-
<i>Consommation d'aliments</i>	10(35.7%)	11(39.3%)	3(18.7%)
<i>Consommation de psychotropes</i>	-	1(3.6%)	-
<i>Eviction de la source de stress</i>	16(57.1%)	17(60.7%)	11-68.7%)
<i>Absentéisme</i>	2(7.1%)	-	1(6.25%)
<i>Baisse du rendement professionnel</i>	12(42.8%)	9(32.1%)	3(18.75%)
<i>Retentissement relationnel</i>	15(53.5%)	13(46.4%)	4(25%)
<i>Regret du choix du métier</i>	9(32%)	11(39.2%)	3(18.75%)
<i>Désir de reconversion/mutation</i>	11(39.2%)	12(42.8%)	10(62.5%)
<i>Pensées suicidaires</i>	1(3.6%)	-	-

5. Conclusions :

Au terme de cette analyse, les facteurs pour lesquels il existe une association statistiquement significative à la survenue du Burn out sont :

- Les pressions administratives.
- Les exigences des patients et de leur famille.
- Le manque de respect de la part des patients.
- Le manque de reconnaissance de la part de la société.
- Le manque de communication au sein du corps médical et paramédical.
- Ainsi que le sexe qui a un lien significatif avec la dépersonnalisation ; et la situation familiale qui a un lien significatif avec la diminution de l'accomplissement professionnel.

Pour ce qui est des facteurs influençant le degré de Burn out ; on cite :

- Le manque de respect de la part des patients.
- Le rapport salaire/effort insatisfaisant.
- L'absence de récupération post garde

DISCUSSION :

Le burn out est un mal-être que la société ressent. Ce mal-être est complexe tant au niveau de ses racines, de son évolution par rapport à chaque individu et de son traitement.

Dans ce chapitre de discussion on va aborder ce phénomène dans sa globalité, tout en analysant les résultats obtenus sur le terrain par rapport aux différents résultats de la littérature traitant le sujet. On va également traiter la partie des solutions qui sont essentiellement préventives pour ce phénomène.

I. Les limites et points forts de l'étude :

Notre étude nous montre que les soignants des services de réanimation souffrent de Burn out et elle a permis d'identifier des facteurs associés au Burn out.

❖ Notre étude a cependant quelques limites :

- Le concept du burn out :

Le Burn out est un processus ou un état complexe dont les origines et mécanismes sont multiples et dépendants entre eux. Nous avons vu qu'il existe de nombreuses définitions concernant le Burn out. L'échelle MBI (Maslach Burn out Inventory) n'offre d'ailleurs pas de score qui tranche entre absence ou présence de Burn out. 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. Les résultats de cette étude permettent

cependant de donner une orientation sur l'existence du Burn out et des facteurs associés.

- Les modalités de l'enquête :

Seulement une étude longitudinale aurait permis de suivre l'évolution du Burn out au cours du temps contrairement à notre étude qui est transversale et dont les résultats ne peuvent donc pas être généralisés pour toute l'année.

Notons aussi que notre étude nous a permis d'évaluer le Burn out et de trouver un lien significatif entre quelques-uns des paramètres et le Burn out, mais comme il s'agit d'une étude transversale, nous ne pouvons pas établir un lien de cause à effet.

- Le questionnaire:

Pour l'évaluation du Burn out, nous avons utilisé la traduction française de Fontaine du MBI. Cependant, plusieurs questions n'ont probablement pas été cohérentes pour la plupart des praticiens.

Le reste du questionnaire, visant à trouver des paramètres corrélés au Burn out, a été conçu après la réalisation d'une revue de littérature, mais il ne s'agit pas d'un outil de mesure validé.

- La subjectivité des réponses :

Un auto-questionnaire ne peut pas permettre une évaluation objective du Burn out, ce qui va conduire à une sous-estimation ou surestimation du taux du burn out.

❖ Mais notre étude a aussi des points positifs.

- L'honnêteté des réponses :

Nous avons parfois posé des questions délicates (par exemple la consommation d'alcool, de tabac ou de psychotropes ; idées suicidaires). L'anonymat du questionnaire a pu favoriser l'honnêteté des réponses.

- L'intérêt pour le sujet :

Le taux de réponses élevé peut refléter l'intérêt de la population étudiée pour ce sujet. De nombreux participants à l'étude ont d'ailleurs rajouté à leurs réponses qu'ils trouvaient le sujet intéressant, ont fait des remarques encourageantes et la plupart a exprimé son désir de connaître les résultats de l'étude.

II. EPIDEMIOLOGIE : LE BURN OUT EN CHIFFRES

L'une des difficultés que nous avons rencontrées lors de l'interprétation des résultats de notre travail était de comparer nos données à celles de la littérature :

- Sur le plan opérationnel, plusieurs outils autre que le MBI ont été utilisés lors de la réalisation des différentes études ; Il serait donc illogique de vouloir comparer des études ayant traité le syndrome à l'aide de différents outils de mesure.

- Ainsi que plusieurs définitions ont été retenues ; Certains auteurs ont opté pour une définition conservatrice requérant un score pathologique pour les trois dimensions pour parler du syndrome de Burn out au complet. (29)

D'autres le définissent comme un score élevé sur l'échelle d'épuisement émotionnel ou sur l'échelle de dépersonnalisation. (29) (32)

Quant à notre travail, nous avons choisi la définition la plus large dans laquelle la présence d'un seul score pathologique parmi les trois échelles suffit pour parler de Burn out en définissant ses trois niveaux(bas, modéré, élevé).

Un autre groupe d'auteurs se sont contentés de décrire les résultats obtenus pour chacun des scores de façon séparée.

On signalera aussi que, quelques soient les pays étudiés, les résultats du MBI des soignants donnent des scores de Burn out préoccupants .Cependant, Schaufelli a montré qu'il existe des variabilités culturelles des scores MBI (33), ce qui impose la prudence dans la comparaison des scores entre différents pays.

- Pour ce qui est de la population étudiée, et malgré le fait que la spécialité d'Anesthésie Réanimation soit réputée être l'une des spécialités les plus touchées par le syndrome (avoisinée par la Psychiatrie et la Médecine Générale) (34), le nombre d'enquêtes réalisées auprès des praticiens reste relativement faible et les études sont majoritairement descriptives.

- D'une autre part, les travaux réalisés étaient soit menées auprès des médecins, des infirmiers et agents paramédicaux de façon séparée, soit auprès des deux en même temps, le cas de notre enquête. Un autre point rendant la comparaison parfois difficile.

En prenant en considération l'ensemble de ces éléments, nous allons tenter d'étaler ci-dessous les résultats des études dont les données convergent dans un point ou un autre avec les nôtres.

A. Le Burn out en milieu de réanimation :

Selon un rapport de la SFAR (La Société Française d'Anesthésie et de Réanimation), le syndrome d'épuisement professionnel concernerait actuellement 20 à 50% des Médecins Anesthésistes Réanimateurs. (35)

La majorité des études concernant des effectifs faibles, la SFAR va jusqu'à proposer un questionnaire en ligne (36) pour évaluer ce syndrome sur un plus grand nombre de praticiens français.

Selon les résultats d'une étude portugaise, les anesthésistes seraient les plus concernés parmi les médecins puisque 50 à 60% de l'ensemble des anesthésistes y seraient sujets. (37) (38)

Nos résultats qui annoncent que **79.1%** des praticiens sont en Burn out, représentant **81%** des médecins et **77.7%** des infirmiers, dépasseraient de loin ceux inclus dans la marge de la SFAR mais aussi ceux de l'étude portugaise.

Un écart qui pourrait s'expliquer par les différences socioéconomiques entre les pays, notamment en matière de rémunération et de conditions de travail.

Dans une autre enquête réalisée auprès des réanimateurs français, un niveau élevé d'épuisement professionnel a été observé chez **46,5%** des médecins réanimateurs (39) et chez **32,5%** des soignants paramédicaux (infirmiers, aide-soignants et cadres de santé). (40)

En les comparant à nos résultats qui ont dévoilé un niveau élevé de Burn out chez 43% des médecins et 22.3% des infirmiers, on peut se sentir relativement rassurés par rapport à la gravité du degré de Burn out qui semble faire ses premiers pas chez nous.

Chez les urgentistes Français de la Réunion, le Burn out était mentionné chez 17,4% des soignants (médicaux et non médicaux). (41)

Au Maroc, une étude descriptive a été réalisée auprès des médecins et des infirmiers diplômés d'état du département d'Anesthésie-Réanimation et des Urgences au niveau du CHU de Casablanca.

Le niveau de Burn out était élevé chez 20,5% des praticiens et modéré chez 76% d'entre eux. 99% avaient un niveau élevé à moyen d'épuisement émotionnel, 73% des soignants avaient un niveau moyen à élevé de dépersonnalisation et 64,5% avaient un niveau moyen à élevé de manque de sentiment d'accomplissement professionnel. (42)

Notre enquête a porté sur 91 praticiens d'Anesthésie-Réanimation dont 79.1% ont affirmé avoir ressenti les signes du Burn out ; 30.8% souffraient d'un niveau élevé de Burn out, 30.8% en avaient un niveau modéré et 17.6% avaient un niveau bas.

Un niveau élevé d'épuisement émotionnel était retrouvé chez 36.3% des praticiens ; Il est élevé à modéré chez 68.2% d'entre eux.

Un niveau élevé de dépersonnalisation existait chez 22% ; il est élevé à modéré chez 47,3%.

Un niveau très bas d'accomplissement professionnel se voyait chez 22% ; il est élevé à modéré chez 52.8% d'entre eux.

On est rassuré lorsqu'on compare notre étude à celle réalisée au sein du CHU de Casablanca qui a objectivé un burn out chez la majorité des praticiens, et tout ça est lié fort probablement au stress de la vie quotidienne qui a atteint son plafond dans cette ville.

B. Le Burn out chez les autres soignants :

Les travaux menés auprès des médecins généralistes restent de loin les plus fréquents.

1. En France :

Plusieurs régions ont été étudiées sous cet aspect :

- Bourgogne 2001, Champagne–Ardenne 2002 et Poitou–Charentes 2004 (42) (43) (44)

En moyenne, les taux d'épuisement émotionnel sont élevés dans plus de 43% des cas, une dépersonnalisation élevée dans plus de 40% des cas également et un accomplissement personnel faible dans 30% des cas.

- Loire 2003 (29), Rhône–Alpes 2004 (45), Indre–et–Loire 2005 (45), Cher 2006 (46), Luxembourg 2007 (47)

Les résultats sont transcrits sur le tableau ci-dessous :

	<i>Loire</i>	<i>Rhône-Alpes</i>	<i>Indre-et-Loire</i>	<i>Cher</i>	<i>Luxembourg</i>
<i>Épuisement émotionnel grave</i>	26%	25%	25%	25,2%	10,8%
<i>Dépersonnalisation grave</i>	30%	24%	29%	33,1%	12,1%
<i>Accomplissement professionnel bas</i>	19%	30%	25%	29,1%	33,1%

- Dans une autre étude menée auprès de l'ensemble du personnel du Centre hospitalier de la Chatre (y compris celui des services administratifs), 80,6% étaient en difficulté sur au moins un item du MBI : 31,3% sur un seul (Burn out bas), 26,9% sur les deux (Burn out modéré) et 22,4% sur les trois (Burn out élevé). (48)

2. Au Canada :

27% des médecins généralistes et des médecins de Famille seraient victimes du Burn out selon une étude réalisée en 2008. (49)

3. En Suisse :

La prévalence de l'épuisement professionnel était de l'ordre de 20 à 40% chez les infirmières d'hôpitaux généraux, allant même jusqu'à 40% chez les infirmières en réanimation pédiatrique.

Chez les médecins de premiers secours, 20% montraient des indices de Burn out et 35% ont admis avoir du mal à chercher de l'aide. (49)

4. Au Maroc :

Partant du principe que la situation devrait être encore plus délicate dans les pays en voie de développement (manque d'effectifs et de moyens, des salaires bas...), trois psychologues marocains ont enquêté sur les niveaux du Burn out et de détresse psychologique ressentis et sur les facteurs de stress dans cinq services hospitaliers marocains : l'Oncologie, l'Hématologie, la Réanimation, le service des Brûlés et celui des Maladies Infectieuses.

Près de 60% des soignants ont eu un score élevé d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation, d'où un score également élevé de détresse psychologique, ; si élevé que 59% étaient classés comme « cas pathologiques », médecins et infirmiers étant à égalité. (50)

III. LES CAUSES DU BURN OUT

A. Variables sociodémographiques

Il est difficile d'établir des conclusions quant au rôle des variables sociodémographiques sur l'apparition du Burn out car les études ont des résultats divergents.

1. L'âge :

Le rôle de l'âge est encore très discuté dans la littérature.

Pour certains, il pourrait influencer l'apparition du syndrome, et donc les personnes les plus jeunes ont plus de risque de s'épuiser (51) ; on peut donc dire que les personnes développent avec l'âge une sorte de résistance au

burn out; tandis que pour d'autres, les personnes entre 40 et 50 ans seraient plus menacées. (52)

L'âge moyen de nos praticiens a été de 30 ± 7.9 ans, avec des extrêmes de 22 et 60 ans.

Les résultats de notre étude ne révèlent pas d'association significative entre l'âge et le Burn out ($p=0,19$), même s'il paraît que les jeunes soignants semblent de loin les plus atteints (65% des sujets épuisés se situaient dans la tranche d'âge de [20–29ans]).

2. Le sexe :

Le rôle du sexe dans la survenue de l'épuisement professionnel est également controversé.

Il ressort de notre étude que les femmes sont moins touchées que les hommes en ce qui concerne le burn out ainsi que tous ses volets mais on trouve que le sexe n'a pas un lien significatif qu'avec la dépersonnalisation ($p=0.04$).

De même pour d'autres auteurs (53) (40), comme Maslach, ce sont plutôt les hommes qui seraient plus atteints que les femmes. (54)

Et contrairement à d'autres études ; comme l'étude multi variée américaine qui montre que les femmes ont 60% plus de risque d'être en Burn out que les hommes, précisant que les femmes sont plus « intensément » atteintes que les hommes (26% des femmes ont un degré élevé de Burn out dans ses trois dimensions contre 21% des hommes)

3. La situation familiale :

La situation familiale des soignants (statut matrimonial et enfants à charge) est souvent demandée dans les différentes études sur le sujet.

Le résultat est malheureusement rarement exploité, et le cas échéant il est le plus souvent non significatif lié au burn out, le cas pour notre étude également ; bien qu'il ressort chez certains auteurs que la vie en famille ait un effet positif sur le moral (55) et soit corrélé à la satisfaction au travail (56). Le cas aussi de notre étude qui a objectivé que la vie en famille a un lien significativement positif avec une meilleure activité professionnelle ($p=0.027$).

B. Variables professionnelles :

Plusieurs recherches ont été effectuées sur la relation entre la formation, la fonction, les titres, le nombre d'années d'expérience et le Burn out. Les résultats ont conclu qu'il n'y a pas de lien direct (52).

1. L'ancienneté ou le nombre d'années d'exercice

Selon certains auteurs, le Burn out (et en particulier la dépersonnalisation) diminuerait avec l'ancienneté professionnelle. (57) (58)

Il y aurait un pic d'incidence en début de carrière, précisé à moins de 5 ans d'activité pour la plupart des études. (56) (59)

Dans notre étude, il est vrai que le nombre d'années d'exercice n'influençait ni la survenue ni le degré de Burn out, mais si l'on se permet de comparer notre population à celle des médecins généralistes, nos résultats et les leurs semblent être sur la même voie, puisque ce sont les médecins en

formation (ayant par définition moins de 5ans d'activité) qui sont les plus concernés par le syndrome. ($p=0,066$)

Il ne serait pas difficile non plus d'expliquer ce constat, puisque c'est bien à cet âge là que la « flamme motivationnelle » atteint son apogée ; Ce n'est qu'avec la pratique quotidienne que cette « vision idéaliste » du jeune professionnel commence à se dissiper peu à peu, laissant place à la désillusion, au désespoir et par conséquent au Burn out.

2. Le lieu d'exercice :

Pour certains auteurs (enquêtes réalisées auprès des médecins généralistes), l'installation en milieu rural semble être une source particulière de stress (43) (60) et favoriserait l'émergence du Burn out (43) (59) (61), mais plusieurs autres études trouvent les résultats non significatifs. (57) (62) (63)

Pour ce qui est de notre enquête, la question ne s'est pas posée puisque l'on s'est limité aux différents services de réanimation du même département.

3. Le statut professionnel :

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 (64).

Médecin comme infirmier, les deux ont un risque de s'épuisé ; Ce qui a été objectiver par notre étude, mais sans lien significatif ($p=0.9$), avec un taux d'atteinte des médecins plus que les infirmiers.

Contrairement à de nombreuses études épidémiologiques européennes et canadiennes qui montrent des résultats convergents : l'épuisement

professionnel atteint plus les infirmiers ; avec une atteinte d'environ le quart des infirmières des hôpitaux généraux, tous services confondus. (18) (65) (66) (67)

Certains auteurs expliquent cette vulnérabilité par le cumul d'un certain nombre de facteurs, à savoir la complexité organisationnelle du travail mais surtout la dévalorisation chronique ressentie par les infirmiers suite à la quasi absence de gratification en provenance des médecins et des supérieurs, induisant un réel sentiment d'abandon.

Par ailleurs, dans notre série les médecins en cours de formation sont les plus atteints. Et ceci est expliqué par l'énorme stress du fait de la charge considérable du travail, des responsabilités envers les patients, et des exigences des supérieurs.

C. Le Burn out: un phénomène multifactoriel: (18) (43) (53) (67) (68) (69) (70) (71) (72) (73)

Il est vrai que les enquêtes épidémiologiques réalisées jusque là n'ont pas mis en évidence de « personnalité pré-morbide » bien définie, ce qui laisse entendre que le Burn out syndrome peut toucher chacun d'entre nous.

Cependant, on admet qu'un certain nombre de facteurs liés à l'individu ou à son milieu de travail semblent favoriser l'apparition du syndrome d'épuisement professionnel.

On peut dire alors, que le Burn out 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.

Nous avons donc choisi de regrouper les facteurs en cause sous deux grandes catégories :

- *Des causes extérieures reliées au travail* : elles découlent de l'environnement physique et psychosocial mais aussi du cadre institutionnel.
- *Des causes intérieures reliées à l'individu lui-même* : elles se définissent au niveau du fonctionnement psychique de l'être.

1. Les causes externes :

Il s'agit de l'ensemble des agents « stressseurs » au travail, que l'on peut englober sous le nom de « conditions de travail », incluant la présence de conditions négatives et l'absence de conditions positives. (68) (74)

Notre analyse univariée a retenu 5 facteurs de risque significatifs :

- Les pressions administratives. ($p=0,023$)
- Les exigences des patients et de leur famille ($p=0,03$)
- Le manque de respect de la part des patients ($p=0,03$)
- Le manque de reconnaissance de la part de la société ($p=0,047$)
- Le manque de communication au sein du corps médical et paramédical. ($p=0,015$)

De même, trois facteurs ont été significativement associés à l'augmentation du degré de Burn out en analyse univariée. Ce sont :

- L'absence de récupération post garde. ($p=0,05$)
- Le manque de respect de la part des patients ($p=0,02$)
- Le rapport salaire/effort insatisfaisant. ($p=0,048$)

a. L'environnement physique :

C'est le « système des 5 M » selon Canoui: (53)

- *Le milieu* : rassemblant tout ce qui contribue à l'ambiance dans le service, à savoir la température, les lumières, les sonneries, les alarmes ainsi que l'architecture du service.
- *les matières premières et le matériel* : une mauvaise organisation ou une insuffisance peut être source de déplacement et de perte de temps.

La manipulation de certaines substances dangereuses peut également induire un certain stress.

- *les méthodes de travail* : regroupant les protocoles, les règles du service, les rapports. Elles sont en constante évolution d'où l'obligation de pouvoir s'adapter rapidement aux changements.
- *la main d'œuvre* : un effectif insuffisant alourdit sans doute la charge de travail.

❖ La charge du travail : (18) (43)

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
- 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 être saturé par quinze patients par jours tandis qu'un autre peut en voir facilement trente. »

La surcharge du travail était mentionnée par 89% de nos praticiens ; L'analyse univariée l'a reconnue comme étant non significativement associée au Burn out.

Ceci pourrait aller dans le sens de l'idée que le Burn out n'est pas synonyme de « quantité de travail ». Pour reprendre la vision « existentielle » de Pines, le Burn out serait donc secondaire à une difficulté à trouver du sens à son travail. (18)

❖ L'organisation du travail : (18) (67) (72)

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 des individus
- 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.
- Un manque de participation lors des prises de décision.

On peut ainsi parler de la « surcharge qualitative » du travail.

❖ La demande continue de services : (18) (68)

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.

Selon nos résultats, ce facteur augmenterait de façon significative le niveau de Burn out chez l'ensemble des soignants.

b. L'environnement psychologique : (53) (67) (70) (71)

- La relation d'aide fait partie de la profession du soignant. Cependant, une implication trop importante serait plutôt source de stress.
- Le contact permanent avec la mort, la morbidité, la peur et la souffrance.
- La gestion de cas difficiles ou traumatisants .Ce facteur n'influence pas la survenue du Burn out selon notre enquête.
- 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 (exemple de l'acharnement thérapeutique).
- 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.

Dans notre enquête, ce manque de communication était relié de façon significative à la survenue du Burn out.

A ce besoin informatif et matériel s'ajoutent, paradoxalement et de façon récente, deux nouveaux facteurs :

- Le premier est sans nul doute l'augmentation impressionnante des connaissances médicales au cours de ces dernières années. Les publications scientifiques évoluent à une vitesse telle que le praticien ne peut jamais être sûr d'être à la pointe.
- L'apparition de nouvelles technologies est également un facteur de stress important lorsqu'on est incapable de les maîtriser. Les « anciens » praticiens doivent alors se remettre au niveau demandé et s'adapter au milieu qui évolue. De ce fait, ils peuvent remettre en question leurs capacités professionnelles.

Ces éléments aboutissent tous, d'une façon ou d'une autre, à la perte de la satisfaction au travail.

c. L'environnement social :

❖ Le manque de reconnaissance (70)

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 on 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.

Ce facteur a été rapporté par 35% de nos soignants ; Il s'associe de façon significative à l'apparition Burn out.

❖ Le sentiment d'insécurité : (51) (70) (72)

Physique ou verbale : Pouvant faire suite à un refus de prescription, un reproche relatif à un traitement, une décision médicale contestée, ou encore à l'état mental du patient.

Psychique : Les patients sont de plus en plus exigeants vis-à-vis du corps médical, leurs attentes ne sont plus modérées et l'erreur est inadmissible.

Le nombre de procès intentés aux médecins est donc en nombre croissant ; la peur de la poursuite judiciaire ne fait que s'accroître par conséquent.

Financière : Lorsqu'on parle de salaire dans une profession aussi particulière ou le soignant se donne en entier, l'attente doit être à la hauteur de cet engagement personnel, de l'amplitude des horaires et du service de haute technique et morale offert.

Or, à côté de la perte de la reconnaissance et du prestige de la profession, les médecins jugent que leur rémunération n'est plus à la hauteur de ces attentes.

Il ne serait donc pas surprenant d'annoncer que ce facteur est responsable d'influencer le degré du Burn out ($p=0.048$).

Un résultat exceptionnellement mentionné dans les pays développés, mais qui paraît légitime de le retrouver dans notre contexte où la récompense financière du soignant (notamment Infirmiers et Médecins en formation) reste très modeste par rapport à l'effort fourni.

d. Les causes institutionnelles : (67)

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

❖ Le 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.

❖ L'inadéquation du système de formation :

L'apprentissage de la prise en charge de la douleur, des soins palliatifs et l'enseignement de la relation soignant/soigné n'étant pas systématiquement ni encore suffisamment inclus dans tous les programmes d'études médicales ni de formation paramédicale.

2. Les causes internes :

a. Profil du candidat au Burn out : (18)

Si l'environnement physique et psychosocial est à peu près le même pour tout le monde, comment se fait-il que tout le monde ne soit pas atteint ou également menacé par le Burn-out ?

La réponse à cette question est la même que pour tous les états de mal-être, comme pour toutes les maladies physiques ou psychiques. Dans le Burn-out,

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.

Voici quelques traits dont certains se retrouvent souvent chez la victime du Burn-out:

❖ L'anxiété :

Le candidat au Burn-out 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.

Ces candidats au Burn-out 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 Burn-out. 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 essentielle 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 acharnement, comme pour se racheter à leurs propres yeux, sans tenir

compte du travail déjà accompli. Ces candidats au Burn out 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 Burn-out.

❖ 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 trop 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, situation paradoxale que de constater que les candidats au Burn out 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.



b. Le choix de la profession : (69)

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.

c. Le manque de réalisme : (18) (68) (69)

Certains cliniciens mettent en avant l'importance d'un excès d'idéalisation de la profession. En effet, le Burn out 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 guérir à tout prix, 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, avec en outre un manque tangible de succès pour de nombreux patients.

Il s'agirait probablement d'une forme d'« idéal du moi », acquise auprès de parents particulièrement exigeants pour leur enfant. (75) (74) (76) (77)

Il est vrai que pour devenir médecin, il faut une bonne dose d'idéalisme, de compulsivité, 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 ».

A un moment ou l'autre de la carrière professionnelle : le soignant idéal s'éteindra, l'idéal du soignant s'éteindra ; D'où l'intérêt d'éteindre l'idée du soignant idéal.

d. L'obsession du travail : (69)

Devenant presque l'unique préoccupation de l'individu, ce dernier en devient obsédé comme « prisonnier du boulot »

C'est pourquoi d'ailleurs, les canadiens préfèrent le terme « brûlure » : les sujets étant comme consumés par leur travail.

e. Les limites des capacités d'adaptation: (69)

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.

f. La notion de « hardiesse » : (53)

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

g. L'absence de ressourcement affectif et social : (68)

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 Burn out pourrait être conçu quoique de façon partielle et incomplète, comme une faillite dans la gestion des énergies personnelles.

h. La vulnérabilité biologique :

Quelques enquêtes explorent les mécanismes physiopathologiques du stress et du *Burn out*.

Concernant le cortisol et l'axe hypothalamo-corticosurrénalien, les résultats divergent.

Le BDNF (*Brain-derived neurotrophic factor*) est un régulateur de la formation et la plasticité des réseaux neuronaux impliqué dans les modèles de stress.

Des niveaux bas de BDNF pourraient contribuer à la neurobiologie du Burn out. (78)

L'étude de taux circulant de cytokines pro- et anti-inflammatoires a montré que le Burn out était associé à une augmentation des cytokines de l'inflammation. (79)

Il s'agit cependant de plusieurs études dont les résultats doivent être interprétés prudemment. Car c'est difficile d'établir un lien direct entre ces facteurs et le phénomène de stress.

D. Particularités en milieu d'Anesthésie -Réanimation :

1. Conditions de fatigue chronique : (73)

L'obligation constante de travailler dans des conditions de fatigue chronique, du fait de la privation de sommeil (gardes et astreintes) et à cause d'une ergonomie des sites de travail particulièrement médiocre (froid des salles d'opération, bruit, place réduite, absence de confort du poste) est un facteur important d'épuisement professionnel. (80) (81)

On notera que l'absence de la récupération post garde a été mentionné par la plupart des médecins ; et elle a été considérée dans notre étude comme étant un facteur lié significativement aux différents degrés du burn out.



2. Absence de contrôle des tâches et du temps : (73)

On citera :

- L'absence de contrôle sur la durée d'un acte opératoire.
- L'absence de contrôle de son agenda en terme de planification choisie de ses activités, ce qui gêne vie sociale, familiale, loisirs et, au quotidien, le temps pour se détendre et s'alimenter.
- La perte ou la réduction d'autonomie sur le temps est mal tolérée et est donc perçue comme une pression importante.
- La présence obligatoire pour assurer une continuité des soins, même sans activité programmée notable.

3. Relations avec les autres médecins et chirurgiens: (73)

L'Anesthésie-Réanimation est une spécialité en interface avec pratiquement tous les autres services ou structures d'un établissement de soins, ce qui multiplie les zones de friction et de tension psychologique.

Tel n'est pas le cas d'autres spécialités qui sont en interaction faible, ou très indirecte, avec les autres services.

4. La confrontation avec la mort : (18) (82) (83)

-Le face à face avec la mort est sans doute ce qui met plus en question l'idéalité et provoque la désillusion.

« La confrontation avec la mort n'est pas seulement une rencontre, c'est aussi un travail qui renvoie à deux sentiments : l'angoisse et la culpabilité ».

Le praticien est donc constamment « obligé de lutter contre l'idée qu'il n'est pas capable de faire d'avantage pour empêcher le malade de mourir ». (83)

-Dans les unités où les décès sont fréquents après de longues tentatives de soins, s'installe ce qu'on peut appeler « le désespoir thérapeutique ».

Le questionnement sur l'intérêt de l'acharnement thérapeutique face à cette souffrance renvoie à un sentiment d'inutilité, d'échec chronique et de culpabilité.

-La décision de la limitation ou de l'arrêt de l'acharnement thérapeutique est devenue une réalité quotidienne des services de réanimation dans de nombreux pays ; Elle est justifiée pour les patients et leurs proches, comme pour les équipes médicales et paramédicales, par le refus de l'acharnement thérapeutique, l'acceptation de la fin de vie en réanimation et la volonté d'une qualité de soins non plus seulement curatifs mais aussi palliatifs. Cependant, une telle décision ne peut être prise sans perturber l'esprit du soignant.

IV. LES CONSEQUENCES DU BURN OUT

Les conséquences du *Burn out* sont nombreuses tant au niveau individuel (état dysphorique, 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...) (84)

A. Conséquences individuelles pour le soignant :

1. Sur le plan personnel :

La dégradation de l'état de santé psychologique du praticien peut être rapide et très péjorative avec des conduites addictives (alcoolisme, toxicomanie) pouvant aboutir dans un deuxième temps au suicide.

- **Lien entre fatigue et santé du médecin :** (85)

Dans notre enquête, 51.6% des praticiens se plaignaient de troubles du sommeil et 38.6% de manifestations neurovégétatives à type de palpitations et de céphalées.

Les données suggérant un accroissement de la morbidité ou de la mortalité des médecins anesthésistes-réanimateurs par rapport aux autres spécialités médicales (86) sont très contestées (87) (88) .Mais on sait que les médecins anesthésistes ont un risque augmenté de toxicomanie ou de suicide en comparaison à d'autres catégories de médecins (89).

Par ailleurs, des études ont montré une diminution de 15% d'espérance de vie chez les animaux soumis à une désorganisation de leur rythme

circadien (90) et une vaste étude prospective menée par l'American Cancer Society sur plus d'un million a constaté un lien troublant entre durée habituelle du sommeil et mortalité , confirmant s'il en était besoin la nature « vitale » du sommeil. (91)

De plus en plus les études montrent 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'insulino-résistance ou de syndrome métabolique.

Ces risques ont été corrélés à la longueur des périodes de garde. (92)

Les médecins hospitaliers conduits à prendre de nombreuses gardes constituent donc une population tout particulièrement à risque, notamment cardiovasculaire.

Il a été possible d'enrôler 35 médecins de 29 à 45 ans en bonne santé dans une étude prospective randomisée en cross-over : 24 heures de garde comparées à 24 h de travail normal incluant au minimum 8 h de repos. Un enregistrement de longue durée de l'électrocardiogramme (Holter ECG) et de la pression artérielle (MAPA) ainsi qu'un recueil des urines, le tout sur 24h, ont été effectués. De plus un prélèvement sanguin a été réalisé avant et après chaque période :

- Le Holter ECG a retrouvé une majoration du nombre des extrasystoles ventriculaires (ESV) la nuit (0-6h) pendant les gardes ($p=0,047$).
- La pression artérielle (PA) diastolique moyenne était supérieure lors des gardes, qu'elle soit mesurée sur 24h (83,5 contre 80,2 mmHg,

p=0,025) ou la nuit (75,4 contre 73,0 mmHg, p=0,028) de même, la PA systolique nocturne a plus souvent dépassé 125 mmHg.

- Les concentrations en TNF alpha étaient supérieures les nuits de garde (0,76 contre 0,05 pg/ml, p=0,045) de même que l'excrétion urinaire de noradrénaline (46,0 contre 36,0 µg/24h, p=0,007). (93)

2. Sur le plan professionnel: (73)

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, rapidement et de façon adéquate, les erreurs que l'on commet dépendent de la performance des individus.

D'une part, l'état de santé du soignant est altéré et, d'autre part, ses performances professionnelles sont dégradées : manque de concentration, ralentissement cognitif, absentéisme ...

B. Conséquences pour le patient :

Un médecin réticent ou souffrant ne peut être un bon médecin. (84)

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 :

- La dépersonnalisation et la perte d'empathie.
- Le taux d'erreurs plus important, occasionnant ou pas la mort. (73)

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 dans certains services. (69)

Les arrêts de travail répétés des praticiens souffrants, cumulés avec l'insuffisance du nombre de soignants, entraînent souvent pour leurs confrères, continuant à travailler, un risque important de Burn out pour eux-mêmes ; ces derniers voyants leur charge de travail augmenter considérablement.

Ainsi, la qualité des soins qu'ils doivent apporter aux patients ne peut que se dégrader également.

Outre ce retentissement sur la qualité, l'existence d'un fort taux d'épuisement professionnel a aussi des conséquences financières secondaires à l'arrêt de travail, dans le cadre d'incapacité temporaire ou de pension d'invalidité permanente (pour troubles psychiatriques, cardiovasculaires, neurologiques ...) (84)

D. Relation fatigue -erreur humaine : (85)

1. Horaires de travail, fatigue et dette de sommeil :

Les désordres du sommeil dus au travail nocturne « shift work » sont définis comme une insomnie ou des périodes de somnolence excessive chronologiquement associées à des périodes de travail survenues aux heures habituelles de sommeil.

Les sujets concernés ont un risque accru d'ulcère gastrique, d'atteintes coronaires, d'insulino-résistance 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. (92)

Les médecins en formation paraissent les plus concernés, mais en réalité, le problème s'étend aux infirmiers et aux médecins séniors. (94) (95)

Des études expérimentales ont permis de mettre en évidence le retentissement du travail en garde chez des médecins anesthésistes seniors au moyen d'actimètres, capteurs piézoélectriques miniaturisés portés au poignet, qui monitorent les mouvements en stockant l'information sous forme numérique.

Les médecins effectuaient au moins trois gardes sur une période de 15 jours. L'actimétrie, méthode validée pour l'identification des périodes veille-sommeil, montrait, comme attendu, une réduction du temps de sommeil moyen (4h37min), mais surtout que c'est la qualité même du sommeil, fragmenté et peu réparateur, qui est altéré par la situation de garde. (96)

2. Fatigue et risque d'erreur:

a. Résultats des études expérimentales :

Dans la pratique anesthésique, où 80% des incidents seraient liés à une défaillance humaine (97), la fatigue a été incriminée dans 83%des accidents liés à la sécurité des patients (98) et dans 95% des accidents impliquant une défaillance matérielle. (99)

La relation entre baisse de performance dans les activités cliniques et charge de travail a pu être démontrée par certaines études, dont une qui a prouvé que la privation de sommeil détériore rapidement les capacités décisionnelles au cours de tâches monotones effectuées au lendemain d'une garde (100); et une autre ayant montré une nette dégradation du test de surveillance d'un moniteur le lendemain d'une garde. (101)

On rapporte également une étude selon laquelle des internes privés de sommeil commettaient plus d'erreurs dans l'interprétation de tracés électrocardiographiques que leurs homologues reposés. (102)

L'intubation est moins rapide et plus laborieuse lors d'une garde qu'au cours du travail diurne. (103)

Le risque de brèches dure-mériennes au cours de la réalisation d'une anesthésie péridurale est augmenté entre 19h et 8h du matin. (104)

Une autoévaluation fait apparaitre une diminution de vigilance qui persiste 48h après une garde, bien que ce facteur s'améliore entre le lendemain et le surlendemain de la garde (105). Et si 4heures de sommeil en garde semblent préserver une certaine synchronisation des rythmes circadiens, en revanche, la répétition des gardes la compromet. (106)

Dans une étude électroencéphalographique, les résidents étaient évalués sans avoir eu la possibilité de se reposer, ou au contraire après un repos postprandial avec ou sans sieste : les tracés EEG du soir suivant la garde montraient une diminution de la vigilance (diminution du rythme alpha et augmentation du rythme beta) et pendant les tâches nocturnes imposées,

l'augmentation du rythme delta, reflet de la fatigue, n'était amoindrie qu'en cas de sieste de 30 à 90min.

Les sensations subjectives des praticiens en post-garde étaient affectées par la fatigue, avec une sensation de mal-être et d'irritabilité améliorée seulement dans le groupe qui avait pu bénéficier d'une sieste. (107)

En 2003, des auteurs ont étudié deux groupes de résidents en anesthésie : un groupe bénéficiant d'une « grasse matinée » pendant 4 jours consécutifs, et un groupe de résidents évalués à l'issue d'une « nuit blanche ». Ces deux groupes étaient ensuite testés sur un simulateur d'anesthésie pendant 4 heures consécutives.

La privation de sommeil entraînait une détérioration progressive de l'éveil, de l'humeur et surtout des performances, au cours de la journée qui suivait, avec un temps de réaction augmenté et une incidence accrue des micro-endormissements.

Dans le groupe reposé, un seul des 12 résidents injectait à un patient allergique (simulé) l'antibiotique auquel il était intolérant, contre trois dans le groupe des 12 résidents « fatigués ». (108)

b. Résultats des enquêtes épidémiologiques :

L'analyse des dix premières années de l'*Australien Incident Monitoring Study* (AIMS) a révélé, sur 5600 déclarations, la survenue de 15 incidents anesthésiques en rapport avec la fatigue.

Il s'agissait essentiellement d'erreurs portant sur la nature ou sur la dose du produit injecté, survenant préférentiellement entre 19h et 6h du matin, avec un pic au milieu de nuit. Ces erreurs étaient favorisées par l'inattention lors de l'induction anesthésique, suggérant une diminution de vigilance engendrée par la fatigue.

L'expérience des médecins ne minimisait pas le risque d'erreur : la compétence ne remplacerait donc pas le repos nécessaire.

Au total, un lien entre fatigue et risque de commettre des erreurs médicales semble établi.

Toutefois en 2004, une revue de sept études publiées montrait que les données de la littérature sont pour le moment insuffisantes pour démontrer un lien entre fatigue et mise en danger des patients, il est notamment impossible actuellement d'affirmer un lien entre fatigue des médecins et mortalité des malades. (109)

V. SOLUTIONS THERAPEUTIQUES DU BURN OUT

Nous avons vu que ce sont surtout les facteurs organisationnels, interindividuels mais aussi personnels qui peuvent mener au burn out. C'est sur ces trois niveaux que la prévention peut donc jouer, les deux premiers étant les plus importants.

Cependant 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 Burn out dans l'individu : il est plus facile et moins coûteux de changer les personnes, plutôt que l'organisation du travail. (110)

A. La reconnaissance du problème :

Heureusement, le Burn out est réversible et répond assez bien à des mesures thérapeutiques à long terme.

Néanmoins, avant de prendre les mesures appropriées pour traiter son Burn out, 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). (68)

Il est intéressant de constater le déni de ce problème de la part des soignants. En effet, si la plupart des anesthésistes n'admettent pas le fait que la fatigue entraîne une moins bonne efficacité de travail, ce taux devient plus important chez les chirurgiens. (111)

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 praticiens 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. (73)

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. (68)

1. L'amélioration du contexte de travail :

La réduction des stressseurs 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 : **(73)**

- une dotation suffisante en matériel (outils diagnostiques et thérapeutiques) 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 :

*Le bruit a un effet sur la concentration des soignants.

*Pour les anesthésistes, l'utilisation de musique en salle d'opération semble être utile pour réduire le stress.

*La température et l'humidité jouent un rôle non négligeable ; la réalisation d'une tâche complexe est détériorée par une température basse et humide (112), de même que la lumière ambiante.

❖ 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. On citera aussi :

- L'adoption d'un modèle décisionnel horizontal avec une réelle participation aux décisions
- La gestion des conflits.

Dans notre contexte et en réponse à la menace des facteurs de risque du Burn out révélés par notre étude, l'amélioration de l'environnement du travail nécessite une optimisation des conditions ergonomiques et une bonne organisation du service selon un plan d'action établi par chaque équipe.

2. Des interventions centrées sur l'individu :

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.

a. Sur le plan personnel : (68) (18)

Nécessité de prendre soin de soi :

- 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 ; Savoir écouter son corps.
- Développer des compétences dans d'autres domaines que la médecine.
- S'adonner à des activités récréatives de loisirs et de divertissement (arts, sports..).
- Découvrir des passions extérieures permettant de se déconnecter et de s'épanouir en dehors du travail.

Augmenter son estime de soi :

- 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.

Augmenter son niveau de hardiesse :

Ceci est possible par un meilleur contrôle de soi et des situations qui devraient être vécues comme un challenge, plutôt qu'une menace.

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.

b. Sur le plan familial : (68)

Le professionnel qui vit un « Burn out » a un grand ménage à faire en retissant des liens affectifs intimes avec son conjoint, ses enfants, ses parents et ses proches.

Les médecins les plus heureux seraient ceux qui passent le plus grand nombre d'heure avec leur famille, qui prennent le plus de vacances et qui ont une vie intérieure intense.

c. Sur le plan social : (68)

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.

d. Psychothérapie ou psychanalyse : (69)

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 Burn out est responsable de troubles dépressifs, un traitement antidépresseur peut être temporairement associé au traitement psychothérapeutique.

3. L'amélioration de la communication :

a. 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. (51)

Ces séances de soutien peuvent être organisées de façon régulière « groupes de paroles ponctuels » ou encore en « débriefing » ayant lieu au cœur de l'événement (décès mal vécu, accompagnement d'un patient mourant...) (48)

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. (69)

b. Apprendre à travailler en équipe : (68) (113)

L'établissement de relations d'entraide avec ses confrères permet de constituer une forme de réseau de soutien, d'échange, de camaraderies, 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 professionnel.

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 ; Car réunir différents professionnels ne suffit pas pour qu'une vraie équipe se constitue. Des liens doivent se tisser entre eux en s'appuyant sur des valeurs et objectifs communs.

4. Les mesures organisationnelles : (114) (115)

Même s'il peut exister des situations spécifiques, le Burn out 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 Burn out ne doit pas être réservée aux seuls soignants.

Outre les directions hospitalières, 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 soignants
- La reconnaissance du syndrome d'épuisement professionnel comme maladie professionnelle.
- L'instauration d'une prise en charge médicale et psychologique dédiée aux professionnels de santé.
- L'instauration d'une médecine du travail pour les médecins.

La question de l'arrêt de travail de courte durée se pose en cas de burn out. Certains l'estiment indispensable.

L'objectif étant de prendre les mesures pour que le retour au travail s'accompagne des changements nécessaires

Il en est de même d'autres réponses, d'ordre culturel, visant à mieux définir la nature et les limites de la responsabilité médicale et à prendre en compte le médecin pour lui-même (et pas uniquement pour le patient).

La prise en charge consiste également à développer des structures d'écoute, d'accompagnement, d'échanges entre pairs, ainsi que des consultations spécifiques et adaptées. Elle implique de former les médecins à soigner leurs confrères.

Elle nécessite le développement de dispositifs d'aide juridique, de protection et de répression face aux atteintes à la sérénité professionnelle des médecins.

C. Autres mesures préventives :

1. L'intérêt du repos de sécurité :

De même que le seul moyen d'éviter l'accident de conduite est de s'arrêter, le seul moyen de récupérer de la fatigue est de dormir.

Le temps de sommeil permettrait d'acquérir un « crédit » de durée de travail sans apparition de fatigue.

On peut considérer qu'une heure de sommeil la nuit précédente « achète » deux heures de temps de travail et qu'une heure de sommeil dans les 48h précédentes permet d'en acquérir une seule.

Ces notions sont à la base du concept de « **sieste prophylactique** ». (116)

Elles permettent d'estimer raisonnablement qu'un sujet ne devrait pas entamer un travail à risque, s'il n'a pas dormi au moins cinq heures la nuit précédente, ou 12 heures au cours des 48h précédentes.

L'allègement global des horaires de travail diminuerait de 36% le taux d'erreurs médicales graves et de 57% le taux d'erreurs graves non interceptées. (117)

2. La formation des jeunes médecins : (18) (114)

S'il s'agissait, il y a peu, de donner une base de données scientifiques, nécessaire à la pratique médicale, elle n'est plus suffisante pour appréhender la complexité grandissante des situations médicales auxquelles seront confrontés les jeunes médecins en formation.

Le jeune praticien serait non seulement plongé dans la gestion de ses différents rôles exigés dans la vie (praticien hors pair , acteur dans la société , citoyen au cœur de la vie socioculturelle) ,mais il aura ,de surcroit, un rapport direct avec la réalité quotidienne de ses patients, à réfléchir à des enjeux éthiques et philosophiques essentiels qui touchent à l'essence même de la vie , à aider son patient à trouver des réponses aux questions fondamentales qui imprègnent ses doutes et ses angoisses face à la vie et à la mort.

A ce niveau, la responsabilité de l'enseignant se trouve expressément engagée ; Passer d'un enseignement classique à une formation individualisée, sous forme d'un accompagnement personnalisé, d'un tutorat permettrait de garantir à chaque médecin la possibilité d'une meilleure formation.

Dans ce sens, une bonne formation permettrait d'aider les praticiens à assurer les difficultés liées aux différentes facettes des soins :

- Savoir gérer des contraintes multiples (administratives, sociales, humaines).
- Pouvoir assumer une erreur.
- Annoncer une mauvaise nouvelle à la famille.

Donner au jeune praticien la capacité à maintenir un haut niveau de plaisir dans son travail serait la meilleure vaccination contre le Burn out.

3. Le Stress Management : (118)

Les techniques de gestion du stress sont diverses, mais elles restent propres à chacun.

Pour certains, la relaxation, la méditation, le yoga ou encore le Shiatsu* peuvent être de bonnes méthodes.

*(*Shiatsu : Atsu pression Shi doigts ; pratique non conventionnelle qui se base sur la stimulation du corps par les mains)*

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
(119) (120)

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 de l'estomac, 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 du cœur 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 notre 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.

CONCLUSION :

L'objectif principal de notre étude était de soulever l'existence et la prévalence du Burn out chez les soignants des services de réanimation du CHU Hassan II de Fès.

Le Burn out est une réalité dans ces services touchant 79.1% de la population étudiée. Ce chiffre est vraiment très alarmant et doit faire appel à une profonde réflexion à ce sujet.

De cela découle notre second objectif, consistant à identifier les différents facteurs de risque du Burn out.

Les résultats de notre étude révèlent que les principaux facteurs associés au Burn out relèvent essentiellement de l'environnement du travail.

Mais il faut rester prudent dans l'interprétation des résultats puisqu'une étude transversale ne permet pas d'affirmer un lien de cause à effet entre ces facteurs et le Burn out. 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.

RESUMES :

Résumé

Sujet : Le Burn out syndrome en milieu de réanimation :

Enquête auprès des praticiens.

Mots clefs : Burn out, réanimation, facteurs de risque, stress au travail.

Introduction

-Le Burn out syndrome ou syndrome d'épuisement professionnel est un état d'épuisement émotionnel, de déshumanisation de la relation à l'autre et de diminution des performances, en réponse à un stress professionnel chronique.

Objectifs de l'étude

-Objectiver et évaluer la prévalence du burn out syndrome chez le personnel médical et paramédical en milieu de Réanimation.

-Déterminer les facteurs de risque du Burn out syndrome en réanimation et rechercher des solutions adéquates essentiellement préventives pour ce phénomène afin de limiter son retentissement négatif sur les praticiens et sur leurs qualités de soin.

Matériel et méthodes

-Enquête transversale à visée analytique, réalisée auprès des praticiens du service de Réanimation polyvalente A1 et A4 et la réanimation mères et enfants au CHU HASSANE II DE FES ; les médecins spécialistes, les médecins

en formation (internes et résidents) et les infirmiers constituent la population cible de cette étude.

-Les soignants ont été librement et anonymement sollicités pour remplir un auto- questionnaire associant des variables sociodémographiques et professionnelles, une version adaptée du Maslach Burn out Inventory (MBI) et une évaluation des causes et des conséquences du stress au travail.

Conclusion

-L'épuisement professionnel est une réalité en anesthésie réanimation .cette étude aura permis de confirmer cet aspect dans nos structure de soins, et La mise en place de stratégies préventive.

ABSTRACT

Title: “Burnout In Intensive Care Unit: Practitioner Survey”

Keywords: Burnout, intensive care unit, risk factors, stress at work.

Introduction

The Burnout syndrome or professional exhaustion syndrome is a state of emotional fatigue, de-humanization of one's relationship with others leading to a decrease of performances, in response to chronic stress.

Purpose of the study:

Assess the prevalence of the burn out syndrome among the medical and paramedical staff in intensive care units.

Identify risk factors of the burnout syndrome in intensive care unit and figure out mainly preventive solutions for this phenomenon, in order to limit the negative impact on practitioner's life quality.

Material and methods:

We led an analytical cross-sectional survey, conducted among practitioners of polyvalent intensive care units of the University Hospital Hassan II of Fez, including ICU A1, A4 and mother and child ICU.

The target population of this study was: Specialists doctors, doctors in training (residents and interns) and nurses.

Caregivers have been freely and anonymously asked to fill out a self-administered questionnaire involving socio-demographic and professional variables, an adapted version of the Maslach Burn out Inventory (MBI) and an assessment of the causes and consequences of stress at work.

Conclusion:

Burnout appears to be a reality in intensive care units. This study has confirmed this fact in our healthcare facilities, and the necessity of implementation of serious preventive strategies.

ملخص

العنوان: "الاستنفاد المهني في وحدة الإنعاش و التخدير : بحث بشأن الأطباء و الممرضين"

الكلمات الرئيسية: الاستنفاد المهني, الإنعاش و التخدير, عوامل الخطر, التوتر في العمل.

مقدمة

متلازمة الاستنفاد المهني عبارة عن حالة من الإجهاد العاطفي و فقدان الإنسانية في العلاقة مع الآخر و انخفاض الأداء المهني نتيجة التوتر المزمن في العمل.

هدف الدراسة

لمس و تقييم مدى انتشار الاستنفاد المهني لدى الأطباء و الممرضين العاملين في وحدة الإنعاش و التخدير.

تحديد العوامل المسببة للاستنفاد المهني في وحدة الإنعاش و البحث عن حلول مناسبة و خاصة الوقائية تجاه ه ذه الظاهرة من اجل الحد من تاثيرها السلبي على الممارسين في المجال الطبي و على جودة الخدمات.

أداة و كيفية البحث

دراسة تحليلية مستعرضة بشأن ممارسي خدمات الإنعاش و التخدير العاملين في المركز الاستشفائي الجامعي بفاس(مصلحة الإنعاش أ 1 و مصلحة الإنعاش أ 4 و مصلحة إنعاش الام و الطفل) و ذلك عبر استبيان ذاتي يملؤ بحرية و دون كشف للهوية , يشمل متغيرات ديمغرافية و مهنية و صيغة ملائمة لجرد MBI وكذا تقييما لأسباب و عواقب الإجهاد في العمل.

الأطباء الاخصائيون و المقيمون و الداخليون ، و الممرضون يمثلون العينة المستهدفة في هذه الدراسة.

استنتاجات

الاستنفاد المهني هو حقيقة معاشة في وحدة الإنعاش و التخدير، و هذه الدراسة مكنت من كشف هذه الظاهرة و العمل على وضع استراتيجيات وقائية.

ANNEXES :

ANNEXE 1 : Critères d'un épisode dépressif majeur, DSM-IV-TR

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.

N.B. : Ne pas inclure des symptômes qui sont manifestement imputables à une affection médicale générale, à des idées délirantes ou à des hallucinations non congruentes à l'humeur.

(1) Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (p. ex., pleure). N.B. : 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 (signalée par le sujet ou observée par les autres).

(3) Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (p. ex., modification du poids corporel en un mois excédant 5 %), ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours. N.B. : 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 (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).

(6) Fatigue ou perte d'énergie presque 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 ne répondent pas aux critères d'épisode mixte.

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

D. Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex., une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale (p. ex., hypothyroïdie).

E. Les symptômes ne sont pas mieux expliqués par un deuil, c'est-à-dire après la mort d'un être cher, les symptômes persistent pendant plus de deux mois ou s'accompagnent d'une altération marquée du fonctionnement, de préoccupations morbides, de dévalorisation, d'idées suicidaires, de symptômes psychotiques ou d'un ralentissement psychomoteur.

ANNEXE 2:

Maslach Burn out Inventory (MBI)

ITEM	
1	Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail
2	Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail
3	Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail
4	Je peux comprendre facilement ce que mes malades ressentent
5	Je sens que je m'occupe de certains malades de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets
6	Je sens que je m'occupe de certains malades de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets
7	Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes malades
8	Je sens que je craque à cause de mon travail
9	J'ai l'impression, à travers mon travail, d'avoir une influence positive sur les gens
10	Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail
11	Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement
12	Je me sens plein(e) d'énergie
13	Je me sens frustré(e) par mon travail
14	Je sens que je travaille « trop dur » dans mon travail
15	Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes malades
16	Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop

17	J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes malades
18	Je me sens ragaillardi(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes malades
19	J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail
20	Je me sens au bout du rouleau
21	Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement
22	J'ai l'impression que mes malades me rendent responsable de certains de leurs problèmes

ANNEXE 3 : Le questionnaire d'autoévaluation du Burn out

ETUDE SUR LE BURN OUT SYNDROME EN
MILIEU DE REANIMATION
-QUESTIONNAIRE ANONYME-

*Avez -vous entendu parler du Burn out ou syndrome d'épuisement Professionnel ?

1- Oui 2- non

* Avez - vous déjà ressenti les signes du Burn out ou de l'épuisement Professionnel ?

1- Oui 2- non

Variables sociodémographiques

-Sexe : 1- masculin 2- féminin

-Ageans

-Situation familiale :

1- Célibataire 2- marié(e) 3- divorcé(e) 4- veuf/veuve

- Nombre d'enfants à charge :

- Statut professionnel :

1- Médecin enseignant 2- Médecin spécialiste

3- Médecin en formation 4- Infirmier

-Nombre d'années d'exercice :

-Lieu d'exercice : 1- REA A1 2- REA A4 3-RME

-Le nombre d'heures de travail / semaine :.....

Echelle MBI (Maslach Burn out Inventory)

Entourez le chiffre correspondant a votre réponse :

0 : Jamais

1 : Quelques fois/an

2 : Une fois/mois

3 : Quelques fois/mois

4 : Une fois/semaine

5 : Quelques fois/semaine

6 : Tous les jours

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

0 1 2 3 4 5 6

2) Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail.

0 1 2 3 4 5 6

3) Je me sens déjà fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que je vois
Une nouvelle journée de travail devant moi.

0 1 2 3 4 5 6

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

0 1 2 3 4 5 6

5) Je sens que je craque à cause de mon travail.

0 1 2 3 4 5 6

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

0 1 2 3 4 5 6

7) J'ai le sentiment de travailler trop durement dans ma profession.

0 1 2 3 4 5 6

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

0 1 2 3 4 5 6

9) J'ai le sentiment de "perdre mon latin", de ne plus rien comprendre de ce qui se passe autour de moi.

0 1 2 3 4 5 6

10) J'ai le sentiment de traiter certains patients comme s'il s'agissait d'objets.

0 1 2 3 4 5 6

11) Je suis devenu(e) plus insensible aux autres depuis que j'exerce ce travail.

0 1 2 3 4 5 6

12) Je crains que ce travail m'endurcisse émotionnellement.

0 1 2 3 4 5 6

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

0 1 2 3 4 5 6

14) J'ai le sentiment que certains patients ou leur famille me rendent responsable de leurs problèmes.

0 1 2 3 4 5 6

15) Je peux comprendre facilement ce que mes malades ressentent.

0 1 2 3 4 5 6

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

0 1 2 3 4 5 6

17) J'ai le sentiment d'influencer par mon travail la vie des autres.

0 1 2 3 4 5 6

18) Je me sens plein(e) d'énergie.

0 1 2 3 4 5 6

19) J'ai de la facilité à créer une atmosphère détendue avec mes patients.

0 1 2 3 4 5 6

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

0 1 2 3 4 5 6

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

0 1 2 3 4 5 6

22) Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels avec sérénité.

0 1 2 3 4 5 6

A votre avis, quelles sont les causes du stress au travail ?

1- La surcharge de travail

2- L'absence de récupération post garde

3- Les pressions administratives

4- La mauvaise organisation du service

5- L'effectif réduit du personnel

6- Le manque de moyens (outils diagnostics & thérapeutiques)

7- Le manque de temps à consacrer aux patients

8- Certains cas complexes difficiles à prendre en charge

9- Les exigences des patients et de leur famille

10- Le manque de respect de la part des patients

11- Le manque de reconnaissance de la part de la société

12- La peur de l'erreur médicale et de la poursuite judiciaire

13- Les conflits avec les collègues

14- Le manque de communication au sein du corps médical

15- Le rapport salaire/effort insatisfaisant

16- Autres

.....
.....
.....
.....

Conséquences, en réponse au stress

*Face à ces situations stressantes

Vous vous sentez plutôt

- 1- En colère 2- irritable 3- triste 4- insatisfait(e)
5- Coupable 6- bloqué(e) 7- indifférent (e)

*Sur le plan physique, ceci pourrait coïncider avec des

- 1- Douleurs inexplicables 2- Troubles du sommeil
3- Manifestations neurovégétatives (palpitations, céphalées.)
4- autres symptômes

*Vous avez tendance à vous tourner vers

- 1- Le tabac 2- l'alcool 3- la drogue 4- les aliments 5- les psychotropes

* Vous essayez d'éviter la source de ce stress

* Vos absences sont de plus en plus fréquentes

* Vous sentez que votre rendement professionnel est en baisse

* Ce stress retentit sur votre relation avec votre conjoint, famille et
entourage

* Vous regrettez d'avoir choisi ce métier

* Le désir de reconversion ou de mutation de travail vous vient à l'esprit

* Vous avez eu déjà eu des pensées suicidaires

Orientation de la carrière

**Initialement, le travail était pour vous

- 1- Un engagement plus qu'un emploi (Activiste social/militant)
2- Synonyme de succès, de prestige et de sécurité financière(Carriériste)
3- Un simple instrument (Egoïste)

**Actuellement, vous le considérez comme étant

- 1- Un engagement plus qu'un emploi (Activiste social/militant)
2- Synonyme de succès, de prestige et de sécurité financière(Carriériste)
3- Un simple instrument (Egoïste)

Commentaires et suggestions

***Après avoir répondu à ce questionnaire, pensez-vous être «professionnellement épuisé(e)» ?**

- 1- Certainement pas
- 2- Oui, je crois que je le suis vraiment
- 3- Peut être

***Quelles solutions proposeriez-vous ?**

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

***Vos commentaires**

.....
.....
.....
.....

-Merci pour votre collaboration-

REFERENCES

BIBLIOGRAPHIQUE

1. Winckler, Martin. *La maladie de Sachs*. POL : s.n., 1998.
2. Embriaco N, Azoulay E, Barrau K. *High level of burnout in intensivists : prevalence and associated factors*. *Am J Respir Crit Care Med*. 2007. 175:686–692.
3. Poncet MC, Toullic P, Papazian L. *Burnout syndrome in critical care nursing staff*. *Am J Respir Crit Care Med*. 2007. 175:698–704.
4. P, Letonturier. *Le syndrome d'épuisement professionnel du soignant, une nouvelle maladie professionnelle* . 27 mars 2004. La presse médicale ; 33:393, tome 33, n°6.
5. S.E, Maslach C. and Jackson. *Burn out in health professions: a social psychological analysis*, In SANDERS G.S. and SULS J.(Eds),*Social Psychology of Health and Illness*. London, Laurence Erlbaum Associates : s.n., 1982.
6. Canoui P., Mauranges A. *Le Burn out à l'hôpital : le syndrome d'épuisement professionnel des soignants*. 2008. 4ème édition, Masson.
7. H, Freudenberg. *L'épuisement professionnel : la brûlure intern*. Québec: Gaëtan Morin Éditeur : s.n., 1987.
8. TRUCHOT, Didier. *Epuisement professionnel et burnout*. Concepts, modèles, interventions. p. 18.
9. *Epuisement professionnel et burnout* . Concepts, modèles, interventions. p. 9.
10. GLAUSER., MARTINE. *BURN OUT Comment ne pas se faire happer par l'épuisement professionnel en tant que travailleur social ?* p: 6.
11. COULL, Dr Alastair. *Le burnout et ses causes : Etude en Suisse Romande*. http://www.performanceandqualityoflife.ch/F/facts/reports/index_reports_burnout2007.html..

12. Cinzia ZANOTTI, David THIBODEAU. *Tenir l'épuisement professionnel à distance. Le burnout.* p. 11.
13. CIM 10. <http://taurus.unine.ch/icd10> (Consulté le 9 octobre 2014).
14. FREUDENBERGER., Herbert. *OP. cit.* p:13.
15. Truchot, Didier. *OP, cit.* p:8.
16. Truchot, Didier. *OP, cit.* p:9.
17. Truchot, Didier. *OP, cit.* p:13.
18. M. Delbrouck. *Le Burn out du soignant.* 2008. Le syndrome d'épuisement professionnel, 2ème édition, de Boeck.
19. E. Galam. Université Paris 7, Association d'Aide Professionnelle aux Médecins Libéraux (AAPML) : s.n.
20. Truchot, Didier. *Op, cit ;* p:39.
21. Karen HUFFMAN, Mark VERNOY, Judith VERNOY. *Psychologie en directe.* p:384.
22. Cinzia ZANOTTI, David THIBODEAU. *Op. cit.* p.15.
23. Susan FOLKMAN, Richard S. LAZARUS. *Stress, Appraisal and Coping.* P.141.
24. Karen HUFFMAN, Mark VERNOY, Judith VERNOY. *Op. cit.,* p. 39.
25. Truchot, Didier. *Op,cit* p;202.
26. Cinzia ZANOTTI, David THIBODEAU. *Tenir l'épuisement professionnel à distance. Le burnout.* p:45.
27. Haratani, Takashi. *Le Karoshi ou mort par surmenage.*
28. Maslach C., Jackson S.E, Leiter MP. *The Maslach Burnout Inventory, Consulting Psychologists Press Inc, Palo. Alto.* 1996. 3ème édition.

29. Catbébras P., Begon A., Laporte S., Bois C., Truchot D. *Épuisement professionnel chez les médecins généralistes*. La presse médicale 2004, tome 33, n°22, 1569 –74.
30. Dion G., Tessier R. *Validation de la traduction de l'inventaire d'épuisement professionnel de Maslach et Jackson*. *Can J Behav Sci* 1994. 26 :210–27.
31. Masson. « *Classification Internationale des troubles mentaux* » . Paris : s.n., 1996.
32. Shanafelt TD, Bradley KA, Wipf JE, Back AL. *Burn out and self-reported patient care in an internal medicine residency program*. *Ann Intern Med* 2002. 136: 358–67.
33. Schaufeli WB., Van Dierendouck D. *A cautionary note about the cross-national and clinical validity of cut-off points for the Maslach Burnout Inventory*. *Psychol Rep* 1995 Jun. 76(3pt2) : 1083– 90.
34. MT, Giorgio. *Épuisement professionnel, Burn out chez les médecins : en région parisienne 53% des médecins souffrent du Burn out, Version 28*. *Knol*. 2009Nov11.
35. *Burn out chez les anesthésistes réanimateurs*. *Santé Médecine*. <http://santé-medicine.commentcamarche.net/news/109325-breve-burn-out-chez-les-anesthésistes-réanimateurs>.
36. www.sfar.org.
37. Mérat F., Mérat S. *Risques professionnels liés à la pratique de l'anesthésie*, *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation* 27(2008). 63–73.

38. **Morais A., Maia PA.,Azevedo A.,Amarel C.,Tavares J.** *Stress and burnout among Portuguese anesthesiologists.* Eur J Anaesthesiol 2006. 23;433-9.
39. **N., Embriaco.** *Burn out chez les réanimateurs, Am J Respir Crit Care Med.* 2007. 175; 698 - 704.
40. **MC., Poncet.** *Infirmier(e)s en réanimation : un corps de métier combustible, Am J Respir Crit Care Med.* 2007. 175 ; 698-704.
41. **Brugiroux A., Baccialone L., Dufour C.,Souvignet S.,Dubreuil S.,Grandcolas, Andréa C.,Staikowsky F.** *Incidence du Burn out (syndrome d'épuisement professionnel) et démarche de prise en charge du stress au travail (aux urgences).*
42. **Guartite A., Kamoun H.,Maaroufi A., Louardi H.,Tahiti S.** *Le syndrome d'épuisement professionnel en Anesthésie Réanimation et en Médecine d'Urgences, Journal Européen des Urgences.* mars 2004. vol 17 -N°HS 1;P.5-149.
43. **D. Truchot.** *Le Burn out des médecins libéraux de Champagnes-Ardenne, Rapport de recherche pour l'URML Champagne-Ardenne.* 2002.
44. **E. Galam.** *Burn out des médecins libéraux : une pathologie de la relation d'aide (1ère partie).*
45. **C. Philippon.** *Syndrome d'épuisement professionnel (Burn out) : étude descriptive et recherche de facteurs associés chez 189 médecins généralistes Rhône -AlpinsTh: Med: Lyon2004.* Lyon : s.n., 2004. N°147,116p.
46. **S, El ouali.** *Etude du Burn out ou Syndrome d'épuisement professionnel chez les médecins généralistes libéraux de Cher. Th : Med : Tours 2006.* N° 3017,86p.

47. **M.H, Mangen.** *Etude du Burn out chez les médecins généralistes luxembourgeois. Th : Med : Paris 2007. N°2007 PAOG019, 95p.*
48. **Grandjean C., Villadieu R.** *Souffrance cachée des soignants : quelles réponses ? Médecine Palliative.* Septembre 2005. N°4 :190-198.
49. **Tucker, Miriam E.** *Physician Burn out takes toll on quality of care, Family Practice News 38 .9 .* May1, 2008). p4 (1).
50. *Sources de stress au travail chez les soignants Annales Médico-Psychologiques.* Novembre 2009. Vol CLVIII, n°9.
51. **Canoui P., Mauranges A.** *Le syndrome d'épuisement professionnel du soignant : de l'analyse du Burn out aux réponses ; 2ème édition, Paris Masson.* 2001.
52. **Bugel P., Le Burn out,.** *Cahier du Burn out, Santé conjugée.* Avril 2005. n° 32, p33-36.
53. **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 Jun. 15(6) : 372-80.*
54. **S. Maslach C and Jackson.** *The measurement of experienced Burn out; Journal of occupational Behaviou.* 1981. Vol 2,p 99-113.
55. **Willcock SM., Daly MG.,Tennant CC,Allard BJ.** *Burn out and psychiatric morbidity in new medical graduates. Med J Aust.* 2004 oct 4. 181(7): 357-60.
56. **Sobreques J., Cebria J., Segura J., Rodriguez C., Garcia M., Juncosa S.** *Job satisfaction and Burn out inn general practitioners). Aten Primaria.* 2003 Mars 15. 31(4) :227-33.

57. **S. Chan Lin-Chateau.** *Le Burn out des médecins généralistes libéraux de Tahiti. Thèse de Médecine Générale, Université Paris 5.* 2006.
58. **Grau A., Suner R., Garcia MM.** *Burn out syndrome in health workers and relationship with personal and environmental factors. Gac Sanit.c.* 2005 Nov-De. 19(6) :463-70.
59. **E. Robert.** *,L'épuisement professionnel : enquête auprès des médecins de l'arrondissement de Dinan (22).Thèse de Médecine Gén, Université Rennes 1.* 2002.
60. **A. Combot.** *La santé des médecins generalists du Finistère. Thèse de Médecine Gén.*2004. 39:96.
61. **Goehring C., Bouvier Gallacchi M.,Kunzi B.,Bovier P.** *Psychosocial and professional characteristics of Burnout in Swiss primary care practitioners: a cross-sectional survey .Swiss Med Wkly.* 2005 Feb 19. 135 (7-8): 101-8.
62. **Jarry.C.** *Etude du Burn out chez les médecins généralistes d'Inde et Loire. Th : Med : Tours 2005. N°12 ,52p.*
63. **D. Truchot.** *Le Burn out des médecins libéraux de Poitou-Charentes, Rapport de recherche pour l'URML Poitou-Charentes.* 2004. 99.
64. **A. Hoffman.** *Burn out : biographie d'un concept, Cahier du Burn out, Santé conjugée .* Avril 2005. n°32:p37-38.
65. 1992, [77] **Saint-Arnaud et al., et al.**
66. **Duquette A. et Delmas PL.** *Le travail menace-t-il la santé mentale des infirmières? .*
67. **AM. Pronost.** *Souffrance des soignants ; GRASSPHO : Groupe de Réflexion sur l'Accompagnement et les Soins de Support pour les Patients en Hématologie et en Oncologie.* 20087.

68. M. Larouch Léon. *Manifestations cliniques du Burn out chez les médecins, Santé mentale au Québec*. 1985. X, 2, 145–150.
69. D. Barbier. *Le syndrome d'épuisement du soignant*. La presse Médicale 2004. tome 33, n°6 ,394–8.
70. A. Lutz. *Le Burn out chez le médecin, Cahier Burn out, Santé conjugée*. –Avril 2005–. n°32, p63–66.
71. M. Loriol. *La fatigue, le stress et le travail émotionnel de l'infirmière, Cahier Burn out, Santé conjugée*. –Avril 2005–n°32. p 39–43.
72. E. Galam. *Burn out des médecins libéraux : une identité professionnelle remise en question (2ème partie)*. Médecine, Volume 3, Numéro 10, 474–7, Décembre 2007, Vie professionnelle.
73. Marty J., Lamraoui M. *Epuisement professionnel : risques pour le patient et le médecin. Implications organisationnelles ; Traité d'anesthésie générale « Dalens »*. Décembre 2003. Chapitre 11, Groupe Liaison.
74. Pines A., Kanner A.D.,. *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.
75. Edelwich F., Brodsky A. *Burn out, Stages of Desillusionment in the Helping Professions, Human Services Press.* 1980.
76. HJ. Feudenberg. *Staff Burn out , Journal of Social Issues.* 1974.
77. D. Dato. *Le Burn out dans les affaires.* 1982. Stress, 3, n°1.
78. Sertoz O. O., Binbay I. T., Koylu E., Noyan A., Yildirime E., Mete H. E. *The role of BDNF and HPA axis in the neurobiology of burnout syndrome.* Progress in Neuro–Psychopharmacology & Biological Psychiatry 2008.

79. Von Kanel R., Bellingrath S., Kudielka B. M. *Association between burnout and circulating levels of pro- and anti-inflammatory cytokines in schoolteachers. J Psychosom Res 2008.* 65(1): 51-9.
80. Gaba DM, Howard SK, Jump B. *Production pressure in the work environment. California anesthesiologists' attitudes and experiences. Anesthesiology 1994.* 81: 488-500.
81. Grander PH., Merry A., Millar MM.,Weller J. *Hours of work and fatigue-related error: a survey of New Zealand anaesthetists. Anaesth Intensive Care 2000.* 2(vol.28):178-83.
82. JP, Quenot. *L'impact d'une procédure de collégialité et d'accompagnement des patients et des familles sur le stress et la dépression de l'équipe soignante dans le cadre de la fin de vie en réanimation, COLLEREA. 2007.*
83. Logeais P, Gadbois C. *L'agression psychique de la mort dans le travail infirmier, in Psycho-pathologie du travail.* Paris : Entreprise Moderne d'Editions, 1985.
84. E, Galam. *Burn out des médecins libéraux : des conséquences pour le médecin, mais aussi pour ses patients (3ème partie)Médecine.* Janvier 2008. Volume 4, Numéro 1, 443-6.
85. Mion G., Ricouard S. *Repos de sécurité : quels enjeux ? , Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation .* volume 26 (2007) 638-648.
86. Wright DJM., Roberts AP. *Which doctors die first?, Analysis of BMJ obituary columns. BMJ 1996.* 313: 1581-2.
87. A., Ekbohm. *Do anesthesiologists die younger? Acta Anesthesiol Scand 2002.* 46: 1185-6.

88. DJ, Katz. *Do anesthesiologists die at a younger age than other physicians? Age-adjusted death rates. Anesth Analg 2004.* 98:1111-3.
89. Alexander BH., Checkoway H., Nagahama SI., Domino KB. *Cause-specific mortality risks of anesthesiologists. Anesthesiology 2000.* 93:922-30.
90. 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.
91. Howard SK., Rosekind MR., Katz JD., Berry AJ. *Fatigue in anesthesia: implications and strategies for patient and provider safety. Anesthesiology 2002 .* 97: 1281-94.
92. RC., Basner. *Shift-work disorder -the glass is more than half empty. N Engl J Med 2002.* 347:1249-55.
93. Tyl B., Rauchenzaumer M.et Coll. *Arrhythmias and increased neuro-endocrine stress response during physicians' night shifts: a randomized cross over trial. Eur Heart J., 2009 30 .* 2606 - 2613.
94. S, Muecke. *Effects of rotating night shifts: literature review. J adv Nurs 2005 .* 50:433-9.
95. G., Castledine. *Nurses are overtired and not getting enough sleep. Br J Nurs 2005.* 14:183.
96. Dru M., Bruge P. *Le repos de sécurité est-il souhaitable ? In: MAPAR, editor. Paris: Mapar, 2003.* p311-9.
97. Cooper JB., Newbower RS., Long CD. and McPeek B. *Preventable anesthesia mishaps: a study of human factors, Anesthesiology 49(1978) .* 399-406.

98. Williamson JA., Webb RK., Sellen A., Runciman WB. and Van der Walt JH., *The Australian Incident Monitoring Study. Human failure: an analysis of 2000 incident reports, Anaesth. Intensive Care 21 (1993).* pp. 678-683.
99. Gander PH., Merry A., Millar M. and Weller J. *Hours of work and fatigue-related error: a survey of New Zealand anaesthetists, Anaesth. Intensive Care 28 (2000) .* pp. 178-183.
100. F, Petitjeans. *Sécurité en anesthésie et facteur humain. Étude expérimentale de l'altération du sommeil et de ses conséquences lors d'une nuit de garde en réanimation. Thèse de Medecine 1995. Lyon.*
101. Martiflich J., Petitjeans F., Combourieu E., Ceyrat A., Dailier F. and Leroy P. et al. *Sommes-nous performants après une nuit de garde ?, Ann. Fr. Anesth. Reanim. 15 (1996).* p. 901 (R301).
102. Friedman RC., Bigger TJ. and Kornfeld DS. *The intern and sleep loss, N. Engl. J. Med. 285 (1971) .* pp. 201-203.
103. Smith-Coggins R., Rosekind MR., Hurd S. and Buccino KR. *Relationship of day versus night sleep to physician performance and mood, Ann. Emerg. Med. 24 (1994).* pp. 928-934.
104. Aya AG., Mangin R., Robert C., Ferrer JM. and Eledjam JJ. *Increased risk of unintentional dural puncture in night-time obstetric epidural anesthesia, Can. J. Anaesth. 46 (1999).* pp. 665-669.
105. Ringot E., Perret Vaille E., Vaille JL., Saurel D., Cluytens V. and Gillart T. et al. *Autoévaluation du retentissement d'une garde en réanimation , Réanimation 11 (Suppl. 3) (2002).* p.185s.

106. Bruge P., Dru M., Auger H., Bourgeois S., Jbeili C. and Benoît O. et al. *Influence de l'activité de garde sur la chronobiologie*, *Ann. Fr. Anesth. Reanim.* 22 (Suppl. 2) (2003). p. 144s (R091).
107. Frey R., Decker K., Reinfried L., Klösch G., Saletu B. and Anderer P. et al. *Effect of rest on physicians' performance in an emergency department, objectified by electroencephalographic analyses and psychometric tests*, *Crit. Care Med.* 30 (2002) . pp. 2322–2329.
108. Howard SK., Gaba DM., Smith BE. , Weinger MB., Herndon C. and Keshavacharya S. et al. *Simulation study of rested versus sleep-deprived anesthesiologists* , *Anesthesiology* 98 (2003). pp.1345–1355.
109. RW., Morris GP. and Morris. *Anaesthesia and fatigue: an analysis of the first 10 years of the Australian incident monitoring study 1987–1997*, *Anaesth. Intensive Care* 28 (2000). pp. 300–304.
110. MASLACH C., SCHAUFELI WB., LEITER MP. *Job Burnout*. *Annual Review of Psychology*, 2001,. 52, 1, p. 397–422.
111. Sexton BJ., Thoma EJ., Helmreich RL. *stress and teamwork in medicine and aviation: cross sectional survey*. *Br Med J* 2000. 320: 745–9.
112. Fine BJ., Kobric JL. *Effect of heat and chemical protective clothing on cognitive performance*. *Aviat Space Environ Med* 1987.
113. C., Brzychcy. *Comment faire émerger l'âme d'une équipe?*, *Médecine Palliative : Soins de Support – Accompagnement – Éthique*, Volume 3, Issue 1, February 2004. Pages 19–21.
114. E., Galam. *Burn out des médecins libéraux : Un problème individuel, professionnel et collectif (4ème partie)* *Médecine*. Février 2008. Volume 4, Numéro 2, 83–5.

115. P., Canoui. *Approche de la souffrance des soignants par l'analyse du concept de l'épuisement professionnel, le Burn out-Considérations psychologiques et éthiques en réanimation pédiatrique, Thèse 1996.*
116. Lockley SW., Cronin JW., Evans EE., Cade BE., Lée CJ., Landrigan CP. Et al. *For the Harvard Work Hours, Health and Safety Group. Effect of reducing interns' weekly work hours on sleep and attentional failures. N Engl J Med 2004. 351: 1829-37.*
117. Landrigan CP., Rothschild JM., Cronin JW., Kaushal R., Burdick E., Katz JT. Et al. *Effect of Reducing Interns' Work Hours on Serious Medical Errors in Intensive Care Units. N Engl J Med 2004. 351: 1838-48.*
118. Hazif-Thomas C., Roulleaux J., Thomas P. *Quelles stratégies thérapeutiques adopter face au Burn out des soignants?, NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie, Volume 9, Issues 53-54, 2008. p 251-255.*
119. L, Bellenger. *Rire et faire rire : pourquoi l'humour change la vie. Collection « Formation permanente », Séminaires Mucchielli. Issy-les-Moulineaux: ESF Éditeur; 2008.*
120. V, Griner-Abraham. *Le bon stress : parlons-en !, NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie ,Volume 9, Issues 53-54, October-December 2008. p256-260.*
121. FREUDENBERGER., Herbert. *L'épuisement professionnel : « la brûlure interne » . . p. 30.*

SERMENT:

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

- *Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.*
- *Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.*
- *Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.*
- *Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.*
- *Les médecins seront mes frères.*
- *Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.*
- *Je maintiendrai le respect de la vie humaine dès la conception.*
- *Même sous la menace, je n'userai pas de mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.*
- *Je m'y engage librement et sur mon honneur.*

قسم أبقراط

بسم الله الرحمان الرحيم

أقسم بالله العظيم

في هذه اللحظة التي يتم فيها قبولي عضوا في المهنة الطبية أتعهد علانية:

- ◀ بأن أكرس حياتي لخدمة الإنسانية.
- ◀ وأن أحترم أساتذتي وأعترف لهم بالجميل الذي يستحقونه.
- ◀ وأن أمارس مهنتي بوازع من ضميري وشرفي جاعلا صحة مريضى هدفي الأول.
- ◀ وأن لا أفشي الأسرار المعهودة إلي.
- ◀ وأن أحافظ بكل ما لدي من وسائل على الشرف والتقاليد النبيلة لمهنة الطب.
- ◀ وأن أعتبر سائر الأطباء إخوة لي.
- ◀ وأن أقوم بواجبي نحو مرضاي بدون أي اعتبار ديني أو وطني أو عرقي أو سياسي أو اجتماعي.
- ◀ وأن أحافظ بكل حزم على احترام الحياة الإنسانية منذ نشأتها.
- ◀ وأن لا أستعمل معلوماتي الطبية بطريق يضر بحقوق الإنسان مهما لاقيت من تهديد.
- ◀ بكل هذا أتعهد عن كامل اختيار ومقسما بشرفي.

والله على ما أقول شهيد