



UNIVERSITE CADI AYYAD
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
MARRAKECH

ANNEE 2008

THESE N° 14

BURNOUT CHEZ LES ETUDIANTS DE LA FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE MARRAKECH

THESE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE2008

PAR

Mr. Abdellatif BOUNSIR

Né le 01 Mars 1982 à Fkih Ben Saleh

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

MOTS CLES

Burnout -Epuisement professionnel- Etudiants en médecine - M.B.I.

JURY

Mr. A. EL IDRISSI DAFALI

Professeur de Chirurgie Générale

PRESIDENT

Mme. I. TAZI

Professeur de Psychiatrie

RAPPORTEUR

Mr. M. LATIFI

Professeur de Traumatologie - Orthopédie

Mme. F. ASRI

Professeur agrégée de Psychiatrie

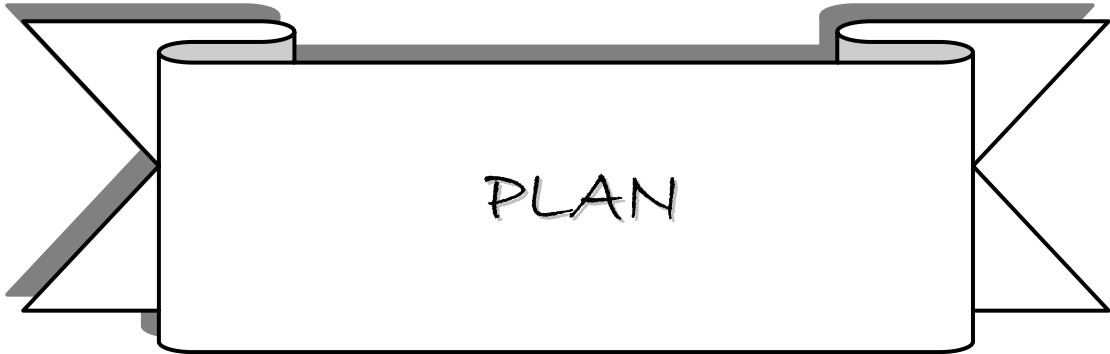
Mr. L. MAHMAL

Professeur agrégé d'hématologie Clinique

Mme. N. GUENNOUNE

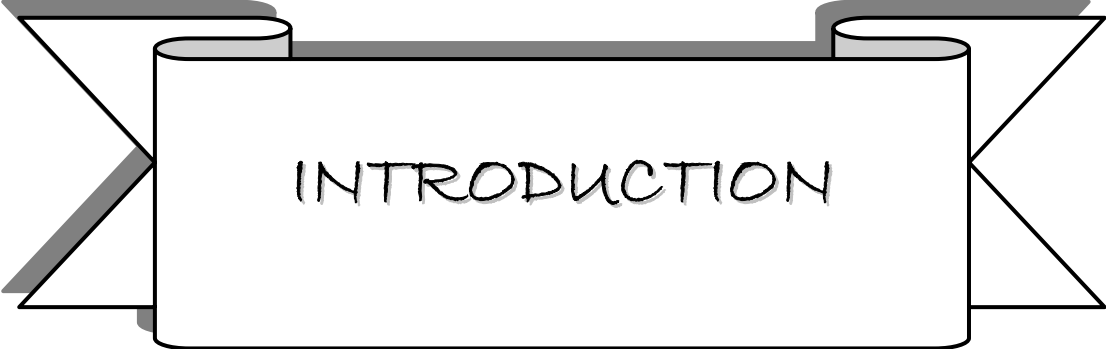
Professeur agrégée de Gastro-Entérologie

JUGES



INTRODUCTION.....	1
MATERIEL ET METHODES	4
I – Matériels de l'étude.....	5
1– Type d'étude.....	5
2– Population de l'étude.....	5
3–Questionnaire.....	5
4–Déroulement de l'enquête.....	9
II–Méthode statistique.....	9
RESULTATS.....	10
I– Caractéristiques sociodémographiques des étudiants en médecine.....	11
II– Caractéristiques de la vie universitaire des étudiants en médecine.....	11
III– Résultats du maslach burnout inventory chez les étudiants en médecine.....	16
IV –Analyses bi variées.....	25
	26
DISCUSSION.....	51
I–Généralités.....	52
II –Etude du burnout.....	66
1 Comparaison de la prévalence du burnout avec celle des étudiants en médecine de la faculté de Reims.....	66
2 Comparaison de la prévalence du burnout des étudiants en médecine avec celle des enseignants, des médecins résidants et des médecins internes du CHU Mohammed VI (Med. VI) de Marrakech.....	

	67
3 Comparaison de la prévalence du burnout avec celle des médecins généralistes français :.....	
4 Comparaison de la prévalence du burnout avec celle d'autres professions.....	69
III -Les facteurs influençants la survenu du burnout.....	71
	73
CONCLUSION.....	
ANNEXES.....	78
RESUMES	80
BIBLIOGRAPHIE	



Le terme de *burnout*, d'origine anglo-saxonne, est inspiré de l'industrie aéronautique. Il désigne l'épuisement de carburant d'une fusée avec comme résultante la surchauffe et le risque d'éclatement de la machine ; le burnout 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 (1).

Le concept de burnout ou le syndrome d'épuisement professionnel est né dans les années 70 aux Etats-Unis suite aux travaux du Docteur Herbert Freudenberger, psychiatre et psychanalyste qui travaillait dans un centre pour toxicomanes et qui rapporta le mal-être des bénévoles de son centre (1).

Le burnout se définit par trois dimensions, évoluant successivement :

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

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

– **la diminution de l'accomplissement personnel (AP)**, vécue comme un sentiment d'échec personnel(1,2).

Toute personne engagée au quotidien dans une relation d'aide avec autrui et soumise à un stress Professionnel chronique est susceptible un jour d'être atteinte du syndrome d'épuisement professionnel, sont ainsi concernés: le personnel soignant dans son ensemble et en particulier les infirmières, mais aussi les « aidants naturels » qui sont des membres de la famille, des personnes proches, des amis ou des voisins qui fournissent un soutien ou des soins à la personne malade ou dépendante, les enseignants , le personnel de police et pénitentiaire. (3, 4, 5, 6, 7, 8,9)

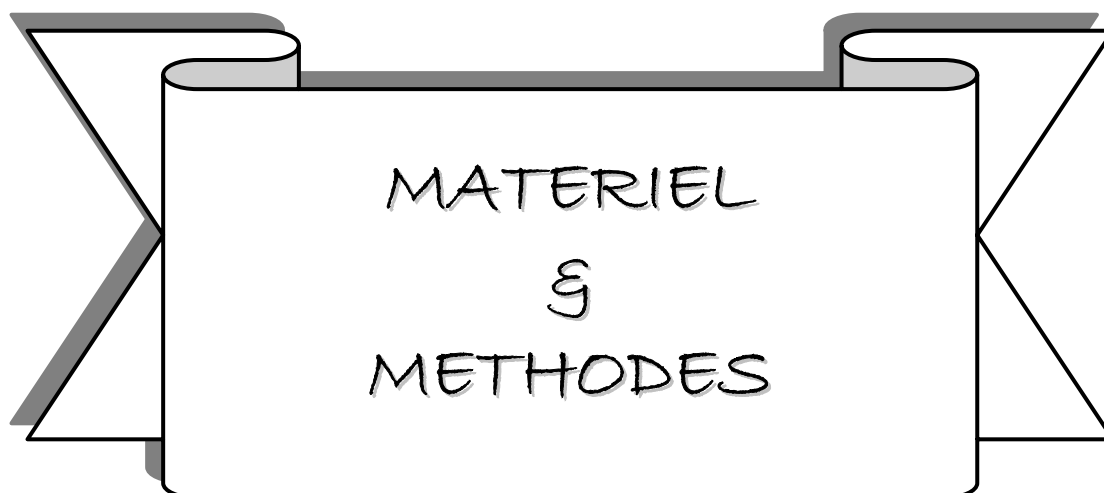
Nombreux sont les articles et les études qui traitent ce sujet, et qui parlent du mal-être profond des médecins : «médecins au bord de l'épuisement» le concours médical, l'étude du Dr Truchot sur Le burnout des médecins généralistes de Poitou-Charentes, l'étude du Dr VAQUIN-VILLEMINEY sur la prévalence du burnout en médecine générale (10, 11,12).

Pour Truchot ce syndrome existe déjà lors des études médicales(13)

Nous avons essayé d'évaluer ce syndrome chez les étudiants de la faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech.

L'objectif de notre étude était d' :

- Evaluer l'existence du stress professionnel chez les étudiants en médecine
- Evaluer l'intensité du burnout
- Détecter les facteurs influençant la survenue de ce syndrome.



I-MATERIEL D'ETUDE :

1-Type d'étude :

Il s'agit d'une enquête épidémiologique transversale

2- Population de l'étude :

Notre enquête a concerné un échantillon de 240 étudiants(es) de la Faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech.

3-Le questionnaire: (voir annexes)

Un questionnaire élaboré par le service universitaire psychiatrique (C.H.U. Med VI) a été distribué aux étudiants de façon aléatoire. C'est un questionnaire anonyme subdivisé en trois parties :

-La première partie correspond aux caractéristiques sociodémographiques.

-La seconde partie regroupe 15 questions évaluant les caractéristiques de la vie universitaire

- La troisième partie correspond au Maslach Burnout Inventory (MBI)

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

-L'épuisement émotionnel,

-La dépersonnalisation ou la déshumanisation,

-L'accomplissement personnel.

Chacune de ces catégories étudie une des composantes du burnout, le MBI est devenu l'instrument de mesure privilégié du burnout grâce à son maniement aisé et aux études qui ont confirmé sa validité. (14,15, 16, 17,18).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tableau n° IV: Les options de réponses au M.B.I.

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

Enfin pour obtenir le score de burnout, on additionne les notes des réponses aux questions de chacune des composantes. L'interprétation se fait selon le tableau suivant. (17)

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

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

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

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

Les études sur la validité du MBI ont montré qu'il était indispensable d'utiliser ces trois dimensions pour évaluer le burnout

4-déroulement de l'enquête :

L'étude a duré 5 mois entre février et juin 2006, le questionnaire a été distribué aux étudiants des six promotions; dans les amphithéâtres ou dans les services.

Le recueil des questionnaires s'est effectué une semaine après la distribution.

Nous n'avons pas étudié le Burnout chez les étudiants de la 1^{ère} et la 2^{ème} année vu qu'ils n'ont pas encore un contact avec les patients, mais on a pris en considération leurs caractéristiques sociodémographiques et de la vie universitaire.

II/ METHODE STATISTIQUE :

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

Une analyse descriptive à deux variables: qualitative et quantitative.

- Pour les variables qualitatives, nous avons utilisé des pourcentages.
- Pour les variables quantitatives, nous avons utilisé des moyennes et des écarts-types.

Une analyse bivariée: la réalisation de cette analyse a fait appel à des tests statistiques notamment:

- Le test de student pour comparer deux moyennes.
- L'analyse de variance à un facteur pour la comparaison de plusieurs moyennes.
- Le test khi2 pour la comparaison de pourcentages.

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



I/ CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES DES ETUDIANTS EN MEDECINE:

1- L'âge:

L'âge moyen des étudiants était de $21,66 \pm 2$ ans avec un minimum de 17 ans et un maximum de 26 ans et une prédominance de la tranche d'âge comprise entre 20 et 23 ans qui constitue 62,7% (Figure 1) :

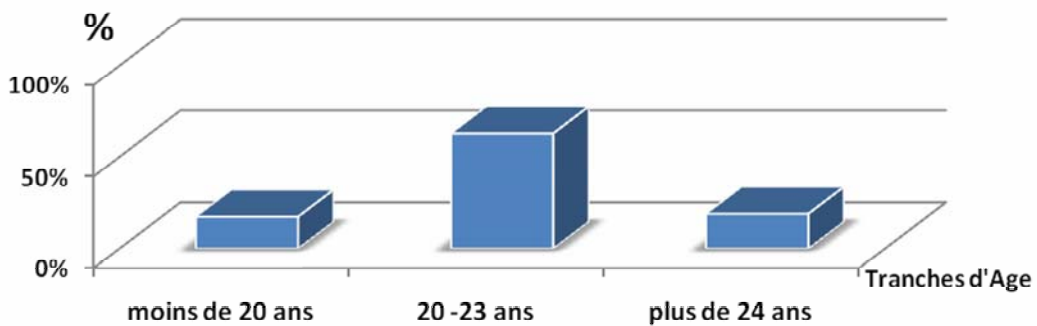


Figure 1 : Répartition des étudiants selon l'âge

2- sexe :

Notre échantillon était constitué de 32% d'hommes et de 68% de femmes.

3- origine :

La majorité des étudiants(es) étaient d'origine urbaine (98,3%)

4-Fratrie :

La moyenne de fratrie était de 2,4 (fig.2)

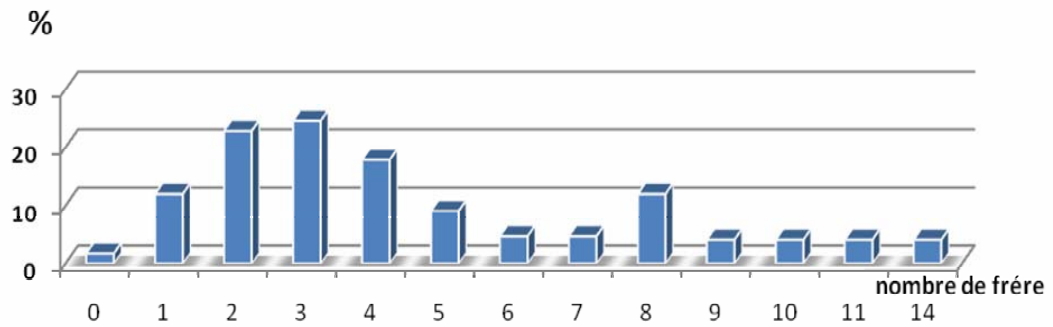


Figure2: répartition selon la fraterie

5- Situation matrimoniale :

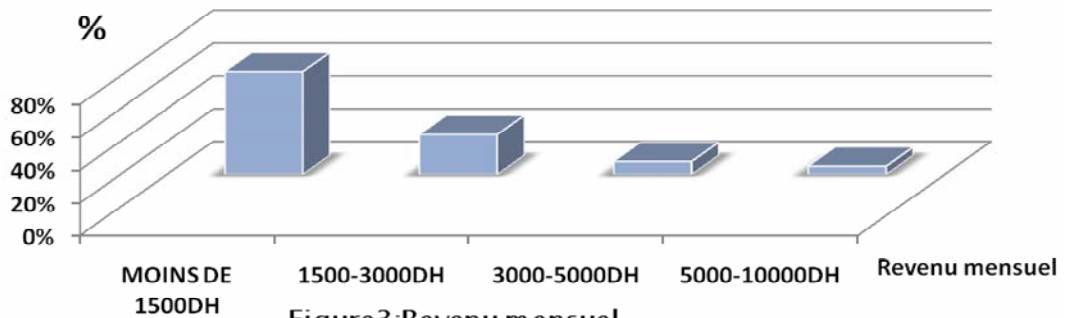
La majorité des étudiants(es) étaient célibataires (99,20%) (n=238), seulement 2 étudiants étaient mariés.

6- Activité professionnelle :

Les étudiants(es) n'avaient pas une activité professionnelle dans 99,20%.

7-Revenu mensuel :

Plus de 60% des étudiants avaient un revenu mensuel inférieur à 1500DH (fig.3)



8- Antécédents psychiatriques :

Seulement 18 étudiants avaient des antécédents psychiatriques ; parmi ces derniers on trouve 72,20% qui avaient une dépression, 11,10% avaient une attaque panique, et 3% avaient un autre trouble anxieux généralisé.

9- Consommation du café :

La moitié des étudiants(es) consommaient du café (51,5%), dont la majorité prenait une tasse par Jour (fig.4).

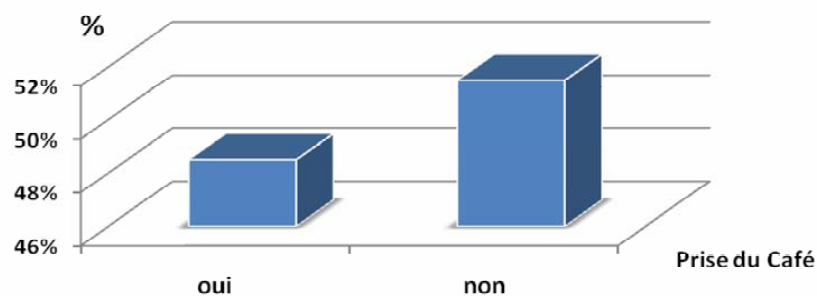


Figure 4: Répartition selon la prise du café

10- Consommation du thé :

La plupart des étudiants(es) consommaient du thé (80,10%), dont la majorité prenait une à deux tasses par jour (fig.5).

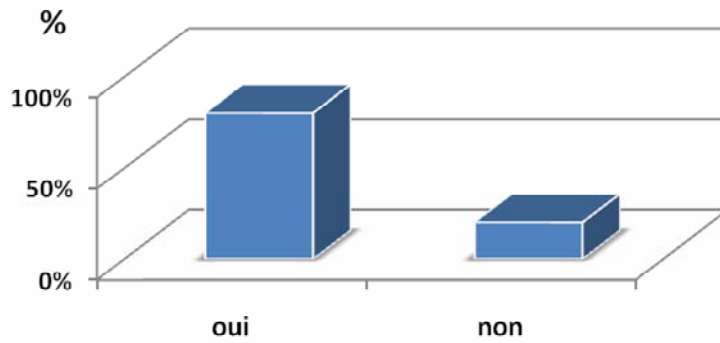


Figure5: Répartition selon la prise du thé

11-Consommation du tabac :

Seulement 11 étudiants consommaient du tabac (fig.6).

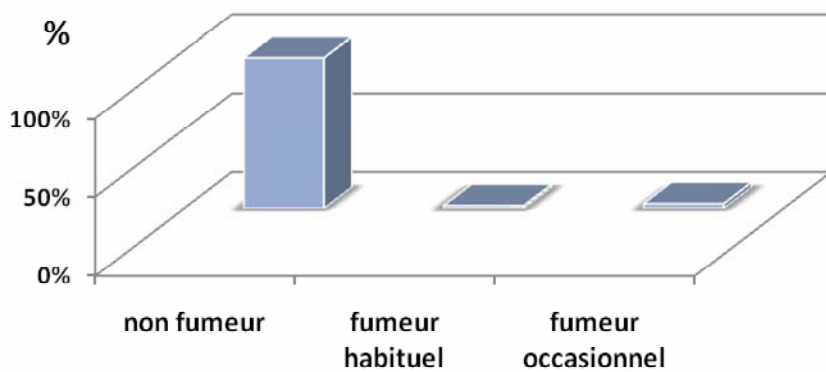


Figure6: Répartition selon la consommation du tabac

12-Consommation du hachich :

La majorité des étudiants ne consommaient pas du hachich (98,80%). Deux étudiants en consommaient occasionnellement, et un étudiant était fumeur habituel.

13-Consommation de l'alcool :

Seul 8 étudiants (3,3%) consommaient occasionnellement de l'alcool.

14-Automédication chez les étudiants en médecine :

La plupart des étudiants(es) ne s'adonnaient pas à l'automédication (79,30%), alors que 50 étudiants s'adonnaient à l'automédication.

15-La pratique du sport :

Dans notre échantillon presque la moitié des étudiants(es) (47,7%) pratiquaient du sport.

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

Les 2/3 des étudiants(es) n'avaient pas de temps pour pratiquer du sport ou d'autres loisirs (61%) (fig.7).

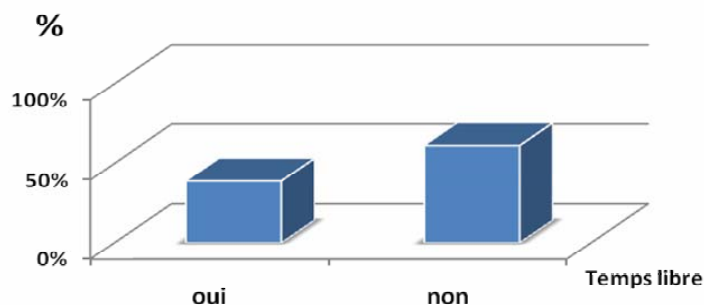


Figure 7: Répartition selon L'existence du temps pour pratiquer du sport ou autres loisirs

II. CARACTERISTIQUES DE LA VIE UNIVERSITAIRE DES ETUDIANTS EN

MEDECINE:

1- Résidence

Dans notre échantillon la moitié des étudiants (51,90%) résidaient à Marrakech.

2- Etudiants redoublants :

La plupart des étudiants n'avaient jamais redoublés (78,80%) :

3- Habitat par rapport à la faculté :

Presque la moitié des étudiants(es) habitaient à moins de 15mn par rapport à la faculté (43,20%) (fig.8)

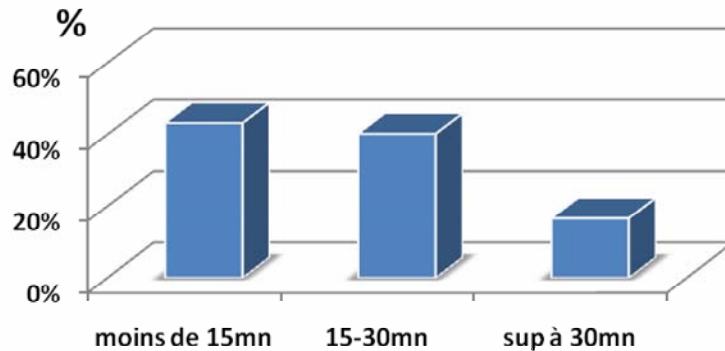


Figure8: Répartition selon la distance par rapport à la faculté

4- Moyen de transport :

La majorité des étudiants (71,4%) ne disposaient pas d'un moyen de transport (fig.9) :

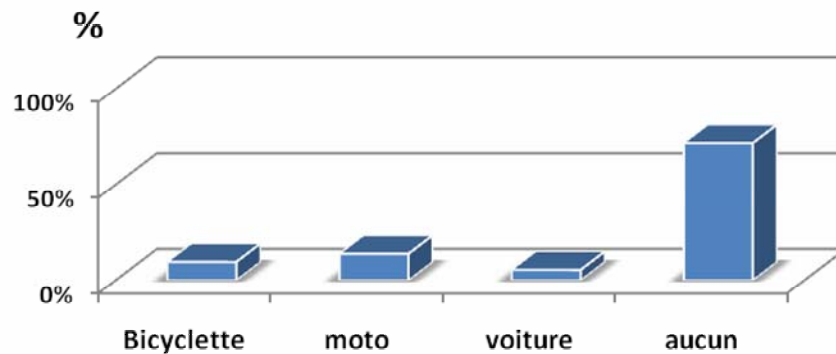


Figure9: Répartition selon la disposition d' un moyen de transport

5- Mode de vie :

Les étudiants(es) qui vivaient en famille constituaient 39,80% de la population étudiée, alors que 43,60% vivaient avec des étudiants en médecine, 7,9% avec des étudiants d'autres facultés, 5,4% à la cité universitaire, et 3,30% vivaient seuls(es) (fig.10) :

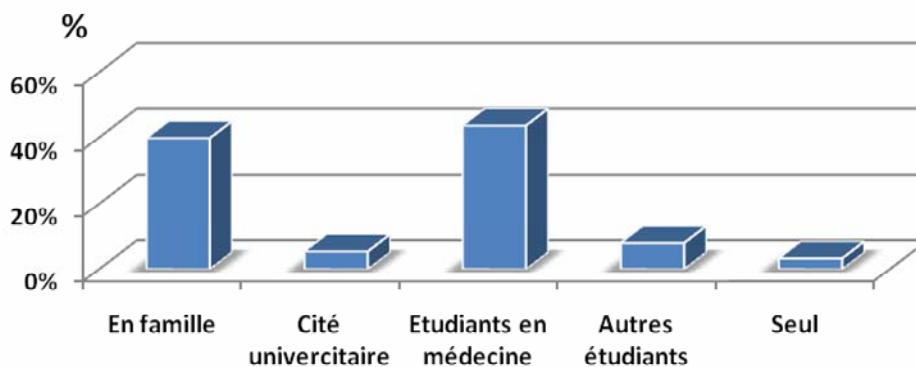


Figure10: Répartition selon le mode de vie

6- L'assistance aux cours :

La majorité des étudiants assistaient aux cours (84,60%), alors que 15,40% n'assistaient pas pour les raisons suivantes :

Pour 31,60% des étudiants, l'assistance aux cours était stressante, le 1/3 par désintérêt et 18,4% à cause de l'existence de déconcentration. (fig. 11 fig12) :

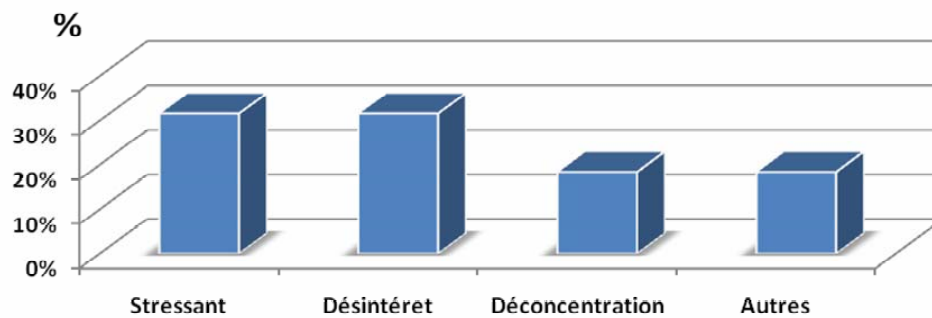


Figure 11 : La raison pour la non assistance aux cours

7- Projets :

Les étudiants avaient des projets variés (fig. 12) :

Ceux qui avaient comme projets de passer la résidanat constituaient 34,90% de notre population, 29% voulaient continuer leurs études à l'étranger, 22,40% voulaient passer l'internat et 12,90% avaient comme but la médecine générale :

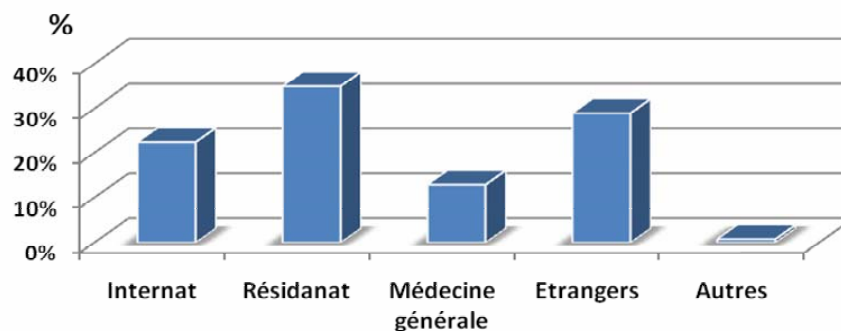


Figure 12 : Répartition selon les projets

8- Le choix de la médecine :

Les 2/3 des étudiants avaient opté pour les études médicales par conviction (60,60%) (fig.13):

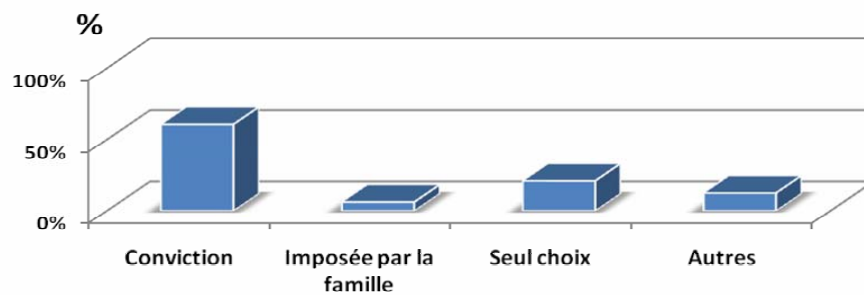


Figure 13: Répartition selon Le choix de la médecine

9- Mode et lieu du travail :

La majorité des étudiants travaillaient seuls (78,8%) et chez eux (74,7%), (fig.14, 15):

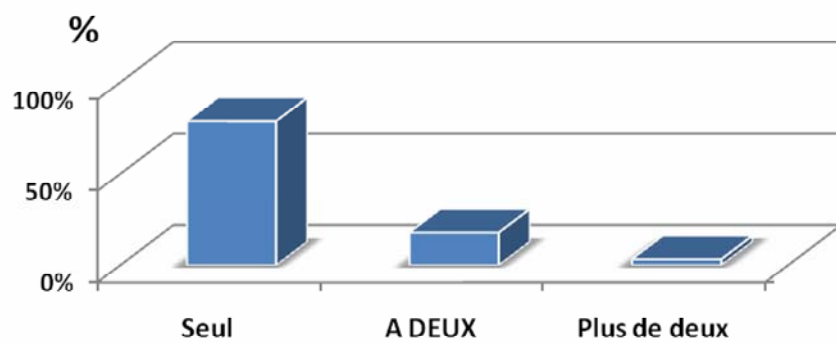


Figure14: Répartition selon le mode de travail

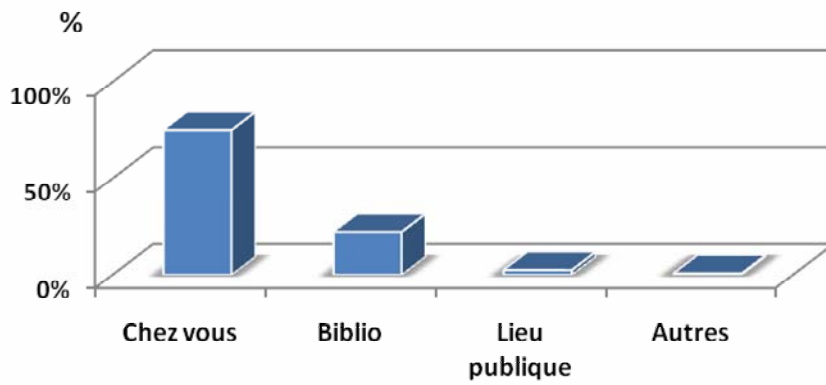


Figure 15: Répartition selon le lieu du travail

10- La période de l'année la plus stressante :

Les jours de préparation constituent la période de l'année la plus stressante chez la majorité des étudiants (87,10%) (fig.16) :

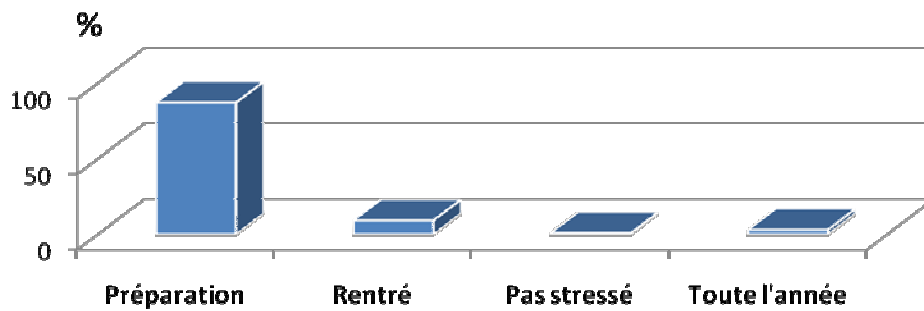


Figure 16: Répartition selon la période de l'année la plus stressante

11- Service actuel :

La plupart des étudiants (75,30%) étaient en service de médecine (fig.17) :

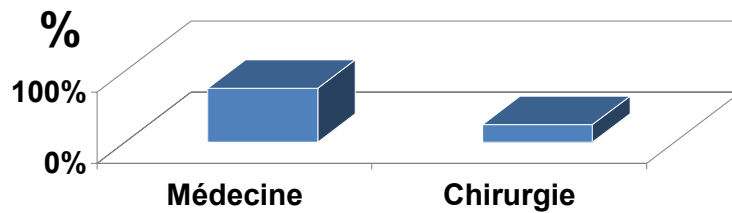


Figure 17: Répartition selon le service

12- Les gardes :

La majorité des étudiants (61,70%) avaient une seule garde par semaine, et un à deux week-ends de gardes par mois (fig 18, 19) :

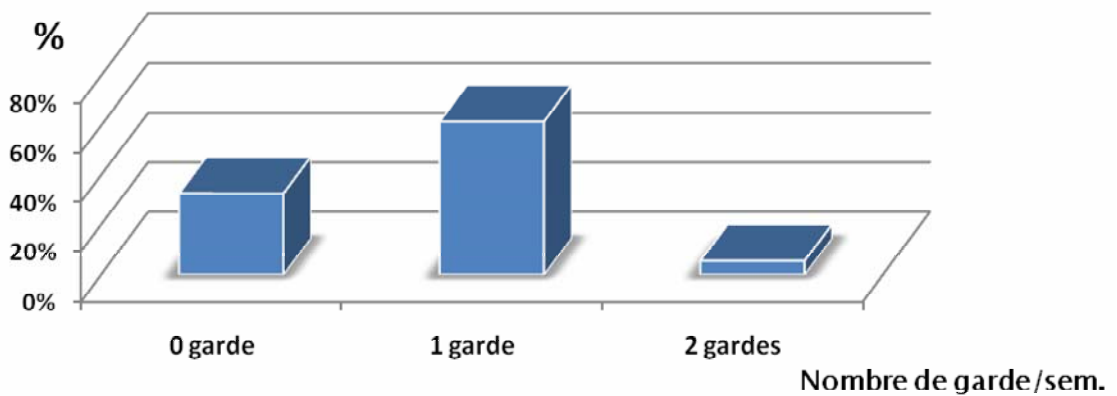


Figure 18: Répartition selon le nombre de garde par semaine

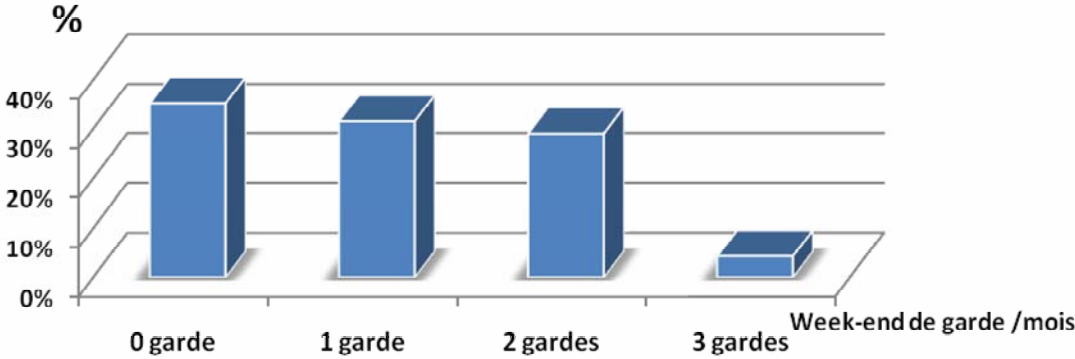


Figure 19:répartition selon le nombre de week-end de garde par mois

Tableau n° VI: Prévalence des caractéristiques sociodémographiques des étudiants en médecine.

Caractéristiques		Participants à l'étude (n=240)	
		N	%
Age	Moins de 20ans	42	17,4
	20 à 23 ans	151	62,7
	Plus de 24 ans	48	19,9
Sexe	Masculin	77	32
	Féminin	163	68
Origine	Urbain	236	98,30
	Rural	4	1,70
Etat civil	Célibataire	238	99,16
	Marié	2	0,84
Revenu mensuel	Inf. à 1500Dh	150	62,7
	1500-3000Dh	59	24,5
	3000-5000Dh	19	7,9
	5000-10000DH	12	5
Antécédents psychiatriques	Oui	18	7,5
	Non	222	92,5
Tabac	Non fumeur	229	95,4
	Fumeur occasionnel	7	2,90
	Fumeur habituel	4	1,70
Haschisch	Non fumeur	237	98,80
	Fumeur occasionnel	2	0,80
	Fumeur habituel	1	0,40
Alcool	Non	232	96,70
	occasionnel	8	3,30
Automédication	Oui	50	20,70
	Non	190	79,30
Pratique du sport	Oui	115	47,70
	Non	125	52,30
Loisirs	Oui	153	63,5
	Non	87	36,5
L'existence du temps pour pratiquer du sport ou autres loisirs	Oui	146	61
	Non	94	39

Tableau n° VII: Prévalence des caractéristiques de la vie universitaire des étudiants en médecine :

Caractéristiques		Participants à l'étude (n=240)	
		N	%
Résidence à Marrakech	OUI	125	51,90
	Non	115	48,10
Redoublant	Oui	51	21,20
	Non	189	78,80
Mode de vie	En famille	95	39,80
	Cité Universitaire	13	5,4
	Etudiants en médecine	105	43,60
	Autres étudiants d'autres facultés	19	7,90
	Seul	8	3,30
Assistance aux cours	Oui	203	84,60
	Non	37	15,40
Projets	Internat	54	22,40
	Résidanat	84	34,90
	Médecine générale	29	12,10
	Etrangers	69	29,00
	Autres	2	0,80
Le choix de la médecine	Conviction	145	60,60
	Imposé par la famille	15	6,20
	Seul choix	50	20,7
	Autres	30	12,4
Service actuel	Médecine	181	75,30
	Chirurgie	59	24,70
Nombre de garde par semaine	Pas de garde	78	32,7
	Une garde	148	61,7
	Deux gardes	14	5,5
Nombre de week-end de garde par mois	Pas de garde	84	35,2
	Une garde	76	31,5
	Deux gardes	70	29
	Trois gardes	10	4,3

III- RESULTAT DU MASLACH BURNOUT INVENTORY CHEZ LES

ETUDIANTS EN MEDECINE :

1 Epuisement émotionnelle :

Dans notre étude 39,5% des étudiants avaient un épuisement émotionnel élevé (fig.20).

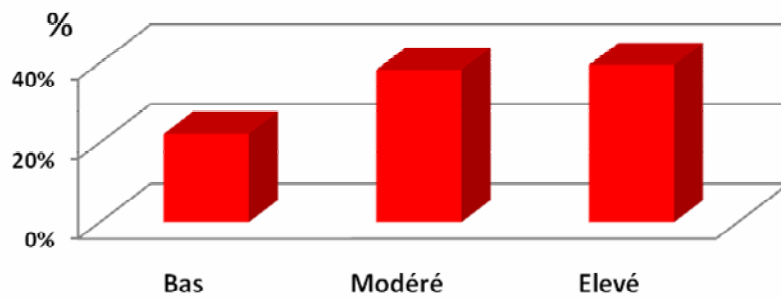


Figure20: Epuisement émotionnel chez les étudiants en médecine

2 Dépersonnalisation:

Dans notre étude 29% des étudiants avaient une dépersonnalisation élevée (fig.21).

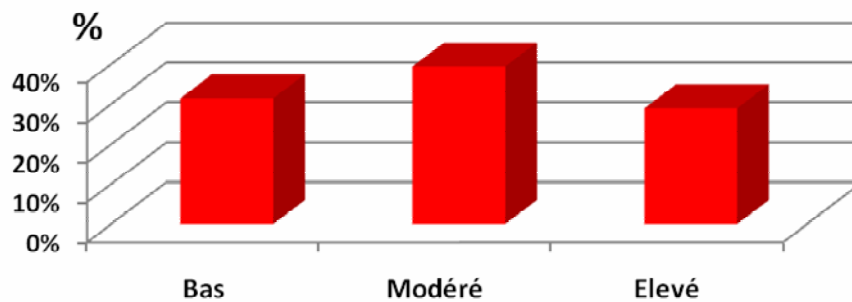


Figure21: Dépersonnalisation chez les étudiants en médecine

3 l'accomplissement personnel :

Notre étude a montré que 18,5% des étudiants avaient un accomplissement personnel faible (fig.22).

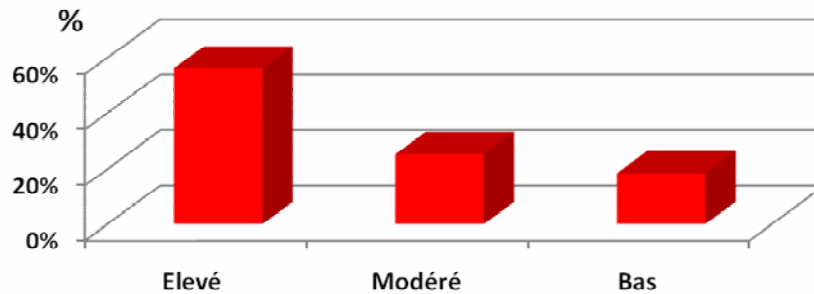


Figure22:Accomplissement personnel chez les étudiants en médecine

IV -ANALYSE BI VARIEE:

1 Burnout et tranche d'âge :

1-1 Epuisement émotionnel et tranche d'âge :

Les étudiants les plus jeunes (tranche d'âge comprise entre 20 et 23 ans) avaient un épuisement émotionnel plus élevé 41,20% que ceux plus âgés (tranche d'âge au delà de 24 ans). Mais avec une différence statistiquement non significative : $P=0,947$ (fig.23).

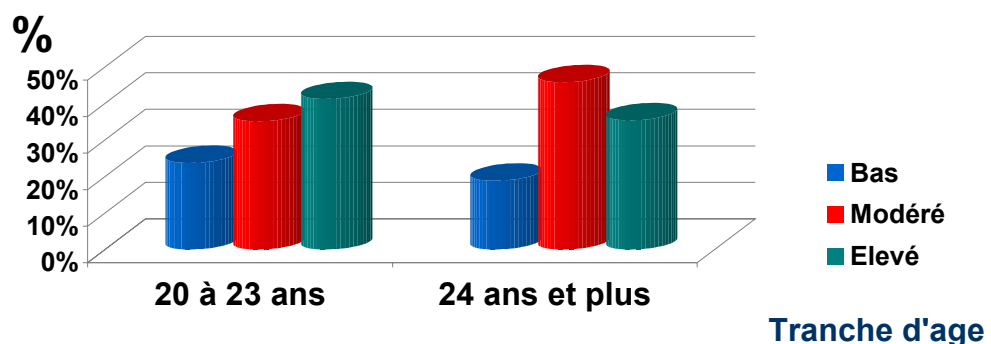


Figure23:Epuisement émotionnel en fonction de la tranche d'age

1-2 Dépersonnalisation et tranche d'âge :

Les étudiants les plus jeunes (20–23ans) avaient un score de dépersonnalisation plus élevé (29,80%) que ceux plus âgés (24ans et plus) (27,10%). La différence n'était pas statistiquement significative : $P=0,402$ (fig.24).

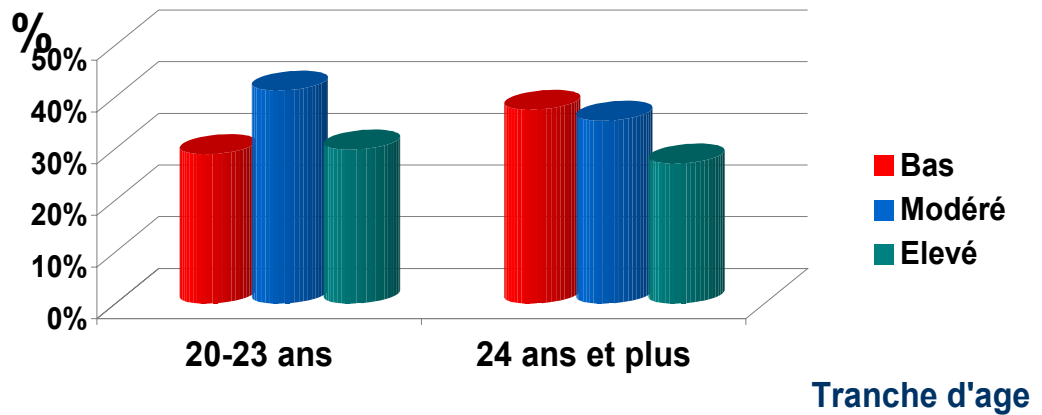


Figure 24 :Dépersonnalisation en fonction de la tranche d'âge

1-3 Accomplissement personnel et tranche d'âge :

Les étudiants les plus jeunes (20–23 ans) avaient le score d'accomplissement personnel le plus bas. La différence n'était pas statistiquement significative : $P=0,649$ (fig.25)

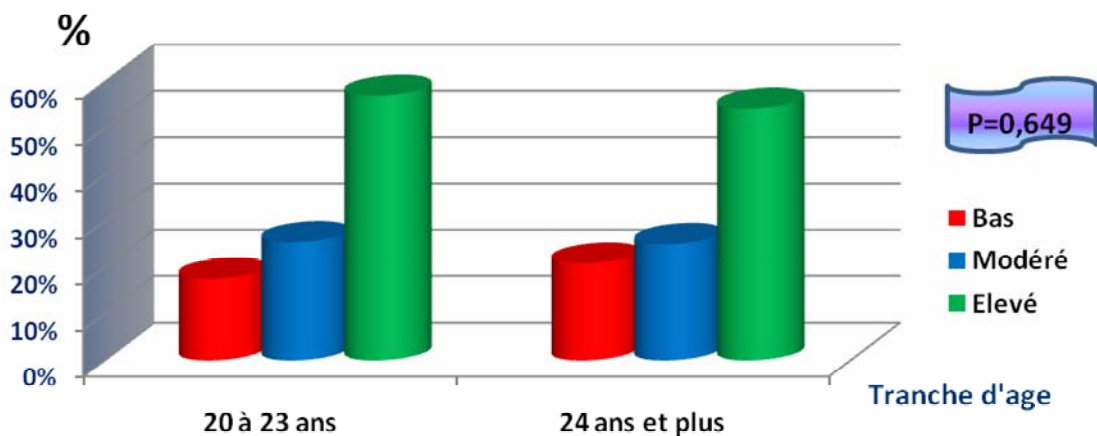


Figure25:Accomplissement personnel en fonction de la tranche d'âge

2 Burnout en fonction du sexe :

2-1 Epuisement émotionnel :

Les étudiantes avaient un épuisement émotionnel plus élevé que les étudiants. La différence n'était pas statistiquement significative : $P=0,202$ (fig.26)

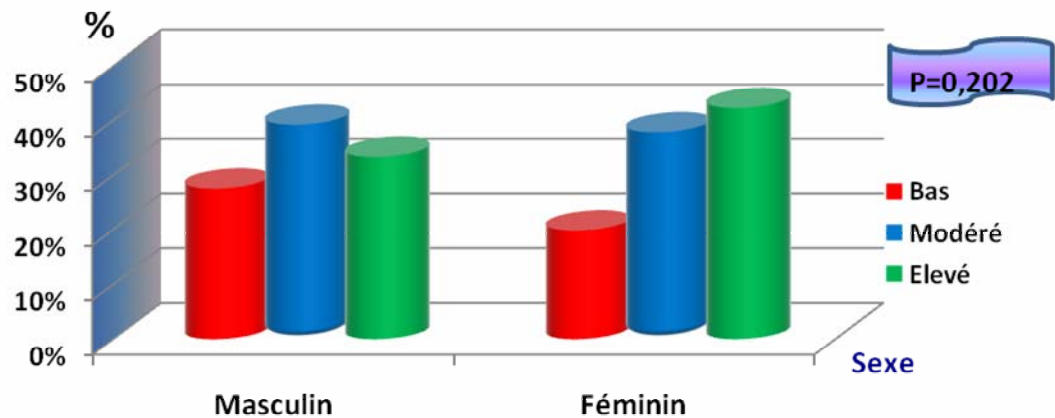


Figure26: Epuisement émotionnel en fonction du sexe

2-2 Dépersonnalisation :

Les hommes avaient un score de dépersonnalisation plus élevé que les femmes. Avec une différence statistiquement significative $P=0,026$ (fig.27)

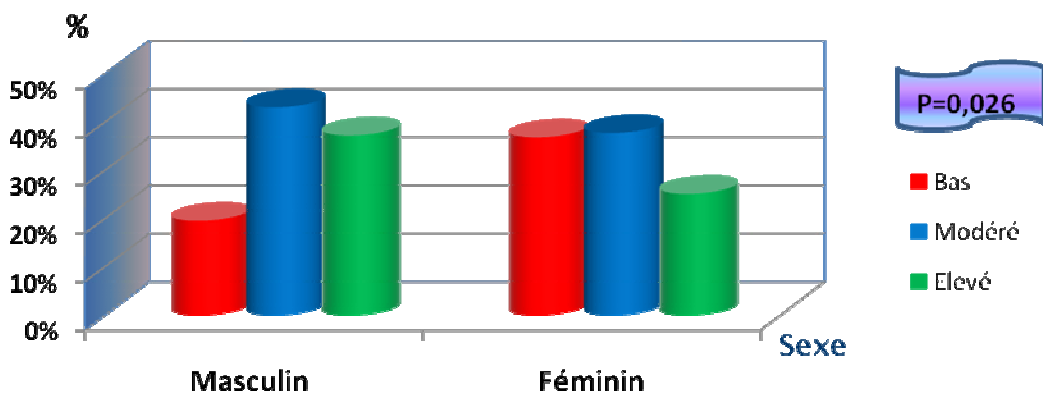


Figure27: Dépersonnalisation en fonction du sexe

2-3 Accomplissement personnel :

Les hommes avaient un score d'accomplissement personnel plus bas que les femmes. La différence n'était pas statistiquement significative : $P=0,261$ (fig.28) :

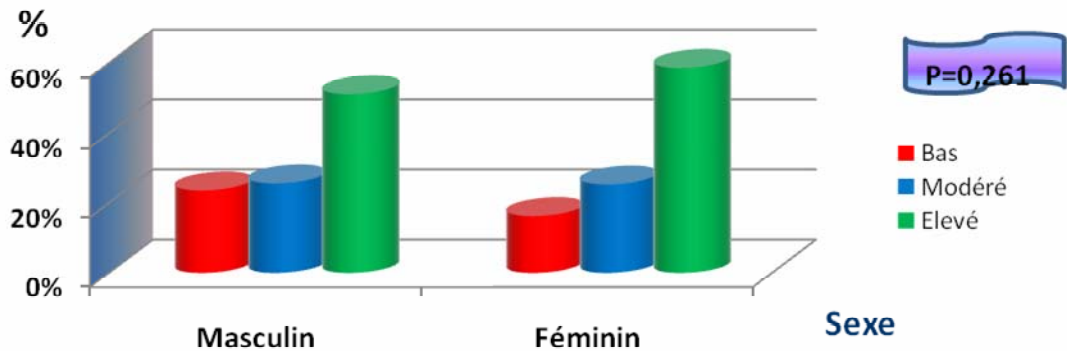


Figure28: Accomplissement personnel en fonction du sexe

3 Burnout et revenu mensuel :

3-1 Epuisement émotionnel en fonction du revenu mensuel :

L'épuisement émotionnel était plus élevé chez les étudiants ayant un revenu mensuel plus bas (inférieur à 1500Dh). La différence n'était pas statistiquement significative: $P=0,534$ (fig.29) :

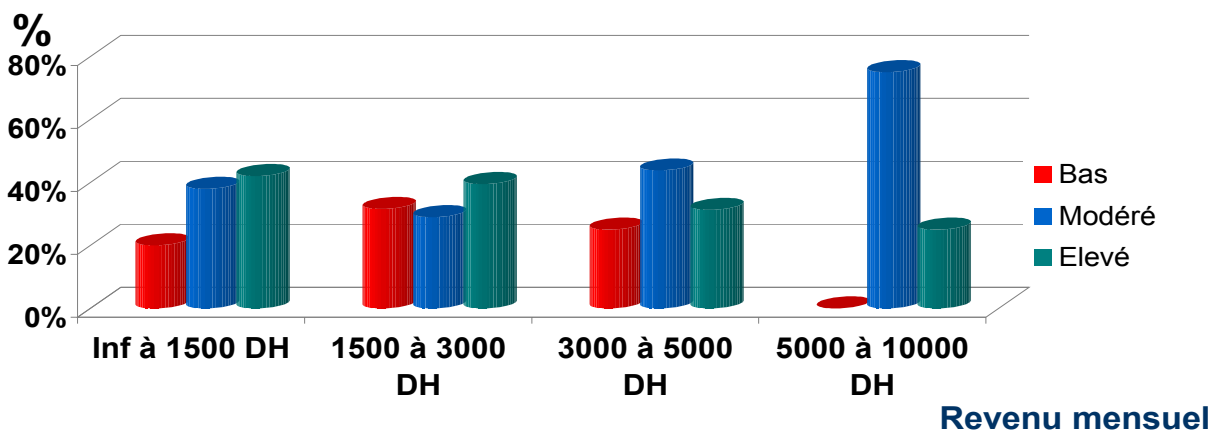


Figure29: Epuisement émotionnel en fonction du revenu mensuel

3-2 Dépersonnalisation :

La dépersonnalisation était plus élevée chez les étudiants ayant un revenu mensuel entre 1500 et 5000Dh. La différence n'était pas statistiquement significative: $P=0,171$ (fig. 30) :

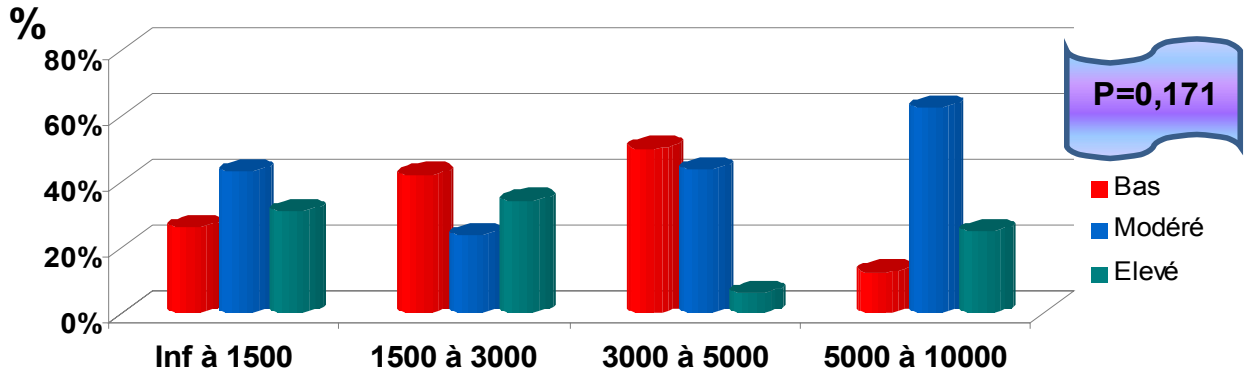


Figure30: Dépersonnalisation en fonction du revenu mensuel

3-3 Accomplissement personnel :

Les étudiants qui avaient le revenu mensuel le plus élevé (5000–10000) avaient le score d'accomplissement personnel le plus bas: Avec une différence statistiquement non significative $P=0,182$ (fig. 31) :

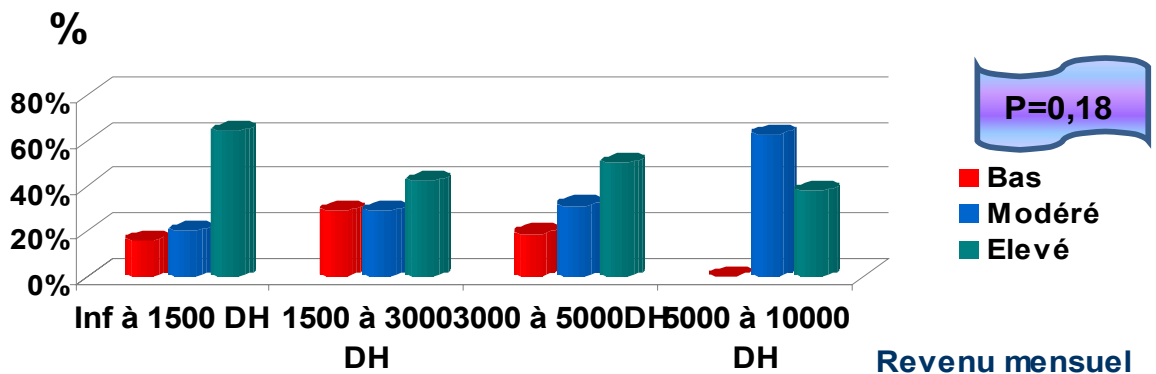


Figure31: Accomplissement personnel en fonction du revenu mensuel

4 Burnout et antécédent psychiatrique :

4-1 Epuisement émotionnel :

Les étudiants ayant des antécédents psychiatriques avaient un score d'épuisement émotionnel plus élevé que ceux qui n'en avaient pas. Avec une différence statistiquement significative : $P=0,042$ (fig.32) :

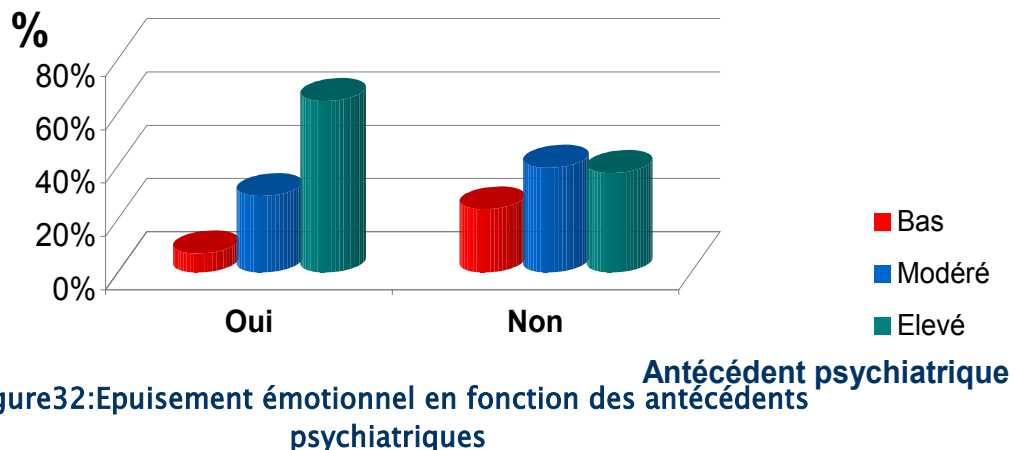


Figure32:Epuisement émotionnel en fonction des antécédents psychiatriques

4-2 Dépersonnalisation :

Les étudiants qui n'avaient pas d'antécédents psychiatriques avaient un score de dépersonnalisation légèrement plus élevé que ceux qui n'en avaient pas. La différence n'était pas statistiquement significative : $P=0,815$ (fig.33)

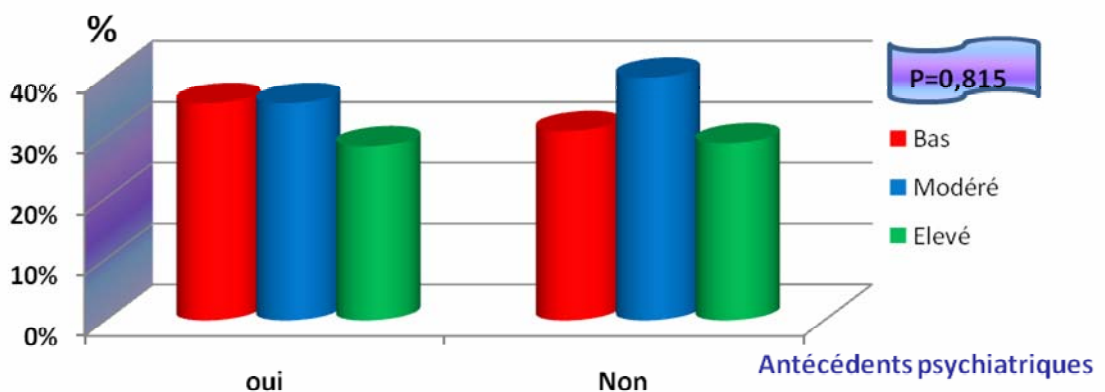


Figure33: Dépersonnalisation en fonction des antécédents psychiatriques

4-3 Accomplissement personnel :

Les étudiants n'ayant pas d'antécédents psychiatriques avaient un score d'accomplissement personnel plus bas que ceux qui en avaient. La différence n'était pas statistiquement significative: $P=0,242$ (fig.34)

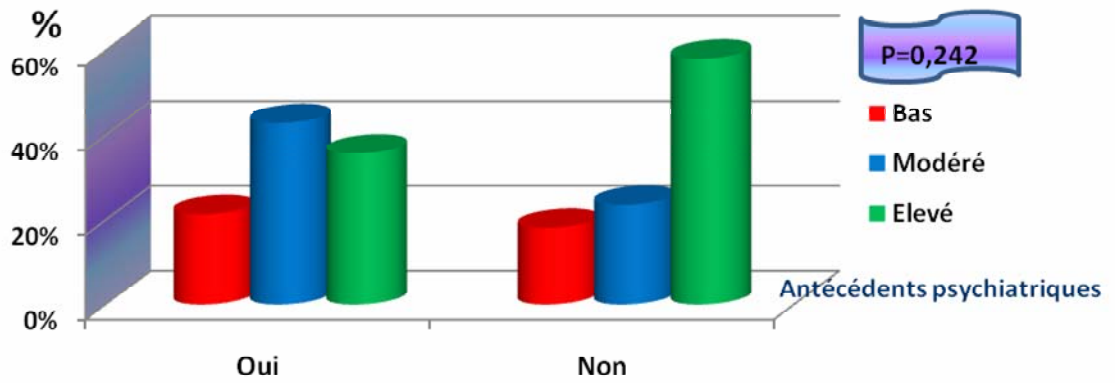


Figure34: Accomplissement personnel en fonction des antécédents psychiatriques

5 Burnout et automédication :

5-1 Epuisement émotionnel :

Les étudiants qui s'adonnaient à l'automédication avaient le score d'épuisement émotionnel le plus bas. La différence n'était pas statistiquement significative : $P=0,494$ (fig.35)

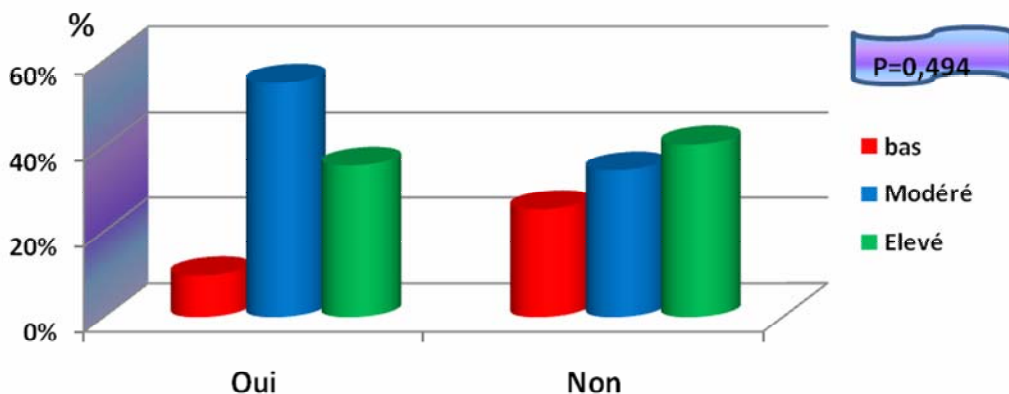


Figure35: Epuisement émotionnel en fonction de l'automédication

5-2 Dépersonnalisation :

Les étudiants qui s'adonnaient à l'automédication avaient une dépersonnalisation plus élevée que les autres étudiants. Résultat significatif : $P=0,012$ (fig.36)

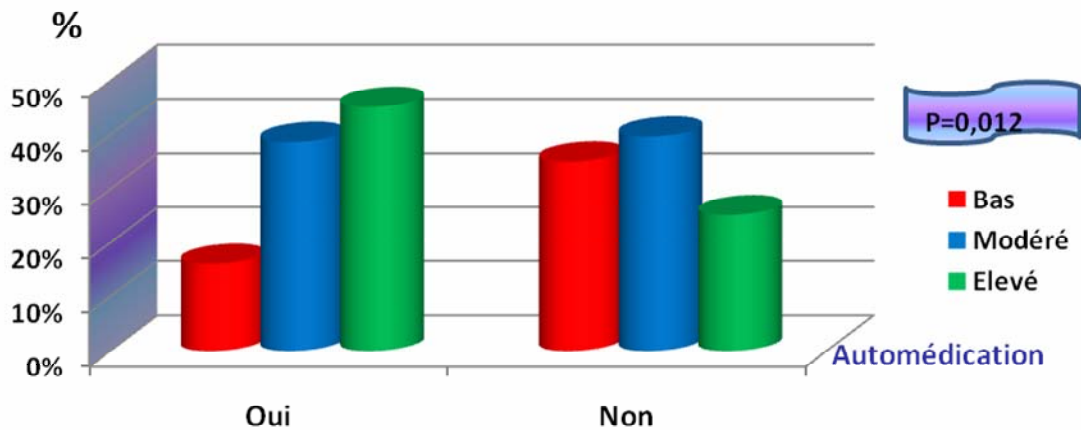


Figure36: Dépersonnalisation en fonction de l'automédication

5-3 Accomplissement personnel :

Les étudiants qui s'adonnaient à l'automédication avaient le score d'accomplissement personnel le plus bas. La différence n'était pas statistiquement significative : $P=0,173$ (fig.37)

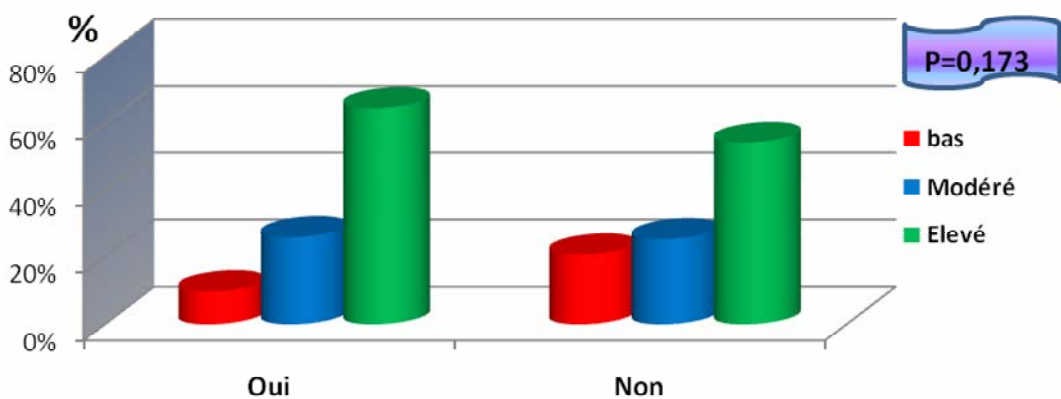


Figure37: Accomplissement personnel en fonction de l'automédication

6 Burnout et année d'étude :

6-1 Epuisement émotionnel et année d'étude:

L'épuisement émotionnel augmente en passant de la troisième année à la quatrième année, puis tendent à diminuer en cinquième année et encore plus en sixième année. La différence n'était pas statistiquement significative: $P=0,098$ (fig.38)

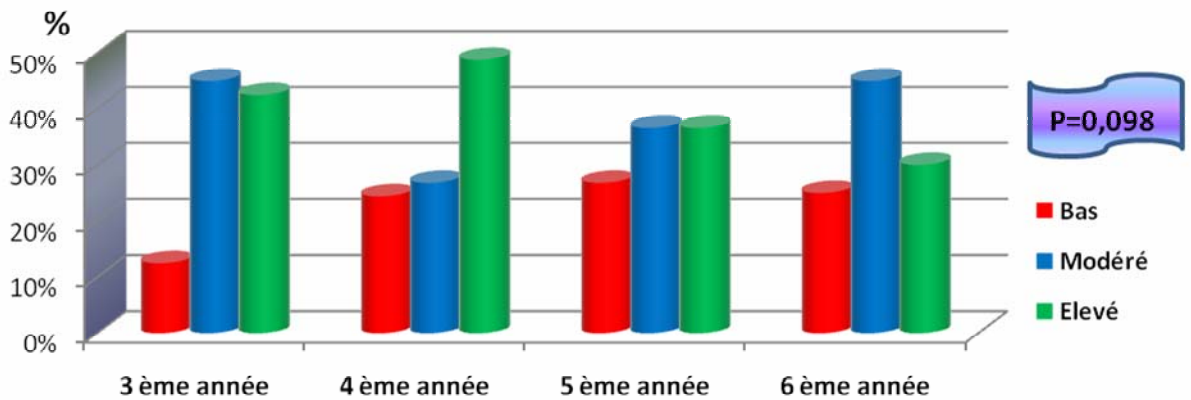


Figure38: Epuisement émotionnel en fonction de l'année d'étude

6-2 Dépersonnalisation et année d'étude :

La dépersonnalisation augmente en passant de la troisième année à la quatrième année, puis tendent à diminuer en cinquième année et encore plus en sixième année. La différence n'était pas statistiquement significative: $P=0,098$. (fig.39)

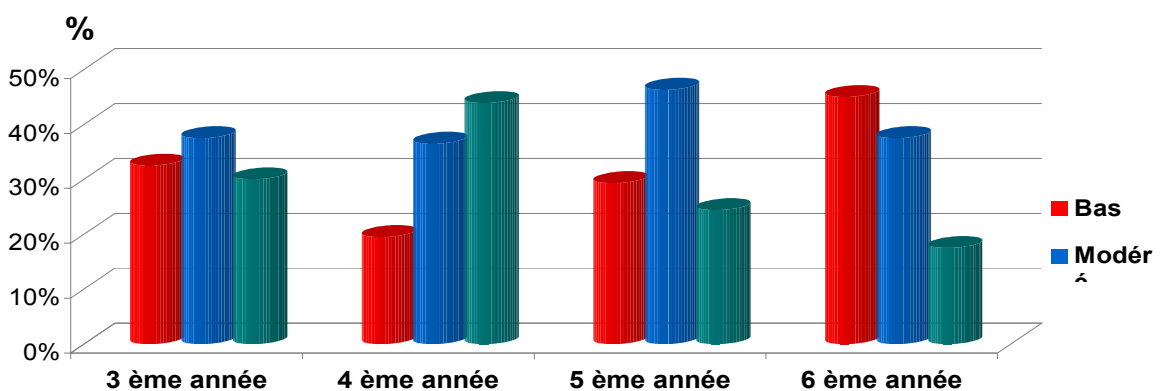


Figure39: Dépersonnalisation en fonction de l'année d'étude

6-3 accomplissements personnels et année d'étude :

Les étudiants de la troisième année avaient le score d'accomplissement personnel le plus bas. Mais avec une différence statistiquement non significative : $P=0,161$ (fig.40).

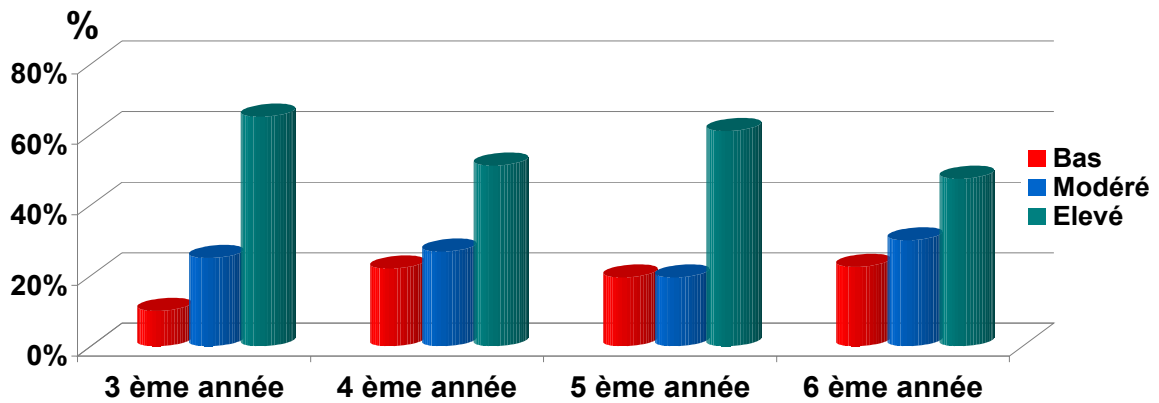


Figure40:Accomplissement personnel en fonction de l'année d'étude

7 Burnout et le temps libre de pratiquer du sport ou d'autres loisirs :

7-1 Epuisement émotionnel :

Les étudiants qui avaient le temps pour faire du sport, ou pour pratiquer d'autres loisirs avaient un épuisement émotionnel plus faible que les autres étudiants. Avec une Différence statistiquement significative : $P=0,001$ (fig.41).

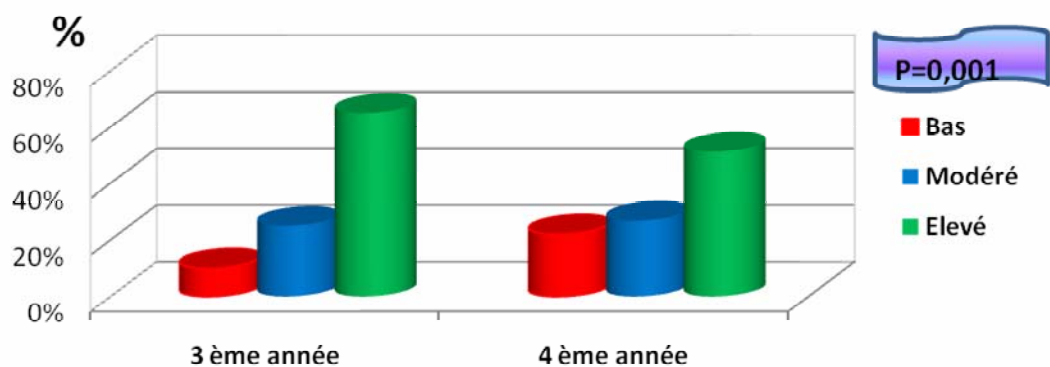
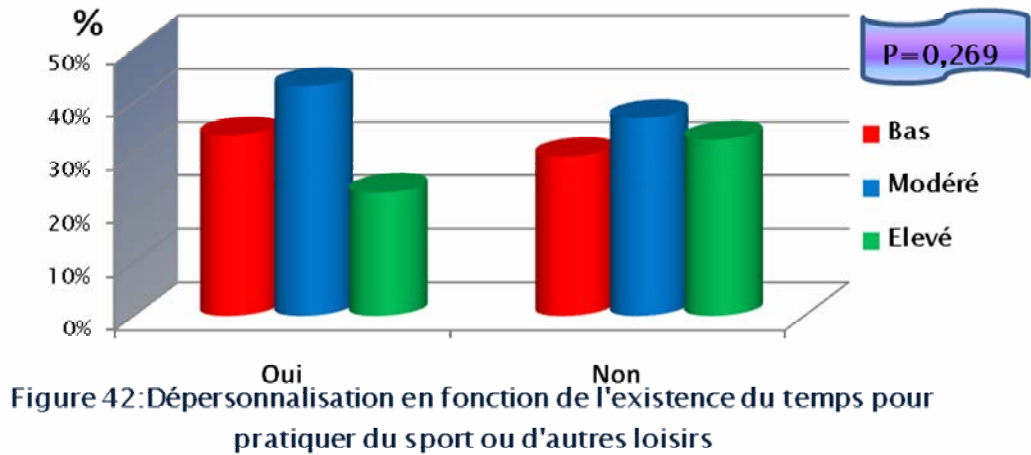


Figure 41: Epuisement émotionnel en fonction de l'existence du temps pour pratiquer du sport ou d'autres loisirs

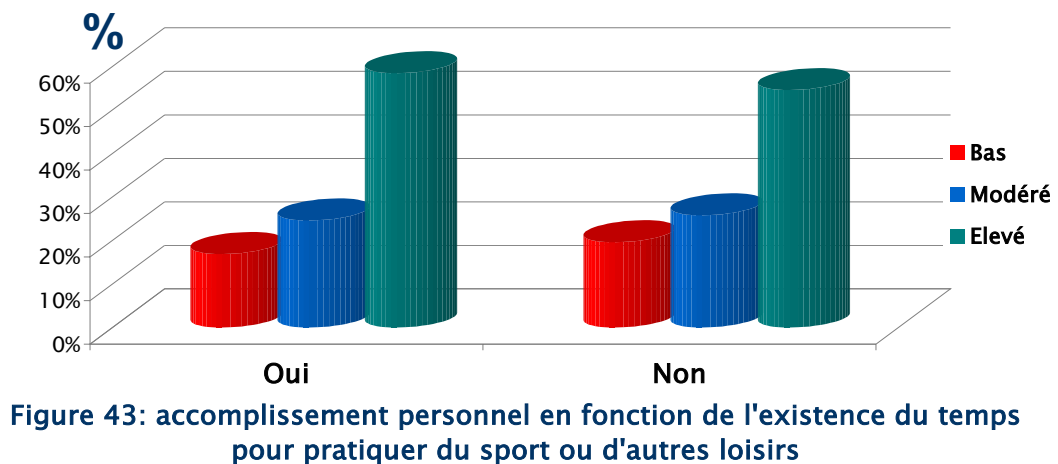
7-2 Dépersonnalisation :

Les étudiants qui avaient le temps pour faire du sport, ou pour pratiquer d'autres loisirs avaient une dépersonnalisation plus faible que les autres étudiants. Avec une différence statistiquement non significative $P=0,269$ (fig.42).



7-3 Accomplissement personnel :

Les étudiants qui avaient le temps pour faire du sport, ou pour pratiquer d'autres loisirs avaient le score d'accomplissement personnel le plus bas. La différence n'était pas statistiquement significative: $P=0,606$ (fig.43).



8 Burnout et loisirs :

8-1 Epuisement émotionnel :

Les étudiants qui n'avaient pas des loisirs souffraient d'un épuisement émotionnel plus élevé. Avec une différence statistiquement significatif : $P=0,007$ (fig.44)

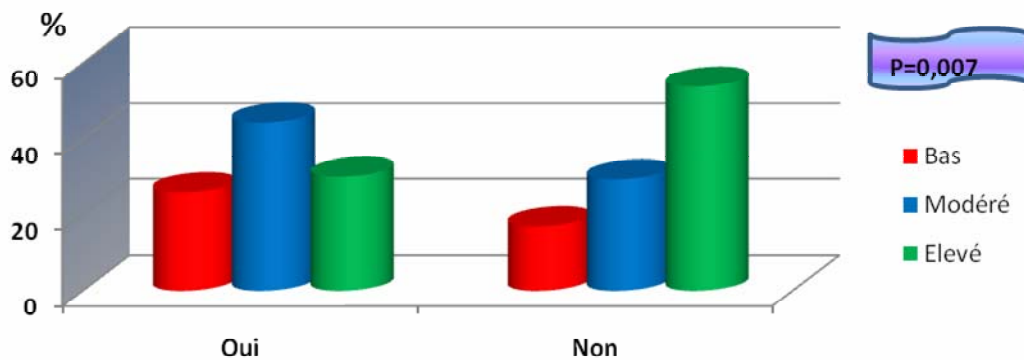


Figure44:Epuisement émotionnel en fonction de la pratique d'un loisir

8-2 Dépersonnalisation

Les étudiants qui n'avaient pas de loisirs avaient une dépersonnalisation plus élevée. La différence n'était pas statistiquement significative : $P=0,345$ (fig.45).

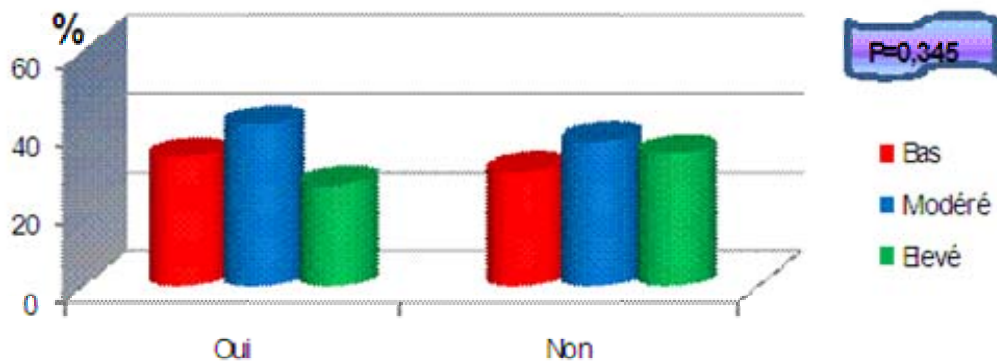


Figure 45: Dépersonnalisation en fonction de la pratique d'un loisir

8-3 Accomplissement personnel

Les étudiants qui n'avaient pas de loisirs avaient le score d'accomplissement personnel le plus bas. Avec une différence statistiquement significatif : $P=0,000$ (Fig.46). (Rappelant qu'un score d'accomplissement personnel bas correspond à un burnout élevé).

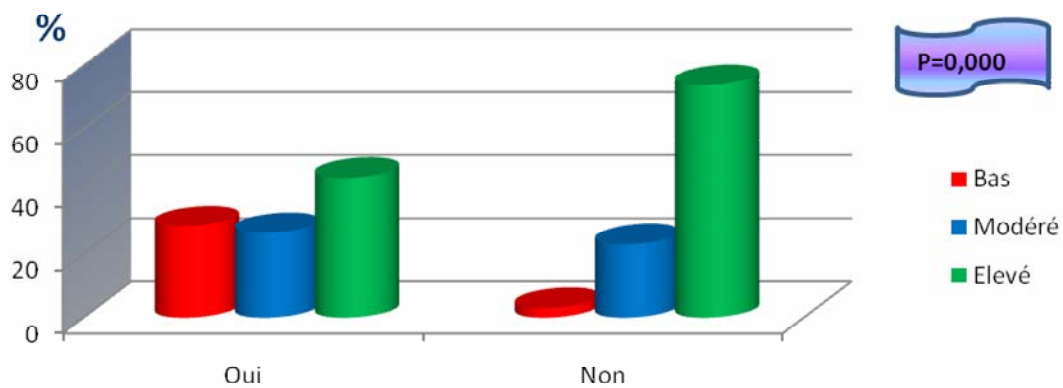


Figure 46: L'accomplissement personnel en fonction de la pratique d'un loisir

9 Burnout et consommation d'alcool

9-1 Epuisement émotionnel

Les étudiants qui ne consommaient pas d'alcool avaient l'épuisement émotionnel le plus élevé. Mais avec une différence statistiquement non significative : $P=0,545$ (Fig47).

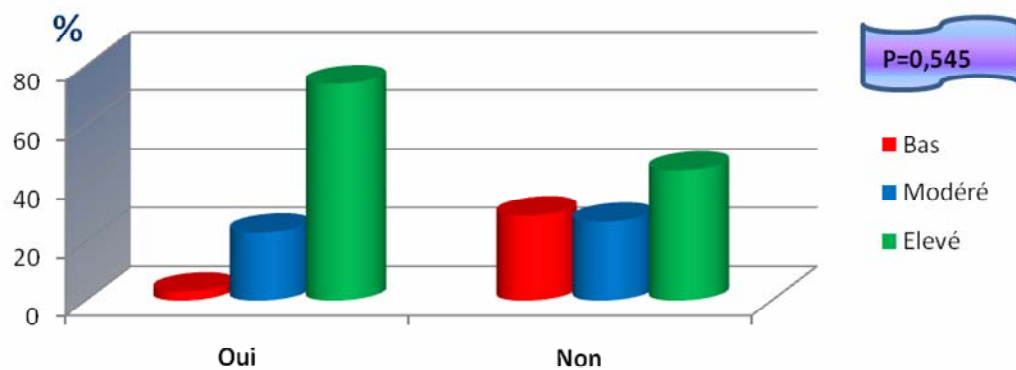


Figure 47: L'épuisement émotionnel en fonction de la consommation d'alcool

9-2 Dépersonnalisation

Les étudiants qui ne consommaient pas d'alcool avaient une dépersonnalisation relativement plus élevée que ceux qui n'en consommaient pas. La différence n'était pas statistiquement significative : $P=0,563$ (Fig.48).

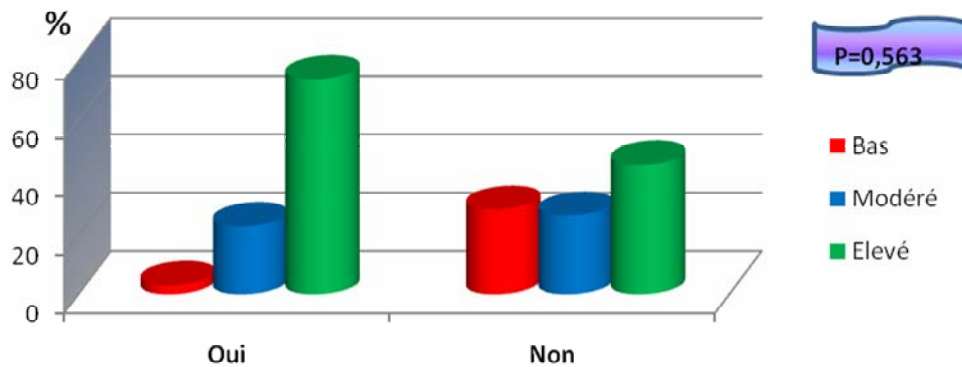


Figure 48: Dépersonnalisation en fonction de la consommation d'alcool

9-3 Accomplissement personnel :

Les étudiants qui ne consommaient pas d'alcool avaient le score d'accomplissement personnel le plus bas. Avec une différence statistiquement non significative : $P=0,420$ (fig.49).

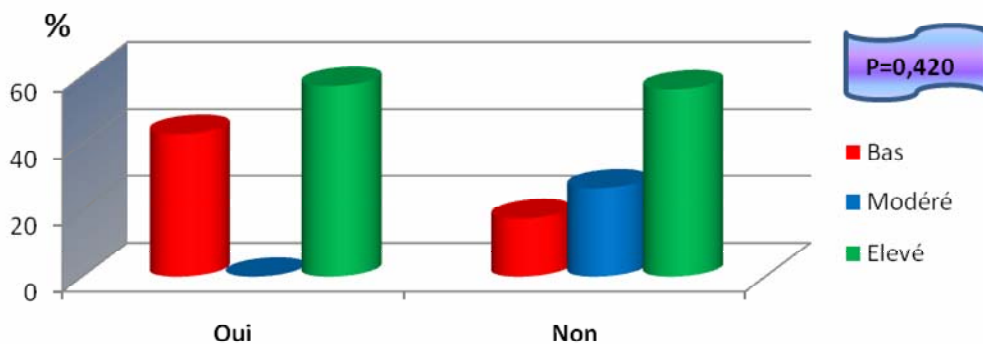


Figure 49: L'accomplissement personnel en fonction de la consommation d'alcool

10 Burnout et nombre de garde par semaine

10-1-Epuisement émotionnel

Les étudiants qui n'avaient pas de gardes avaient le score d'épuisement émotionnel le plus élevé. La différence n'était pas statistiquement significative: $P=0,528$ (fig.50)

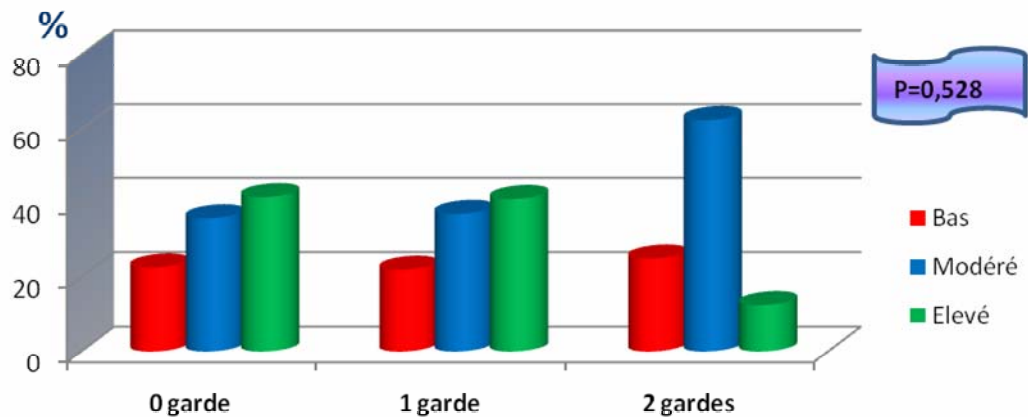


Figure50: L'épuisement émotionnel en fonction du nombre de garde par semaine

10-2 Dépersonnalisation

Les étudiants qui n'avaient pas de gardes avaient un score de dépersonnalisation plus élevé. Mais avec une différence statistiquement non significative : $P=0,478$ (fig.51)

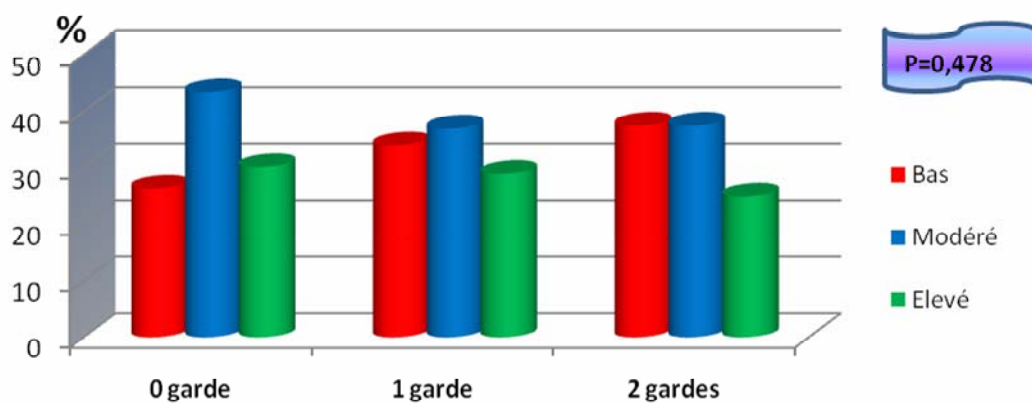


Figure51: La dépersonnalisation en fonction du nombre de garde par semaine

10-3 Accomplissement personnel

Les étudiants qui ne faisaient pas de garde avaient le score d'accomplissements personnels le plus bas. La différence n'était pas statistiquement significative: $P=0,243$ (fig.52)

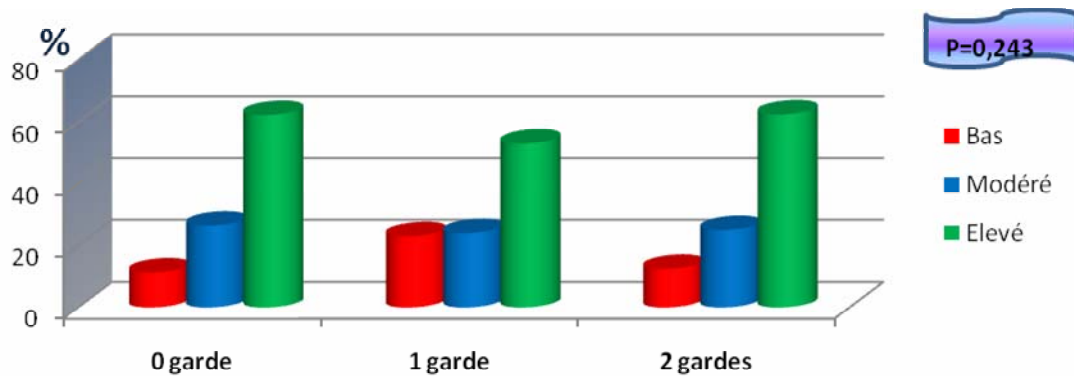


Figure52:L'accomplissement personnel en fonction du nombre de garde par semaine

11 Burnout et choix de la médecine :

11-1-Epuisement émotionnel

Les étudiants qui n'avaient pas autres choix que la médecine avaient le score d'épuisement émotionnel le plus élevé. Avec une différence statistiquement significative : $P=0,005$ (fig.53)

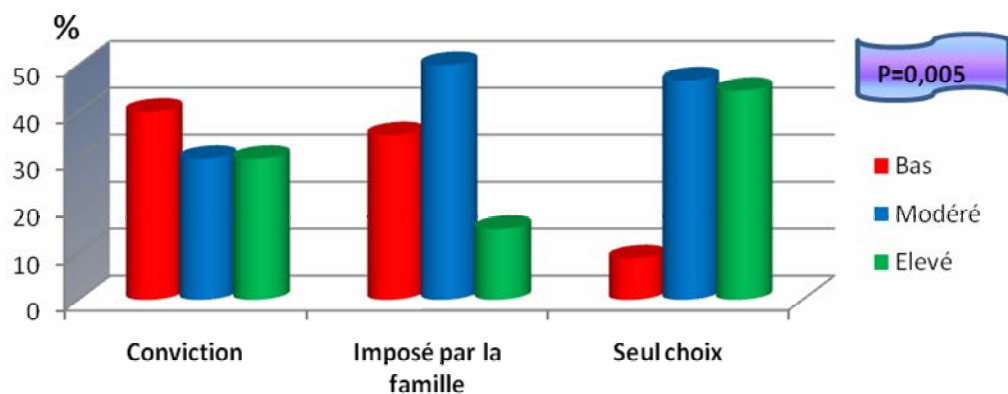


Figure53: Epuisement émotionnel et le choix de la médecine

11-2 Dépersonnalisation

Les étudiants qui avaient opté pour les études médicales par conviction avaient le score de dépersonnalisation élevé le plus bas. Avec une différence statistiquement significative $P=0,014$ (fig.54)

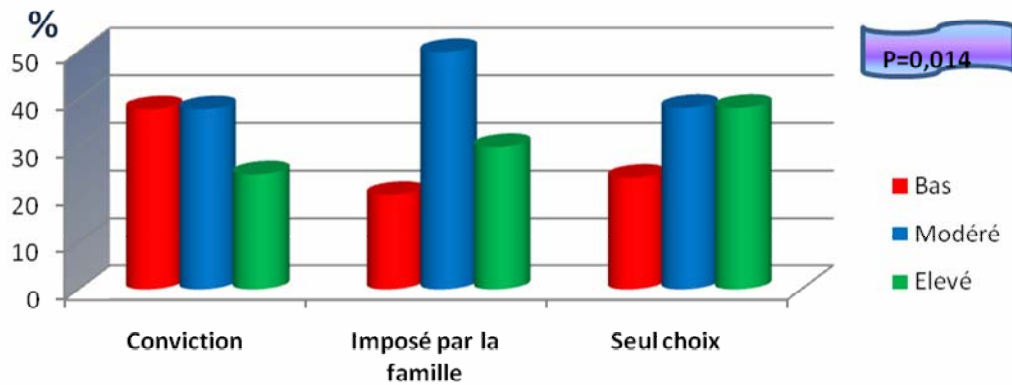


Figure54: Dépersonnalisation et choix de la médecine

11-3 Accomplissement personnel

Les étudiants qui n'avaient pas autres choix que la médecine avaient un score d'accomplissement personnel plus bas que les autres étudiants. Avec une différence statistiquement non significative $=0,116$ (fig.55)

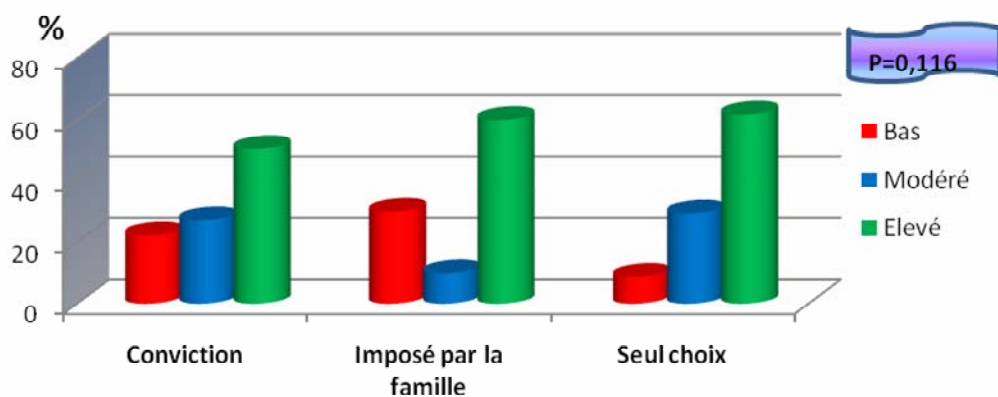


Figure55:Accomplissement personnel et choix de la médecine

12 Burnout et les étudiants redoublants:

12-1 Epuisement émotionnel :

L'épuisement émotionnel était plus élevé chez les étudiants redoublants. La différence n'était pas statistiquement significative: $P=0,561$ (fig.56).

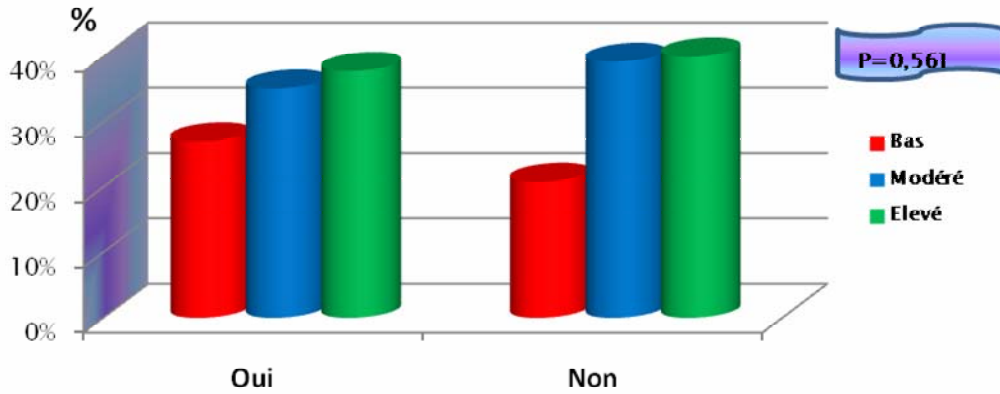


Figure 56: Epuisement émotionnel en fonction que l'étudiant est redoublant ou non

12-2 Dépersonnalisation :

Les étudiants redoublants avaient un score de dépersonnalisation plus élevé que les non redoublant. Avec une différence statistiquement non significative: $P=0,486$ (fig.57).

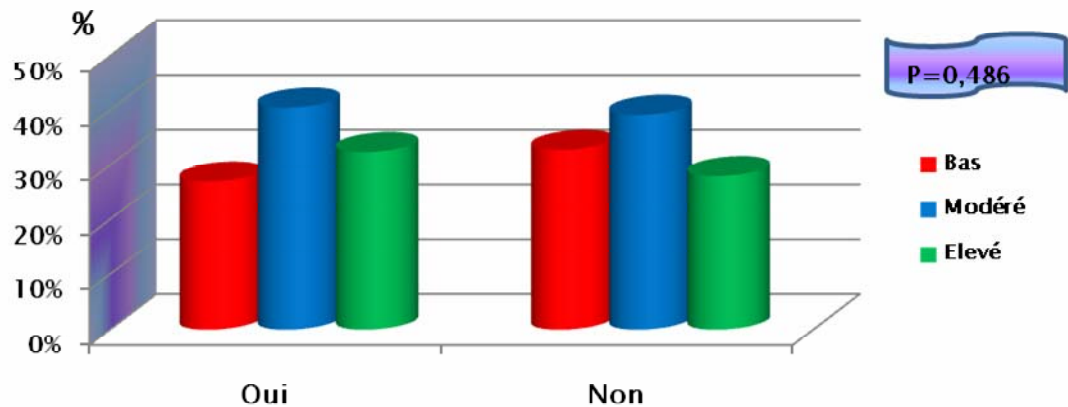


Fig57: Dépersonnalisation en fonction que l'étudiant est redoublant ou non

12-3 Accomplissement personnel :

Les scores d'accomplissement personnel bas étaient relativement comparables chez les deux groupes d'étudiants. Avec une différence statistiquement non significative :

P=0,645(fig.58).

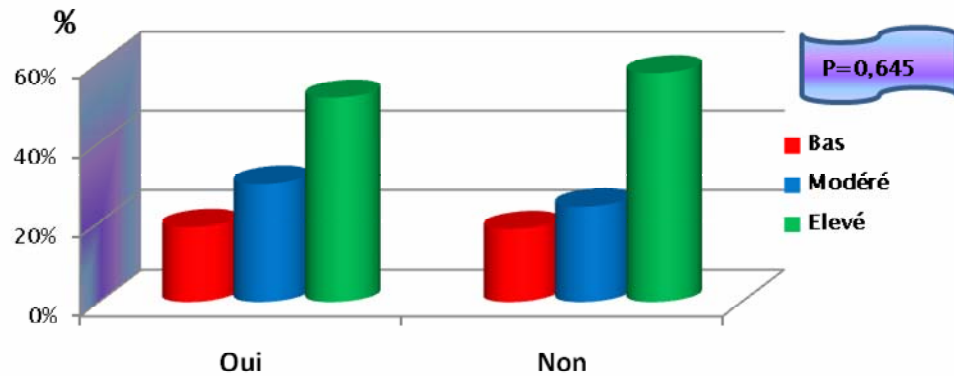


Figure 58: Accomplissement personnel en fonction que l'étudiant est redoublant ou non

13 Burnout et assistance aux cours :

13-1 Epuisement émotionnel :

Les étudiants qui n'assistaient pas aux cours avaient un épuisement émotionnel plus élevé que ceux qui en assistaient. La différence n'était pas statistiquement significative:

P=0,264(fig.59).

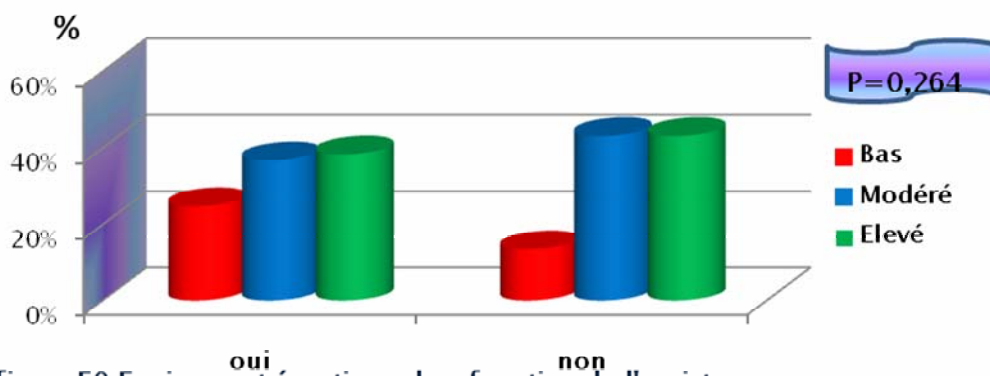


figure59: Epuisement émotionnel en fonction de l'assistance aux cours

13-2 Dépersonnalisation :

Les étudiants qui n'assistaient pas aux cours avaient une dépersonnalisation plus élevée que ceux qui en assistaient. Avec une différence statistiquement non significative:

$P=0,320$ (fig.60).

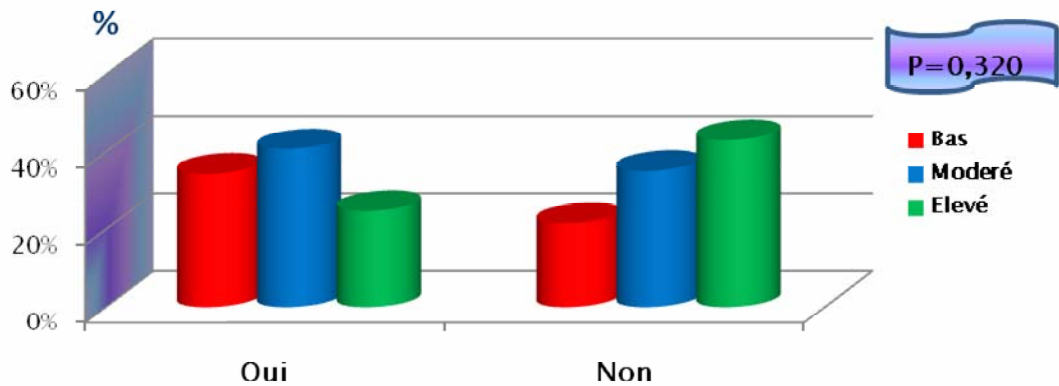


figure60: Dépersonnalisation en fonction de l'assistance aux cours

13-3 Accomplissement personnel :

Les étudiants qui n'assistaient pas aux cours avaient un score d'accomplissement personnel plus bas que ceux qui en assistaient. Mais avec une différence statistiquement non significative: $P=0,146$ (fig.61).

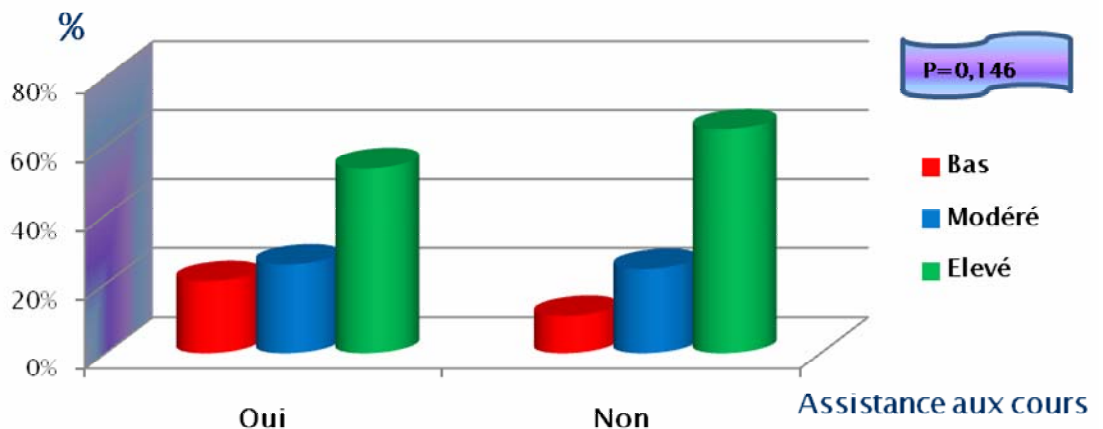


figure 61: Accomplissement personnel en fonction de l'assistance aux cours

14 Burnout et projet :

14-1 Epuïsement émotionnel :

Les étudiants qui avaient comme but la médecine générale avaient un score d'épuisement émotionnel plus élevé que les autres étudiants. Avec une différence statistiquement significative: $P=0,024$ (fig.62).

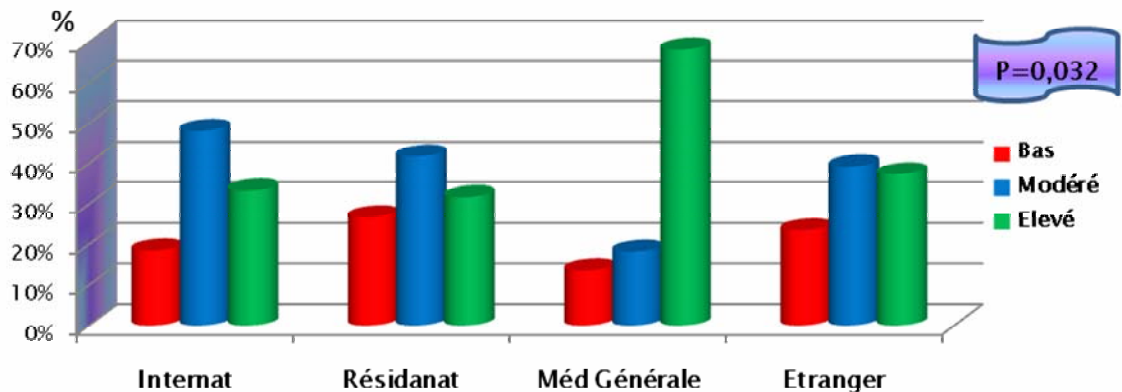


figure62: Epuïsement émotionnel en fonction du projet

14-2 Dépersonnalisation :

Les étudiants qui avaient comme but la médecine générale avaient un score de dépersonnalisation plus élevé que les autres étudiants. La différence n'était pas statistiquement significative $P=0,968$ (fig.63).

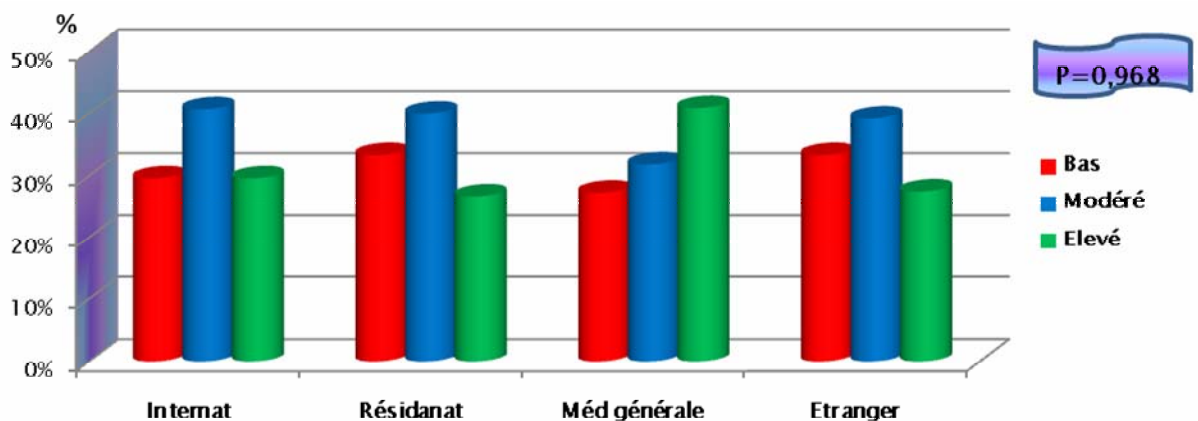


figure 63: Dépersonnalisation en fonction du projet

14-3 Accomplissement personnel :

Les étudiants qui avaient comme but la médecine générale avaient le score d'accomplissement personnel le plus bas. La différence n'était pas statistiquement significative: $P=0,521$ (fig.64).

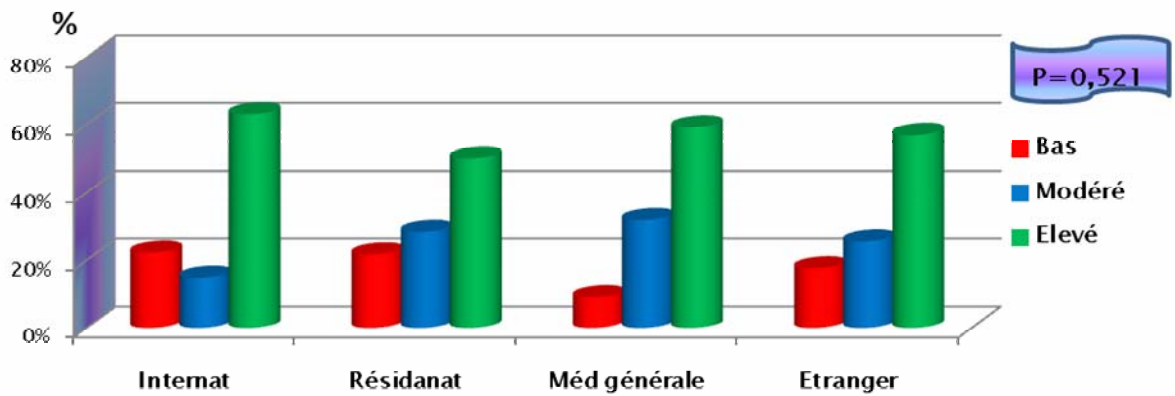


figure64: Accomplissement personnel en fonction du projet

Tableau n° VIII: Tableau récapitulatif des scores des trois composantes du Burnout exprimés en pourcentages(%) chez les étudiants de la faculté de médecine de Marrakech :

Caractéristiques		Scores des trois composantes du burnout(%)		
		EE élevé	DP élevée	AP bas
sexe	Masculin	33,3	37,3	23,5
	Féminin	42,30 P=0,202	25,20 P=0,026	16,20 P=0,261
Tranche d'âge	20 à 23 ans	41,20	29,8	17,5
	24ans et plus	35,40 P=0,947	27,10 P=0,402	20,8 P=0,649
Consommation d'alcool	Oui	28,6	28,6	42,9
	non	40 P=0,545	29 P=0,563	17,4 P=0,420
Automédication :	Oui	35,5	45,2	9,70
	Non	40,5 P=0,494	25,2 P=0,012	20,60 P=0,173
Antécédents psychiatrique :	Oui	64,30	28,6	21,4
	Non	37,20 P=0,042	29,10 P=0,815	18,2 P=0,242
Gardes/sem.	0garde	41,5	30,2	11,3
	1garde	41	29	23
	2gardes	12,5 P=0,528	25 P=0,478	12,5 P=0,234
Week-end de garde/mois :	0garde	38,6	24,6	15,8
	1garde	43,1	29,4	19,6
	2gardes	36,2	29,8	21,3
	3gardes	40 P=0,393	60 P=0,472	20 P=0,873
Temps libre pour pratique du sport ou d'autres loisirs :	Oui	29,20	23,10	19,90
	Non	46,40 P=0,001	33 P=0,269	19,60 P=0,606
Loisirs :	Oui	29,9	25,8	28,9
	non	53,8 P=0,007	33,8 P=0,345	3,1 P=0,000
Option pour la médecine :	Conviction	30	24,3	8,8
	Imposé par famille	15	30	22,3
	Seul choix	44,5 0,005	38,2 P=0,014	30 P=0,116
Projets :	Internat	33,30	29,60	22,20
	Résidanat	31,70	26,70	21,70
	Méd. Générale	68,20	40,90	9,10
	Etranger	37,30 P=0,032	27,50 P=0,968	17,60 P=0,521

Tableau n° IX: Tableau récapitulatif des scores moyens des trois composantes du burnout exprimés en moyenne \pm écart type (M \pm ET) chez les étudiants de la faculté de médecine de Marrakech :

On a repris le tableau précédent en exprimant les résultats en moyennes dans le but de comparaison avec ceux d'autres études qui ont été exprimés de la même manière (chapitre discussion) :

Caractéristiques		Scores des trois composantes du burnout(M \pm ET) + P		
		EE	DP	AP
sexe	Masculin	24,88 \pm 11,47	9,74 \pm 5,56	32,50 \pm 7,91
	Féminin	27,11 \pm 10,51	7,70 \pm 5,51	30,93 \pm 8,05
		P=0,224	P=0,031	P=0,284
Tranche d'âge	20 à 23 ans	26,49 \pm 11 ,02	8,6 \pm 5,7	31,19 \pm 8,24
	24ans et plus	26,22 \pm 10,50	7,73 \pm 5,33	32,00 \pm 7,50
		P=0 ,899	P=0,365	P=0,560
Automédication :	Oui	28,38 \pm 10,33	10,22 \pm 5,12	30,84 \pm 6,98
	Non	25,94 \pm 10,93	7,90 \pm 5,63	31,65 \pm 8,25
		P=0,261	P=0,037	P=0,466
Antécédents psychiatrique :	Oui	30,85 \pm 9,75	7,21 \pm 4,64	33 \pm 8 ,43
	Non	25,99 \pm 10,88	8,45 \pm 5,68	31,28 \pm 7,99
		P=0,101	P=0,431	P=0,446
Gardes/sem.	0garde	25,96 \pm 10,73	8,79 \pm 5,78	29,43 \pm 8,27
	1garde	27,11 \pm 11,04	8,18 \pm 5,56	32,35 \pm 7,86
	2gardes	21,33 \pm 8,24	7,55 \pm 5,27	33 \pm 6,36
		P=0,291	P=0,742	P=0 ,084
Week-end de garde/mois :	0garde	25,17 \pm 10,63	8,6 \pm 5 ,55	29,89 \pm 8,93
	1garde	27,27 \pm 11,41	8,78 \pm 5,7	32,45 \pm 8,07
	2gardes	26,38 \pm 10,81	7,97 \pm 5,63	32,04 \pm 7,79
	3gardes	31,60 \pm 10,16	10,20 \pm 6,57	32,80 \pm 5,8
		P=0,806	P=0,855	P=0,653
Temps libre pour pratique du sport ou d'autres loisirs :	Oui	22,75 \pm 10,89	7,49 \pm 5,32	31,58 \pm 7,75
	Non	28,86 \pm 10,13	8,91 \pm 5,73	31,32 \pm 8,22
		P=0,000	P=0,113	P=0,84
Loisirs :	Oui	24,30 \pm 9,89	7,90 \pm 5,32	33,55 \pm 7,92
	non	29,55 \pm 11,48	9,00 \pm 5,96	28,26 \pm 7,11
		P=0,002	P=0,224	P=0,000
Option pour la médecine :	Conviction	25,04 \pm 10,87	7,49 \pm 5,19	32,23 \pm 8,49
	Imposé par la famille	17,10 \pm 6,41	8,30 \pm 4,34	32,50 \pm 9,32
	Seul choix	32,85 \pm 8,7	9,94 \pm 6,94	30,38 \pm 6,31
		P=0,000	P=0,054	P=0,175
Projets :	Internat	24,85 \pm 9,88	0,716	31,29 \pm 7,69
	Résidanat	25,36 \pm 10,35	8,37 \pm 4,91	32,63 \pm 8,05
	Méd. Générale	30,95 \pm 11,99	7,91 \pm 5,37	28 \pm 9,82
	Etranger	25,78 \pm 10,45	9,77 \pm 7,18	31,96 \pm 6,93
		P=0,024	P=8,31 \pm 5,88	P=0,68

Profil des étudiants souffrant du burnout :

- l'âge n'a pas un effet sur le burnout.
- les hommes avaient un score de dépersonnalisation plus élevé que les femmes.
- les gardes n'ont pas un effet sur le burnout.
- les loisirs diminuent de façon significative l'épuisement émotionnel et élèvent l'accomplissement personnel.
- Les étudiants qui s'adonnaient à l'automédication souffrent d'une dépersonnalisation plus élevée que les autres étudiants.
- les étudiants qui avaient opté pour les études médicales par conviction avaient des scores d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation plus bas que les autres étudiants.
- les étudiants qui avaient comme projet la médecine générale souffrent d'un épuisement émotionnel plus élevé.



I-GENERALITES:

1 Historique:

Une psychopathologie consécutive à une situation professionnelle difficile est signalée dans la littérature dès 1936 chez H. Selye. Le terme utilisé était « stress professionnel ». (1)

En 1959, le psychiatre C. Veil, décrivait des « états d'épuisement au travail », pour lui ce concept permettait de comprendre et de traiter « des cas déconcertants qui n'entraient pas dans la nosographie classique ». (2,19)

Toutefois, la paternité de ce concept est classiquement attribuée au psychanalyste et psychiatre, H. J. Freudenberger, qui fut le premier à le nommer « burnout ». En effet, il observait dans des « Free Clinics » ou structures médicales dispensant des soins gratuits, des soignants très investis émotionnellement auprès des toxicomanes. Il comparait l'état du soignant atteint d'épuisement au travail, à un immeuble détruit par le feu, pour justifier ce terme FREUDENBERGER écrira en 1980 : « Je me suis rendu compte au cours de mon exercice quotidien que les gens sont parfois victimes d'incendie tout comme les immeubles ; sous l'effet de la tension produite par la vie dans notre monde complexe, leurs ressources internes en viennent à se consumer comme sous l'action des flammes, ne laissant qu'un vide immense à l'intérieur, même si l'enveloppe externe semble plus ou moins intacte ». (1, 20,21)

En 1975, C. MASLACH appliqua le terme « burnout syndrome » à des collègues qui développaient une « attitude cynique, insensible et négative » à l'égard des personnes qu'ils prenaient en charge. En 1981, avec l'aide de son équipe, elle élaborait un instrument de mesure du burnout, le *Maslach Burnout Inventory* (MBI). Ce dernier constitua un tournant majeur pour le concept du burnout. (1)

Effectivement, de nombreux chercheurs utilisèrent cet outil pour mesurer le burnout dans différents pays.

2 Les principaux termes actuellement utilisés :

Le phénomène d'épuisement au travail est décrit dans différentes régions du globe. Ainsi, les termes utilisés pour dénommer ce syndrome peuvent varier selon la langue et la culture du pays.

2-1 Burnout syndrome :

Le terme anglais « *to burn out* » peut avoir différentes significations : échouer, s'user, s'épuiser face à une demande d'énergie trop importante. Il évoque une combustion totale, jusqu'à la réduction en cendres d'un objet entièrement consommé (22). Canoui précise la métaphore empruntée à l'industrie aérospatiale où « *burn out* » désigne " la situation d'une fusée dont l'épuisement de carburant a pour résultante la surchauffe et le risque de bris de la machine"(23). Les travailleurs épuiseraient leur énergie jusqu'à exploser ("craquer") tels des machines. (24)

2-2 Karoshi :

« *Karoshi* », expression japonaise de ce syndrome, donne une dimension encore plus violente. « *Karo* » signifie la mort et « *shi* » (par) la fatigue au travail. Ainsi, dans cette langue, il est suggéré que le syndrome d'épuisement professionnel puisse aboutir à la mort de l'individu.

La charge de travail excessive et le stress professionnel sont susceptibles de causer la mort subite du travailleur par l'intermédiaire de maladies cardiovasculaires comme une hypertension artérielle maligne, des accidents vasculaires cérébraux. (25) (26)

Il est à noter que depuis 1987, il existe au Japon une loi permettant l'indemnisation des victimes de Karoshi. (27)

2-3 Syndrome d'épuisement professionnel

Dans la langue française, le terme « *Syndrome d'épuisement professionnel* » a le défaut d'être vague et paraît couvrir l'ensemble des effets néfastes du travail sur l'individu. D'autres expressions sont également rencontrées : « *usure professionnelle* » ou « *usure au travail* ». Ces dernières mettent l'accent sur le mécanisme progressif du syndrome.

3 Sémiologie du burnout

3-1 La symptomatologie spécifique

C. Maslach et S. Jackson ont décrit de façon précise la symptomatologie de cette affection qui se compose d'un trépied de phases progressivement évolutives (11, 28, 29, 30, 31, 32, 33,34)

- L'épuisement émotionnel (*increased feelings of emotional exhaustion*),
- La déshumanisation de la relation à l'autre (*development of depersonalization*),
- La réduction de l'accomplissement personnel (*reduced personal accomplishment*).

a-L'épuisement émotionnel :

L'épuisement émotionnel est autant physique que psychique et se traduit par une fatigue excessive au travail, un sentiment de ressources émotionnelles épuisées, l'impression d'être vidé nerveusement.

Le sujet ressent des difficultés à être en relation avec les émotions de l'autre. Ainsi, travailler avec certains malades, accueillir de nouvelles émotions, deviennent de plus en plus éprouvants. Ceci génère une fatigue importante qui ne s'améliore pas au repos.

Il est possible d'observer extérieurement des réactions opposées :

- d'une part, des explosions émotionnelles telles que des crises de larmes ou de colère, des refus d'agir ou de répondre à des demandes même anodines ;
- d'autre part, un hyper-contrôle émotionnel apparent, une froideur.

Pour MASLACH et la plupart des auteurs, c'est la composante clé du syndrome. Cet évitement relationnel va alors conduire à la deuxième phase du burnout, la dépersonnalisation.(33,34)

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

C. Maslach et S. Jackson utilisaient le terme anglais « *depersonalization* » dont la traduction française est *dépersonnalisation*. Toutefois, ce terme, dépersonnalisation, doit être utilisé avec précaution du fait de la définition précise qu'il possède en sémiologie psychiatrique.

Effectivement en psychiatrie, le terme *dépersonnalisation* désigne un état psychoaffectif particulier dans lequel un sujet perd le sentiment de sa propre réalité, de son identité, de la réalité de son corps. Cet état s'accompagne d'un intense sentiment d'étrangeté du monde extérieur et d'une grande angoisse. Il peut être observé dans certaines psychoses schizophréniques graves... Or le terme anglais « *depersonalization* », utilisé par C. Maslach et S. Jackson pour décrire le burnout, désigne un tout autre état psychoaffectif.

La *déshumanisation* est une conséquence directe de *l'épuisement émotionnel*. Elle se manifeste par le développement d'une attitude impersonnelle, détachée envers les personnes soignées, une sécheresse relationnelle s'apparentant au cynisme.

Le patient n'est plus vraiment considéré comme une personne dans sa globalité et il est réduit à un cas, un numéro de chambre ou un organe défectueux. Il est possible de constater dans les propos des soignants, un humour grinçant ou noir qui devient un mode d'échange journalier. Cette attitude *déshumanise* le malade; on soigne l'organe avant l'homme.

Il s'agit d'une mise à distance, d'un mode de protection de soi et de son intégrité psychique. Cette attitude s'est installée progressivement, « sournoisement », à l'insu du soignant.

Néanmoins, le sujet le ressent souvent comme une forme d'échec personnel s'exprimant dans la troisième dimension du syndrome : la *réduction de l'accomplissement personnel*. (33,34)

c-La réduction de l'accomplissement personnel

Cette dimension est une conséquence des deux autres, elle s'exprime par un sentiment d'être frustré dans son travail et de ne pas faire du bon travail. Ceci est vécu comme un douloureux échec personnel qui se traduit par une dévalorisation de soi, une démotivation voire un désinvestissement du travail.

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

L'épuisement émotionnel est considéré comme la composante affective du burnout alors que les deux autres dimensions (*la déshumanisation* et *la réduction de l'accomplissement personnel*) constituent les composantes attitudinales.

Le terme burnout désigne globalement ces trois dimensions qui sont distinctes mais liées dans un même schéma théorique. En effet, un consensus s'est dégagé pour affirmer que le burnout commence avec *l'épuisement émotionnel*. Celui-ci entraîne *la déshumanisation*. *L'épuisement émotionnel* réduit *l'accomplissement personnel*, soit directement soit à travers *la déshumanisation*. (31, 32, 33,34)

3-2 La symptomatologie non spécifique

A côté de ces trois dimensions spécifiques du burnout, il existe de nombreux symptômes non spécifiques. Ces symptômes sont regroupés en quatre catégories dans le tableau suivant. (35, 36, 37,38)

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

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

4 Les phases du burnout

J. Edelwich et A. Brodsky décrivent quatre phases successives, aboutissant à la désillusion du burnout : *l'enthousiasme, la stagnation, la frustration et l'apathie*. (35, 36, 39,40)

4-1 L'enthousiasme

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

4-2 La stagnation

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

4-3 La frustration

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

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

La distinction entre stagnation et frustration ne s'établit pas de façon très nette. Bien que ~~le phénomène du burnout se déroule en quatre phases, il est impossible de définir clairement le~~

passage d'une phase à une autre, car ce processus ne peut pas se découper en séquences chronologiques précises.

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

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

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

4-4 L'apathie

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

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

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

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

5 Les causes du burnout :

Le burnout peut être dû à plusieurs facteurs :

↳ **Facteurs externes :**

1. Volume de travail
 2. manque de sommeil
 3. Excès de responsabilités.
 4. Confrontation à son impuissance et à la mort.
-

5. Augmentation des attentes du public
6. Manque de soutien dans le milieu du travail

↳ **Facteurs internes :**

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

↳ **L'anxiété :**

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

↳ **L'esprit d'entreprise :**

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

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

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

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

Autocritique, nervosité et culpabilité émergent si le fonctionnement de ces personnes n'est pas optimal, car elles ont souvent une opinion négative d'elles-mêmes et donc travaillent avec opiniâtreté, comme pour se racheter à leurs propres yeux, sans tenir compte du travail déjà accompli et se vident de leur énergie sans se préoccuper d'en recevoir. (63)

6 Personnalités prédisposées au burnout :

De nombreux auteurs appuient l'idée d'une prédilection du burnout pour certains individus présentant des caractéristiques de personnalités précises.

D'après la les réflexions de FREUDENBURGER, il ressort un profil type du sujet prédisposé : «d'éducation souvent rigide, compétent, inspirant confiance, il est dynamique, refuse tout compromis et s'engage tout entier à la tâche dans le but de concrétiser son idéal, il ne peut admettre l'existence de limites dans les idéaux qu'il cherche à atteindre. Il s'agit d'un individu idéaliste qui s'épuise au fur et à mesure que ses illusions sont confrontées à une réalité qui résiste.» (41)

Pour Maslach et Pines certains types de personnalités sont susceptibles d'être plus facilement sujets à l'épuisement professionnel, ce sont notamment les personnalités anxieuses, chez qui l'esprit d'entreprise est prédominant sous forme d'hyperactivité et d'excès d'ambition, un sens de l'autocritique trop poussé et l'impossibilité de déléguer les tâches favoriseraient aussi le burnout(42).

Les individus ayant l'idéal du moi élevé seraient donc plus enclins à l'épuisement professionnel. Pour répondre à celui-ci, ces sujets se sont orientés vers des professions exigeantes permettant la réalisation de soi et la reconnaissance par autrui. Ces derniers ont parfois tendance à substituer leur vie privée par un hyper investissement professionnel(43).

Confrontés aux réalités du travail, une désillusion progressive fait jour, leur vie professionnelle n'apporte plus la récompense attendue, nourriture essentielle pour ces individus,

et les amène à développer une image d'eux-mêmes en décalage avec leur personnalité profonde réelle. Dès lors, le burnout peut prendre place.

7 Les moyens préventifs proposés :

Comme il a été vu précédemment, le burnout constitue un processus dynamique qui comporte différentes phases de développement. Ce processus est souvent insidieux et il est important de savoir le reconnaître afin d'en empêcher l'évolution.

«le burnout peut être quelque chose de temporaire comme un rhume, de plus sérieux comme une broncho-pneumonie ou de chronique et terminale comme un cancer du poumon».cette comparaison de D.BURGAULT et M.MELOCHE(13) illustre simplement que la gravité du phénomène réside dans sa chronicité et son intensité.

7-1 Les moyens professionnels :

Les moyens professionnels proposés reposent sur plusieurs axes :

a. La formation des étudiants en médecine:

Telle qu'elle est conçue actuellement, la formation médicale permet le plus souvent l'accumulation d'une multitude de connaissances finalement peu exploitables à l'état brut au détriment du nécessaire apprentissage des difficultés de la relation médecin-malade.

GIRAULT rappelle que la pratique de« la bonne distance affective reste assez souvent mal connue par les professionnels de la santé. Une mauvaise distanciation affective conduit le thérapeute à se laisser envahir par ses affects à l'égard du patient, par les angoisses, le sentiment que ce dernier projette fréquemment sur le soignant»(44).

Pour P.CANOUI(45)«la valeur du syndrome d'épuisement professionnel est d'avoir remis au centre de la réflexion les difficultés de la relation d'aide et de <la bonne distance>.Il ne s'agit pas seulement de technique d'approche psychologique mais d'un approfondissement de ce que

la relation à l'autre implique la dimension éthique. La relation à l'autre est constitutive de notre humanité mais en même temps elle ne va pas de soi et présente des risques».

De là, il semble donc nécessaire de donner une meilleure formation des futurs médecins généralistes à la gestion de la relation médecin-malade.

Un second point sur lequel nous nous attarderons quelque peu est «l'idéalisation» de la profession.

Selon H.J.FREUDENBERGER, «quelqu'un qui souffre d'épuisement professionnel souffre de fatigue ou de frustration aigue causée par sa dévotion envers une cause, un mode de vie ou une relation qui n'a pas produit la récompense attendue». (46)

En effet, les attentes irréalistes par rapport à la profession, l'idéalisation de la fonction du médecin sont souvent des caractéristiques du sujet inexpérimenté.

Le burnout naît de la désillusion de l'étudiant en médecine qui perçoit le décalage entre ses attentes et les conditions réelles, parfois difficiles, de sa pratique quotidiennes.

Il apparaît donc important d'expliquer aux étudiants en médecine au cours de leur formation la différence qui existe entre des motivations réalistes et celles qui ne le sont pas.

Au delà du problème des connaissances, il semble donc que le cursus médical n'est pas fait pour préparer les étudiants à rencontrer tous les aspects de leur métier. L'absence de formation en psychologie apparaît clairement. La réforme des études médicales devait combler ces lacunes en s'axant sur un appui par module, et en incluant éthique, déontologie et sociologie.

b. Le soutien psychologique :

On peut se demander si ce problème ne mérite pas d'être analysé dans une optique de prévention au sein même de nos facultés, (cellule de soutien avec présence d'un interlocuteur formé sur le burnout, à l'écoute des étudiants et sachant les orienter si nécessaire).

c. Mise en place de structures d'entraide :

Favoriser la création de programme de soutien et d'entraide accessibles et rigoureusement confidentiels.

7-2-Les moyens personnels :

a. Règles hygiéno-diététiques :

En 1974, H.J FREUDENBERGER conseille afin d'éviter tout épuisement professionnel «de respecter des phases de repos, d'avoir une vie régulière et saine, des repas réguliers équilibrés sur le plan nutritionnel, pris dans une ambiance propice sont nécessaires, des horaires de sommeil réguliers aussi» (41).

«se garder du temps pour soi serait la clef de la réussite du moins du bien être professionnel» écrit J.PAILLARD. (47)

Une étude Hollandaise a montré que le fait de passer une heure par jour à la réalisation de ses loisirs protégerait du burnout (48).

Parallèlement, s'investir dans un loisir, un sport ou une activité sociale comble un besoin fondamental d'appartenance et permet de reprendre une place dans l'ensemble humain.

Il est donc essentiel de valoriser les liens sociaux, familiaux et maintenir un réseau affectif riche.

b. Autres approches personnelles :

D'autres moyens corporels peuvent être proposés tels que la relaxation, le yoga, le stretching, ces différentes techniques ont l'avantage d'apprendre à mieux maîtriser les différents niveaux de notre personnalité et d'améliorer le contrôle de nos réactions.

Pour récapituler, le centre américain de maîtrise du stress propose douze conseils pour éviter le burnout(49) :

- Prendre conscience du phénomène du burnout.
- Reconnaître les signaux que le corps envoie.
- Se fixer des objectifs que l'on peut atteindre.
- Apprendre à déterminer ses priorités.

- Eviter les heures supplémentaires de façon excessive.
- Faire de l'exercice physique régulièrement.
- Se faire plaisir de temps en temps.
- Débuter calmement la journée.
- Pratiquer des exercices de relaxation
- Apprendre à avoir un minimum de recul par rapport aux activités professionnelles.
- Apprendre à gérer son temps.
- Devenir proactif au lieu de réactif.

c. Comment gérer son stress :

❖ **Agir sur le stress individuel :**

➤ **Apprendre à contrôler ses émotions et ses pensées :**

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

➤ **Apprendre à gérer :**

- **Son temps**

- ✓ Réfléchir à ses objectifs,
- ✓ Etablir ses priorités,
- ✓ Evaluer le temps passé à la tâche,
- ✓ Déléguer de qui peut l'être.

- **Ses difficultés**

- ✓ Poser le problème,
- ✓ Rechercher toutes les solutions possibles,
- ✓ Rechercher les avantages, les inconvénients, les risques de chaque solution,
- ✓ Choisir la, ou les solutions les plus valables,
- ✓ Définir les moyens nécessaires pour appliquer la solution,
- ✓ Se donner les moyens, les tester si nécessaire,
- ✓ Evaluer les résultats.

➤ **Mener une vie sans stress :**

- **Sauvegarder sa vie personnelle**

- ✓ Apprendre à exprimer ses émotions,
- ✓ Savoir dire non, savoir exprimer une émotion négative,

- **Adopter une bonne hygiène de vie**

- ✓ Activité physique et sportive,
- ✓ Hygiène alimentaire, alcool, tabac,
- ✓ Relaxation, yoga.

- **Adopter une vraie philosophie de vie**

II-ETUDE DU BURNOUT :

1 Comparaison de la prévalence du burnout avec celle des étudiants en médecine de la faculté de Reims :

Tableau n° XI: comparaison de la prévalence du burnout des étudiants en médecine de la faculté de Marrakech avec celle des étudiants en médecine de la faculté de Reims :

Année d'étude	EE		DP		AP	
	M	R	M	R	M	R
3 ^{ème} année	<u>29,33</u>	15.2	<u>8,65</u>	8.1	<u>28,98</u>	14.3
4 ^{ème} année	<u>26,68</u>	17.8	<u>10,30</u>	8.1	<u>32,75</u>	15.4
5 ^{ème} année	<u>25,17</u>	17.1	<u>8,55</u>	9.8	<u>30,62</u>	15.8
6 ^{ème} année	<u>24,70</u>	21.0	<u>6,68</u>	12.6	<u>33,48</u>	15.3
Total	<u>26,41</u>	pas de chiffre	<u>8,34</u>	Pas de chiffre	<u>31,43</u>	Pas de chiffre

Dans cette comparaison les scores du burnout sont exprimés en moyenne.

Les chiffres soulignés correspondent aux scores moyens du burnout chez les étudiants de la faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech (**M**). Les autres chiffres (non soulignés) correspondent aux scores moyens du burnout chez les étudiants de la faculté de médecine de Reims (**R**).

L'étude de D.TRUDHOT sur le burnout chez les étudiants en médecine de l'université de REIMS a montré que :

-L'épuisement émotionnel augmente avec les années d'études pour atteindre son maximum en 6^{ème} année, alors que notre étude avait retrouvé un score plus élevé en 3^{ème} année(29,33) et ce chiffre diminue avec les années d'étude.

-La dépersonnalisation augmente avec les années d'études pour atteindre son maximum en 6^{ème} année, alors que notre étude a montré un score plus élevé en 4^{ème} année après il diminue avec les années d'étude. Dans notre étude les scores d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation diminuent avec les années d'études alors qu'ils augmentent avec les années d'études pour D.Truchot.

-L'accomplissement personnel est plus bas chez les étudiants de la 3^{ème} année puis augmente avec les années d'études, notre étude a abouti au même résultat.

Cette différence entre ces deux études concernant l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation peut s'expliquer par :

- les stages avec des charges de travail différentes

-la période dans laquelle on a distribué le questionnaire : la période des examens est plus stressante.

- la zone géographique : le rythme et la qualité de vie sont différents.

Malgré cette discordance, on trouve que dans les deux études les scores d'accomplissement personnel tendent à augmenter avec les années d'études, ce constat peut s'expliquer par le fait que les étudiants développent leurs propres compétences.

2 Comparaison de la prévalence du burnout des étudiants en médecine avec celle des enseignants, des médecins résidants et des médecins internes du CHU Med. VI de Marrakech

Notre étude a montré que :

-Les étudiants en médecine avaient un score d'épuisement émotionnel plus élevé que les enseignants du CHU Med.VI, et plus bas que les médecins résidants et internes.

-Les étudiants en médecine avaient un score de dépersonnalisation plus bas (c'est-à-dire un burnout faible que les enseignants, les résidents, et les internes).

-L'accomplissement personnel chez les étudiants en médecine était plus bas que chez les enseignants et plus élevé que les médecins résidents et internes.

Cette différence peut être expliquée :

-Par la taille de l'échantillon (différente d'une étude à l'autre)

-par l'âge moyen de l'échantillon et l'ancienneté (le burnout diminue avec l'âge et l'ancienneté)

-par des charges, et des conditions de travail différentes.

Tableau n° XII: comparaison de la prévalence du burnout des étudiants en médecine avec celle des enseignants, des médecins résidents et des médecins internes du CHU Med. VI de Marrakech :

Population étudiée	Auteur	Payes	Burnout		
			EE élevé	DP élevé	AP bas
Enseignants du CHU Med.VI, n=29 Marrakech, 2006	Benhmidoun A.	Maroc	38%	45%	28%
Médecin résidents du CHU Med.VI, n=77 Marrakech, 2006	Benhmidoun A.	Maroc	64%	53%	16%
Médecins internes du CHU Med.VI, n=14 Marrakech, 2006	Benhmidoun A.	Maroc	79%	57%	14%
Etudiants de la faculté de médecine de Marrakech, 2006	Notre étude	Maroc	39,5%	29%	18,5%

3 Comparaison de la prévalence du burnout avec celle des médecins généralistes

français :

Notre étude a retrouvé que **39,5%** des étudiants avaient un score d'épuisement émotionnel élevé, **29%** avaient un score de dépersonnalisation élevé, et **18,5%** avaient un score d'accomplissement personnel bas.

Alors que des études menées auprès des médecins généralistes français ont montré des résultats disparates avec des niveaux allant pour le score d'épuisement émotionnel élevé de **47,2%** en Bourgogne à seulement **7,2%** à Tahiti, et allant pour le score de dépersonnalisation élevé de **44,5%** à Champagne-Ardenne à **12,5%** à Tahiti.

Dans notre étude :

-Le score d'épuisement émotionnel chez les étudiants en médecine se rapproche de celui trouvé chez les médecins généralistes de Poitou-Charentes.

-on a trouvé le même score de dépersonnalisation que chez les médecins généralistes de l'Indre et Loire.

-Le score d'accomplissement personnel se rapproche de celui trouvé chez les médecins généralistes de Loire.

Cette disparité des résultats peut s'expliquer par :

-la taille de l'échantillonnage qui diffère d'une étude à l'autre.

- des moyens d'âges qui diffèrent selon les études.

-Le climat et la qualité de l'environnement (Tahiti est plus ensoleillé, et zone touristique).

-La relation médecin-malade (patients plus respectueux envers les médecins).

-les conditions de travail.

-une charge de travail différente.

-un revenu mensuel et une qualité de vie qui changent d'une population à l'autre.

Tableau n° XIII: comparaison de la prévalence du burnout des étudiants en médecine avec celle des médecins généralistes français :

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

Population étudiée	Auteur	Payes	Burnout		
			EE élevé	DP élevé	AP bas
Etude 2001, n = 393 Bourgogne (50) Médecins généralistes et spécialistes	Truchot D.	France	47,2%	32,8%	29,2%
Etude 2002, n= 407 (39) Champagne-Ardenne,	Truchot D.	France	42,3%	44,5%	37,4%
Etude 2002, n= 88(51) Dinan Médecins généralistes	Robert E.	France	22.7%	35.2%	39.8%
Etude 2003, n= 307(52) Loire, Médecins généralistes	Begon-Bellet.	France	26%	30%	19%
Etude 2004, n= 515(19) Poitou-Charentes, Médecins généralistes	Truchot D.	France	40,3%	43,7%	43,9%
Etude 2004, n= 32 (59) Poitou-Charentes Médecins généralistes	Zeter C.	France	34%	40%	44%
Etude 2005, n=496 (53) Indre et Loire Médecins généraliste	Jarry C.	France	25%	29%	25%
Etude 2004, n= 189 (54) Rhône-Alpes Médecins généralistes	Philippon C.	France	25%	24%	42%
Etude 2005 n,= 127 (55) Cher Médecins généralistes	Elouali S.	France	25.2%	33.1%	29.1%
Etude 2005, n= 57 (56) Tahiti, Médecins généralistes	CHANLIN - CHANTEA U.S.	France	7.2%	12.5%	23.2%
Etudiants de la faculté de médecine de Marrakech, 2006	Notre étude	Maroc	39,5%	29%	18,5%

4 Comparaison de la prévalence du burnout chez les étudiants en médecine avec celle d'autres professions :

Nous allons comparer les scores moyens du M.B.I. des étudiants de la faculté de médecine de Marrakech que nous avons obtenu avec ceux des médecins francophones ou d'autres professions.

Le tableau n° XIII présente cette comparaison. Les étudiants de médecine sont comparés aux médecins libéraux de Bourgogne et Champagne Ardennes(France), aux personnels infirmiers et aides-soignants, aux travailleurs sociaux, aux pompiers, et enfin à des échantillons normatifs Hollandais et Nord-Américains qui comprennent respectivement 3982 et 11067 professionnels de l'aide (médecins, infirmiers, travailleurs sociaux etc.)

L'épuisement émotionnel chez les étudiants en médecine était plus élevé que chez les autres médecins et les autres professions.

La dépersonnalisation chez les étudiants en médecine était plus basse que celle trouvée chez les médecins généralistes de Poitou-Charentes, des médecins libéraux de Champagne-Ardenne, et de l'échantillon normatif Nord-américain, et plus élevée que celle trouvée dans les autres professions (Médecins libéraux de Bourgogne, Personnel infirmier, Travailleurs sociaux, Pompiers, Aides soignantes, Echantillon normatif Hollandais).

L'accomplissement personnel chez les étudiants en médecine était plus élevé que chez les pompiers et l'échantillon Normatif Hollandais, et plus bas que dans les autres professions (Médecins libéraux de Bourgogne, les médecins généralistes de Poitou-Charentes, les médecins libéraux de Champagne-Ardenne, Personnel infirmier, Travailleurs sociaux, Aides soignantes, et l'échantillon normatif Hollandais).

On peut expliquer cette différence concernant les trois composantes du burnout en passant d'une étude à une autre par les mêmes hypothèses évoquées précédemment, la seule différence c'est que dans ce cas là les résultats sont exprimés en moyenne.

Tableau n° XIV: Comparaison de la prévalence du burnout (scores moyens) avec celle d'autres professions :

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

	Epuisement émotionnel	Dépersonnalisation	Accomplissement personnel
Médecins généralistes de Poitou-Charentes	23,88	9,38	33,99
Médecins libéraux de Bourgogne	25,23	7,46	36,77
Médecins libéraux de Champagne-Ardenne	24,15	9,19	35,04
Personnel infirmier	18,21	4,15	36,07
Travailleurs sociaux	17,08	5,61	35,12
Pompiers	12,5	7,8	28,23
Aides soignantes	20,06	5,46	34,74
Echantillon normatif Hollandais	17,86	7,35	30,95
Echantillon normatif Nord-Américain	20,3	8,73	34,58
Etudiants de la faculté de médecine de Marrakech	26,41±10,83	8,34±5,95	31,43±8,01

II- LES FACTEURS INFLUENÇANT LA SURVENU DU BURNOUT :

1- Le sexe :

Notre étude a permis de montrer une corrélation entre le sexe et la dépersonnalisation : les hommes avaient un score de dépersonnalisation plus élevé que les femmes (différence statistiquement significative $P=0,031$).

La plupart des recherches avait retrouvé une dépersonnalisation élevée chez les hommes ; L'étude de D. Truchot chez les médecins libéraux de Champagne Ardenne a montré que les hommes avaient un score de dépersonnalisation plus élevé que les femmes avec une différence statistiquement significative ; Les scores moyens respectifs sont : 9,86 et 6,22 avec p inférieur à 0,000005(57), aussi L'étude de Clémentine VAQUIN-VILLEMINEY portant sur la prévalence du burnout en médecine générale a abouti au même résultat que le notre avec $P=0,023$ (12). Parallèlement, C MASLCH évoque le fait que les différentes composantes du syndrome pouvaient être réparties inégalement en fonction du sexe : les femmes souffriraient plus d'épuisement émotionnel (donnée non retrouvée dans notre étude), tandis que les hommes déshumaniseraient plus les relations (donnée trouvée dans notre étude) et souffriraient plus d'un manque d'accomplissement personnel (à la différence de ce qui a été trouvé dans notre étude) (58).L'étude de Sabrina (burnout chez les médecins libéraux de Tahiti) et l'étude de C.ZETER(59) concernant les médecins généralistes de la région Poitou-Charentes ont aboutit au même résultat que le notre :les hommes avaient un score de dépersonnalisation plus élevé que les femmes, mais statistiquement non significatif. En revanche, l'étude de D.TRUCHOT sur le burnout des étudiants en médecine de la faculté de Reims n'a pas trouvé une différence significative entre le sexe et la dépersonnalisation (13).

Plusieurs explications sont rapportées pour éclairer cette dissimilitude entre les sexes concernant la dépersonnalisation : D.Truchot l'attribue à la différence de socialisation des rôles sexuels : les femmes traversent, au cours de leur enfance, des rôles plus « maternants » et les

hommes des rôles plus « masculins » (57), selon E. D. Ogus, ce sont les attitudes plus « attentives émotionnellement » qui protègent les femmes de la dépersonnalisation. A l'opposé, les hommes ont des attitudes plus instrumentales. (60)

2- Age :

Dans notre étude il n'y avait pas de corrélation significative entre l'âge et les trois composantes du burnout. Ce constat peut être expliqué par « l'âge jeune » de la population étudiée.

L'étude de D. TRUCHOT (burnout chez les médecins libéraux de CHAMPAGNE ARDENNE) a abouti au même résultat que le notre ; l'âge n'est pas lié au burnout (57).

Chez les généralistes tahitiens, la corrélation entre l'âge, l'ancienneté et l'épuisement émotionnel est statistiquement significative. Le burnout diminue avec l'âge et l'ancienneté (56).

L'étude de Marianne Guinaud a montré qu'il existe une différence significative entre l'âge et la déshumanisation d'une part, et l'accomplissement personnel d'autre part : plus les résidents sont âgés plus l'accomplissement est élevé et la dépersonnalisation est basse. (61)

L'étude de SNIBE et al. (1989) comparant les degrés de burnout dans une population de médecins généralistes, internes et psychiatres a montré que les personnes plus jeunes représentent une tendance à la déshumanisation plus marquée alors que les plus âgées accusent plutôt un manque d'accomplissement personnel. (1)

Les autres études expliquaient le constat que le burnout diminue avec l'âge de plusieurs façons :

- Les premiers contacts avec la profession ne répondant pas aux aspirations attendues (relations conflictuelles avec les patients ou les autres professionnels, charge de travail, aspect routinier...), peuvent ébranler la ferveur des jeunes initiés. Les volontaires de la clinique, dirigée par Freudenberg ont déclaré les premiers signes de burnout après une année d'exercice.

- Avec l'expérience, l'individu peut avoir appris à mieux gérer le stress.

- peut être que c'est une question d'expérience.

3- Les gardes :

Nous aurions pu imaginer que la surcharge de travail dûe aux gardes entraîne une fatigue mentale supplémentaire, et ajoute un caractère anxiogène en renforçant la notion de responsabilité. Pourtant, notre étude n'a pas montré de corrélation significative entre le nombre de gardes effectuées (nombre de gardes par semaine ou de weekend de garde par mois) et les trois composantes du burnout.

L'étude de Marianne GUNAUD concernant les internes de médecine générale a trouvé le même résultat que le notre(61).

Clémentine VAQUIN-VILLEMINEY a elle aussi retrouvé que le fait de ne jamais faire de garde augmente significativement l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation. Ceux qui font moins d'une garde par mois ont les scores d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation les plus bas (respectivement $p=0.017$ et $p=0.083$) (12).

4- Temps libre pour pratiquer du sport ou autre loisir /pratique d'un loisir :

Les étudiants qui avaient le temps libre pour pratiquer du sport ou autre loisir ou qui pratiquaient un loisir avaient moins d'épuisement professionnel.

Marianne GUINAUD a retrouvé le même résultat que le notre(61).

Il est donc probable que les loisirs affectent la vie professionnelle dans la mesure où leur existence permet aux individus de contrecarrer certaines perceptions négatives du travail.

Un passe-temps régulier offre l'occasion d'investissement nouveau où la personne peut s'exprimer librement.

Ces loisirs sont donc potentiellement très favorables à l'épanouissement personnel, permettant de lutter contre le sentiment d'absence d'accomplissement au travail et d'apporter des moyens de relativisation des difficultés professionnelles.

5–Automédications (antidépresseurs, hypnotiques, anxiolytiques) :

Les étudiants qui s'adonnaient à l'automédication avaient un score de dépersonnalisation plus élevé que les autres étudiants (résultat statistiquement significative $P=0,037$).

On pourrait l'expliquer par le fait que se sentant épuisés professionnellement, et donc stressé, les étudiants s'adonnaient à l'automédication pour diminuer l'anxiété.

L'étude de Marianne GUINAUD a montré que la consommation de psychotrope est importante chez les sujets épuisés professionnellement. (61)

Selon C.MASLACH le burnout est corrélé significativement à un recours excessif aux médicaments psychotropes et à l'alcool. (1)

L'étude de GALAM a montré une association significative entre la consommation des médicaments et un accomplissement personnel bas ($p=0,001$). (62)

Selon le Dr Jean POUILLARD ; les médecins sont une population plus à risque pour développer un alcoolisme ou une dépendance médicamenteuse que la population générale. La facilité d'accès aux médicaments et aux stupéfiants explique en partie l'automédication voire la dépendance. (35)

Il existe une relation entre le stress des praticiens et leur consommation de substances variées : médicaments, drogues, alcool, tabac. (35)

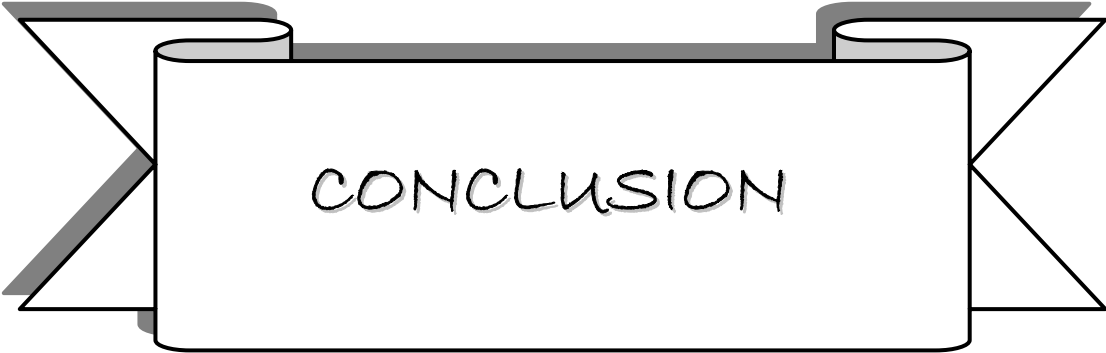
6–Option pour la médecine :

Comme on aurait pu l'imaginer les étudiants qui avaient choisi la médecine par conviction et par amour courraient un risque faible de développer le burnout, et comme le montre le tableau n° IX, ces étudiants avaient des scores d'épuisement émotionnel et de deshumanisation significativement inférieurs aux autres étudiants. Mais dans la revue de la littérature on n'a pas trouvé des études qui prennent en considération ce paramètre.

7-Projet :

Les étudiants qui avaient comme projet de faire médecine générale avaient un score d'épuisement émotionnel significativement plus élevé que ceux qui avaient comme but de passer l'internat, la résidanat ou de continuer leurs études à l'étranger (résultat significative $P=0,024$), ainsi qu'un score élevé de dépersonnalisation que les autres étudiants.

Ces résultats pouvaient peut être expliqués que ces étudiants ne veulent pas pousser leurs études plus loin, se sentant déjà très épuisés professionnellement, et voyant la continuation des études médicales comme un fardeau trop lourd à surmonter, ce qui les amènent probablement à arrêter au stade de médecin généraliste.

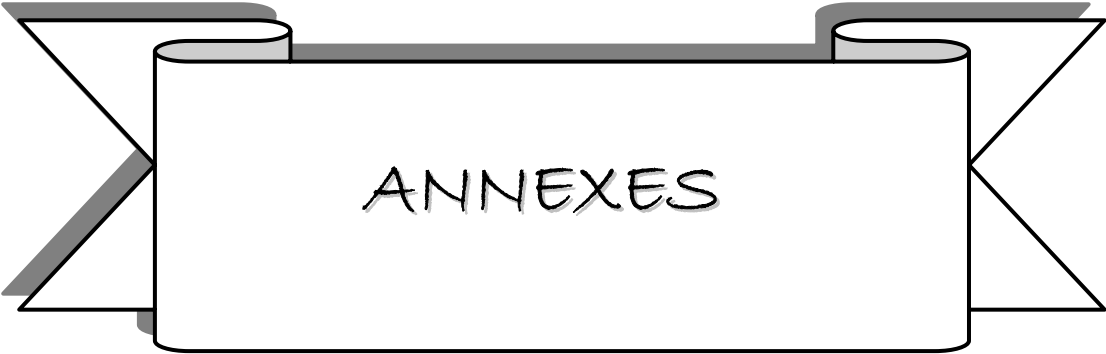


Le syndrome du Burnout ou syndrome d'épuisement professionnel est devenu récemment un sujet d'actualité au Maroc. Le Maslach Burnout Inventory (MBI) constitue l'instrument de mesure privilégié du burnout. Les étudiants de la faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech en sont également atteints ; 39,5% des étudiants avaient un épuisement émotionnel élevé; 29% souffraient de déshumanisation élevée et 18,5% avaient un accomplissement personnel faible.

Notre enquête a montré que le sexe féminin est protecteur de la dépersonnalisation, les loisirs diminuent de façon significative l'épuisement émotionnel et augmente l'accomplissement personnel, les étudiants qui s'adonnaient à l'automédication avaient un score élevé de déshumanisation, le choix de faire les études médicales par conviction est protecteur du burnout.

Les mesures de prévention et de traitement du burnout sont inexistantes au Maroc. La diffusion de programmes d'information notamment auprès des médecins et des étudiants en médecine semble urgente.

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



1-Non 2-Oui

Avez-vous d'autres loisirs ?

1-Non 2-Oui

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

1-Non 2-Oui

4- Autres

Travaillez-vous :

1- seul

2- à deux

3- à plus de deux

a-chez vous

b-Bibliothèque

c-lieux publiques

d-Autres

- Quelle est la période de l'année la plus stressante?.....**
- Dans quel service êtes vous actuellement ?.....**
- Nombre de jours de garde /semaine?.....**
- Nombre de Week-ends de garde /mois?**

EVALUATION DE VOTRE NIVEAU D'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL

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

0 : Jamais

4 : Une fois par semaine

1 : Quelques fois par année

5 : Quelques fois par semaine

2 : Une fois par mois, au moins

6 : Chaque jour

3 : Quelques fois par mois

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



RESUME

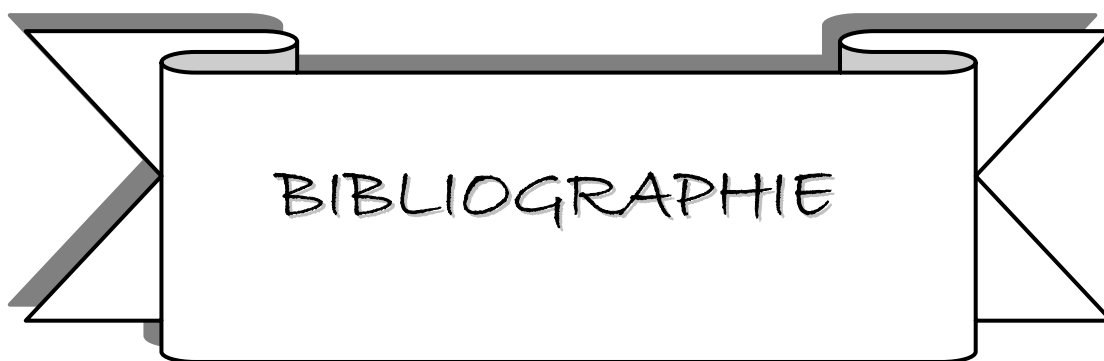
Le syndrome du burnout ou syndrome d'épuisement professionnel est devenu un sujet d'actualité mondial. Le burnout se définit par un épuisement émotionnel, une dépersonnalisation de la relation à l'autre et une diminution de l'accomplissement personnel. Ce travail a pour objectif d'évaluer la prévalence du burnout chez les étudiants de la faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech et ses liens avec certaines caractéristiques sociodémographiques et professionnelles. Un auto-questionnaire incluant le Maslach Burnout Inventory (MBI) et des variables sociodémographiques et professionnelles, a été distribué aux 240 étudiants. Selon les critères du MBI : 39,5% des étudiants avaient un épuisement émotionnel important, 29% souffraient de déshumanisation élevée et 18,5% avaient un accomplissement personnel faible. L'analyse a démontré que l'âge n'a pas d'effet sur la survenue du burnout, le sexe féminin est protecteur de la dépersonnalisation, les loisirs diminuent de façon significative l'épuisement émotionnel et augmentent l'accomplissement personnel, le choix de faire les études médicales par conviction est protecteur du burnout. La comparaison de notre étude avec la revue de la littérature a montré des résultats variés, ceci peut être expliqué par différentes hypothèses : la taille de l'échantillon, l'âge moyen de la population étudiée, la charge de travail, la qualité de vie etc. En conclusion cette étude montre que le burnout chez les étudiants en médecine est une réalité, donc La diffusion de programmes d'information et de prévention notamment auprès des étudiants et des médecins semble nécessaire.

SUMMARY

The Burnout syndrome or the professional exhaustion syndrome has become the topic of the day in the world. The Burnout can be defined as an emotional exhaustion, a depersonalization of the relations with others; and a decrease in the personal accomplishment. The objective of this work is to evaluate the prevalence of the Burnout syndrome among students at the faculty of medicine and pharmacy in Marrakech, and its links with sociodemographic and professional characteristics. An auto-questionnaire, comprising the Maslach Burnout Inventory and its sociodemographic and professional variables, has been distributed to 240 students. According to the MBI criteria: 39,5% of students had a serious emotional exhaustion; 29% suffered from an increasing dehumanization and 18% had a weak personal accomplishment. The analysis has revealed that age has no effect on the burnout, and the female sex helps to protect from the depersonalization. Spare time activities contribute significantly to the diminution of the emotional exhaustion and to the increase of the personal accomplishment. The auto medication fosters dehumanization. The students who choose to study medicine out of conviction are not exposed to the Burnout syndrome. The comparison between our study and the review of the literature showed varied results that could be explained by different assumption: cut sample, the mean age in our sample, workload, the quality of life, etc. In conclusion, this study shows that the Burnout among medical students is a reality; therefore, the diffusion of programmes of information for the benefit of students as well as doctors is necessary.

ملخص

لقد أصبح الاحتراق النفسي موضوعا ذا أهمية في العالم، ويعرف بالتبليد الإحساسي، اللأنسنة في العلاقات و تدني مستوى الإنجاز الشخصي. ويهدف هذا البحث إلى التعرف على مدى تفشي الاحتراق النفسي عند طلبة كلية الطب و الصيدلة بمراكش وعلاقته بالضغوط الاجتماعية و المهنية، ولهذا الغرض تم استعمال استبيان ذاتي يتضمن مقياس "مسلاك" للاحتراق النفسي إضافة إلى فقرات خاصة بالضغوط المهنية والاجتماعية، ووزع على 240 طالبا. حسب أبعاد مقياس مسلك للاحتراق النفسي % 39.5 من الطلبة يعانون من درجات عالية من التبليد الاحساسي، %29 يعانون من لأنسنة عالية، و %18.5 يعانون من تدني هام في مستوى الانجاز الشخصي. تحليل المعطيات بين ما يلي: السن لا علاقة له بالاحتراق النفسي، الإناث أقل عرضة للأنسنة، الترفيه يقلل من التبليد الإحساسي ويرفع مستوى الانجاز الشخصي، التطبيب الذاتي يرفع من اللأنسنة، واختيار دراسة الطب عن اقتناع عامل مقلص للاحتراق النفسي. مقارنة نتائج هذه الدراسة مع الدراسات السابقة بينت تفاوتها ملحوظا وقد يرجع هذا لعدة أسباب، ولعل أهمها: حجم العينة المدروسة، متوسط السن، الأقدمية، الضغوط العملية، المناخ، المستوى المعيشي... الخ. باختصار، هذه الدراسة تبين أن نسبة مهمة من طلبة كلية الطب و الصيدلة بمراكش يعانون من الاحتراق النفسي، لذا تبقى برامج التوعية و التحسيس ذات أهمية بالغة بالنسبة للأطباء وكذا الطلبة.



1. CATHERINE F.

Le syndrome de burnout : étude clinique et implication en psychologie du travail,
recherche en soins infirmiers N°32, mars 1993.

2. VEIL C.

Les états d'épuisement.
Concours Méd. 1959 :2675-2681.

3. FREUDENBERGER H.

L'épuisement professionnel: La Brûlure interne, Québec.
GaétanMorin Éditeur. 1987.

4. BELFER R.

Une infirmière sur quatre épuisée. Analyse d'une étude préoccupante: la preuve
par le stress.
L'infirmière magazine juin 1993;73.

5. STORDEUR S, VANDENBERGHE C, D'HOORE W.

[Predictors of nurses' professional burnout: a study in a university hospital].
Rech Soins Infirm. 1999 Dec(59):57-67.

6. CHAMBERS R, BELCHER J.

Comparison of the health and lifestyle of general practitioners and teachers.
Br J Gen Pract. 1993 Sep;43(374):378-82.

7. BOURGOIN N.

Le suicide dans la police nationale. Pénombre, supplément de la lettre d'information "La lettre grise".

1997;1(Université de Franche-Comté, L.A.S.A).

8. MALVINA R.

Usure professionnelle et stratégies d'adaptation des surveillants, Centre Pénitentiaire de Marseille.

Mémoire, DESS Psychologie Sociale de la Santé. 2002- 2003.

9. DJELLAL F, GALLOUJ F.

La dynamique de l'innovation dans les services de soins aux personnes âgées.

Rapport de recherche réalisé pour la Commission Européenne, XIVe Conférence RESER, Castres. 2004 23, 24 Septembre.

10. BERGOGNE A.

Médecins au bord de l'épuisement.

Cponcours méd.16,mars 2002.

11. TRUCHOT D.

Le burnout des médecins généralistes de Poitou-Charentes, rapport de recherche pour l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Poitou-Charentes. 2004.

12. VAQUIN-VILLEMINEY

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

thèse de doctorat en médecine général, 2007.

13. TRUCHOT D.

Burnout des étudiants de médecine de l'université de REIMS de champagne Ardenne, *rapport de recherche pour l'URML de champagne Ardenne.*

14. MASLACH, C, JACKSON, S.E.

Maslach burnout inventory: Manual, Palo Alto, CA :Consulting Psychologist Press Inc., 1986, 2ème éd.

15. L. DALOZ, H. BENONY, M-CI. FRENISY, K. CHAHRAOUI

Burnout et maltraitance dans la relation soignante, Département de psychologie, université de Bourgogne, LPCS-EA 3658, Dijon, France, 2005.

16. FREUDENBERGER H.J.

L'épuisement professionnel: la brulure interne.

Paris : Morin, 1980 :198.

17. PAILLARD J.

Les médecins sur le divan du psy. Panorama du médecin.2001.4785 :14-17.

18. FRENETTE J.

Le burnout du soignant, le syndrome d'épuisement professionnel, Michel DELBROUK, *Bruxelles: Edition de Boeck université, 2004, P.249-250.*

19. CANOUI P. MAURANGES A.

Comprendre le syndrome d'épuisement professionnel des soignants. Soins Nov. 1989 ; 630 :10-11

20. **Ch. REYNAERT, Y. LIBERT2, P. JANNE ET N. ZDANOWICZ,**
COMMENT ALLEZ-VOUS DOCTEUR? LE BURN-OUT DU MÉDECIN, LOUVAIN MED. 120: S296-
S310, 2001
21. **FREETTE J.**
Le burnout du soignant, le syndrome d'épuisement professionnel, Michel DELBROUK,
Bruxelles : Edition de Boeck université, 2004, P.7-37
22. **GIRAULT N.** burnout, émergence et stratégies d'adaptation : les cas de la médecine
d'urgence. Th. : psychol : Paris5 :1989 : I 14598.
23. **GRANTHAM H.** le diagnostic différentiel et le traitement du syndrome d'épuisement
professionnel.
Ann méd. psychol.1985, 143(8) :776-781.
24. **FREUDENBERGER H.**
L'épuisement professionnel: La Brûlure interne, Québec. Gaétan
Morin Éditeur. 1987
25. **NISHIYAMA K., JOHNSON J.**
Karoshi-Death from overwork: Occupational Health Consequences of Japanese Production
Management. International Journal of Health Services. 1997, 27(4), 625-41.
26. **FREETTE J.**
Le burnout du soignant, le syndrome d'épuisement professionnel, Michel DELBROUK,
Bruxelles : Edition de Boeck université, 2004, P.92

27. DESCHAMPS F.

Le Karoshi ou mort par excès de travail.

Concours Méd.1993, 115(6) :482-483

28. DELBROUCK M.

Burnout : surmonter l'épuisement professionnel, n°4,2005 :17-18-19

29. PARIS DAUPHINE,

Epuisement professionnel et implication :

Un modèle fondé sur les ressources, 16ème congrès de l'AGHR, septembre 2005.

30. G. JAOU, V. KOVESH b, FSP-MGEN,

Le burnout dans la profession enseignante, Annales Médico Psychologiques 162 (2004)
26-35.

31. POUILLARD J.

L'entraide ordinaire, ordre national des médecins, conseil national de l'ordre des médecins,
juin 2004

32. GUINAULD M.

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

33. FREETTE J.

Le burnout du soignant, le syndrome d'épuisement professionnel, Michel DELBROUCK,
Bruxelles : Edition de Boeck université, 2004, P.40-41

34. A. M. T. BENEVIDES-PEREIRA & R. DAS NEVES ALVES

A study on burnout syndrome in healthcare providers to people living with HIV, *Universidade Estadual de Maringa´ _Brasil, AIDS Care, April 2007; 19(4): 565_571*

35. M-C.FAESSLER, F.MOULIN

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

36. HELENA T.

Reconnaître le plus tôt possible le burnout, le surmonter et assurer sa prévention dans l'entreprise, Swiss Re.

37. NOEL N.

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

38. M.-Cl. AUDETAT & Ch. VOIROL

Comprendre et prévenir le burnout, Psynergie – Neuchâtel, 1998.

39. FRANK TH. PETERMANN

Swiss Burnout, St-Gall,« Le syndrome du burnout »Nouveau défin pour les ressources humaines, septembre 2005.

40. FREETTE J.

Le burnout du soignant, le syndrome d'épuisement professionnel, Michel DELBROUK, *Bruxelles : Edition de Boeck université, 2004, P.33-34-35*

41. FREUDENBERGER H.J

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

42. PINES A, MASLACH C.

Characteristics of staff burnout in mental health setting. Hospital and community.1987, 29(4):233-237

43. MC.Elroy A.

burnout.Cancer nursing.1982;3

44. GIRAULT N.

burnout, émergence et stratégies d'adaptation :le cas de la médecine d'urgence. Th. :
psychol : paris 5 :1989. 14598

45. CANOUI P.MAURANGES A.

Le syndrome d'épuisement professionnel du soignant : de l'analyse du burnout aux
réponses. Paris Masson, 1998 :211.

46. FREUDENBERGER H.J.

L'épuisement professionnel: la brulure interne. Paris : Morin, 1980 :198.

47. PAILLARD J.

Les médecins sur le divan du psy.

Panorama du médecin.2001.4785 :14-17.

48. DELBROUK M.

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

Bruxelles : de Boeck, 2003. 25-26

49. CENTRE AMERICAIN DE MAITRISE DU STRESS.

Six symptômes typiques du burnout.les dix professions les plus génératrices des stress.

Le traitement du burnout s'effectue en trois étapes.

50. TRUCHOT D.

Le burn'out des médecins libéraux de Bourgogne. Rapport de recherche pour l'Union

Régionale des Médecins Libéraux de Bourgogne. 2001:48.

51. ROBERT E.

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

Thèse de médecine générale, Université Rennes 1. 2002.

52. BEGON-BELLET.

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

Thèse de médecine générale. 2003.

53. JARRY C.

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

Thèse de médecine générale. 2003;12:52.

54. PHILIPPON C.

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

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

55. ELOUALI S.

Etude du burnout ou syndrome d'épuisement professionnel chez les médecins généralistes libéraux du Cher. Thèse de médecine générale, Université de Tours. 2006

56. CHANLIN - CHANTEAU S.

Le burnout des médecins généralistes libéraux de Tahiti,

th : Méd. : René Descartes, université paris, 2006.

57. TRUCHOT D.

Le burnout des médecins libéraux de champagne Ardenne, rapport de recherche pour l'URML de champagne Ardenne, 2002.

58. MASLACH C

The truth about burnout. San Fransisco: jossey bass, 1997

59. ZETER C.

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

Th : Méd. : Poitiers, 2004

60. OGUS E. D.

GREENGLASS E. R., BURKE R. J. Gender–role differences, work stress and depersonalisation.
J. Soc. Behav. Pers., 1990, 5, 387–398.

61. GUINAULD M.

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

Th : Méd. : Créteil, 2006.

62. GALAM E.

l'épuisement professionnel des médecins libéraux franciliens : Témoignages analyses et perspectives, juin 2007.

63. FRETTE J.

Le burnout du soignant, le syndrome d'épuisement professionnel, Michel DELBROUK,
Bruxelles : Edition de Boeck université, 2004, P.31–32–33.