



ROYAUME DU MAROC
UNIVERSITE MOHAMMED V DE
RABAT
FACULTE DE MEDECINE
ET DE PHARMACIE
RABAT



Année: 2023

Thèse N°:13

BURNOUT CHEZ UN PERSONNEL
DE SANTE PRENANT EN CHARGE LES PATIENTS
GRAVES COVID-19 : PREVALENCE,
FACTEURS DE RISQUE ET CONSEQUENCES

THESE

Présentée et soutenue publiquement le : / /2023

PAR

Madame Nadia BENANAIBAR

Née le 01 Octobre 1996 à Kénitra

Pour l'Obtention du Diplôme de

Docteur en Médecine

Mots Clés : Burnout; Réanimation; Facteurs de risque

Membres du Jury :

Monsieur Hicham BALKHI

Professeur d'Anesthésie Réanimation

Monsieur Mohammed MEZIAE

Professeur Agrégé d'Anesthésie Réanimation

Monsieur Fouad LABOUDI

Professeur en Psychiatrie

Monsieur Nawfal DOGHMI

Professeur Agrégé d'Anesthésie Réanimation

Monsieur Mohammed ELQATNI

Professeur Agrégé de Médecine Interne

Président

Rapporteur

Juge

Juge

Juge

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

قَالَ سُبْحَانَكَ اللَّهُمَّ إِنَّا كُنَّا ظَالِمِينَ
إِنِّي كُنْتُ مِنَ الْعَاجِلِينَ

سورة البقرة الآية 32

صَدَقَ اللَّهُ الْعَظِيمُ



**UNIVERSITE MOHAMMED V
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
RABAT**

DOYENS HONORAIRES :

1962 – 1969: Professeur Abdelmalek FARAJ
1969 – 1974: Professeur Abdellatif BERBICH
1974 – 1981: Professeur Bachir LAZRAK
1981 – 1989: Professeur Taieb CHKILI
1989 – 1997: Professeur Mohamed Tahar ALAOUI
1997 – 2003: Professeur Abdelmajid BELMAHI
2003 - 2013: Professeur Najia HAJJAJ – HASSOUNI

ORGANISATION DÉCANALE :

Doyen

Professeur Mohamed ADNAOUI

Vice-Doyen chargé des Affaires Académiques et estudiantines

Professeur Brahim LEKEHAL

Vice-Doyen chargé de la Recherche et de la Coopération

Professeur Taoufiq DAKKA

Vice-Doyen chargé des Affaires Spécifiques à la Pharmacie

Professeur Younes RAHALI

Secrétaire Général : Mr. Mohamed KARRA

SERVICES ADMINISTRATIFS :

Chef du Service des Affaires Administratives

Mr. Abdellah KHALED

Chef du Service des Affaires Estudiantines, Statistiques et Suivi des Lauréats

Mr. Azzeddine BOULAAJOU

Chef du Service de la Recherche, Coopération, Partenariat et des Stages

Mr. Najib MOUNIR

Chef du service des Finances

Mr. Rachid BENNIS

**Enseignant militaire*

1 - ENSEIGNANTS-CHERCHEURS MEDECINS ET PHARMACIENS

PROFESSEURS DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR :

Décembre 1984

Pr. MAAOUNI Abdelaziz
Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajdi
Pr. SETTAF Abdellatif

Médecine interne – Clinique Royale
Anesthésie -Réanimation
Pathologie Chirurgicale

Décembre 1989

Pr. ADNAOUI Mohamed

Médecine interne –Doyen de la FMPR

Janvier et Novembre 1990

Pr. KHARBACH Aïcha
Pr. TAZI Saoud Anas

Gynécologie -Obstétrique
Anesthésie Réanimation

Février Avril Juillet et Décembre 1991

Pr. AZZOUZI Abderrahim
Pr. BAYAHIA Rabéa
Pr. BELKOUCHI Abdelkader
Pr. BENSOU DA Yahia
Pr. BERRAHO Amina
Pr. BEZAD Rachid

Anesthésie Réanimation
Néphrologie
Chirurgie Générale
Pharmacie galénique
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique Méd. Chef Mat.

Orangers Rabat

Pr. CHERRAH Yahia
Pr. CHOKAIRI Omar
Pr. SOULAYMANI Rachida

Pharmacologie
Histologie Embryologie
Pharmacologie- Dir. du Centre National

PV Rabat

Décembre 1992

Pr. AHALLAT Mohamed
Pr. BENSOU DA Adil
Pr. EL OUAHABI Abdessamad
Pr. FELLAT Rokaya
Pr. JIDDANE Mohamed
Pr. ZOUHDI Mimoun

Chirurgie Générale Doyen FMPT
Anesthésie Réanimation
Neurochirurgie
Cardiologie
Anatomie
Microbiologie

Mars 1994

Pr. BENJAAFAR Nouredine
Pr. BEN RAIS Nozha
Pr. CAOUI Malika
Pr. CHRAIBI Abdelmjid

Radiothérapie
Biophysique
Biophysique
Endocrinologie et Maladies Métaboliques

Doyen FMPA

Pr. EL AMRANI Sabah
Pr. ERROUGANI Abdelkader
Pr. ESSAKALI Malika
Pr. ETTAYEBI Fouad
Pr. IFRINE Lahssan
Pr. RHRAB Brahim
Pr. SENOUCI Karima

Gynécologie Obstétrique
Chirurgie Générale– Dir. du CHIS Rabat
Immunologie
Chirurgie Pédiatrique
Chirurgie Générale
Gynécologie –Obstétrique
Dermatologie

Mars 1994

Pr. ABBAR Mohamed*
Pr. BENTAHILA Abdelali

Urologie Inspecteur du SSM
Pédiatrie

**Enseignant militaire*

Pr. BERRADA Mohamed Saleh
Pr. CHERKAOUI Lalla Ouafae
Pr. LAKHDAR Amina
Pr. MOUANE Nezha

Mars 1995

Pr. ABOUQUAL Redouane
Pr. AMRAOUI Mohamed
Pr. BAIDADA Abdelaziz
Pr. BARGACH Samir
Pr. EL MESNAOUI Abbas
Pr. ESSAKALI HOUSSYNI Leila
Pr. IBEN ATTYA ANDALOUSSI Ahmed
Pr. OUZZANI CHAHDI Bahia
Pr. SEFIANI Abdelaziz
Pr. ZEGGWAGH Amine Ali

Décembre 1996

Pr. BELKACEM Rachid
Pr. BOULANOUAR Abdelkrim
Pr. EL ALAMI EL FARICHA EL Hassan
Pr. GAOUZI Ahmed
Pr. OUZEDDOUN Naima
Pr. ZBIR EL Mehdi*

Rabat

Novembre 1997

Pr. ALAMI Mohamed Hassan
Pr. BIROUK Nazha
Pr. FELLAT Nadia
Pr. KADDOURI Noureddine
Pr. KOUTANI Abdellatif
Pr. LAHLOU Mohamed Khalid
Pr. MAHRAOUI CHAFIQ
Pr. TOUFIQ Jallal
Pr. YOUSFI MALKI Mounia

Novembre 1998

Pr. BENOMAR ALI

Rabat

Pr. BOUGTAB Abdesslam
Pr. ER RIHANI Hassan
Pr. BENKIRANE Majid*

Janvier 2000

Pr. ABID Ahmed*
Pr. AIT OUAMAR Hassan
Pr. BENJELLOUN Dakhama Badr Sououd
Pr. BOURKADI Jamal-Eddine
Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Al Montacer
Pr. ECHARRAB El Mahjoub
Pr. EL FTOUH Mustapha
Pr. EL MOSTARCHID Brahim*

Traumatologie – Orthopédie
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie

Réanimation Médicale
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Gynécologie Obstétrique
Chirurgie Générale
Oto-Rhino-Laryngologie
Urologie
Ophtalmologie
Génétique
Réanimation Médicale

Chirurgie Pédiatrie
Ophtalmologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Néphrologie
Cardiologie *Dir. HMI Mohammed V*

Gynécologie-Obstétrique
Ne Urologie
Cardiologie
Chirurgie Pédiatrique
Urologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Psychiatrie *Dir. Hôp.Ar-razi Salé*
Gynécologie Obstétrique

Neurologie *Doyen de la FMP Abulcassis*

Chirurgie Générale
Oncologie Médicale
Hématologie

Pneumo-ptisiologie
Pédiatrie
Pédiatrie
Pneumo-ptisiologie
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Pneumo-ptisiologie
Neurochirurgie

**Enseignant militaire*

Pr. TACHINANTE Rajae
Pr. TAZI MEZALEK Zoubida

Anesthésie-Réanimation
Médecine interne

Novembre 2000

Pr. AIDI Saadia
Pr. AJANA Fatima Zohra
Pr. BENAMR Said
Pr. CHERTI Mohammed
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Selma
Pr. EL HASSANI Amine
Pr. EL KHADER Khalid
Pr. GHARBI Mohamed El Hassan
Pr. MDAGHRI ALAOUI Asmae

Ne Urologie
Gastro-Entérologie
Chirurgie Générale
Cardiologie
Anesthésie-Réanimation
Pédiatrie - [Dir. Hôp. Cheikh Zaid Rabat](#)
Urologie
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Pédiatrie

Décembre 2001

Pr. BALKHI Hicham*
Pr. BENABDELJLIL Maria
Pr. BENAMAR Loubna
Pr. BENAMOR Jouda
Pr. BENELBARHDADI Imane
Pr. BENNANI Rajae
Pr. BENOUACHANE Thami
Pr. BEZZA Ahmed*
Pr. BOUCHIKHI IDRISSE Med Larbi
Pr. BOUMDIN El Hassane*
Pr. CHAT Latifa
Pr. EL HIJRI Ahmed
Pr. EL MAAQILI Moulay Rachid
Pr. EL MADHI Tarik

Anesthésie-Réanimation
Ne Urologie
Néphrologie
Pneumo-physiologie
Gastro-Entérologie
Cardiologie
Pédiatrie
Rhumatologie
Anatomie
Radiologie
Radiologie
Anesthésie-Réanimation
Neuro-chirurgie
Chirurgie-Pédiatrique [Dir. Hôp. Des Enfants Rabat](#)
Chirurgie Générale
Pédiatrie -
Neuro-chirurgie
Chirurgie Générale [Dir. Hôpital Ibn Sina Rabat](#)
Chirurgie Thoracique
Traumatologie Orthopédie
Chirurgie Vasculaire Périphérique **V-D.**
Aff Acad. Est.
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Urologie
Chirurgie Générale
Chirurgie Vasculaire Périphérique
Pédiatrie

Pr. EL OUNANI Mohamed
Pr. ETTAIR Said
Pr. GAZZAZ Miloudi*
Pr. HRORA Abdelmalek

Pr. KABIRI EL Hassane*
Pr. LAMRANI Moulay Omar
Pr. LEKEHAL Brahim

Pr. MEDARHRI Jalil
Pr. MOHSINE Raouf
Pr. NOUINI Yassine
Pr. SABBABH Farid
Pr. SEFIANI Yasser
Pr. TAOUFIQ BENCHEKROUN Soumia

Décembre 2002

Pr. AMEUR Ahmed*
Pr. AMRI Rachida
Pr. AOURARH Aziz*

Pr. BAMOU Youssef*
Pr. BELMEJDOUB Ghizlene*
Pr. BENZEKRI Laila

Urologie
Cardiologie
Gastro-Entérologie [Dir. HMI Moulaya Ismail-Meknès](#)
Biochimie-Chimie
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Dermatologie

**Enseignant militaire*

Pr. BENZZOUBEIR Nadia
Pr. BERNOUSSI Zakiya
Pr. CHOHO Abdelkrim*
Pr. CHKIRATE Bouchra
Pr. EL ALAMI EL Fellous Sidi Zouhair
Pr. FILALI ADIB Abdelhai
Pr. HAJJI Zakia
Pr. KRIOUILE Yamina
Pr. OUJILAL Abdelilah
Pr. RAISS Mohamed
Pr. THIMOU Amal
Pr. ZENTAR Aziz*

Janvier 2004

Pr. ABDELLAH El Hassan
Pr. AMRANI Mariam
Pr. BENBOUZID Mohammed Anas
Pr. BENKIRANE Ahmed*
Pr. BOULAADAS Malik

Pr. BOURAZZA Ahmed*
Pr. CHAGAR Belkacem*
Pr. CHERRADI Nadia
Pr. EL FENNI Jamal*
Pr. EL HANCHI ZAKI
Pr. EL KHORASSANI Mohamed
Pr. HACHI Hafid
Pr. JABOUIRIK Fatima
Pr. KHARMAZ Mohamed
Pr. MOUGHIL Said
Pr. OUBAAZ Abdelbarre*
Pr. TARIB Abdelilah*
Pr. TIJAMI Fouad
Pr. ZARZUR Jamila

Janvier 2005

Pr. ABBASSI Abdellah
Pr. AL KANDRY Sif Eddine*
Pr. ALLALI Fadoua
Pr. AMAZOUZI Abdellah
Pr. BAHIRI Rachid
Pr. BARKAT Amina
Pr. BENYASS Aatif*
Pr. DOUDOUH Abderrahim*
Pr. HESSISSEN Leila
Pr. JIDAL Mohamed*
Pr. LAAROUSSI Mohamed
Pr. LYAGOUBI Mohammed
Pr. SBIHI Souad
Pr. ZERAIDI Najia

AVRIL 2006

Pr. ACHEMLAL Lahsen*
Pr. BELMEKKI Abdelkader*

Gastro-Entérologie
Anatomie Pathologique
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Chirurgie Pédiatrique
Gynécologie Obstétrique
Ophtalmologie
Pédiatrie
Oto-Rhino-Laryngologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Chirurgie Générale [Dir. de l' ERPPLM](#)

Ophtalmologie
Anatomie Pathologique
Oto-Rhino-Laryngologie
Gastro-Entérologie
Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale

Ne Urologie
Traumatologie Orthopédie
Anatomie Pathologique
Radiologie
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Traumatologie Orthopédie
Chirurgie Cardio-Vasculaire
Ophtalmologie
Pharmacie Clinique
Chirurgie Générale
Cardiologie

Chirurgie réparatrice et plastique
Chirurgie Générale
Rhumatologie
Ophtalmologie
Rhumatologie [Dir. Hôp. Al Ayachi Salé](#)
Pédiatrie
Cardiologie
Biophysique
Pédiatrie
Radiologie
Chirurgie Cardio-vasculaire
Parasitologie
Histo-Embryologie Cytogénétique
Gynécologie Obstétrique

Rhumatologie
Hématologie

**Enseignant militaire*

Pr. BENCHEIKH Razika
Pr. BOUHAFS Mohamed El Amine
Pr. BOULAHYA Abdellatif*

Pr. CHENGUETI ANSARI Anas
Pr. DOGHMI Nawal
Pr. FELLAT Ibtissam
Pr. FAROUDY Mamoun
Pr. HARMOUCHE Hicham
Pr. IDRIS LAHLOU Amine*
Pr. JROUNDI Laila
Pr. KARMOUNI Tariq
Pr. KILI Amina
Pr. KISRA Hassan
Pr. KISRA Mounir
Pr. LAATIRIS Abdelkader*
Pr. LMIMOUNI Badreddine*
Pr. MANSOURI Hamid*
Pr. OUANASS Abderrazzak
Pr. SAFI Soumaya*
Pr. SOUALHI Mouna
Pr. TELLAL Saida*
Pr. ZAHRAOUI Rachida

Octobre 2007

Pr. ABIDI Khalid
Pr. ACHACHI Leila
Pr. AMHAJJI Larbi*
Pr. AOUI Sarra
Pr. BAITE Abdelouahed*
Pr. BALOUCH Lhousaine*
Pr. BENZIANE Hamid*
Pr. BOUTIMZINE Nouridine
Pr. CHERKAOUI Naoual*
Pr. EL BEKKALI Youssef*
Pr. EL ABSI Mohamed
Pr. EL MOUSSAOUI Rachid
Pr. EL OMARI Fatima
Pr. GHARIB Nouredine
Pr. HADADI Khalid*
Pr. ICHOU Mohamed*
Pr. ISMAILI Nadia
Pr. KEBDANI Tayeb
Pr. LOUZI Lhoussain*
Pr. MADANI Naoufel
Pr. MARC Karima
Pr. MASRAR Azlarab
Pr. OUZZIF Ez zohra*
Pr. SEFFAR Myriame
Pr. SEKHSOKH Yessine*
Pr. SIFAT Hassan*
Pr. TACHFOUTI Samira
Pr. TAJDINE Mohammed Tariq*
Pr. TANANE Mansour*

O.R.L
Chirurgie - Pédiatrique
Chirurgie Cardio – Vasculaire. Dir. Hôp. Ibn Sina Marr.
Gynécologie Obstétrique
Cardiologie
Cardiologie
Anesthésie Réanimation
Médecine interne
Microbiologie
Radiologie
Urologie
Pédiatrie
Psychiatrie
Chirurgie – Pédiatrique
Pharmacie Galénique
Parasitologie
Radiothérapie
Psychiatrie
Endocrinologie
Pneumo – Phtisiologie
Biochimie
Pneumo – Phtisiologie

Réanimation médicale
Pneumo phtisiologie
Traumatologie orthopédie
Parasitologie
Anesthésie réanimation
Biochimie-Chimie
Pharmacie Clinique
Ophtalmologie
Pharmacie galénique
Chirurgie cardio-vasculaire
Chirurgie Générale
Anesthésie réanimation
Psychiatrie
Chirurgie plastique et réparatrice
Radiothérapie
Oncologie Médicale
Dermatologie
Radiothérapie
Microbiologie
Réanimation médicale
Pneumo phtisiologie
Hématologie biologique
Biochimie-Chimie
Microbiologie
Microbiologie
Radiothérapie
Ophtalmologie
Chirurgie Générale
Traumatologie-Orthopédie

**Enseignant militaire*

Pr. TLIGUI Houssain
Pr. TOUATI Zakia

Mars 2009

Pr. ABOUZAHIR Ali*
Pr. AGADR Aomar*
Pr. AIT ALI Abdelmounaim*
Pr. AKHADDAR Ali*
Pr. ALLALI Nazik
Pr. AMINE Bouchra
Pr. ARKHA Yassir

Rabat

Pr. BELYAMANI Lahcen*
Pr. BJIJOU Younes
Pr. BOUHSAIN Sanae*
Pr. BOUI Mohammed*
Pr. BOUNAIM Ahmed*
Pr. BOUSSOUGA Mostapha*
Pr. CHTATA Hassan Toufik*
Pr. DOGHMI Kamal*
Pr. EL MALKI Hadj Omar
Pr. EL OUENNASS Mostapha*
Pr. ENNIBI Khalid*
Pr. FATHI Khalid
Pr. HASSIKOU Hasna*
Pr. KABBAJ Nawal
Pr. KABIRI Meryem
Pr. KARBOUBI Lamya
Pr. LAMSAOURI Jamal*
Pr. MARMADE Lahcen
Pr. MESKINI Toufik
Pr. MSSROURI Rahal
Pr. NASSAR Ittimade
Pr. OUKERRAJ Latifa
Pr. RHORFI Ismail Abderrahmani*

Mars 2010

Pr. Karim FILALI *

Octobre 2010

Pr. ALILOU Mustapha
Pr. AMEZIANE Taoufiq*
Pr. BELAGUID Abdelaziz
Pr. CHADLI Mariama*
Pr. CHEMSI Mohamed*
Pr. DAMI Abdellah*
Pr. DENDANE Mohammed Anouar
Pr. EL HAFIDI Naima
Pr. EL KHARRAS Abdennasser*
Pr. EL MAZOUZ Samir
Pr. EL SAYEGH Hachem
Pr. ERRABIH Ikram
Pr. LAMALMI Najat

Parasitologie
Cardiologie

Médecine interne
Pédiatrie
Chirurgie Générale
Neuro-chirurgie
Radiologie
Rhumatologie
Neuro-chirurgie [Dir. Hôp. Spécialités](#)

Anesthésie Réanimation
Anatomie
Biochimie-Chimie
Dermatologie
Chirurgie Générale
Traumatologie-Orthopédie
Chirurgie Vasculaire Périphérique
Hématologie clinique
Chirurgie Générale
Microbiologie
Médecine interne
Gynécologie obstétrique
Rhumatologie
Gastro-entérologie
Pédiatrie
Pédiatrie
Chimie Thérapeutique
Chirurgie Cardio-vasculaire
Pédiatrie
Chirurgie Générale
Radiologie
Cardiologie
Pneumo-Phtisiologie

Anesthésie réanimation [Directeur de l'Ecole Royale du Service de Santé Militaire](#)

Anesthésie réanimation
Médecine interne
Physiologie
Microbiologie
Médecine Aéronautique
Biochimie- Chimie
Chirurgie Pédiatrique
Pédiatrie
Radiologie
Chirurgie Plastique et Réparatrice
Urologie
Gastro-Entérologie
Anatomie Pathologique

**Enseignant militaire*

Pr. MOSADIK Ahlam
Pr. MOUJAHID Mountassir*
Pr. ZOUAIDIA Fouad

Anesthésie Réanimation
Chirurgie Générale
Anatomie Pathologique

Decembre 2010

Pr. ZNATI Kaoutar

Anatomie Pathologique

Mai 2012

Pr. AMRANI Abdelouahed
Pr. ABOUELALAA Khalil*
Pr. BENCHEBBA Driss*
Pr. DRISSI Mohamed*
Pr. EL ALAOUI MHAMDI Mouna
Pr. EL OUAZZANI Hanane*
Pr. ER-RAJI Mounir Chirurgie
Pr. JAHID Ahmed

Chirurgie Pédiatrique
Anesthésie Réanimation
Traumatologie-Orthopédie
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Générale
Pneumophtisiologie
Pédiatrique
Anatomie Pathologique

Février 2013

Pr. AHID Samir
Pr. AIT EL CADI Mina
Pr. AMRANI HANCHI Laila
Pr. AMOR Mourad
Pr. AWAB Almahdi
Pr. BELAYACHI Jihane
Pr. BELKHADIR Zakaria Houssain
Pr. BENCHEKROUN Laila
Pr. BENKIRANE Souad
Pr. BENSCHIR Mustapha*
Pr. BENYAHIA Mohammed*
Pr. BOUATIA Mustapha
Pr. BOUABID Ahmed Salim*
Pr. BOUTARBOUCH Mahjoub
Pr. CHAIB Ali*
Pr. DENDANE Tarek
Pr. DINI Nouzha*
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Mohamed Ali
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Najwa
Pr. ELFATEMI NIZARE
Pr. EL GUERROUJ Hasnae
Pr. EL HARTI Jaouad
Pr. EL JAOUDI Rachid*
Pr. EL KABABRI Maria
Pr. EL KHANNOUSSI Basma
Pr. EL KHLOUFI Samir
Pr. EL KORAICHI Alae
Pr. EN-NOUALI Hassane*
Pr. ERRGUIG Laila
Pr. FIKRI Meryem
Pr. GHFIR Imade
Pr. IMANE Zineb
Pr. IRAQI Hind
Pr. KABBAJ Hakima
Pr. KADIRI Mohamed*
Pr. LATIB Rachida

Pharmacologie *Doyen FP de l'UM6SS*
Toxicologie
Gastro-Entérologie
Anesthésie-Réanimation
Anesthésie-Réanimation
Réanimation Médicale
Anesthésie-Réanimation
Biochimie-Chimie
Hématologie
Anesthésie Réanimation
Néphrologie
Chimie Analytique et Bromatologie
Traumatologie orthopédie
Anatomie
Cardiologie
Réanimation Médicale
Pédiatrie
Anesthésie Réanimation
Radiologie
Neuro-chirurgie
Médecine Nucléaire
Chimie Thérapeutique
Toxicologie
Pédiatrie
Anatomie Pathologique
Anatomie
Anesthésie Réanimation
Radiologie
Physiologie
Radiologie
Médecine Nucléaire
Pédiatrie
Endocrinologie et maladies métaboliques
Microbiologie
Psychiatrie
Radiologie

**Enseignant militaire*

Pr. MAAMAR Mouna Fatima Zahra
Pr. MEDDAH Bouchra
Pr. MELHAOUI Adyl
Pr. MRABTI Hind
Pr. NEJJARI Rachid
Pr. OUBEJJA Houda
Pr. OUKABLI Mohamed*
Pr. RAHALI Younes

Pharmacie

Pr. RATBI Ilham
Pr. RAHMANI Mounia
Pr. REDA Karim*
Pr. REGRAGUI Wafa
Pr. RKAIN Hanan
Pr. ROSTOM Samira
Pr. ROUAS Lamiaa
Pr. ROUIBAA Fedoua*
Pr. SALIHOUN Mouna
Pr. SAYAH Rochde
Pr. SEDDIK Hassan*
Pr. ZERHOUNI Hicham
Pr. ZINE Ali*

AVRIL 2013

Pr. EL KHATIB MOHAMED KARIM*

MAI 2013

Pr. BOUSLIMAN Yassir*

MARS 2014

Pr. ACHIR Abdellah
Pr. BENCHAKROUN Mohammed*
Pr. BOUCHIKH Mohammed
Pr. EL KABBAJ Driss*
Pr. FILALI Karim*
Pr. EL MACHTANI IDRISSE Samira*
Pr. HARDIZI Houyam
Pr. HASSANI Amale*
Pr. HERRAK Laila
Pr. JEAIDI Anass*
Pr. KOUACH Jaouad*
Pr. MAKRAM Sanaa*
Pr. RHISSASSI Mohamed Jaafar
Pr. SEKKACH Youssef*
Pr. TAZI MOUKHA Zakia

DECEMBRE 2014

Pr. ABILKACEM Rachid*
Pr. AIT BOUGHIMA Fadila
Pr. BEKKALI Hicham*
Pr. BENAZZOU Salma
Pr. BOUABDELLAH Mounya
Pr. BOUCHRIK Mourad*
Pr. DERRAJI Soufiane*

Médecine interne
Pharmacologie *Directrice du Méd. Phar.*
Neuro-chirurgie
Oncologie Médicale
Pharmacognosie
Chirurgie Pédiatrique
Anatomie Pathologique
Pharmacie Galénique *Vice-Doyen à la*

Génétique
Ne Urologie
Ophtalmologie
Ne Urologie
Physiologie
Rhumatologie
Anatomie Pathologique
Gastro-Entérologie
Gastro-Entérologie
Chirurgie Cardio-Vasculaire
Gastro-Entérologie
Chirurgie Pédiatrique
Traumatologie Orthopédie

Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale

Toxicologie

Chirurgie Thoracique
Traumatologie- Orthopédie
Chirurgie Thoracique
Néphrologie
Anesthésie-Réanimation *Dir. ERSSM*
Biochimie-Chimie
Histologie- Embryologie-Cytogénétique
Pédiatrie
Pneumologie
Hématologie Biologique
Gynécologie-Obstétrique
Pharmacologie
CCV
Médecine interne
Généologie-Obstétrique

Pédiatrie
Médecine Légale
Anesthésie-Réanimation
Chirurgie Maxillo-Faciale
Biochimie-Chimie
Parasitologie
Pharmacie Clinique

**Enseignant militaire*

Pr. EL AYOUBI EL IDRISSE Ali
Pr. EL GHADBANE Abdedaim Hatim*
Pr. EL MARJANY Mohammed*
Pr. FEJJAL Nawfal
Pr. JAHIDI Mohamed*
Pr. LAKHAL Zouhair*
Pr. OUDGHIRI NEZHA
Pr. RAMI Mohamed
Pr. SABIR Maria
Pr. SBAI IDRISSE Karim*
Hyg.

AOUT 2015

Pr. MEZIANE Meryem
Pr. TAHIRI Latifa

JANVIER 2016

Pr. BENKABBOU Amine
Pr. EL ASRI Fouad*
Pr. ERRAMI Nouredine*

JUIN 2017

Pr. ABI Rachid*
Pr. ASFALOU Ilyasse*
Pr. BOUAITI El Arbi*
Hyg.
Pr. BOUTAYEB Saber
Pr. EL GHISSASSI Ibrahim
Pr. HAFIDI Jawad
Pr. MAJBAR Mohammed Anas
Pr. OURAINI Saloua*
Pr. RAZINE Rachid
Hyg.
Pr. SOUADKA Amine
Pr. ZRARA Abdelhamid*

PROFESSEURS AGREGES :

JANVIER 2005

Pr. HAJJI Leila

MAI 2018

Pr. AMMOURI Wafa
Pr. BENTALHA Aziza
Pr. EL AHMADI Brahim
Pr. EL HARRECH Youness*
Pr. EL KACEMI Hanan
Pr. EL MAJJAOUI Sanaa
Pr. FATIHI Jamal*
Pr. GHANNAM Abdel-Ilah
Pr. JROUNDI Imane
Hyg.
Pr. MOATASSIM BILLAH Nabil
Pr. TADILI Sidi Jawad

Anatomie
Anesthésie-Réanimation
Radiothérapie
Chirurgie réparatrice et plastique
O.R.L
Cardiologie
Anesthésie-Réanimation
Chirurgie Pédiatrique
Psychiatrie
Médecine préventive, santé publique et

Dermatologie
Rhumatologie

Chirurgie Générale
Ophtalmologie
O.R.L

Microbiologie
Cardiologie
Médecine préventive, santé publique et

Oncologie Médicale
Oncologie Médicale
Anatomie
Chirurgie Générale
O.R.L
Médecine préventive, santé publique et

Chirurgie Générale
Immunologie

Cardiologie (*mise en disponibilité*)

Médecine interne
Anesthésie-Réanimation
Anesthésie-Réanimation
Urologie
Radiothérapie
Radiothérapie
Médecine interne
Anesthésie-Réanimation
Médecine préventive, santé publique et

Radiologie
Anesthésie-Réanimation

**Enseignant militaire*

Pr. TANZ Rachid*

NOVEMBRE 2018

Pr. AMELLAL Mina

Pr. SOULY Karim

Pr. TAHRI Rajae

NOVEMBRE 2019

Pr. AATIF Taoufiq*

Pr. ACHBOUK Abdelhafid*

Pr. ANDALOUSSI SAGHIR Khalid

Pr. BABA HABIB Moulay Abdellah*

Pr. BASSIR Rida Allah

Pr. BOUATTAR Tarik

Pr. BOUFETTAL Monsef

Pr. BOUCHENTOUF Sidi Mohammed*

Pr. BOUZELMAT Hicham*

Pr. BOUKHRIS Jalal*

Pr. CHAFRY Bouchaib*

Pr. CHAHDI Hafsa*

Pr. CHERIF EL ASRI ABAD*

Pr. DAMIRI Amal*

Pr. DOGHMI Nawfal*

Pr. ELALAOUI Sidi-Yassir

Pr. EL ANNAZ Hicham*

Pr. EL HASSANI Moulay El Mehdi*

Pr. EL HJOUJI Abderrahman*

Pr. EL KAOUI Hakim*

Pr. EL WALI Abderrahman*

Pr. EN-NAFAA Issam*

Pr. HAMAMA Jalal*

Pr. HEMMAOUI Bouchaib*

Pr. HJIRA Naouafal*

Pr. JIRA Mohamed*

Pr. JNIENE Asmaa

Pr. LARAQUI Hicham*

Pr. MAHFOUD Tarik*

Pr. MEZIANE Mohammed*

Pr. MOUTAKI ALLAH Younes*

Pr. MOUZARI Yassine*

Pr. NAOUI Hafida*

Pr. OBTEL MAJDOULINE

Hyg.

Pr. OURRAI ABDELHAKIM*

Pr. SAOUAB RACHIDA*

Pr. SBITTI YASSIR*

Pr. ZADDOUG OMAR*

Pr. ZIDOUH SAAD*

SEPTEMBRE 2021

Pr. ABABOU Karim*

Pr. ALAOUI SLIMANI Khaoula*

Pr. ATOUF OUFAA

Pr. BAKALI Youness

Oncologie Médicale

Anatomie

Microbiologie

Histologie-Embryologie--Cytogénétique

Néphrologie

Chirurgie réparatrice et plastique

Radiothérapie

Génycologie-Obstétrique

Anatomie

Néphrologie

Anatomie

Chirurgie-Générale

Cardiologie

Traumatologie-Orthopédie

Traumatologie-Orthopédie

Anatomie pathologique

Neuro-chirurgie

Anatomie Pathologique

Anesthésie-Réanimation

Pharmacie-Galénique

Virologie

Gynécologie-Obstétrique

Chirurgie Générale

Chirurgie Générale

Anesthésie-Réanimation

Radiologie

Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale

O.R.L

Dermatologie

Médecine interne

Physiologie

Chirurgie-Générale

Oncologie Médicale

Anesthésie-Réanimation

Chirurgie Cardio-Vasculaire

Ophtalmologie

Parasitologie-Mycologie

Médecine préventive, santé publique et

Pédiatrie

Radiologie

Oncologie Médicale

Traumatologie-Orthopédie

Anesthésie-Réanimation

Chirurgie réparatrice et plastique

Oncologie Médicale

Immunologie

Chirurgie Générale

**Enseignant militaire*

Pr. BAMOUS Mehdi*
 Pr BELBACHIR Siham
 Pr. BELKOUCH Ahmed*
 Catastrophes
 Pr. BENNIS Azzelarab*
 Pr. CHAFAI ELALAOUI Siham
 Pr. DOUMIRI Mouhssine
 Pr. EDDERAI Meryem*
 Pr. EL KTAIBI Abderrahim*
 Pr. EL MAAROUFI Hicham*
 Pr. EL OMRI Noual*
 Pr. ELQATNI Mohamed*
 Pr. FAHRY Aicha*
 Pr. IBRAHIM RAGAB MOUNTASSER Dina*
 Pr. IKEN Maryem
 Pr. JAAFARI Abdelhamid*
 Pr. KHALFI Lahcen*
 Faciale
 Pr. KHEYI Jamal*
 Pr. KHIBRI Hajar
 Pr. LAAMRANI Fatima Zahrae
 Pr. LABOUDI Fouad
 Pr. LAHKIM Mohamed*
 Pr. MEKAOUI Nour
 Pr. MOJEMMI Brahim
 Pr. OUDRHIRI Mohammed Yassaad
 Pr. SATTE AMAL*
 Pr. SOUHI Hicham*
 Pr. TADLAOUI Yasmina*
 Pr. TAGAJDID Mohamed Rida*
 Pr. ZAHID Hafid*
 Pr. ZAJJARI Yassir*
 Pr. ZAKARYA Imane*

CCV
 Psychiatrie
 Médecine des Urgences et des
 Traumatologie-Orthopédie
 Génétique
 Anesthésie-Réanimation
 Radiologie
 Anatomie Pathologique
 Hématologie Clinique
 Médecine interne
 Médecine interne
 Pharmacie Galénique
 Néphrologie
 Parasitologie
 Anesthésie-Réanimation
 Stomatologie et Chirurgie Maxillo-
 Cardiologie
 Médecine interne
 Radiologie
 Psychiatrie
 Radiologie
 Pédiatrie
 Chimie Analytique
 Neurochirurgie
 Neurologie
 Pneumo-phtisiologie
 Pharmacie Clinique
 Virologie
 Hématologie
 Néphrologie
 Pharmacognosie

**Enseignant militaire*

2 - ENSEIGNANTS-CHERCHEURS SCIENTIFIQUES

PROFESSEURS DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR :

Pr. ABOUDRAR Saadia
Pr. ALAMI OUHABI Naima
Pr. ALAOUI KATIM
Pr. ALAOUI SLIMANI Lalla Naïma
Pr. ANSAR M'hammed
Chimique
Pr. BARKIYOU Malika
Pr. BOUHOUCHE Ahmed
Pr. BOUKLOUZE Abdelaziz
Pr. DAKKA Taoufiq
Rech. et de la Coop.
Pr. FAOUZI Moulay El Abbes
Pr. IBRAHIMI Azeddine
Pr. OULAD BOUYAHYA IDRISSE Med
Pr. RIDHA Ahlam
Pr. TOUATI Driss
Pr. ZAHIDI Ahmed

Physiologie
Biochimie-Chimie
Pharmacologie
Histologie-Embryologie
Chimie Organique et Pharmacie

Histologie-Embryologie
Génétique Humaine
Applications Pharmaceutiques
Physiologie *Vice-Doyen chargé de la*

Pharmacologie
Biologie moléculaire/Biotechnologie
Chimie Organique
Chimie
Pharmacognosie
Pharmacologie

PROFESSEURS HABILITES :

Pr. AANNIZ Tarik
Pr. BENZEID Hanane
Pr. CHAHED OUZZANI Lalla Chadia
Pr. CHERGUI Abdelhak
végétales
Pr. DOUKKALI Anass
Pr. EL BAKKALI Mustapha
Pr. EL JASTIMI Jamila
Pr. KHANFRI Jamal Eddine
Pr. LAZRAK Fatima
Pr. LYAHYAI Jaber
Pr. OUADGHIRI Mouna
Pr. RAMLI Youssef
Pr. SERRAGUI Samira
Pr. TAZI Ahnini
Pr. YAGOUBI Maamar

Microbiologie et Biologie moléculaire
Chimie
Biochimie-Chimie
Botanique, Biologie et physiologie

Chimie Analytique
Physiologie
Chimie
Histologie-Embryologie
Chimie
Génétique
Microbiologie et Biologie
Chimie Organique Pharmaco-Chimie
Pharmacologie
Génétique
Eau, Environnement

Mise à jour le 21/02/2022

KHALED Abdellah

Chef du Service des Affaires Administratives

FMPR

**Enseignant militaire*

Dédicaces

Je dédie ce travail :

A Mes Très Chers Parents Khadija Dahmani et Mohamed Benanaibar,

*Aucune dédicace ne saurait exprimer l'estime, le respect et l'amour
que je vous porte.*

*Vous vous êtes investis à me transmettre les principes et les règles
les plus correctes et les plus sacrés.*

*Puisse Dieu vous accorder bonne santé et vous prêter longue vie
afin que je puisse vous combler à mon tour.*

A Mes Chers Grands Frères Anouar & Youness,

Je vous dédie ce travail avec toute mon affection.

Que Dieu vous accorde le bonheur et la santé.

Je vous aime fort mes chers frères même si je n'ai jamais su l'exprimer.

A mes amies de toujours Ghizlane, Aya, Yousra et kawtar.

Les camarades deviennent toujours une seconde famille que l'on voit plus souvent que la vraie famille a force d'être présent dans toutes les situations surtout difficiles.

Je vous remercie d'être toujours là pour moi.

A Hamza Benmoumen,

J'aimerais te remercier du fond de mon cœur pour ta présence à mes côtés et ton soutien infini.

A tous mes maîtres et professeurs.

À tous ceux qui ont marqué ma vie de près ou de loin.

Remerciements

A notre maître et président de thèse
Monsieur le professeur Balkhi Hicham
Professeur d'enseignement supérieur d'anesthésie-réanimation
Chef de service réanimation chirurgicale
A l'hôpital militaire d'instruction Mohamed V- Rabat

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de présider cette thèse.
Votre sens de l'honneur, votre amour pour votre travail, votre énergie et votre
convivialité envers vos étudiants font de vous un modèle.
Cher Maître, veuillez trouver ici les témoignages de notre profond respect et
haute considération.

A notre maître et rapporteur de thèse

Monsieur le professeur Meziane Mohammed

Professeur agrégé d'anesthésie-réanimation

A l'hôpital militaire d'instruction Mohamed V –Rabat

Vous nous avez toujours accueillis avec bienveillance et gentillesse.

Qu'il nous soit permis de vous exprimer toute notre gratitude, notre sincère reconnaissance et notre affectueuse considération.

A notre maître et juge de thèse

Monsieur le professeur Fouad Laboudi

Professeur de la psychiatrie a la faculté de médecine et de pharmacie de Rabat.

Psychiatre a l'hôpital psychiatrique universitaire Arrazi de Salé.

C'est un honneur de vous avoir dans notre jury

*Nous apprécions grandement la spontanéité et la convivialité avec lesquelles
vous avez accepté de juger notre travail.*

Veillez trouver ici l'expression de ma profonde gratitude

A notre maître et juge de thèse

Monsieur le professeur Nawfal Doghmi

Professeur agrégé d'anesthésie-réanimation

A l'hôpital militaire d'instruction Mohamed V –Rabat

*Nous tenons à vous remercier pour bien vouloir nous accorder de votre temps
pour juger notre travail.*

Veillez accepter professeur, notre profond respect et nos sincères remerciements.

A notre maître et juge de thèse
Monsieur le professeur Mohammed ELQatni
Professeur en médecine interne
A l'hôpital militaire d'instruction Mohamed V –Rabat

*Nous tenions à vous exprimer nos plus sincères remerciements pour avoir accepté
de participer auprès de ce noble jury.*

Votre présence nous honore.

*Veillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance et de ma profonde
gratitude.*

Liste des abréviations

Abréviations

AWLS	: Areas Of Work Life Survey.
BM	: Burnout Measure.
CBI	: Copenhagen Burnout Inventory.
LATA	: Limitations et Arrêts des Thérapeutiques Actives.
MBI	: Maslach Burnout Inventory.
MBI- ES	: Maslach Burnout Inventory -Educatory Survey.
MBI-GS	: Maslach Burnout Inventory-General survey.
MBI-HSS	: Maslach Burnout Inventory- Human Services Survey.
OLBI	: Oldenburg Burnout Inventory.
OMS	: Organisation mondiale de la santé.
PTSD	: Syndrome de stress post traumatique.
Sesmat	: Santé Et Satisfaction des Médecins Au Travail.
SMBM	: Shirom Melamed Burnout Measure.
USI	: Unité de soin intensif.

Liste des illustrations

Liste des figures

Figure 1: Herbert J. Fredenberger	5
Figure 2: Christina Maslach	6
Figure 3: Elliot Aronson.....	7
Figure 4: Ayala Pines	7
Figure 5: Michael Leiter.....	8
Figure 6: Wilmar Schaufeli	9
Figure 7: Comment soigner les soignants?	13
Figure 8: Burnout chez un soignant.....	15
Figure 9 : Burnout chez un personnel de santé.....	19
Figure 10: Burnout phénomène multisectoriel.....	21
Figure 11: Théorie de la conservation des ressources d'après Hobfoll.	36
Figure 12: Burnout phénomène contagieux.	41
Figure 13: Schéma récapitulatif des étapes d'installation du burnout.....	45
Figure 14: Les trois dimensions du burnout selon le modèle de Maslach et Jackson. .	46
Figure 15: Soignant qui tombe malade.	51
Figure 16: Et vous docteur comment ça va?	64
Figure 17: Burnout chez un soignant.....	71
Figure 18: Service de réanimation covid-19.	74
Figure 19: Patients covid-19 au milieu de la réanimation au sein de la polyclinique de la CNSS de Tanger.....	92
Figure 20: Personnels soignants et patient grave covid-19.....	92

Liste des tableaux

Tableau 1: Incidence du burnout dans les différentes spécialités médicales.	12
Tableau 2: Incidence du burnout chez les infirmiers des unités de soin intensif.	14
Tableau 3: La version française du MBI ‘Maslach Burnout Inventory’	25
Tableau 4: Interprétation des scores du burnout pour chaque composante.	26
Tableau 5: Le test de BM ‘Burnout Mesure’	27
Tableau 6: Le test de SMBM ‘Shirom Melamed Burnout Mesure’	29
Tableau 7: Le test de CBI ‘Copenhagen Burnout Inventory’	31
Tableau 8: Tableau comparatif entre stress et burnout.	35
Tableau 9: Tableau comparatif entre dépression et burnout.	38
Tableau 10: Tableau comparatif entre fatigue chronique et burnout.	39
Tableau 11: Tableau comparatif entre burnout et addiction au travail.	40
Tableau 12: Taux du burnout selon l’âge de nos soignants.	83
Tableau 13: Taux du burnout chez les personnels de la réanimation lors de la pandémie covid-19 selon les pays.	91

Sommaire

Introduction	1
Chapitre I: Définitions: Burnout dans la littérature.	4
Chapitre II : Epidémiologie: Burnout en chiffre.	10
1. Burnout chez le personnel de santé	11
2. Burnout chez les personnels de réanimation.....	13
Chapitre III : Sémiologie du burnout	16
1) Sémiologie spécifique	17
a. Epuisement émotionnel	17
b. Dépersonnalisation ou deshumanisation	18
c. Réduction de l'accomplissement personnel.....	18
2) Sémiologie non spécifique	19
a. Physiques	19
b. Emotionnels	20
c. Cognitifs et affectifs	20
d. Comportementaux	20
Chapitre IV : Instruments d'évaluation du burnout	22
1. MBI- Maslach Burnout Inventory	23
2. BM- Burnout Measure ou BMS- Burnout Measure short version	26
3. SMBM-Shirom Melamed Burnout Mesure	28
4. CBI : Copenhagen Burnout Inventory	30
5. AWLS : Areas of Work Life Survey	32
6. OLBI : the Oldenburg Burnout Inventory	32
Chapitre V : Concepts annexes	33

1. Stress au travail et burnout	34
2. Dépression et burnout	37
3. Fatigue chronique et burnout.....	39
4. Addiction au travail/ Workaholisme et burnout.....	40
Chapitre VI : Etapes du burnout	42
1. Enthousiasme	43
2. Stagnation	43
3. Frustration	43
4. Apathie	44
Chapitre VII : Facteurs de risque du burnout	47
1. Fatigue chronique	48
2. Conditions de travail.....	48
3. Relations avec les autres soignants	49
4. Confrontation avec la mort.....	49
5. Facteurs internes/ liés au soignant.....	50
a) Travail poussé à outrance	50
b) Désir de satisfaire à tout le monde	50
c) Sentiment d'autocritique trop exagéré	51
Chapitre VIII : Conséquences du burnout	52
1. Conséquences individuelles pour le soignant	53
a) Qualité du sommeil	53
b) Conduites addictives	54
c) Tentatives de suicide	55
2. Conséquences sur le patient	56

3. Conséquences sur l'activité professionnelle	57
Chapitre IX : Solutions thérapeutiques	59
1. Mesures reliées au secteur de travail	60
2. Mesures centrées sur le soignant	61
a. Au niveau personnel	61
b. Au niveau familial	62
c. Au niveau social	62
d. Role de la psychothérapie	63
3. Mesures reliées aux secteurs personnels.....	63
a. Parler de son malaise	63
b. Role du travail en équipe	64
Chapitre X : Solutions préventives.....	65
1. Prévention primaire	66
2. Prévention secondaire	67
3. Prévention tertiaire.....	69
Chapitre XI : Partie pratique	72
1. Matériels d'étude	73
a) Présentation de l'étude	73
b) Population étudiée	74
c) Instrument de mesure	74
2. Méthodologie de l'étude	74
a) Elaboration d'un questionnaire	74
b) Diffusion d'un questionnaire	75
c) Recueil des réponses	75

3. Méthodologie de l'analyse	75
4. Résultats	76
a) Résultats descriptifs	76
i. Variables sociodémographiques	76
ii. Variables professionnels	79
iii. Echelle MBI- Maslach Burnout Inventory.....	80
b. Résultats analytiques	82
i) Influence des variables sociodémographiques.....	82
ii) Influence des variables professionnels	83
5. Limites	84
a) Concept du burnout	84
b) Les modalités de l'enquête	85
i) Etude transversale.....	85
ii) Subjectivité des réponses	85
6. Discussions	85
Conclusion	94
Résumés	96
Références	100

Introduction

« 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]

L'épuisement professionnel est un concept relativement récent, il décrit l'état d'épuisement et le vide interne observé chez les individus impliqués dans une relation d'aide et plus particulièrement les professionnels de santé. [2]

Il est composé d'un trépied de manifestations cliniques: l'épuisement émotionnel, la déshumanisation de la relation à l'autre et de réduction de l'accomplissement personnel, susceptibles d'apparaître chez les personnes impliquées professionnellement auprès d'autrui. [3]

Plusieurs facteurs, intrinsèques, reliés aux qualités individuelles et extrinsèques reliés à l'environnement du travail, contribuent à l'apparition du burnout.

Ces conséquences sont nombreuses, tant au niveau individuel, qu'inter individuel (relation soignant/ collègues ou entourage).

Des études récentes ont montré que le burnout était particulièrement élevé en réanimation tant pour les médecins que pour les infirmier(e)s.

Les professionnels de réanimation sont confrontés à des patients présentant des états pathologiques graves qui nécessitent des procédures diagnostiques et thérapeutiques complexes et qui exigent une importante coordination de moyens humains.

La souffrance des patients associée à la détresse des familles et les décisions de fin de vie fréquentes participent à une intense charge émotionnelle pour les soignants [4, 5].

La pandémie Covid-19 constitue un nouveau facteur de risque du burnout et cela dû surtout à la charge de travail des personnels soignants avec la croissance des efforts physiques, psychologiques et techniques.

Ce contexte de soin fait de la réanimation un terrain propice à l'émergence de stressseurs professionnels. [6, 7]

L'objectif de notre étude est d'évaluer la prévalence du burnout chez le personnel soignant de la réanimation prenant en charge des patients Covid-19, de déterminer ses facteurs de risque et identifier ces conséquences.

Ceci permettrait par la suite de tenter une approche préventive ou curative du syndrome en question.

***Chapitre I:
Définitions: burnout
dans la littérature***

Définitions : Le burnout dans la littérature :

L'OMS définit le burnout comme : « un sentiment de fatigue intense, de perte de contrôle, d'incapacité à aboutir à des résultats concrets au travail ». [8]

Au fil des années plusieurs essais ont été faits pour définir le burnout.

En **1974**, le psychiatre Dr Herbert J. Fredenberger, propose une première définition du burnout : « l'épuisement professionnel est un état causé par l'utilisation excessive de son énergie et de ses ressources, qui entraîne un sentiment d'avoir échoué, d'être épuisé ou encore d'être exténué ». [9,10]



Figure 1: Herbert J. Fredenberger

En **1976**, Christina Maslach, psychologue et chercheur en psychologie sociale, décrit le burnout comme « une incapacité d'adaptation de l'intervenant à un niveau de stress émotionnel continu causé par l'environnement de travail ».

Maslach en **1982**, le burnout est dû au « non-ajustement du travailleur à une fatigue ou un stress émotionnel chronique ».



Figure 2: Christina Maslach

En **1985**, avec North, Freudenberger présente le burnout comme « un processus évolutif ».

Pour Fredenberger, les facteurs individuels ont une place importante dans le développement du burnout, alors que pour Maslach, les causes se situent dans l'environnement du travail et non pas dans l'individu.

En **1988**, les psychologues, Ayala Pines et Elliot Aronson, définissent le burnout comme « un état d'épuisement physique, émotionnel et mental causé par l'implication à long terme dans des situations qui sont exigeantes émotionnellement ».

Pines et Aronson ajoutent : « les victimes du burnout se sentent inadéquates, inférieures et incompétentes ». [11]

Selon Pines, ces situations difficiles ne se rencontrent pas uniquement au travail, c'est pourquoi elle a également recherché le burnout dans les relations de couples et au cours des conflits politiques.

Pour être « consommé », dit-elle, il faut d'abord avoir été enflammé. [12]



Figure 3: Elliot Aronson



Figure 4: Ayala Pines

En 1997, Christina Maslach et Michel Leiter, élargissent leur définition en considérant le burnout comme « l'indice de l'écartèlement entre ce que les gens sont et ce qu'ils doivent faire. Il représente une érosion des valeurs, de la dignité, de l'esprit, une érosion de l'âme humaine » [13,14].

Ils ajoutent « supposons que vous travailliez dans une situation chronique de déséquilibre entre un travail qui vous demande plus que vous ne pouvez donner et qui vous apporte moins qu'espéré.

Vous vous sentez alors surmené, sous-évalué, et n'avez plus de contrôle sur votre travail. C'est une souffrance qui se renforce progressivement et continuellement, aspirant le sujet dans une spirale descendante dont il est difficile de s'extraire ». [13,14]

Puis, ils décrivent trois composantes de la survenue du burnout « qu'arrive-t-il lorsque le burnout vous gagne ? .En réalité, trois faits surviennent : vous vous sentez chroniquement épuisé, vous devenez cynique et vous détachez de votre travail, et vous vous sentez de plus en plus inefficace dans votre travail ».



Figure 5: Michael Leiter

Pour Pierre Canoui, psychiatre et psychothérapeute, et Aline Mauranges, psychologue clinicienne (2001) : le burnout est aussi « un phénomène d'ordre existentiel, puisque le soignant recherche l'épanouissement dans la relation avec un être en souffrance ».

Ce syndrome résulte alors de la relation d'aide qui « tombe malade ». [15]

Pour le psychologue Néerlandais Wilmar Schaufeli [16], le burnout ressemble à une batterie de voiture déchargée. Il trouve cette image plus juste que la métaphore du burnout comme « une chandelle qui se consume ». En d'autres termes, l'équilibre dynamique entre la demande d'énergie et ce que peut offrir le travailleur est perturbé, et il en résulte une perte progressive des ressources de l'individu.

En fait, pour Schaufeli, le burnout est le résultat à long terme d'un écart entre investissements et résultats.



Figure 6: Wilmar Schaufeli

Chapitre II :
Epidémiologie:
le burnout en chiffre.

1. Le burnout chez le personnel de santé :

Le personnel de santé est largement décrit comme étant le plus vulnérable au risque de burnout.

Le concept même du burnout a été créé la première fois pour décrire la souffrance des populations soignantes. [17,18] Même l'échelle MBI (Maslach Burnout Inventory), dans sa première version a été conçue pour les soignants et un très grand nombre d'articles parus dans le monde y sont consacrés. [19,20]

Des recherches ont prouvé à travers le monde que le tiers voire la moitié des médecins de différentes spécialités avaient au moins une dimension pathologique de burnout durant une période de leur vie.

Selon le 'Swiss Medical Weekly' **31,5 %** parmi une cohorte de 615 médecins de toutes spécialisations confondues ont vécu un burnout modéré et **3,7 %** ont souffert d'un burnout sévère.

Cette étude publiée en 2007, montre également une augmentation nette de la prévalence du burnout dans toutes les spécialités, surtout : la médecine générale, la chirurgie, l'anesthésie-réanimation et l'oncologie, avec une incidence allant de 20 % à 50 % [21, 22, 23].

Toutefois, il apparaît très nettement que les généralistes sont plus à risque que les autres spécialités [24, 25,26].

Les médecins les plus jeunes semblent particulièrement touchés avec une prévalence du burnout de **76 %** chez les résidents de médecine interne aux États-Unis. [27]

Au Canada, **27%** des médecins généralistes et des médecins de famille seraient atteints du burnout selon une étude faite en 2008. [28]

En Italie, près de 2/3 du personnel en santé mentale souffre de stress professionnel, les psychiatres font partie des plus touchés. [29,30]

Ceci a été aussi prouvé à l'étude Sesmat [31] (Santé Et Satisfaction des Médecins Au Travail), qui s'est intéressée aux hospitaliers psychiatres comparativement aux autres spécialités et qui a montré que, la fréquence du burnout est nettement plus élevée, et de manière significative chez les psychiatres (l'outil de mesure utilisé dans cette étude était CBI : Copenhaguen Burnout Inventory).

Le 'national institut for occupational safety' aux Etats Unis a rapporté que les infirmiers sont parmi les 40 professions dont la prévalence de désordres reliés au stress et au burnout est la plus élevée. [32,33]

Etude	Année	Echantillon	Taux de burnout
Al Ayoubi R [34]	2013	Pédiatres d'Arabie Saoudite	34%
Sesmat [31]	2011	Psychiatres français	42,4%
		Urgentistes français	51,5%
		Onco-hématologues	49,2%
		Gériatres	46%
Vaquin-villeminy et al [19]	2007	Médecins généralistes français	50%
Goehring et al [35]	2005	Médecins généralistes suisses	44,7%
Elit L et al [36]	2004	Gynéco-oncologues canadiens	53%
Belkhouja et al [37]	2015	Médecins réanimateurs et urgentistes tunisiens	79,1%

Tableau 1: Incidence du burnout dans les différentes spécialités médicales.



Figure 7: comment soigner les soignants?

2. Burnout chez les personnels de réanimation:

Plusieurs études se sont intéressées aux médecins anesthésistes-réanimateurs, la plupart des études qui se sont intéressées au burnout durant ces dernières années ont objectivé un taux élevé de burnout chez les anesthésistes-réanimateurs allant de **30 à 58 %**.

Dans une enquête réalisée en 2012, adressée aux 290 personnels d'anesthésie-réanimation de quatre hôpitaux universitaires marocains, a objectivé que **69,65%** des répondants présentent un burnout, un degré élevé, modéré et faible du burnout a été identifié respectivement chez **10,68%**, **20,34%** et **38,62%**. [23]

En 2009, en France, une enquête réalisée auprès de 1 602 anesthésistes-réanimateurs, retrouvait un score élevé du burnout dans **62 %** des cas. Seuls 10% des répondants étaient complètement exempts de critères du burnout [38].

Une autre étude réalisée en Suisse auprès de 107 infirmiers de réanimation, retrouve un burnout sévère chez **28 %** d'entre eux **50 %** se disent « stressées » par leur travail [39].

Dans une enquête réalisée dans un hôpital universitaire du Colorado aux Etats Unis en 2007-2008, **86 %** des infirmiers interrogés ont un burnout. Les infirmiers de réanimation ont une prévalence du burnout identique à celle des infirmiers des autres services de l'hôpital. [40]

Une autre enquête réalisée auprès des anesthésistes belges a présenté des niveaux de stress ressenti équivalents à ceux d'autres groupes professionnels, mais **40 %** d'entre eux présentent un degré élevé du burnout. [41]

En 2005, une enquête française a été menée auprès de 2 497 infirmiers de réanimation. Un degré élevé du burnout a été identifié chez **33 %** d'entre eux [42].

En 2004, l'étude menée auprès de 978 réanimateurs français du secteur public révèle un score élevé du burnout chez **46,5 %** d'entre eux [43].

Etude	Année	Echantillon	Nombre	Taux du burnout
Nakhli M[44]	2014	Infirmiers en USI tunisiens	164	72,3%
Sesmat [15]	2011	Infirmiers en USI français	2004	28,8%
Poncet et al [45]	2007	Infirmiers en USI français	2392	33%
Mealer [46]	2007	Infirmiers aux états unis -USI -Autres services	491	-24% -14%
Delbrouk M [47]	2001	Infirmiers en Ecosse		42%

Tableau 2: Incidence du burnout chez les infirmiers des unités de soin intensif.

En effet, on peut observer que les soignants sont épuisés par leur travail dans tous les pays cités ci-dessus.

En effet l'incidence du burnout est plus élevée dans les pays en voie de développement, étant donné, les mauvaises conditions de travail, le manque de moyens, le manque de matériel, les salaires bas...



Figure 8: Burnout chez un soignant.

Chapitre III : Sémiologie du burnout

1) La sémiologie spécifique :

Si l'épuisement est un état caractéristique du burnout, ce syndrome s'avère en réalité plus complexe et peut être décrit à travers d'un processus comptant d'autres dimensions.

Les travaux scientifiques, notamment ceux de Christine Maslach et Susan Jackson, ont permis de décrire de façon précise la symptomatologie de cette affection qui se compose d'un trépied de dimensions progressivement évolutives:

- L'épuisement émotionnel.
- la dépersonnalisation ou la déshumanisation de la relation à l'autre.
- La réduction de l'accomplissement personnel.

a. Epuisement émotionnel : [48,49]

La première dimension est la plus centrale, l'épuisement émotionnel est aussi physique que psychique et se traduit par une fatigue importante au travail et un sentiment de ressources émotionnelles épuisées.

Ainsi, pour le soignant le fait de travailler avec certains malades, accueillir de nouvelles émotions, devient épuisant. Ceci engendre une fatigue importante qui ne s'améliore pas au repos.

Il est possible de remarquer deux réactions opposées :

D'une part, des crises de larmes ou de colère et des refus d'agir.

D'autre part, un contrôle émotionnel et une froideur.

b. Dépersonnalisation ou deshumanisation : [48]

Le terme dépersonnalisation, doit être utilisé avec précaution du fait de la définition précise qu'il possède en sémiologie psychiatrique.

En psychiatrie, le terme dépersonnalisation représente un état psychoaffectif dans lequel la personne perd le sentiment de son identité, de sa propre réalité, et de la réalité de son corps. Cet état s'accompagne d'un sentiment d'étrangeté du monde extérieur et de la grande inquiétude.

Le terme anglais utilisé par Maslach, désigne un tout autre état psychoaffectif.

La dépersonnalisation ou la deshumanisation se caractérise par le développement d'une attitude impersonnelle, une sècheresse relationnelle s'appartenant au cynisme et l'indifférence.

Cette attitude deshumanise le malade « on soigne l'organe avant l'homme ».

Il s'agit d'un mode de protection de soi et de son intégrité psychique.

c. La diminution de l'accomplissement personnel : [48,49]

C'est une conséquence des deux premières, elle s'exprime par une insatisfaction au travail.

Ceci est vécu comme un douloureux échec personnel qui se traduit par une dévalorisation de soi, une démotivation voire un désinvestissement au travail, chez certaines personnes, on peut noter une attitude de fuite avec un absentéisme accru.

En effet, le burnout commence avec l'épuisement émotionnel, celui-ci entraîne la dépersonnalisation et, l'épuisement émotionnel réduit l'accomplissement personnel soit directement soit à travers la dépersonnalisation.



Figure 9 : Burnout chez un personnel de santé.

2) **Sémiologie non spécifique : [50,51]**

A côté de ces trois dimensions spécifiques du burnout, il existe de nombreux symptômes non spécifiques qui peuvent se traduire cumulativement de quatre manières sur le soignant, par des manifestations :

a. Physiques :

- Fatigue chronique.
- Troubles du sommeil.
- Douleurs musculo-squelettiques.
- Troubles somatoformes (palpitations, oppression thoracique, troubles gastro-intestinales, gastralgies voire ulcères etc).

b. Emotionnels :

- Perte du sens de l'humour.
- Tristesse.
- Indifférence affective.
- Irritabilité.
- Anxiété flottante.
- Sentiment d'impuissance.
- Sentiment de culpabilité.

c. Cognitifs et affectifs :

- Difficultés de concentration.
- Diminution du sentiment de compétence.
- Perte de motivation.
- Baisse de l'estime de soi.
- Frustration, anxiété et irritabilité.

d. Comportementaux :

- Fuite du travail.
- Retards répétés.
- Réduction des contacts interpersonnels (collègues, patients).
- Cynisme et l'indifférence.
- Manque de flexibilité.
- Addictions.
- Baisse de performance.



Figure 10: Burnout phénomène multisectoriel.

***Chapitre IV :
Instruments d'évaluation
du burnout***

Dans les années suivant l'introduction du burnout par Dr Fredenberger, les recherches ont permis l'élaboration d'un nombre important d'outils de mesure du burnout, dont les qualités métrologiques sont satisfaisantes.

Les principaux outils décrits dans la littérature sont :

1. MBI- Maslach Burnout Inventory :

Représente l'outil le plus employé pour la mesure du syndrome d'épuisement professionnel [52, 53, 54].

Le MBI est validé dans la population médicale [55] et en langue française [56].

Actuellement il existe trois versions du MBI : [57]

MBI-HSS / Human Services Survey : destinée aux professionnels d'aide.

MBI-ES/ Educatory Survey : destinée pour les professionnels de l'éducation.

MBI-GS/ General survey : destinée à l'ensemble des autres catégories de professionnels.

Pour le MBI-HSS découle du modèle de Maslach et Jackson en trois dimensions, et propose 22 items.

Chaque item est une affirmation sur laquelle les répondants doivent indiquer un niveau de fréquence coté sur une échelle de Likert en 7points. (0 correspond à la réponse « jamais » et 6 correspond à la réponse « chaque jour »).

-La dimension épuisement émotionnel : est évaluée par 9 items : questions **1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20** dans le tableau ci-dessous.

-**La dimension dépersonnalisation** : est évaluée par 5 items : questions **5, 10, 11, 15, 22** dans le tableau ci-dessous.

-**La dimension accomplissement personnel** : est évaluée par 8 items : questions **4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21** dans le tableau ci-dessous.

On parle d'un niveau « pathologique » du burnout pour au moins l'un des trois scores du MBI.

-Un niveau pathologique pour seulement l'un des trois scores définit un niveau **bas** du burnout.

-L'atteinte de deux scores sur trois peut être considéré comme un burnout **modéré**.

-Un niveau pathologique de 3 scores, ou un score élevé à l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation, et un score faible à accomplissement professionnel signifie un niveau **élevé** du burnout.

Le test de Maslach
Burn-out inventory (MBI test)

Les 22 phrases ci-dessous représentent des sentiments (ou des idées, des impressions) que l'on peut éprouver à propos de son travail.

Pour chaque sentiment (ou idée, ou impression), merci d'indiquer selon quelle fréquence vous l'avez ressenti au cours des derniers mois. Pour répondre, merci d'adopter le système suivant :

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

Pour chacun des items, la cotation se fait de la manière suivante :

Jamais	Quelquefois par an	Une fois par mois	Quelquefois par mois	Une fois par semaine	Quelquefois par semaine	Chaque jour
0	1	2	3	4	5	6

Tableau 3: la version française du MBI 'Maslach Burnout Inventory'.

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

Tableau 4: Interprétation des scores du burnout pour chaque composante.

2. BM- Burnout Measure ou BMS- Burnout Measure short version:[58]

Le Burnout Measure, ou BM, est un outil composé de 21 items, basé sur le modèle unidimensionnel de Pines et Aronson qui explore les trois niveaux de l'épuisement professionnel : physique, émotionnel et mental.

Cet outil a fait l'objet d'une validation et d'une traduction en langue française.

Il est présenté avec ses variables et son mode de calcul dans le tableau ci-dessous :

TABLE A-1
A Self-Diagnosis Instrument

You can compute your burnout score by completing the following questionnaire.

How often do you have any of the following experiences? Please use the scale:

1	2	3	4	5	6	7
Never	Once in a great while	Rarely	Sometimes	Often	Usually	Always

- _____ 1. Being tired.
- _____ 2. Feeling depressed.
- _____ 3. Having a good day.
- _____ 4. Being physically exhausted.
- _____ 5. Being emotionally exhausted.
- _____ 6. Being happy.
- _____ 7. Being "wiped out."
- _____ 8. "Can't take it anymore."
- _____ 9. Being unhappy.
- _____ 10. Feeling run-down.
- _____ 11. Feeling trapped.
- _____ 12. Feeling worthless.
- _____ 13. Being weary.
- _____ 14. Being troubled.
- _____ 15. Feeling disillusioned and resentful.
- _____ 16. Being weak and susceptible to illness.
- _____ 17. Feeling hopeless.
- _____ 18. Feeling rejected.
- _____ 19. Feeling optimistic.
- _____ 20. Feeling energetic.
- _____ 21. Feeling anxious.

Computation of score:

Add the values you wrote next to the following items:

1,2,4,5,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,21(A) _____.

Add the values you wrote next to the following items:

3,6,19,20(B) _____, subtract (B) from 32(C) _____.

Add A and C(D) _____.

Divide D by 21 _____ . This is your burnout score.

Copyright © 1980 Ayala Pines, Ph.D., and Elliot Aronson, Ph.D.

Tableau 5: le test de BM 'Burnout Mesure'.

- Si le score est entre 2 et 3, le soignant gère plutôt bien : la seule suggestion est de reprendre le questionnaire pour être sûr d'avoir été honnête dans vos réponses.
- Si le score est entre 3 et 4, il serait avisé **d'évaluer le travail et la vie en général** et de considérer de possibles changements dans les priorités.
- Si le score est supérieur à 4, le soignant est en burnout et il est essentiel qu'il prenait le problème en considération.
- Un score supérieur ou égal à 5 indique **un haut degré de burnout et un besoin d'aide immédiate.**

Bien qu'ayant des qualités psychométriques satisfaisantes, le BM est moins utilisé que le MBI.

3. SMBM-Shirom Melamed Burnout Mesure :

Cet outil offre une alternative aux deux outils précédents. Il est composé de 14 items, qui explorent trois dimensions : fatigue physique (6 items), épuisement émotionnel (3 items) et lassitude cognitive (5 items).

Il est traduit et validé en langue française.

Cependant, cet outil souffre d'une utilisation trop rare dans la littérature.

How Do You Feel at Work?

1. I feel tired.
2. I have no energy for going to work in the morning.
3. I feel physically drained.
4. I feel fed up.
5. I feel like my 'batteries' are 'dead'.
6. I feel burned out.
7. My thinking process is slow.
8. I have difficulty concentrating.
9. I feel I'm not thinking clearly.
10. I feel I'm not focused in my thinking.
11. I have difficulty thinking about complex things.
12. I feel I am unable to be sensitive to the needs of coworkers and customers.
13. I feel I am not capable of investing emotionally in coworkers and customers.
14. I feel I am not capable of being sympathetic to co-workers and customers.

1= Never or almost never.

2= Very infrequently.

3= Quite infrequently.

4= Sometimes Quite.

5= frequently Very.

6= frequently. 7=Always or almost always

physical fatigue (1-5), emotional exhaustion (6-8), and cognitive weariness (9-12)

Tableau 6: le test de SMBM 'Shirom Melamed Burnout Mesure'.

4. CBI : Copenhagen Burnout Inventory :

Selon les auteurs du CBI (l'Inventaire de Burnout de Copenhague), au regard de certains nombre de limites qui présente le MBI, ont souhaité développer un nouvel inventaire du burnout, ils veulent évaluer la composante centrale d'après eux du burnout qui est : le sentiment de fatigue et d'épuisement.

Cette échelle est constituée de trois sous-échelles :

L'épuisement personnel (6 items).

L'épuisement professionnel (7 items).

L'épuisement relationnel (6 items).

Chaque item est une affirmation sur lequel le répondant doit indiquer un niveau de fréquence : très faible, faible, moyen, élevé ou très élevé.

-Si le score n'est élevé que pour une seule de ces dimensions, il se peut que le problème soit plutôt ponctuel. Il est néanmoins indiqué d'essayer de le comprendre et de le résoudre avant qu'il n'envahisse d'autres sphères de la vie privée et/ou professionnelle.

-Un score élevé dans deux dimensions ou dans les trois, indique un état du burnout préoccupant qui demande une attention urgente.

- 1 - Je suis fatigué(e).
- 2 - Mon travail m'épuise à un degré.
- 3 - Travailler avec les clients m'est difficile à un degré.
- 4 - Je suis physiquement épuisé(e).
- 5 - Mon travail me frustre à un degré.
- 6 - Je suis émotionnellement épuisé(e).
- 7 - Je me dis que je n'en peux plus.
- 8 - Mon travail est émotionnellement épuisant à un degré.
- 9 - Je me sens vidé(e) à la fin d'une journée de travail.
- 10 - Le travail avec les clients me fatigue.
- 11 - En me levant, je me sens déjà épuisé(e) à l'idée d'une autre journée de travail.
- 12 - Travailler avec les clients est frustrant à un degré.
- 13 - Chaque heure de travail me paraît éprouvante.
- 14 - Je manque d'énergie dans les activités de loisir avec ma famille et mes amis.
- 15 - Travailler avec les clients m'épuise à un degré.
- 16 - Je me sens vidé(e).
- 17 - Considérant tout ce que fais pour les clients, leur retour me déçoit à un degré.
- 18 - Je me sens faible et susceptible de tomber malade.
- 19 - Je me demande combien de temps je tiendrai encore dans ce travail avec les clients.

Tableau 7: le test de CBI 'Copenhagen Burnout Inventory'.

5. AWLS : Areas of Work Life Survey :

L'idée derrière le développement de cette échelle est l'environnement de travail joue un rôle déterminant dans les relations qu'un individu développe au travail.

Cet outil mesure trois domaines au niveau du travail et qui jouent un rôle majeur dans le bien-être des individus:

- La charge du travail.
- Le contrôle sur la façon de travailler.
- La reconnaissance.

6. OLBI : the Oldenburg Burnout Inventory :

L'OLBI mesure les deux dimensions fondamentales du burnout, que sont l'épuisement émotionnel et le désengagement de travail. Celles-ci constituant l'élément principal du burnout. [59]

Ce qui différencie l'OLBI du MBI, c'est que les sous-échelles d'OLBI comportent toutes deux à la fois des items formulés négativement et des items formulés positivement.

L'OLBI couvre les aspects affectifs, physiques et cognitifs du burnout, contrairement au MBI qui s'intéresse surtout à l'aspect affectif.

Chapitre V :
Concepts annexes

Le burnout ne fait actuellement pas l'objet d'un diagnostic consensuel dans les classifications médicales de référence qui sont : la Classification Internationale de Maladies (CIM-10) de l'organisation mondiale de la santé, et le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-V) de l'association américaine de psychiatrie.

En revanche, le burnout est défini comme un syndrome qui regroupe un ensemble des signes cliniques et de symptômes qui apparaissent progressivement chez l'individu sans pour autant faire référence à un élément causal dans sa définition. [60]

Des concepts annexes au burnout ont des éléments en commun, peuvent parfois prêter à confusion :

1. Stress au travail et burnout :

Le stress est un phénomène complexe, identifié depuis plus d'un demi-siècle, il est l'objet de nombreuses études scientifiques essentiellement dans le champ de la médecine.

Il ne faut pas oublier que la réaction de stress n'est pas pathologique en elle-même, elle représente un processus indispensable d'adaptation (tant biologique que psychologique) de l'individu à l'environnement, quand celui-ci devient plus difficile.

Pour le psychologue américain Richard Lazarus, cité par Paulhan, un individu est en état de stress lorsque < la demande au travail dépasse ses ressources adaptatives >. [61]

Le stress donc n'est pas une maladie mais une réaction d'adaptation normale de notre organisme pour faire face aux différentes menaces et aux contraintes de notre environnement. [62,63]

Le burnout est parfois considéré comme une forme particulière de stress prolongé. [64]

Stress au travail	Burnout
<p>-conséquence d'un déséquilibre entre les contraintes du travail et les ressources pour y faire face. En lien avec l'exposition aux facteurs de risque psycho-sociaux. Le sens du travail n'est pas forcément remis en cause.</p> <p>-Deux notions (stress aigue, stress chronique).</p> <p>-Peut toucher tout type de travailleur.</p> <p>-Pas forcément accompagné des attitudes négatives envers les autres (cynisme, indifférence).</p>	<p>-rôle important des conflits de valeur (sens du travail, qualité empêchée...) dans l'apparition du syndrome.</p> <p>-Est la conséquence d'une exposition a une conjonction de facteurs de risque psycho-sociaux sur une longue durée qui ne permet plus de faire face.</p> <p>-Touche d'avantage les personnes qui accordent beaucoup d'importance à leur métier.</p> <p>-Cynisme et comportements négatifs envers les collègues, les patients...</p>

Tableau 8: Tableau comparatif entre stress et burnout.

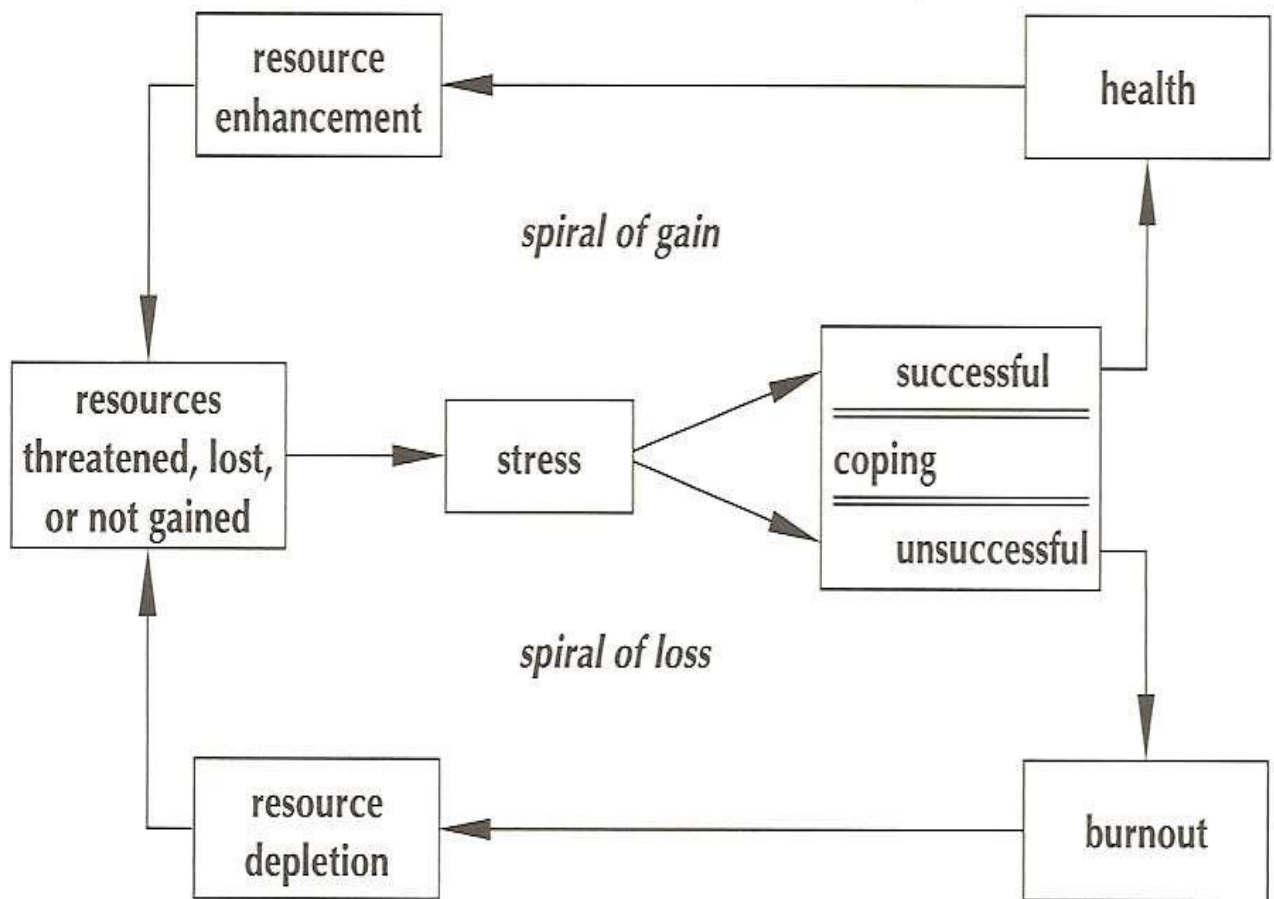


Figure 11: Théorie de la conservation des ressources d'après Hobfoll. [65]

2. Dépression et burnout :

Il s'avère nécessaire de différencier la dépression de l'état dépressif. Pour ce dernier, il est généralement passager et n'entraîne aucune modification du comportement.

Quant à la dépression, il s'agit d'une maladie psychosomatique, évolutive, qui se caractérise par un polymorphisme clinique dont la forme typique contient la triade symptomatologique :

- Humeur dépressive : tristesse pathologique, douleur morale, pessimisme, auto-dévalorisation, anhédonie ...
- Ralentissement psychomoteur/ bradypsychie.
- Signes somatiques : asthénie, troubles du sommeil, douleurs diverses (dorsales surtout).

Depuis les premières définitions du burnout, la distinction entre burnout et dépression fait débat.

Le burnout se différencie de la dépression au sens où il s'exprime en 1^{er} lieu dans **la sphère professionnelle**, Ce n'est pas le cas de la dépression, qui s'étend à tous les domaines de la vie et nécessite un traitement plus globaliste.

Pour Dr Fredenberger, la dépression est souvent associée à une culpabilité, alors que le burnout est plutôt associé à la colère.

Il affirme aussi que le burnout est, au moins, à sa phase initiale, lié uniquement au travail. [66]

Schaufeli suggère que le burnout mène à la dépression. [67]

Le diagnostic de dépression décrit donc ‘un état’ de l’individu alors que le burnout permet de décrire ‘un processus’ de dégradation du rapport subjectif au travail.

Dépression	Burnout
<p>-Épuisement émotionnel et humeur dysphorique (changeante, instable).</p> <p>-Etendue à tous les aspects de la vie et pas seulement au travail.</p> <p>-Caractérisée par une perte du gout des choses et de la vie.</p> <p>-Plus faible estime de soi, défaitisme, moins grande vitalité.</p> <p>-les antécédents de dépression peuvent favoriser l’apparition du burnout.</p>	<p>-épuisement émotionnel et humeur dysphorique.</p> <p>-lié spécifiquement au travail.</p> <p>-Conservation du gout des choses dans les aspects de la vie autres que le travail.</p> <p>-Estime de soi et réalisme plus grands, vitalité plus forte, que pour la dépression.</p> <p>-Le burnout peut se compliquer en dépression.</p>

Tableau 9: Tableau comparatif entre dépression et burnout.

3. Fatigue chronique et burnout :

La fatigue chronique se définit par une fatigue intense, évolutive dans le temps associée aux signes somatiques dominés par les douleurs articulaires et musculaires.

Le diagnostic de la fatigue chronique repose alors sur des signes somatiques francs, tandis que celui du burnout s'appuie, au moins au début, sur des signes psychologiques.

L'origine de la fatigue chronique n'est pas nécessairement liée au travail.

Néanmoins, il apparaît que les personnes souffrant de fatigue chronique remplissent les critères du burnout dans 50 % des cas. [68]

Fatigue chronique	burnout
-Fatigue générale, physique. -Apparait suite à une tension psychique ou un stress de longue durée. -Pas d'origine systémique dans le travail.	-La fatigue émotionnelle est associée aux deux autres composantes : dépersonnalisation et perte de l'accomplissement personnel au travail. -Apparait suite à une tension psychique ou un stress de longue durée. -lié au travail.

Tableau 10: Tableau comparatif entre fatigue chronique et burnout.

4. Addiction au travail/ Workaholisme et burnout :

Il ne faut pas confondre le burnout avec l'addiction au travail.

Les personnes dépendantes au travail, incapables de s'en détacher psychologiquement, travaillent de manière compulsive et consacrent beaucoup de temps au travail. Elles fournissent un travail qui dépasse ce qui est attendu de leur part, au point que leur vie privée s'en trouve affectée.

La triade du 'workaholisme' est : un investissement fort, se sentir poussé à travaillé et un plaisir au travail.

Dans le 'workaholisme' contrairement au burnout, les ressources ne sont pas épuisées, mais, pour ces personnes très investis, un changement brutal dans leur environnement du travail, une remise en cause de leurs compétences ou un échec cuisant, peuvent entraîner une érosion de leurs ressources et les faire basculer dans un burnout. [69,70]

Addiction au travail/ workaholisme	Burnout
-Les 'workaholiques' passent énormément de temps au travail, ils sont réticents à se distancier ou se désengager de leur travail. -Peut notamment conduire au burnout car l'implication excessive dans le travail peut épuiser les ressources.	-Le burnout touche les personnes qui ont de fortes attentes envers leur travail, ce qui est déterminant pour elles, c'est le métier et le sens donné au travail. -Le burnout n'est pas nécessairement consécutif au 'workaholisme'.

Tableau 11: tableau comparatif entre burnout et addiction au travail.



Figure 12: burnout phénomène contagieux.

Chapitre VI :
Les étapes du burnout

Le burnout est insidieux dans la plupart des cas, et il peut être décrit, dans la plupart du temps en 4 phases successives : [71,72]

1. Enthousiasme :

L'épuisement émotionnel commence par un enthousiasme idéaliste caractérisé par des grands espoirs, des attentes irréalistes et une énergie illimitée.

Il s'agit d'une allure qui caractérise le débutant, plein d'énergie dont le travail représente toute sa vie et il dépense son énergie de façon excessive et souvent inefficace.

2. La stagnation :

Une stagnation s'installe, le travail commence à perdre son aspect primordial et ne paraît plus intéressant ou excitant.

Même le fait de consacrer plus d'effort, de temps et d'énergie, ceci ne produit pas les résultats espérés.

3. La frustration :

C'est à ce moment-là que se développent les troubles physiques, émotionnels et comportementaux du burnout déjà cités.

Le soignant vit alors une période de désillusion pendant laquelle il commence à douter de lui et de ses compétences et s'interroger sur la pertinence et la valeur de son métier.

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

A cette étape-là s'installe les problèmes de santé que le soignant essaye de s'auto-traiter soit par les médicaments ou par d'autres substances (alcool, drogues...).

4. L'apathie :

Au cours de l'apathie, le soignant travaille en fournissant le minimum d'effort, tout en reconnaissant qu'il a besoin de ce travail pour des raisons purement économiques.

A cette étape, l'individu « brulé », a besoin de soins spécialisés, car s'elle se prolonge, il risque de conduire à une dépression majeure.

Cette phase d'apathie mettrait du temps à s'installer et elle se dissiperait également lentement.

Parmi toutes les étapes du burnout, l'apathie serait la plus difficile à surmonter.

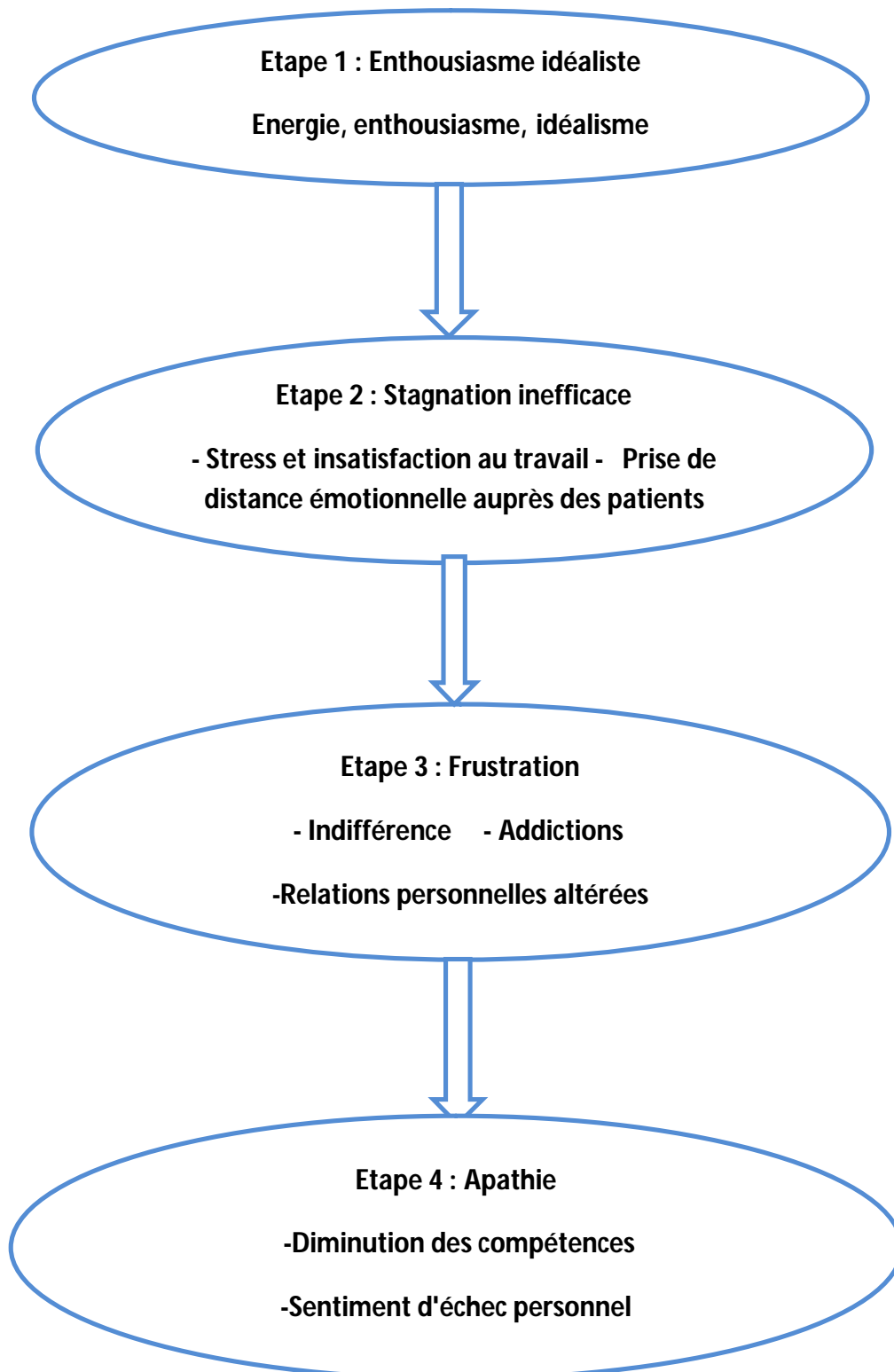


Figure 13: Schéma récapitulatif des étapes d'installation du burnout.

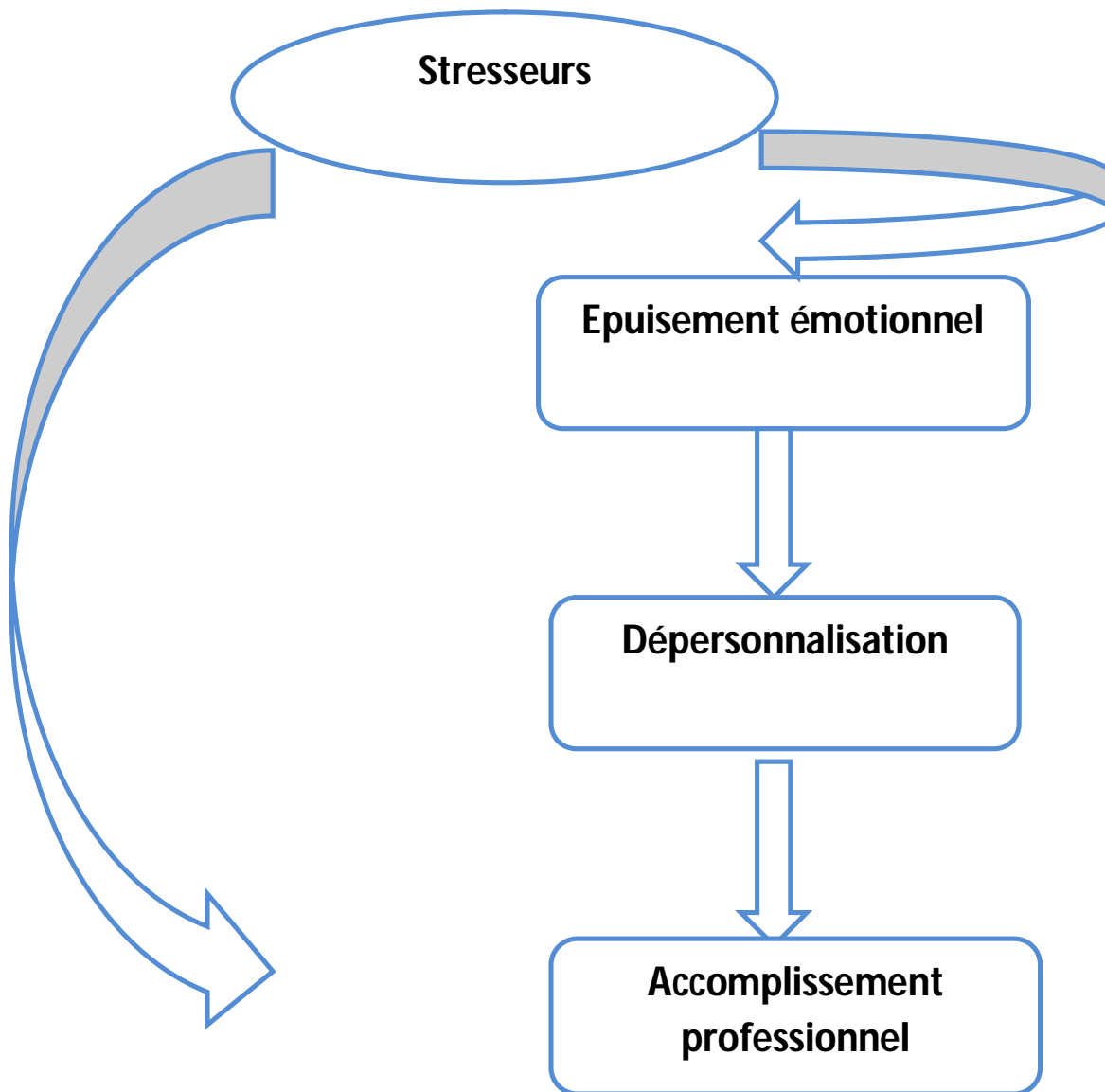


Figure 14: les trois dimensions du burnout selon le modèle de Maslach et Jackson.

Chapitre VII :
Les facteurs de risque
du burnout

Nous avons choisi de parler dans ce chapitre des facteurs de risque du burnout en particularité **en milieu d'anesthésie-réanimation** :

Pour **les facteurs externes**, il s'agit surtout de :

1. Fatigue chronique : [73]

Dans la plupart des études menées auprès des médecins réanimateurs, l'organisation et la charge de travail apparaissent comme des facteurs de risque de développer un burnout [74, 75, 76].

Ainsi dans une enquête réalisée auprès des réanimateurs français, a montré que le nombre de gardes effectuées par mois, le fait d'avoir été de garde la veille de l'enquête et un délai important depuis la dernière semaine de congé sont corrélés à la présence d'un degré élevé du burnout.

2. Conditions de travail : [77]

On peut citer :

- L'absence de contrôle en terme de planification choisie de ses activités, ce qui gêne la vie familiale, sociales, loisirs et le temps pour se détendre et s'alimenter.
- La réduction ou la perte de l'autonomie sur le temps est mal toléré et est donc perçue comme un facteur de stress surajouté.
- La présence obligatoire au sein des services pour assurer une continuité des soins, même sans activités importantes prévues.
- Un volume de travail excessif associé à une lourdeur des responsabilités attribuées, telle que la sollicitation pour l'enseignement et la recherche.
- L'augmentation des attentes du public, à savoir des patients, de leurs familles mais aussi de la société.

3. Relation avec les autres soignants : [73]

L'Anesthésie-réanimation est connue comme une spécialité en interface avec presque tous les autres services ou spécialités, ce qui multiplie les zones de tension psychologique. Ce qui n'est pas le cas avec d'autres spécialités qui sont en interaction faible, ou indirecte, avec les autres services.

L'existence de conflits entre médecins réanimateurs ou avec les infirmiers de l'équipe est un facteur de risque indépendant du burnout.

Cependant, La bonne qualité des relations professionnelles apparaît, à l'inverse, comme un facteur protecteur.

4. La confrontation avec la mort : [78,79]

Le contact permanent des soignants avec la mort n'est pas seulement une rencontre, il renvoie aussi à deux sentiments: la culpabilité et la douleur.

Au niveau des unités où les décès sont fréquents s'installe ce qu'on appelle le désespoir thérapeutique.

Les paramètres liés aux patients (le fait de prendre des décisions de limitation ou d'abstention thérapeutique LATA ou de prendre en charge des patients en fin de vie), étaient une source de conflits et de majoration du stress au sein des équipes soignantes.

Dans une enquête française réalisée en 2005, parmi les facteurs de risque identifiés pour développer un burnout étaient le jeune âge du répondeur, l'existence de conflits avec les patients, et surtout le fait de se charger d'un patient en fin de vie et le nombre de décisions de LATA prises durant la semaine précédant l'enquête [80].

Ces facteurs de risque sont retrouvés chez les infirmiers plus que les médecins réanimateurs [81].

Il existe une association significative entre la réalisation de soins perçus comme futiles et la présence d'un degré élevé d'épuisement émotionnel [82].

5. Les facteurs internes/ liés au soignant : [83]

Dans le burnout, les facteurs psychiques sont décisifs. Ils concernent notamment la conception et l'attitude par rapport au travail.

Voici quelques éléments dont certains sont observés chez les victimes du burnout :

a) Le travail poussé à outrance :

Les candidats au burnout sont exigeants envers eux-mêmes et ils ont le sentiment que s'ils échouent à accomplir quelque chose, ils ne valent rien.

Pour eux, l'idée de se reposer ou de se relaxer apparaît comme une perte de temps, sous-tendue par la peur du vide.

b) Le désir de satisfaire à 'tout le monde' :

Ce profil intéresse les personnes qui ne savent pas dire non parce qu'elles ont besoin de satisfaire et plaire à tout le monde pour avoir le sentiment d'exister.

En effet, lorsqu'il s'agit de prendre soin de soi et de subvenir à ses besoins, est indispensable pour maintenir un certain équilibre.

c) Le sentiment d'autocritique trop exagéré :

Ces candidats prédisposés à l'autocritique ressentent souvent de la nervosité et la culpabilité si leur travail n'est pas optimal.

Ils travaillent sans prendre le temps d'apprécier de ce qui a été accompli. Le résultat n'est jamais assez bon pour eux.

Certes, pour devenir médecin, il faut avoir une bonne dose d'idéalisme et une sensibilité particulière à la souffrance humaine, mais ces qualités exagérées pourraient devenir des handicaps à une carrière réussie et augmenter le risque de développer un burnout.



Figure 15: soignant qui tombe malade.

Chapitre VIII : Conséquences du burnout

Les conséquences du burnout sont nombreuses tant au niveau individuel, qu'interindividuel et collectif. [84]

1. Conséquences individuelles pour le soignant :

a) Qualité du sommeil :

L'existence des troubles de sommeil intéresse tous les personnels de santé : médecins anesthésistes-reanimateurs, médecins en formation, infirmiers... [85,86]

Le développement de ces troubles, serait lié à la restriction et la fragmentation du sommeil qui résulte en un sommeil plus court, moins satisfaisant et peu réparateur, créant une dette de sommeil cumulative.

Si quatre heures de sommeil en garde semblent préserver une certaine synchronisation des rythmes circadiens, en revanche, la répétition des gardes la compromet. [87]

Plusieurs études ont montré l'impact du travail à horaires décalés sur la santé.

Dans une enquête faite au Maroc en 2012 auprès des personnels d'anesthésie-réanimation de quatre hôpitaux universitaires [23] , a objectivé que 59,7 % des praticiens se plaignaient de troubles du sommeil et 43,3 % de manifestations neurovégétatives (palpitations et céphalées), et pour une autre faite en 2014 au sein de service de la réanimation au CHU de Fès, pour 91 soignants a montré que 51.6% des soignants se plaignaient de troubles du sommeil et 38.6% présentaient des manifestations neurovégétatives à type de palpitations et de céphalées(...) [88]

Les données suggérant un accroissement de la mortalité et la morbidité des médecins anesthésistes-réanimateurs par rapport aux autres spécialités médicales [89] sont très contestées. [90]

[91] Le travail à horaires décalés entraîne une augmentation du risque cardiovasculaire, d'insulinorésistance, d'ulcère gastrique, ou encore de syndrome métabolique.

En plus du manque de sommeil, ils sont également victimes de dépression et d'accidents liés à la somnolence. Ces risques ont été corrélés à la longueur et la répétition des périodes de garde. [92]

b) Conduites addictives :

Dans la littérature, il est surtout noté que la consommation de psychotropes est la conséquence d'un burnout élevé. [93,94]

Leur consommation peut-être un moyen d'évasion ou d'atteinte pour mieux supporter sa souffrance.

Ainsi le soignant exposé à un stress professionnel chronique est capable de résister plus longtemps sans résoudre le problème surtout en milieu de réanimation vu l'accessibilité de ces substances en auto-prescription.

Mais il arrive un temps où ces remèdes fictifs deviennent inefficaces, le soignant se retrouve alors dans un stade de burnout beaucoup plus avancé.

Pour la consommation des drogues, Dr Max André Doppia a trouvé des indices pour détecter chez un médecin anesthésiste-réanimateur, une toxicomanie. [95] Tels que les sorties de salles fréquentes et inexplicables, le désir de travailler systématiquement seul « syndrome de la porte fermée », baisse inexplicable des performances, horaire de travail qui sont manifestement excessifs (dépassent 50 heures).

Dans une étude réalisée par Doghmi et Al auprès des personnels d'anesthésie-réanimation marocains en 2012, a objectivé que 60,68% des soignants avaient développé des conduites addictives, 33,4 % avaient développé des conduites addictives aux aliments, suivies par le tabac 17,6 %, puis par les psychotropes 5,2 %, 3,8 % avaient tendance à se tourner vers l'alcool et 0,7 % vers la drogue. [25]

Et pour une autre étude faite au sein du CHU de Fès auprès des personnels de la réanimation en 2014 a objectivé que 48.3% des soignants avaient développé des conduites addictives, 16.5% avaient une tendance à se retourner vers le tabac, dont 2.2% se retourne vers l'alcool, 1.1% vers la drogue. [88]

c) Tentatives de suicide :

Un burnout élevé peut conduire à des conduites addictives, des dépressions, une sensation de mal-être, voire même des tentatives de suicide.

La plupart des études ont mis en évidence la présence d'un lien significatif entre le burnout et les idées suicidaires.

L'étude britannique Ross Coomber et Al réalisée en 2002, a objectivé un pourcentage de 3,2% des idées suicidaires chez les médecins anesthésistes-réanimateurs. [96]

Une étude norvégienne a montré une augmentation du taux de suicide chez les médecins par rapport aux autres professionnels de santé tels que les infirmiers. [97]

Doghmi et Al en 2012 a objectivé un pourcentage de 2,1 % des personnels d'anesthésie-réanimation qui ont eu des pensées suicidaires. [25].

L'enquête faite au sein du CHU de Fès en 2014 a objectivé qu'une personne (1,1%), des personnels de la réanimation, avoue avoir déjà eu des pensées suicidaires. [88]

En France, Dr Yves Leopold va conclure lors de son enquête en 2003 que les médecins les plus à risque par rapport au suicide sont : les médecins femmes, psychiatres, généralistes, anesthésistes et ophtalmologistes. [98]

Cependant, les résultats concernant le suicide des médecins selon la spécialité sont à interpréter avec prudence en raison du nombre d'études encore insuffisantes et les échantillons faibles.

Néanmoins, on reconnaît un niveau élevé de stress chez les psychiatres et l'accès particulièrement aisé des médecins anesthésistes-réanimateurs à des substances létales.

2. Conséquences sur le patient :

La baisse de la qualité des soins offerts est la plus redoutable des conséquences délétères du burnout. Un médecin réticent ou souffrant ne peut être un bon médecin.

Un degré élevé du burnout influence les performances au travail, la qualité des soins prodigués et la satisfaction des patients.

Deux aspects lui sont accordés : la dépersonnalisation et le taux d'erreurs plus important, occasionnant ou non la mort.

Dans la pratique anesthésique, la fatigue a été incriminée dans 83 % des accidents liés à la sécurité des patients [99] et dans 95 % des accidents impliquant une défaillance matérielle. [100]

Ainsi, le risque d'une brèche dure-mérienne au cours de la réalisation d'une anesthésie péridurale est augmenté d'un facteur de six entre 19 heures et 8 heures du matin. [101]

L'étude de Shanafelt réalisé en 2012 auprès de résidents de médecine interne avait montré une relation entre un degré élevé de dépersonnalisation et la survenue d'erreurs de prescription et de mauvaises pratiques médicales. [102]

Toutefois, les données de la littérature sont pour le moment insuffisantes pour démontrer un lien entre fatigue et mise en danger des patients, il est impossible donc d'affirmer qu'il existe un lien entre fatigue des médecins et mortalité des malades. [103]

3. Conséquences sur l'activité professionnelle :

Si certains s'efforcent de continuer à travailler et fuient leur stress par des conduites addictives, d'autres optent pour un comportement d'évitement en fuyant la source de stress en cause.

Ceci peut se traduire soit par un désinvestissement, un absentéisme, des arrêts de travail répétés ou alors par une décision de tout quitter par demande de mutation ou bien abandon de poste.

En conséquence, l'activité du service et la charge de travail augmente exposant leurs collègues, qui se trouvent ici obligés de les remplacer à un risque de Burnout croissant [104] : d'où le caractère « contagieux » du burnout décrit par plusieurs études.

L'absentéisme a été décrit par Lebar [105] comme étant une maladie de la société moderne, une inadaptation dont l'arrêt de travail n'est d'ailleurs que l'une des manifestations.

Jardelier [106] le considère comme un mécanisme de compensation à la fatigue accrue par une charge de travail croissante. Une fois que l'équilibre de l'individu est rompu, l'absentéisme reste la seule échappatoire.

En effet, divers auteurs ont signalé l'existence de lien entre d'une part le burnout et d'autre part les retards, les interruptions fréquentes du travail et l'absentéisme.

Un fort taux de burnout a également des conséquences financières secondaires à l'arrêt de travail, dans le cadre d'incapacité temporaire ou de pension d'invalidité permanente.

L'efficacité au travail diminue et peut mener à l'incapacité de travailler et à des congés de maladie répétés. [107]

Le désir de reconversion avoué par le personnel soignant est aussi une conséquence du burnout [108,109].

Une étude menée en France par Dr Nathalie Embriaco, médecin anesthésiste, en 2007 a trouvé que 50% des médecins présentant un burnout sévère et complet avaient avoués leur désir de quitter la profession.

Dans l'enquête Doghmi et Al. , 6,2 % les répondants s'absentaient de plus en plus fréquemment et le désir de mutation ou de reconversion venait à l'esprit de 39,3 % d'entre eux. [25]

Chapitre IX : Solutions thérapeutiques

La littérature suggère, d'astuces, de conseil et des recommandations dédiés à 'immuniser' l'individu contre le burnout et ses conséquences.

La plupart des recommandations thérapeutiques citées dans la littérature privilégient essentielles le rôle préventif et la sensibilisation du soignant a ses habitudes de vie professionnelle et personnelle, ainsi que de limiter la place occupée par le travail dans sa vie.

L'aveu de cet épuisement est ressenti comme un signe de faiblesse, la lutte contre le burnout est vécue comme un défi que beaucoup de soignants sont fiers de réussir à relever. [110]

L'enquête Sesmat révèle que seulement 15% des anesthésistes-réanimateurs présentant un degré élevé du burnout, sont conscient de leurs troubles. [31]

Le traitement vise alors, à développer un nouvel équilibre entre les 'dépenses' personnels et 'les revenus' personnels et professionnels. [111]

Les différentes stratégies thérapeutiques sont :

1. Mesures reliées au secteur de travail :

Une organisation favorable du travail, avec :

- Une planification des taches avec une répartition préalable des rôles.
- Bonne gestion du service et bonne organisation du déroulement des différentes activités.
- Une répartition de l'effectif en fonction des besoins réels.
- Une bonne gestion des conflits.
- Une bonne gestion du temps.

En ce qui concerne la gestion des gardes :

- Interdiction des gardes de 48h, opté plutôt pour celles de 12h avec un effectif suffisant.
- Récupération post garde.

Une approche de l'ergonomie des sites du travail, en assurant : [73]

- une dotation suffisante en matériels ainsi qu'en personnels.
- Supports scientifiques mis à la disposition des soignants pour éviter le stress devant les cas complexes.
- Formation spécifique au sujet de la prise en charge du versant psychique des patients.
- un confort dans le travail : salle de repos équipe, repas équilibrés..
- pour les anesthésistes, l'utilisation de musique en salle d'opération semble être utile pour réduire le stress.
- le bruit réduit la concentration des soignants.

2. Mesures centrées sur le soignant :

a. Au niveau personnel : [111]

- Des exercices réguliers de décontraction et des thérapies corporelles sont également des éléments thérapeutiques pertinents, étant donné qu'ils favorisent la relaxation profonde, qu'ils promeuvent la perception du corps (ou conscience corporelle), le plus souvent réduite en cas de stress, et qu'ils intensifient ainsi le processus d'une nouvelle prise de conscience de soi-même et des propres ressources.
- Savoir s'accorder des moments de détente sans culpabilité.

- Devenir plus sensible à ses limites, ses capacités et savoir écouter son corps.
- Planifier de nouveaux espaces de récupération, réservés à des activités physiques, des randonnées dans la nature, des hobbies, des contacts sociaux et autres.
- S'accepter tel qu'on est, avec tous les défauts : l'estime personnelle ne doit pas dépendre de l'avis des autres.
- Apprendre à définir des objectifs réels et éviter le perfectionnisme.

b. Au niveau familial: [111]

Les soignants les plus heureux seraient ceux qui passent les plus grands nombres d'heures avec leur enfants, parents et les proches.. Ceux qui ont une vie intérieure solide et qui profitent le plus de leurs vacances.

c. Au niveau social : [111]

Le soignant est appelé à :

- Maintenir et avoir des relations amicales.
- Intégrer dans des associations non professionnelles qui peuvent lui apporter des gratifications importantes au chemin du renouvellement.
- Il est conseillé d'inciter les sujets souffrant d'un burnout à faire régulièrement des exercices d'attention en groupe pouvant être complétés par des exercices individuels.

Simple à transmettre, peu exigeante et efficace, la méthode MBSR de réduction du stress fondée sur la pleine conscience (Mindfulness-based Stress Reduction) [9, 10] se prête très bien à cet usage.

d. Rôle de la psychothérapie ou la psychanalyse : [112]

Si le soignant souhaite un changement plus radical et désire s'interroger sur ses choix, une psychothérapie est alors indiquée.

La psychothérapie aide à identifier les causes du burnout, à proposer les mesures à prendre pour changer la situation (réorganisation, remise en perspective, définition d'objectifs plus réalistes, apprentissage de techniques de gestion du stress, etc.), à reconnaître ses limites et à prendre en compte ses vrais besoins.

Les techniques de type thérapie comportementale et cognitive sont particulièrement indiquées dans le traitement du burnout.

Ce travail de courte ou moyenne durée peut être suivi d'un travail psychanalytique pour tenter d'identifier les conflits personnels inconscients pouvant prédisposer une personne au burnout.

Lorsque le burnout est responsable de troubles dépressifs, un traitement antidépresseur peut-être associé au traitement psychothérapeutique.

3. Mesures reliées aux secteurs personnels :

a. Parler de son malaise :

La communication à travers la mise en place de groupes de parole dans les services, dont le but est de réunir les soignants désireux de s'exprimer sur une situation et de permettre un temps d'échange. [113]

Ce partage animé par un intervenant (un psychiatre ou un psychothérapeute le plus souvent), doit avoir plusieurs objectifs. Outre la communication centrée sur la concertation, la réflexion et la circulation de l'information, ce partage offre la possibilité d'évoquer les difficultés professionnelles et d'éviter que les situations difficiles ne se transforment en problème personnel. [71]

b. Le travail en équipe :

L'établissement de relations d'entraide permet de constituer une forme de réseau de soutien, d'échange, et de savoir faire émerger l'âme d'une équipe en s'appuyant sur des valeurs et objectifs communs.

Il est important de mentionner que c'est la cohésion du groupe qui permet d'améliorer l'efficacité professionnelle.



Figure 16: Et vous docteur comment ça va?

Chapitre X :
Solutions préventives

Au sein de la littérature les solutions préventives se répartissent selon deux grandes modalités : des interventions dites individuelles ayant une action sur les facteurs/ressources internes aux soignants et des interventions dites organisationnelles basées sur les facteurs externes aux soignants.

On décrit trois types de prévention :

1. Prévention primaire :

Destinée à prévenir l'installation du burnout et agir sur ces sources ainsi que favoriser la communication [114] tel que :

- la diminution de la charge du travail.
- L'adaptation de l'effectif à l'activité du service.
- Interdire les gardes de 48 heures avec récupération post-garde et amélioration des conditions de garde.
- Amélioration de la formation en assurant un encadrement des médecins en formation et la formation continue du personnel.
- Organisation du travail avec une planification et une bonne répartition des tâches.
- Motivation morale, financière et sociale du personnel :
 - Sur le plan financier : une augmentation de salaires, , un «13ème mois », des primes, le paiement en fonction des heures de travail, la rémunération des gardes.
 - Sur le plan social :
 - Création de clubs et organisation de sorties, des voyages ou des journées sportives pour renforcer les relations humaines.

- Amélioration de l'ambiance au travail, meilleure communication au sein du service.
- Consacrer un jour par mois ou par semaine pour discuter les problèmes du service et du personnel, favoriser l'esprit de l'équipe et exiger le respect de tous ses membres.

3. Prévention secondaire :

Le burnout est ici en cours de l'installation et l'intervention se fait par la diminution du stress ressenti et vécu par le soulagement et le soutien apporté à l'intéressé afin qu'il puisse y faire face et à mieux s'adapter à ces différents moyens :

- Améliorer la formation médicale, et ceci pour une meilleure gestion des moments de stress par exemple par des séances de simulation ou bien par apprentissage de gestion du temps ou du management.
- L'hygiène de vie : faire du sport, manger sainement.
- Les loisirs.
- Participation à des groupes de parole :

Les groupes « Balint » :

Crées en 1968 par Dr Michel Balint (psychiatre Hongrois) et dont le but est de comprendre les interactions et les difficultés de la relation médecin/patient et d'utiliser cette compréhension thérapeutique à des fins thérapeutiques.

La participation au groupe Balint permet au praticien de prendre du recul sur sa pratique et a prouvé son efficacité dans la diminution de la souffrance du médecin.

Ces groupes de parole sont formés par dix à quinze médecins animés par des psychanalystes formés à cette méthode et qui discutent de la relation médecin-malade à travers des études de cas sous forme de jeux de rôles, enregistrement vidéo... [115, 116, 117]

Cette méthode était très bénéfique en termes d'accomplissement personnel et meilleure gestion du stress.

Groupe de pairs :

Ce sont des groupes de praticiens d'une même discipline qui se réunissent régulièrement pour partager, comparer et analyser leurs pratiques à travers des cas cliniques aléatoires.

La différence avec les groupes « Balint » c'est l'absence de l'expert psychanalyste et l'absence de hiérarchisation.

Le « Counseling » ou psychologie de l'orientation :

C'est une relation entre une personne qui tente d'aider une autre à comprendre et à résoudre des problèmes auxquels il doit faire face.

Une étude en Norvège intéressant 227 médecins atteints du burnout, a noté une nette diminution du niveau d'épuisement émotionnel après une année de suivi avec baisse du nombre de congés de maladie et le nombre d'heures effectuées par semaine. [118]

Une enquête menée par l'université de Pittsburg entre septembre 2010 et 2012 qui a permis de mettre en évidence, que faire des programmes d'étude concernant le bien-être des médecins basé par des petits groupes d'une heure toute les deux semaines permettrait d'améliorer le bien-être du médecin avec une amélioration nette des trois composantes du burnout. [119]

4. Prévention tertiaire :

Ressort du traitement curatif et non préventif, c'est-à-dire au moins d'éviter l'aggravation du personnel déjà atteint, par une prise en charge médicale, psychologique et psychiatrique.

En réanimation, certains facteurs ont été identifiés comme protecteurs tels que :

- La qualité des relations professionnelles.
- L'amélioration de la communication au sein des équipes soignantes permet probablement de limiter la survenue du burnout.
- Il faut favoriser l'information, la participation aux décisions, et valoriser le travail en équipe.
- Certains proposent l'intervention d'un psychologue ou l'instauration de groupes de parole.
- Les décisions de LATA (Limitations et Arrêts Thérapeutiques Actives) sont sources de stress et de conflits pour les soignants de réanimation. Les processus menant à une décision de LATA sont souvent vécus de façon différente au sein des équipes. Dans l'étude de Ferrand, 73 % des médecins sont satisfaits de ces processus décisionnels contre seulement 33 % des infirmiers. [120]

Dans l'étude CONFLICUS, les problèmes de communication au sein de l'équipe et avec les patients ou leurs familles, le fait de prendre en charge un patient en fin de vie étaient sources de conflits. [121]

Tous ces facteurs associés à la survenue de conflits et donc potentiellement du burnout sont accessibles à des stratégies de prévention.

- L'organisation et la gestion du temps de travail permettent de prévenir le burnout.
- La participation à l'élaboration du planning et le respect des périodes de repos sont des facteurs protecteurs.

Aux États-Unis, la limitation du nombre d'heures de travail hebdomadaires a permis de réduire de façon significative l'épuisement émotionnel et le degré de dépersonnalisation chez les résidents de médecine interne. [122]

- La possibilité d'avoir à la fois une activité clinique et une activité non clinique (temps de travail administratif, recherche, enseignement) est un facteur protecteur pour les soignants comme le fait de participer à un groupe de recherche en réanimation pour les médecins.
- Favoriser la reconnaissance professionnelle (sur le plan financier et surtout social) permet d'améliorer le sentiment de satisfaction au travail et de prévenir le burnout.



Figure 17: burnout chez un soignant.

Chapitre XI :
Partie pratique

1. Matériels d'étude :

a) Présentation de l'étude :

Le 22 juillet 2020, le service de santé des forces armées royales a créé une unité de soins intensifs dans les locaux de la polyclinique de la CNSS/Tanger (au niveau du service de facturation), avec une capacité litière de 21 lits, cette unité a été installée à côté des locaux de radiologie.

En plus de cette USI, deux services d'hospitalisation ont été aménagés avec une capacité litière de 45 lits.

L'objectif de cet hôpital de campagne est de prendre en charge des cas graves covid-19, et de soulager les trois autres hôpitaux de Tanger : hôpital Mohamed V, hôpital Mohamed VI et l'hôpital Duc de Tovar.

La mission de cet hôpital de campagne a duré 2 mois et 18 jours : entre le 22 juillet et le 10 octobre 2020, lors du début de la première vague du covid-19 au Maroc.

Après deux mois, et juste avant la fin de la mission, une enquête professionnelle auprès des professionnels de santé a été réalisée pour déterminer, l'incidence, facteurs de risque et les conséquences du burnout.



Figure 18: Service de réanimation covid-19.

b) Population étudiée :

La population cible était constituée de professionnels de santé.

Elle a réuni 62 participants: dont 19 médecins de différentes spécialités: anesthésistes-réanimateurs, urgentistes, pneumologues et radiologues, 25 infirmiers, 11 aides-soignants et 6 secrétaires médicales.

c) Instrument de mesure :

L'instrument utilisé pour la réalisation de cette étude était le MBI : Maslach Burnout Inventory dans sa version originale (MBI-human services survey MBI-HSS).

2.Méthodologie de l'étude :

a) Elaboration d'un questionnaire :

L'évaluation du burnout a été réalisée à l'aide du MBI, les données ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire informatisé via le site ' Google form '.

Les questions ont été choisies suite à une analyse des critères pouvant influencer le burnout retrouvés dans la littérature.

Le questionnaire est composé de 3 parties :

- La première partie évaluait la connaissance initiale de nos soignants sur la notion du burnout.
- La deuxième étape consiste à définir les données sociodémographiques (sexe, âge, statut matrimonial) et professionnelles (statut professionnel et nombre d'heure de travail).
- Une troisième utilisant le Maslach Burnout Inventory (MBI).

b) Diffusion d'un questionnaire :

Après la distribution des questionnaires auprès des personnels de santé travaillant au sein de l'hôpital militaire de compagnie de Tangerang, en leur demandant de les remplir, on a recueilli les réponses d'une façon anonyme.

c) Recueil des réponses :

Nous avons collecté les réponses aux questionnaires de manière anonyme, via le site 'Google Form'.

Nous les avons ensuite exportés sous forme de tableau avec le logiciel 'Excel 2017'.

3. Méthodologie de l'analyse :

Les analyses descriptives univariées ou multivariées ont été réalisées avec le logiciel SPSS18.

Les valeurs ont été considérées significatives pour une valeur de $p < 0,05$.

4. Résultats :

Le nombre total des participants était 62 personnes, avec : (19) médecins soit 30,64%, (25) infirmiers soit 40,32%, (11) aides-soignants soit 17,74%, et (7) secrétaires médicales soit 9,67%.

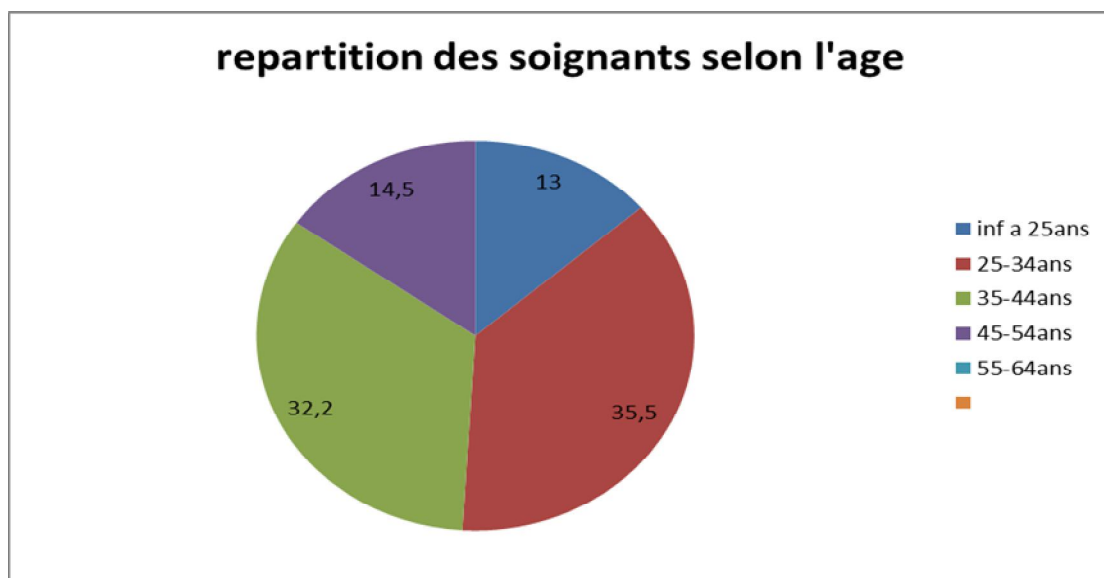
a) Résultats descriptifs :

i. Variables sociodémographiques :

L'âge :

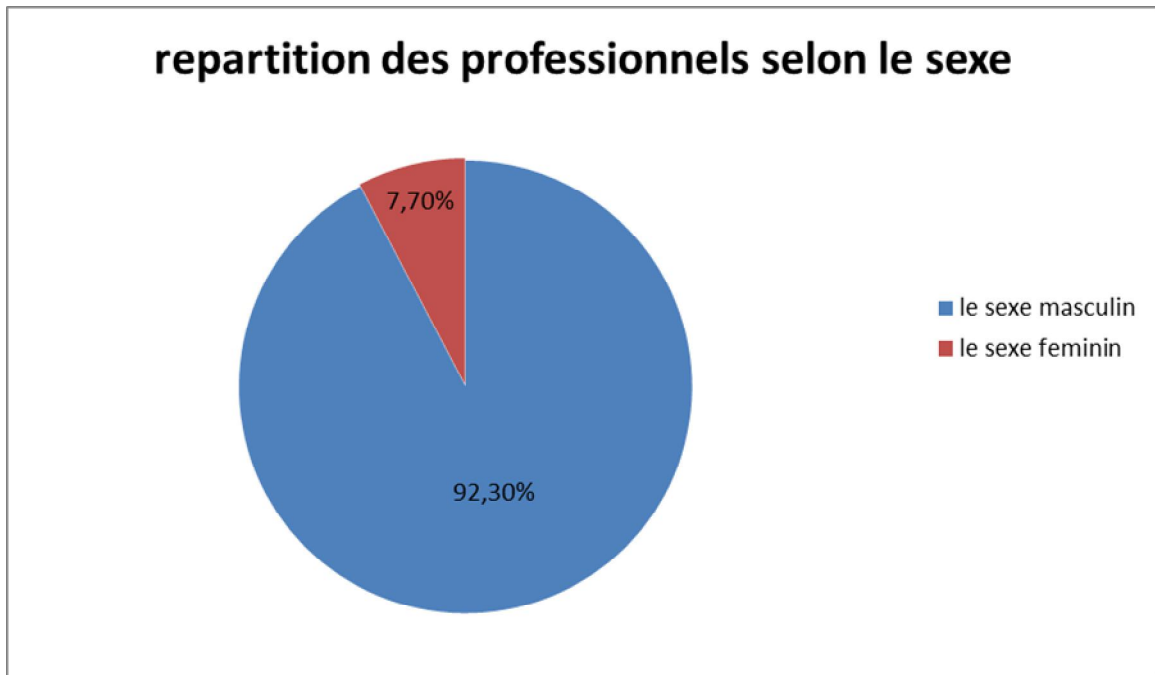
La tranche d'âge la plus représentée dans notre étude est entre 25 à 34ans.

- inférieur à 25ans (8) soignants, soit : 13%
- entre 25 et 34ans (22) soignants, soit : 35,5%
- entre 35 et 44ans (20) soignants, soit : 32,2%
- entre 45 et 54ans (09) soignants, soit : 14,5%
- entre 55 et 64ans (03) soignants, soit : 4,8%



Le sexe :

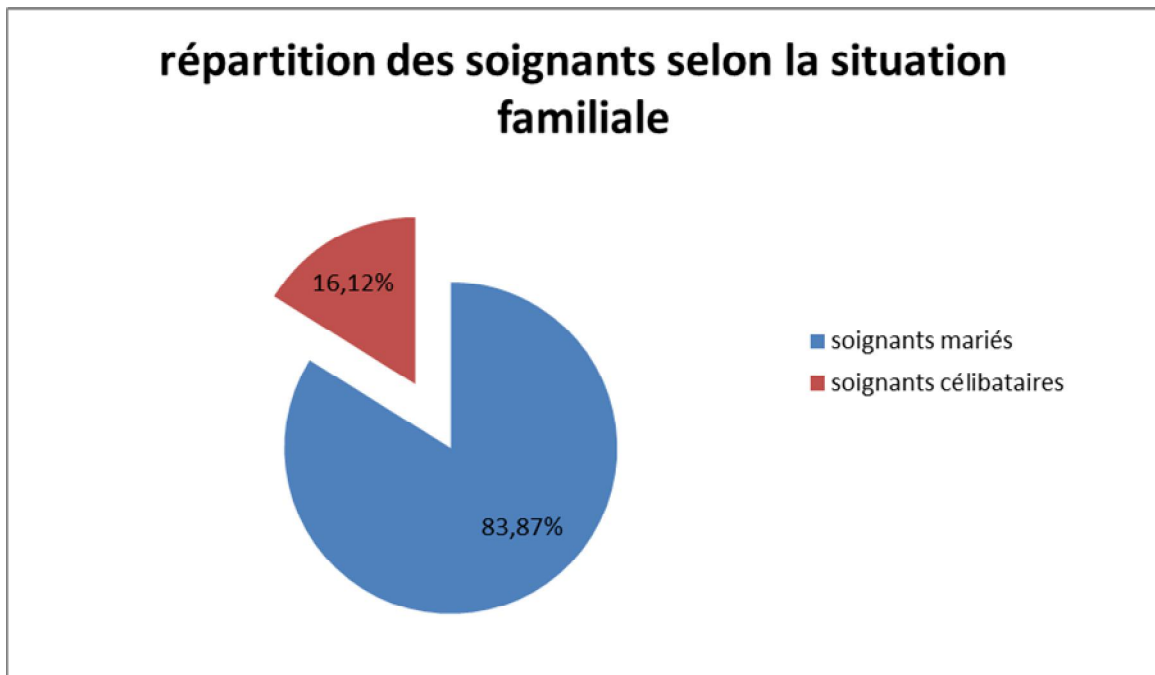
On a noté : 92,3% de sexe masculin (55 soignants) pour 7,7% de sexe féminin (7).



La situation familiale :

-(10) soignants sont célibataires soit : 16,12%

-(52) soignants sont marié(e)s soit : 83,87%

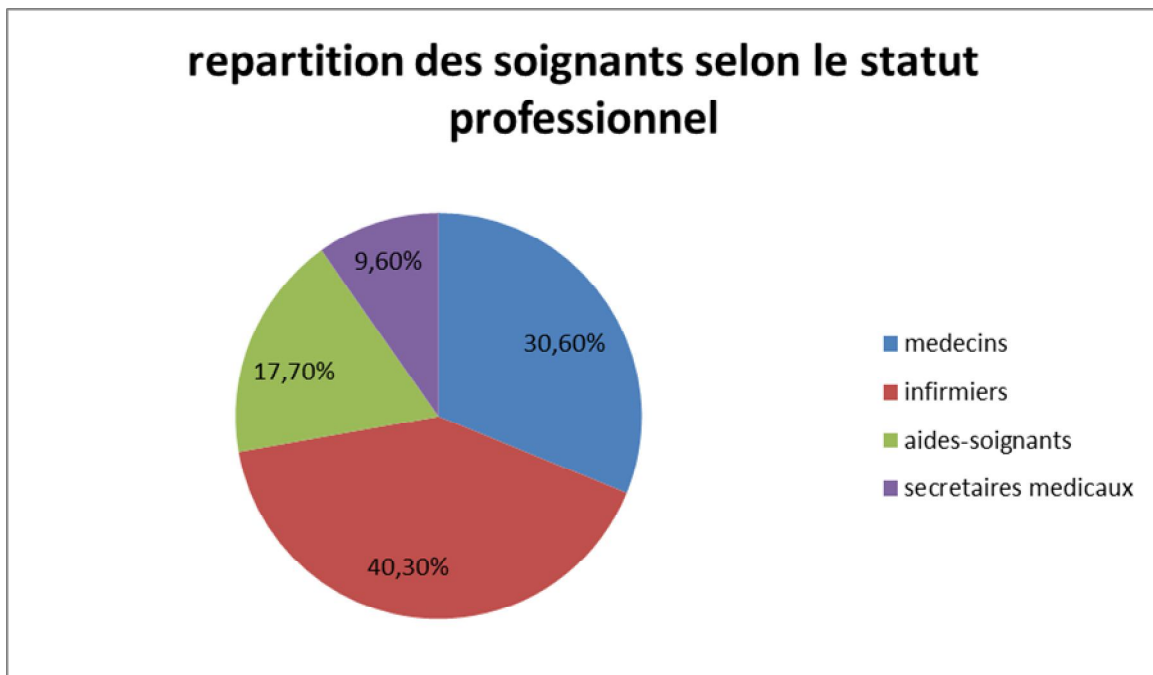


ii. Variables professionnels :

Selon le statut professionnel :

Notre échantillon comporte :

- (19) médecins soit : 30,64%.
- (25) infirmiers soit : 40,32 %.
- (11) aides-soignants soit : 17,74%.
- (7) secrétaires médicales soit : 9,67%.



Selon le temps de travail :

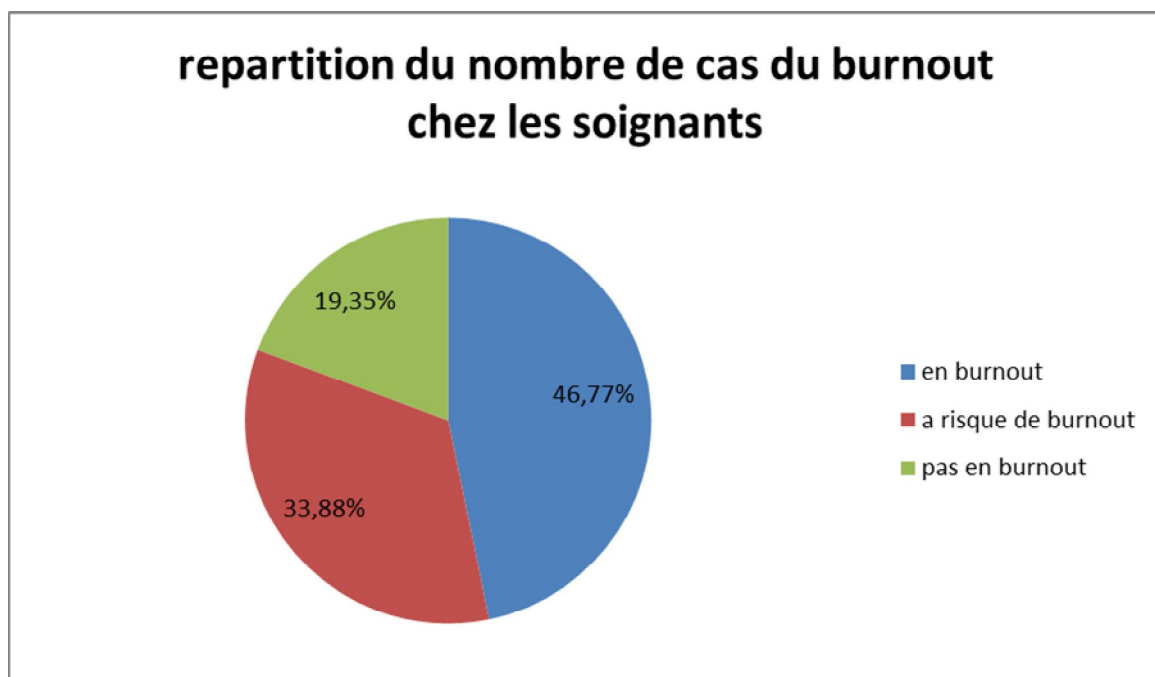
La majorité des répondants occupaient un emploi à temps plein soit : (55) 80,21% contre (7) 19,79% occupaient un emploi à temps partiel.

iii.Echelle MBI- Maslach Burnout Inventory :

Fréquences du burnout chez nos soignants :

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

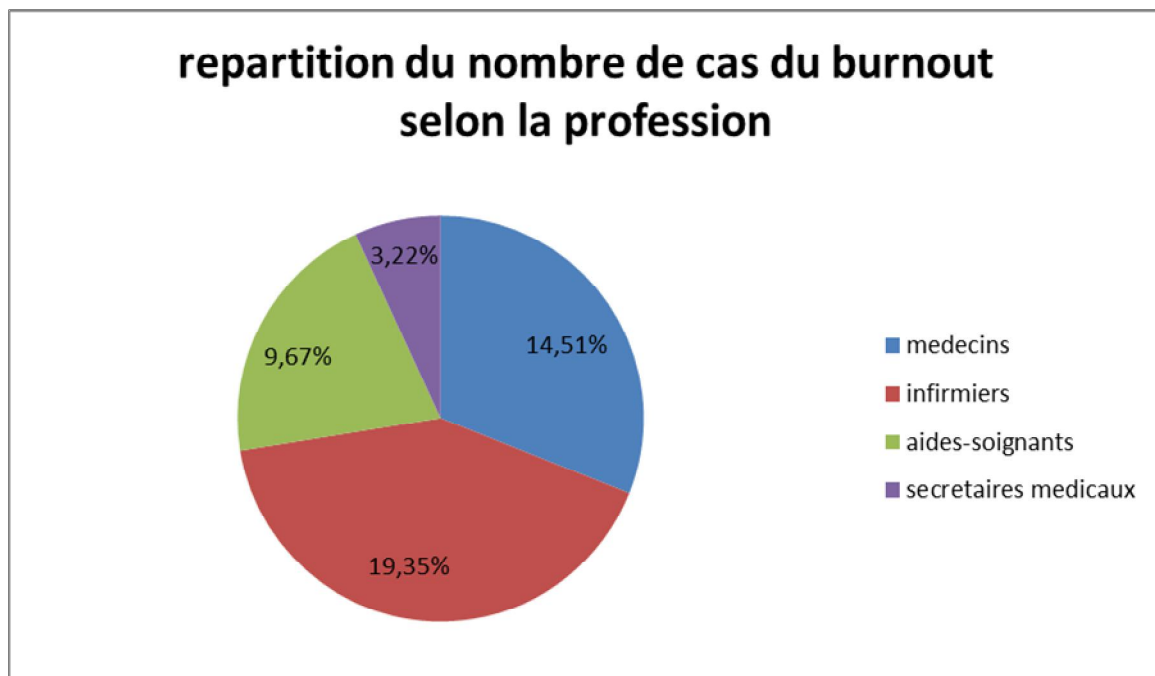
- **46,77%** des soignants en **burnout**.
- **33,88%** des soignants **à risque de burnout**.
- **19,35%** des soignants **pas en burnout**.



La répartition du nombre de cas du burnout selon les catégories professionnelles :

Pour 46,77% soignants présentant le burnout:

- **14,51%** (9) étaient **des médecins**.
- **19,35%** (12) étaient **des infirmiers**.
- **9,67%** (6) étaient **des aides-soignants**.
- **3,22%** (2) étaient **des secrétaires médicales**.



b. Résultats analytiques :

Dans notre échantillon composé de 62 soignants, le MBI nous a permis d'identifier :

- **46,77%** étaient en burnout.
- **33,88%** étaient à risque de burnout.
- **19,35%** en étaient indemnes.

Les facteurs influençant la survenue du burnout :

i) Influence des variables sociodémographiques :

-Le sexe :

L'analyse de la relation entre le sexe et la survenue du burnout a montré que (4) femmes étaient épuisées émotionnellement, soit 57,1% de l'ensemble total des femmes, contre (25) hommes, soit 45,4% des hommes.

Ces données étaient statistiquement significatives en analyse univariée ($p=0,011 < 0.05$).

-L'âge :

L'âge moyen de nos praticiens était 34,35ans \pm 9 ans avec des extrêmes de 21 et 60 ans.

Les résultats de notre étude révèlent une association significative entre l'âge et l'épuisement professionnel. ($p=0,005 < 0.05$).

L'âge	Inferieur a 25ans	25-34ans	35-44ans	45-54ans	55-64ans
Pourcentage du burnout	25%	59%	35%	44%	100%

Tableau 12: taux du burnout selon l'âge de nos soignants.

-Statut matrimonial :

Un pourcentage de 48% (25) des participants mariés avait un burnout, contre 33,3% (3) des soignants célibataires.

La corrélation entre la situation familiale et le burnout était significative avec un $p=0<0.05$.

ii) Influence des variables professionnels :

-Rythme de travail :

Un pourcentage de 49% (27) des soignants qui travaillaient à temps plein avait un burnout, contre 25,5% (2) des personnels qui travaillaient à temps partiel.

La corrélation entre le travail à temps plein ou à temps partiel et le burnout était significative avec un $p=0,019<0,05$.

-Le statut professionnel :

Dans notre échantillon : 14,51% des médecins, 19,35% des infirmiers, 9,67% aides-soignants et 3,22% des secrétaires médicales avaient un burnout.

Il existe un lien statistiquement significatif entre le statut professionnel et le burnout avec un $p=0,017<0,05$.

Conclusion :

Parmi les facteurs sociodémographiques et professionnels, pour lesquels il existe une association statistiquement significative à la survenue du burnout sont:

- L'âge avec $p= 0,005$.
- Le sexe avec $p=0,011$.
- Le statut matrimonial avec $p= 0$.
- Le temps de travail avec $p=0,019$.
- Le statut professionnel $p=0,017$.

5. Limites :

Notre étude a certains limites, citons :

a) Concept du burnout :

Le burnout est un processus complexe dont les mécanismes et les origines sont interdépendants. Nous avons vu qu'il existe de nombreuses définitions du burnout.

L'échelle MBI ne fournit pas de score pour déterminer s'il y a un burnout ou non. Par conséquent, cette échelle n'est pas utilisée pour dépister ce syndrome.

Il est donc difficile de mener des enquêtes épidémiologiques sur ce sujet, car aucune interprétation rigoureuse n'est possible.

Les résultats de notre étude permettent cependant de donner une orientation sur l'existence du burnout chez nos personnels de santé.

b) Les modalités de l'enquête :

i) Etude transversale :

Seules les études longitudinales permettent de suivre l'évolution de l'épuisement professionnel dans le temps.

Nous avons mené une étude transversale, cependant, nos résultats ne peuvent pas être généralisés pour toute l'année.

Il n'est donc pas possible de préciser si les paramètres associés sont une cause ou une conséquence du burnout.

ii) Subjectivité des réponses :

Un auto-questionnaire ne peut pas permettre une évaluation objective de l'épuisement professionnel. Un soignant souffrant de burnout peut ne pas répondre objectivement au questionnaire.

L'anonymat du questionnaire a pu favoriser l'honnêteté des réponses.

6. Discussions :

A partir de Mars 2020, l'organisation mondiale de la santé OMS a déclaré le Covid-19 comme une pandémie. [123]

La maladie s'est depuis propagée rapidement, est venu bouleverser les organisations sanitaires à travers le monde, avec de millions d'infections documentées, le spectre de la maladie était large et variait d'une maladie asymptomatique à une maladie grave, avec des décès plus élevés chez les personnes âgées et celles ayant des comorbidités surajoutées.

La littérature montre que les personnels soignants de réanimation possèdent un risque plus élevé de développer le burnout dans le cadre de leur exercice professionnel, et c'est surtout en rapport avec leurs responsabilités très importantes, du fait de leur exposition quotidien au décès des patients dont ils ont la charge, des problèmes éthiques qui se posent, et d'une confrontation directe avec la souffrance et la détresse humaine.

La pandémie de COVID-19 est une situation exceptionnelle qui peut ajouter de nouveaux facteurs de risque du burnout chez les personnels de réanimation. [124]

La dimension exceptionnelle de cette crise sanitaire réside dans le fait que les soignants ont été touchés dans leurs sphères à la fois professionnelle et privée : le manque de connaissance concernant ce virus, sa propagation rapide, les réorganisations multiples, l'afflux massif des patients ou encore le manque de formation des professionnels, et il faut également ajouter à tout cela, l'éloignement familial pour certains, qui était le cas de nos soignants, le stress provoqué par le confinement et les mesures sanitaires, la peur de contracter le virus et de le transmettre par la suite à un membre de la famille, sont quelques éléments pouvant expliquer le retentissement psychologique de la situation sur les équipes soignantes. [125]

Dans notre étude, réalisée au sein de l'hôpital militaire de campagne de Tanger entre le 22 juillet et le 10 octobre 2020, intéressant 62 participants, nous avons cherché à identifier la prévalence et les facteurs de risque du burnout parmi un échantillon de personnel de santé prenant en charge des patients graves covid-19.

L'échelle MBI utilisée dans notre étude, révélait au moment de l'enquête un pourcentage de: 46,7% de nos soignants étaient en burnout, 33,8% étaient à risque de burnout, et 19,3% étaient indemnes du burnout.

La répartition du nombre de cas du burnout était la suivante :

Selon le statut professionnel était la suivante : **14,5%** étaient des médecins, **19,3%** étaient des infirmiers, **9,6%** étaient des aides-soignants, et **3,2%** étaient des secrétaires médicales, avec un $p=0,017$.

Selon le sexe : **57,1%** étaient des femmes, pour un pourcentage de **45,4%** étaient des hommes, avec un $p=0,011$.

Selon l'âge : inférieur à 25ans, **25%**, 25-34ans, **59%**, 35-44ans, **35%**, 45-54, **44%**, avec $p=0,005$.

Selon le statut matrimonial : **48%** de nos soignants mariés étaient en burnout contre **33,3%** des célibataires, avec $p=0$.

Selon le temps de travail : **49%** des soignants qui travaillaient à temps plein avaient un burnout, contre **25,5%** qui travaillaient à temps partiel, avec $p=0,019$.

Une association donc positivement significative a été trouvée entre le burnout et les facteurs sociodémographiques suivants : le statut professionnel, le sexe, l'âge, l'état civil, et le temps de travail, avec un $p<0,05$.

Cependant, nous n'avons relevé aucune interconnexion entre le burnout et, nombre d'enfants ($p=0,314$), jeunes enfants (moins de 3ans) ($p=0,119$), les mesures de protections prévues ($p=0,714$), le degré d'exposition au risque du covid-19 (1,085), le degré de protection du patient ($p=1,543$), et la crainte de contaminer les membres de la famille ($p=0,751$).

Dans une étude réalisée par Kapasa et Al. , [126] menée durant deux mois chez 135 professionnels de santé et professionnels d'appui des unités de veille sanitaire durant la pandémie du covid-19 au Maroc, a révélé que **84,4%** des participants était en burnout, avec un pourcentage de **14%** était en burnout sévère, **16,2%** en burnout modéré, et **54%** en burnout léger.

Parmi les répondants **35,6%** était en situation d'épuisement émotionnel élevé, **17%** en situation de dépersonnalisation élevé et **85,9%** en situation d'accomplissement personnel basse.

Cette étude a montré également, que l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation élevés, touchaient plus les répondants âgés de plus de 40ans.

Contrairement à notre étude, qui a objectivé un taux élevé du burnout chez les soignants plus jeunes, ceci peut être expliqué par le manque d'expérience des jeunes et par la protection apportée par l'expérience et le développement des capacités d'adaptation et de gestion de stress chez les anciens.

Le sexe féminin était le plus touché par l'épuisement émotionnel (39%) alors que le sexe masculin était le plus touché par la dépersonnalisation (22,4%).

Dans notre étude, on note que les femmes (57,1%) sont plus touchées que les hommes (45,4%), ceci probablement dû à leur vulnérabilité émotionnelle et physique, ou auraient-elles moins de maîtrise du travail à cause des autres contraintes sociales.

Selon Maslach, les différentes composantes du burnout peuvent être réparties inégalement en fonction du sexe, les femmes souffriraient plus d'épuisement émotionnel, tandis que les hommes déshumaniseraient plus les relations et souffriraient plus d'un manque d'accomplissement personnel. [127]

Les mariés (e)s étaient les plus touchés par l'épuisement émotionnel (37,5%) alors que les célibataires étaient les plus touchés par la dépersonnalisation (17,3%). Pour nos soignants, le taux du burnout était plus élevé chez le marié (e)s 48%) que chez les célibataires (33,3%).

Une autre étude réalisée en France par Anaëlle C et Al. [128] intéressant les troubles psychologiques chez les infirmiers en réanimation lors de la pandémie du covid-19, a montré que le taux élevé des troubles anxieux, dépressifs et de PTSD (syndrome de stress post traumatique), a été mentionné surtout chez les soignants mariés avec un pourcentage de 67% chez les cadres de santé.

Quand on considère le statut professionnel, notre étude montre que les infirmiers constituent la catégorie professionnelle la plus touchée par le burnout (19,3%) suivi par les médecins (14,5%).

Une étude autre étude réalisée aux Etats Unies, par Sharma et Al. [129] entre le 23/04/2020 et 07/05/2020, au sein du service des soins intensifs lors de la pandémie covid-19, concernant 1651 participants, a montré un pourcentage de (58% du burnout chez les soignants, avec un taux plus élevé chez les infirmiers (64%), suivi par les kinésithérapeutes (55%), puis les médecins avec un taux du (48%).

Ce taux élevé du burnout chez les infirmiers, peut-être expliqué par le cumul de certains facteurs, à savoir, la dévalorisation chronique ressentie par les infirmiers suite à l'absence de gratification des médecins, le manque de participation à la prise de décision, la complexité organisationnelle du travail et la faible autonomie au travail, sont tous sources de stress, induisant un réel sentiment d'abandon.

L'étude de Kapasa et Al. [126] Montre que, les épidémiologistes et les spécialistes en santé publique sont les plus touchés par le burnout (58,3%) suivie des infirmiers (40%), ceci peut-être expliquer par le fait que cette catégorie des professionnels a la responsabilité directe de la gestion des unités de veille sanitaire, et en même temps, intervient en première ligne.

Selon l'étude d'Anaëlle et Al. [128], les personnels les plus touchés par les troubles psychologiques durant la pandémie, sont les infirmiers du bloc opératoire avec une prévalence de l'anxiété à 64%, 45% pour la dépression et 45% pour le syndrome de stress post traumatique. Les facteurs de risque majeurs semblent être le manque de formation, la présence d'antécédents de burnout, et surtout le fait de ne pas être volontaire pour venir en réanimation.

Une autre étude effectuée en Malaisie par Tsan SEH et Al. [130] en Mai 2020, chez 85 soignants travaillant au sein des services de réanimation et soins intensifs lors de la pandémie Covid-19, a objectivé un taux de burnout de 55,3%, avec un niveau d'épuisement émotionnel élevé à 31,8%, un taux de dépersonnalisation élevé à 47,1%, et un accomplissement personnel bas à 63,5%.

Voilà un tableau récapitulatif des différentes études sur le sujet :

L'étude	pays	Durée de l'étude	Nombre de participants	Le taux du burnout
Kapasa R.L. et Al. [126]	Maroc		135	84,4%
Anaëlle C et Al. [128]	France	17juin- 17juillet 2020	381	-Trouble anxieux: 64% -trouble dépressif: 45% -PTSD: 45%
Sharma M et Al. [129]	Etats unis	23/04/20- 07/05/20	1651	58 %
Tsan SEH et Al. [130]	Malaisie	Mai 2020	85	55,3%
Gomez S et Al. [131]	Etats unis	Mars- Mai 2020	21	57%
Chen R et Al. [132]	chine	Avril 2020	12596	-Epuisement émotionnel élevé: 24,7% - Dépersonnalisation élevée: 21,1% -Accomplissement professionnel bas: 96,9%
Chor WPD et Al. [133]	Singapore	Mai 2020	337	Burnout modéré à sévère 49,3%
Notre étude	Maroc	22juillet-10 Octobre 2020	62	46,7%

Tableau 13: taux du burnout chez les personnels de la réanimation lors de la pandémie covid-19 selon les pays.



Figure 19: Patients covid-19 au milieu de la réanimation au sein de la polyclinique de la CNSS de Tanger.



Figure 20: Personnels soignants et patient grave covid-19.

En conclusion :

Nos résultats montrent que la pandémie de covid-19, a ajouté de nouveaux facteurs de risque de survenue du burnout chez les personnels de réanimation, dominés surtout par les facteurs sociodémographiques.

En comparant les résultats de notre étude, avec ceux de la littérature on a noté des chiffres préoccupants du burnout chez les soignants de la réanimation, ces résultats doivent être pris en compte dans nos réflexions lors de la gestion des futures crises.

Conclusion

Le burnout est devenu récemment un sujet d'actualité au Maroc. Le Maslach Burnout Inventory (MBI) constitue l'instrument de mesure le plus utilisé du burnout.

L'objectif principal de notre étude était d'évaluer la prévalence et les facteurs de risque du burnout chez les personnels de la réanimation lors de la pandémie Covid-19 au sein de l'hôpital militaire de compagnie de Tanger/Maroc.

Le burnout est une réalité touchant 46,7% de nos personnels de santé, ce chiffre est inquiétant et doit faire appel à une profonde réflexion à ce sujet.

Les profils à risque doivent être identifiés par un encadrement plus précoce afin de proposer une prise en charge et un suivi psychologique adapté et personnalisé.

Cependant la durée et l'intensité de cette pandémie soulignent la nécessité de penser dès maintenant à mettre les dispositifs de soutien et d'accompagnement psychologique et institutionnel des personnels soignants.

De notre point de vue, plusieurs mesures devraient être prises pour réduire l'impact de la crise sanitaire sur les professionnels de la réanimation, telles que la mise en place de meilleures conditions et la gestion des heures de travail, l'amélioration des salaires, sans oublier la place importante de la présence de psychologues au sein de ces services, pour accompagner et soutenir les soignants dans la gestion de leurs émotions face à un contexte de travail difficile.

Cependant, l'identification des profils à risque et la proposition d'une prise en charge psychologique doit s'appliquer à l'ensemble de notre système de santé, et non pas seulement aux professionnels de réanimation.

Résumés

Résumé

Titre : Burnout chez un personnel de santé prenant en charge les patients graves covid-19 : prévalence, facteurs de risque et conséquences.

Auteur: Nadia Benanaibar.

Mots clefs : Burnout, Réanimation, Covid-19.

Introduction : Le burnout est un état dû au stress chronique au travail. Il est composé de trois dimensions : l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et la baisse de l'accomplissement personnel

Il affecte les professionnels de métiers à forte implication affective, les soignants viennent en tête.

Objectifs de l'étude : La présente étude avait pour but d'évaluer la prévalence, déterminer les facteurs de risque et les conséquences du burnout dans un groupe de personnels de réanimation prenant en charge des patients Covid-19.

Matériel et méthodes : Nous avons mené une étude analytique du 22 juillet au 10 octobre 2020 à la polyclinique de Tanger/ Maroc, sur un échantillon de 62 soignants à l'aide d'un questionnaire informatisé. Le burnout était évalué par la version française du Maslash Burnout Inventory (MBI).

L'échantillon de notre étude était constitué de 92,3% des hommes et 7,7% des femmes, la tranche d'âge la plus représentée était entre 25 et 34ans (35,5%), 83,8% de nos soignants étaient marié(e)s, 40,3% étaient des infirmiers, et la majorité des répondants effectuaient un travail à temps plein (80,21%).

Les résultats du MBI ont montré que 46,77% des soignants étaient en burnout, 33,88% à risque de burnout et 19,35% étaient indemnes.

Une association significative a été trouvée entre le burnout et les caractéristiques sociodémographiques suivantes : l'âge, le sexe, l'état civil, le statut professionnel et le temps de travail.

Conclusion : L'épuisement professionnel est une réalité, nos résultats montrent que la pandémie de Covid-19 a ajouté de nouveaux facteurs de risque.

Donc La diffusion de programmes d'information et de prévention notamment auprès des personnels de la réanimation semble nécessaire.

Abstract

Title : Burnout in healthcare personnel caring for severe covid-19 patients: prevalence, risk factors and consequences.

Author: Nadia Benanaibar.

Keywords : Burnout, Reanimation, Covid-19.

Introduction : Burnout is a condition caused by chronic stress at work. It is composed of three dimensions: emotional exhaustion, depersonalization of the relationship with others and the decline in personal accomplishment. It affects professionals in trades with strong emotional involvement, health professionals come first.

Study objectives: The aim of this study was to assess the prevalence, determine the risk factors and the consequences of burnout in a group of intensive care staff caring for Covid-19 patients.

Material and methods : We conducted an analytical study from July 22 to October 10 2020 at the polyclinic of Tangier / Morocco, on a sample of 62 caregivers using a computerized questionnaire.

Burnout was assessed by the French version of the Maslach Burnout Inventory (MBI).

The sample of our study consisted of 92.3% of men and 7.7% of women, the most represented age group was between 25 and 34 years old (35.5%), 83.8% of our caregivers were married, 40.3% were nurses, and the majority of respondents were working full-time (80.21%).

The MBI results showed that 46.77% of caregivers were in burnout, 33.88% at risk of burnout and 19.35% were unscathed.

A significant positive association was found between burnout and the following socio-demographic characteristics: age, gender, marital status, professional status and working time.

Conclusion : Burnout is a reality, our results show that the Covid-19 pandemic has added new risk factors. Therefore The dissemination of information and prevention programs, in particular to intensive care personnel, seems necessary.

ملخص

العنوان: الإرهاق المهني لدى مهني الصحة الذين يعتنون مرضى كوفيد19 : انتشاره، عوامل الخطر وعواقبه

المؤلف: نادية بنعنيبر

الكلمات الأساسية: الإرهاق المهني ، الإنعاش ، كوفيد19

مقدمة: الإرهاق المهني هو حالة ناتجة عن الإجهاد المزمن في العمل

يتكون هذا الإرهاق من ثلاثة ابعاد أولا، الإرهاق العاطفي ، و ثانيا، نزع الطابع الشخصي عن العلاقة بالآخر وتالنا تراجع الإنجاز المهني

يؤثر الإرهاق المهني بشكل كبير على المهن ذات الاشراف العاطفي الكبير و يأتي على رأسهم مهنيو الصحة

اهداف الدراسة: الهدف من هاته الدراسة يتمثل في تحديد انتشار الارهاق المهني ،عوامل الخطر و نتائجه لدى مجموعة من مهني الصحة المشرفون على الحالات الحرجة كوفيد19

المعدات و الأساليب: لقد أجرينا دراسة تحليلية على عينة مكونة من 62 من مهني الصحة يعملون في المصحة المتعددة التخصصات بطنجة المغرب خلال الفترة الممتدة بين 22 يوليوز و 10 اكتوبر 2020 وذلك باستخدام استبيان مرقم و قد تم تقييم الارهاق المهني بالاعتماد على النسخة الفرنسية ل MBI

تشكلت عينة دراستنا من 92.3% من الرجال و 7.7% من النساء، كانت الفئة العمرية الأكثر تمثيلا هي الفئة بين 25 و 34 عاما (35.5%)، و 83.8% من مهني الصحة كانوا متزوجين ، ونسبة الممرضين بلغت 40.3% ، و قد كانت غالبية المشاركين يعملون بدوام كامل % 80.21

أظهرت نتائج MBI أن 46.77% من مهني الصحة عانوا من الإرهاق ، بينما 33.88% كانوا معرضين لخطر الإرهاق ، في حين مثلت نسبة الذين لم يصيبهم الإرهاق 19.35%

تم العثور على ارتباط إيجابي مهم بين الإرهاق المهني والخصائص الاجتماعية والديموغرافية التالية: العمر والجنس الحالة العائلية ، الوضع المهني ووقت العمل

الخلاصة: الإرهاق المهني هو حقيقة واقعية ، و تظهر نتائجنا أن جائحة كوفيد19 أضاف عوامل خطر جديدة. لذا فإن نشر برامج لتحسيس والوقاية ، وخاصة لدى موظفي الإنعاش يبدو امرا ضرورياً.

Références

- [1] [2] **Freudenberger HJ.**
Staff burn-out. *J Social Issues* 1974; 30:159-65.
- [3] **Maslach C. and Jackson S.E.,**
Burn out in health professions a social psychological analysis, In
SANDERS G.S. and SULLS J. (Eds), *Social Psychology of Health and
Illness*, London, Laurence Erlbaum Associates, 1982.
- [4] **Flannery L, Ramjan LM, Peters K., (2016)**
End-of-life decisions in the Intensive Care Unit (ICU) - Exploring the
experiences of ICU nurses and doctors - A critical literature review.
Aust Crit Care 29:97–103.
DOI : 10.1016/j.aucc.2015.07.004
- [5] **Laurent A, Bonnet M, Ansel D., (2015)**
Les professionnels de réanimation à l'épreuve de la relation avec le
patient. *L'Évolution Psychiatr* 80: 809–820
DOI : 10.1016/j.evopsy.2014.12.007
- [6] **Donchin Y, Seagull FJ., (2002)**
The hostile environment of the intensive care unit. *Curr Opin Crit Care*
8:316–320.
DOI : 10.1097/00075198-200208000-00008
- [7] **Laurent A, Capellier G (2018)**
Stress professionnel en médecine intensive réanimation, de quoi parle-
t-on ? *Méd Intensive Réa* 27:75–79.
DOI : 10.3166/rea-2018-0010

- [8] **Le Galès-Camus C.,**
Conférence de Montréal, Troisième session : La santé en milieu de travail : l'impact sur la qualité de vie et sur la productivité.2005.
http://www.who.int/nmh/about/nmh_ADGspeechMt_fr.pdf
- [9] **Feudenberg HJ.,**
Staff Burn out, Journal of Social Issues, 1974.
- [10] **Canoui P.,Mauranges A.,**
Le Burn out à l'hôpital : le syndrome d'épuisement professionnel des soignants, 4ème édition, Masson 2008.
- [11] **Pines A, Aronson E.,**
Career burnout: Causes and cures. Free press, 1988.
- [12] **Pines A.M. and Aronson E.,**
Career Burn out: causes and cures, Free Press, New York, 1988
- [13] **Maslach C, Leiter MP.,**
The Truth About Burnout: How Organizations Cause Personal Stress and What to Do About It. San Francisco: Jossey.Bass Publishers, 1997.
- [14] **Zawieja P, Guarnieri F.,**
Épuisement professionnel: principales approches conceptuelles, cliniques et psychométriques. In: Épuisement professionnel: Approches innovantes et pluridisciplinaires, Paris: Armand Colin, 2013; 11.34.
- [15] **Canoui P.,Mauranges A.,**
Le Burn out à l'hôpital : le syndrome d'épuisement professionnel des soignants, 4ème édition, Masson 2008

- [16] **Schaufeli W, Enzmann D.,**
The Burnout Companion to Study and Practice: A Critical Analysis.
Taylor & Francis, 1998; 224.
- [17] **Assadi J.,**
Evaluation de la souffrance des soignants pour l'analyse du concept de
l'épuisement professionnel, le burnout enquête épidémiologique
réalisée auprès des services de pédiatrie de la région du Centre [Thèse].
Sousse: Faculté de Médecine, 2003.
- [18] **Ghanmi L.,**
Le burnout chez les médecins généralistes. Enquête auprès des
médecins du Cap Bon [Thèse]. Monastir: Faculté de Médecine, 2008.
- [19] **Vaquin-Villeminey.,**
Prévalence du burnout en médecine générale: Enquête nationale auprès
de 221 médecins du réseau Sentinelles [Thèse]. Paris: Université René
Descartes, Faculté de Médecine, 2007.
- [20] **Freudenberger HJ.,**
The staff burnout syndrome in alternative institutions. *Psychotherapy:*
Theory, Research and Practice 1975; 12:73-82.
- [21] **Grassi L, Magnani K.,**
Psychiatric morbidity and burnout in the medical profession: an Italian
study of general practitioners and hospital physicians. *Psychother*
Psychosom 2000; 69:329-34.
- [22] **Ramirez AJ, Graham J, Richards MA, Timothy AR.,**
Stress at work for the clinical oncologist. *Clin Oncol (R Coll Radiol)*
1996; 8:137-9.

- [23] **Doghmi N, Massou S, Balkhi H, Haimeur C, Drissi Kamili N.,**
Le burn-out, Conséquences et solutions, enquête chez les personnels de
l'anesthésie-réanimation de quatre hôpitaux universitaires marocains.
Ann Medico psychol 2013;171:700-4.
- [24] **Arigom F, Bovier PA, Sappino AP.,**
Trend in burnout among Swiss doctors. Swiss Med Wkly 2010;
140:w13070.
- [25] **Olkinuora M, Asp S, Juntunen J, Kauttu K, Strid L, Aarima M.,**
Stress symptoms, burnout and suicidal thoughts of Finnish physicians.
Scand J Work Environ Health 1992; 18 Suppl2:110-2.
- [26] **Goehring C, Gallacchi MB, Kunzi B, Bovier P.,**
Psychological and professional characteristics of burnout in swiss
primary care practitioners: across-sectional survey. Swiss Med Wkly
2005; 135:101-8.
- [27][75] **Shanafelt T.D., Bradley K.A., Wipf J.E., et al.,**
Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency
program. Ann Intern Med. 2002;136(5):358–367.
- [28] **Tucker, Miriam E.**
Physician Burn out takes toll on quality of care, Family Practice News
38 .9 . May1, 2008). p4 (1).
- [29] **Lasalvia A, Bonetto C, Bertani M, Bissoli S, Cristofalo D, Marrella
G, et al.,**
Influence of perceived organizational factors on job burnout: survey of
ofcommunity mental health staff. Br J Psychiatry 2009; 195:537-44.

- [30] **Bressi C, Porcellana M, Gambini O, Madia L, Muffatti R, Peirone A, et al.,**
Burnout among psychiatrists in Milan: a multicenter survey. *Psychiatr Serv* 2009; 60:985-8.
- [31] **Estryn-Behar M, Doppia MA, Guetarni K, Fry C, Machet G, Pelloux et, et al.,**
Emergency physicians accumulate more stress factors than other physicians results from the French SESMAT study. *Emerg Med J* 2011; 28:397-410.
- [32] **Bourbonnais R, Malenfant R, Viens C, Vézina M, Brisson C, Laliberté D, et al.**
Les impacts positifs et négatifs de la transformation du réseau de la santé sur la vie professionnelle, la vie familiale et la santé des infirmiers et des infirmières de *l'agglomération du Québec* Rapport de recherche soumis au Conseil Québécois de la Recherche Sociale. Programme National de Recherche et de Développement en Santé, Université de Laval, 2000.
- [33] **Bourbonnais R, MalenfantR, Viens C, Vezina M.,**
Le travail infirmier sous tension: une approche compréhensive de travail infirmier en période de transition; Août 2000 [En Ligne]. [Consulté le 26/08/2015], disponible à partir de l'URL:<http://www.csssvc.qc.ca/telechargement.php?id=60>
- [34] **Al-Youbi RA, Jan MM.,**
Burnout syndrome in pediatric practice. *Oman Med J* 2013; 28:252-4.

- [35] **Goehring C, Gallacchi MB, Kunzi B, Bovier P.,**
Psychological and professional characteristics of burnout in swiss primary care practitioners: a cross-sectional survey. *Swiss Med Wkly* 2005; 135:101-8.
- [36] **Elit L, Trim K, Mand-Bains IH, Sussman J, Grunfeld E.,**
Job satisfaction, stress, and burnout among Canadian gynecologic oncologists. *Gynecol Oncol* 2004; 94:134-9.
- [37] **Belkhouja K, Elloumi H, Sifaoui K, Ben Romdhane K, Hamzaoui O, Ayech T, et al.,**
Burn-out élevé chez les réanimateurs et les urgentistes: prévalence et facteurs de risques. 39ème Congrès de la SRLF, Paris, France, 19-21 Janvier 2011. p. 261.
- [38] **Mion G., Libert N., Journois D.,**
Burnout-associated factors in anesthesia and intensive care medicine. 2009 survey of the French Society of anesthesiology and intensive care. *Ann Fr Anesth Reanim.* 2013;32(3):175–188.
- [39] **Verdon M., Merlani P., Perneger T., et al.,**
Burnout in a surgical ICU team. *Intensive Care Med.* 2008;34(1):152–156.
- [40] **Mealer M., Burnham E.L., Goode C.J., et al.,**
The prevalence and impact of post traumatic stress disorder and burn-out syndrome in nurses. *Depress Anxiety.* 2009;26(12):1118–1126.

- [41] **Guntupalli K.K., Fromm Jr R.E.,**
Burnout in the internist-intensivist. *Intensive Care Med.* 1996;22(7):625–630.
- [42] **Poncet M.C., Toullic P., Papazian L., et al.,**
Burnout syndrome in critical care nursing staff. *Am J Respir Crit Care Med.* 2007;175(7):698–704.
- [43] **Embriaco N., Azoulay E., Barrau K., et al.,**
High level of burn-out in intensivists : prevalence and associated factors. *Am J Respir Crit Care Med.* 2007;686–692.
- [44] **M.S. Nakhli, S. Mhamdi, M. Kahloul.,**
Le burnout en anesthésie réanimation, enquête épidémiologique réalisée les mois novembre et décembre 2014 en Tunisie.
- [45] **Poncet MC, Toullic P, Papazian L, Kentish-Barnes N, Timsit JF, Pochard F,et al.,**
Burnout syndrome in critical care nursing staff. *Am J Respir Crit Care Med* 2007; 175:698-704.
- [46] **Mealer ML, Shelton A, Berg B, Rothbaum B, Moss M.,** Increased prevalence of post-traumatic stress disorder symptoms in critical care nurses. *Am J Respir Crit Care Med* 2007; 175:693-7.
- [47] [48]**Delbrouck M.,**
Le burn-out du soignant. Le syndrome d'épuisement professionnel. Bruxelles: De Boeck, 2008.

- [49] **Galam E.**,
Université Paris 7, Association d'Aide Professionnelle aux Médecins Libéraux (AAPML).
- [50] **Kacenenbogen N, Offermans AM, Roland M.**,
Le burn-out des médecins généralistes en Belgique: conséquences sociétales et pistes de solution. *Revue médicale de Bruxelles*, 2011; 32(4), 413-423.
- [51] **Schaufeli WB, Buunk BP.**,
Burnout: An overview of 25 years of research and theorizing. *The handbook of work and health psychology*, 2003; 2, 282-424.
- [52] **Schaufeli W, Enzmann D.**,
The Burnout Companion to Study and Practice: A Critical Analysis. Taylor & Francis, 1998; 224.
- [53], [59] **Sassi N, Neveu JP.**,
Traduction et validation d'une nouvelle mesure d'épuisement professionnel: Le shirom-melamed burnout measure. *Canadian Journal of Behavioural Science. Revue canadienne des sciences du comportement*, 2010; 42(3), 177.
- [54] **Shirom A, Melamed S.**,
A comparison of the construct validity of two burnout measures in two groups of professionals. *International Journal of Stress Management*, 2006; 13(2), 176.

- [55] **Rafferty JP, Lemkau JP, Purdy RR, Rudisill JR.,**
Validity of the Maslach Burnout Inventory for family practice physicians. *Journal of clinical psychology*, 1986; 42(3), 488-492.
- [56] **Dion G, Tessier R.,**
Validation de la traduction de l'Inventaire d'épuisement professionnel de Maslach et Jackson. *Canadian Journal of Behavioural Science. Revue canadienne des sciences du comportement*, 1994; 26(2), 210.
- [57] **Lourel M., Gueguen N.,**
Une méta-analyse de la mesure du burnout à l'aide de l'instrument MBI, *L'encéphale* 2007 ; 33 ;947-953.
- [58] **Lourel M., Gueguen M. and Mouda F.,**
L'évaluation du Burn out de Pines : adaptation et validation en version française de l'instrument « Burn out Measure Short Version » (BMS-10) *Pratiques psychologiques*, vol 13, issue 3, septembre 2007, p353-364.
- [60] **INRS.,**
Le syndrome d'épuisement professionnel ou burnout, Mieux comprendre pour mieux agir. Guide d'aide à la prévention. Document de travail pour le Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social, 2015.
http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/Exe_Burnout_21-052015_version_internet.pdf
- [61] **Paulhan I.,**
Le concept de coping. *L'année psychologique*, 1992; 92(4); 545-557.

- [62] **Selye H.,**
The physiology and pathology of the exposure to stress. Montreal: Inc. Medical Publishers”, 1950.
- [63] **Laraqui O. , S. Laraqui S., Tripodi D ., Caubet A., Verger C., Laraqui C.H.,**
Evaluation du stress chez le personnel de santé au Maroc : à propos d’une étude multicentrique « Stress assessment among health care workers in Morocco », Archives des Maladies Professionnelles et de l’Environnement, Volume 69, Issues 5-6, Décembre 2008, Pages 672-682.
- [64] **Canoui P.,**
Approche de la souffrance des soignants par l’analyse du concept de l’épuisement professionnel, le Burn out-Considérations psychologiques et éthiques en réanimation pédiatrique, Thèse 1996.
<http://www.carnetpsy.com/Archives/Recherches/Items/p37.htm>
- [65] **Hobfoll SE.,**
Conservation of resources : a new attempt at conceptualizing stress. American psychologist, 1989 ; 44(3), 513.
- [66] **Schaufeli W, Enzmann D.,**
The Burnout Companion to Study and Practice: A Critical Analysis. Taylor & Francis, 1998; 224.
- [67] **Schaufeli WB, Van Dierendonck D.,**
The construct validity of two burnout measures. Journal of organizational behavior, 1993, 14(7); 631-647.

- [68] Le syndrome de fatigue chronique. Rapport d'un travail conjoint du **Royal Colleges of Physicians. Psychiatrists and aeneral Practitioners**, 1996, révisé en 1997.
- [69] **BurkeRJ, MatthiesenS.**,
Workaholism among Norwegian journalists: Antecedents and consequences. *Stress and Health*, 2004; 20(5); 301-8.
- [70]**Schaufeli WB, Taris TW, Van Rhenen W.**,
Workaholism, burnout, and work engagement: three of a kind or three different kinds of employee well-being?. *Applied Psychology*, 2008, 57(2); 173-203.
- [71] **Barbier D.**,
Le syndrome d'épuisement du soignant, *La presse Médicale* 2004, tome 33, n°6 ,3948
- [72] **Edelwich F.,Brodsky A.**,
Burn out, Stages of Desillusionment in the Helping Professions, *Human Services Press*, 1980
- [73] **Marty J.,Lamraoui M.**,
Epuisement professionnel : risques pour le patient et le médecin. Implications organisationnelles ; *Traité d'anesthésie générale « Dalens »*, Chapitre 11, Groupe Liaison,Décembre 2003
- [74] **Embriaco N., Azoulay E., Barrau K., et al.**,
High level of burn-out in intensivists : prevalence and associated factors. *Am J Respir Crit Care Med*. 2007;686–692.

- [76] **Bienvenu O.J.,**
Is this critical care clinician burned out?. *Intensive Care Med.*2016;42(11):1794–1796.
- [77] **Gaba DM , Howard SK, Jump B.,**
Production pressure in the work environment. California anesthesiologists' attitudes and experiences. *Anesthesiology* 1994; 81: 488-500
- [78] **Quenot JP.,**
L'impact d'une procédure de collégialité et d'accompagnement des patients et des familles sur le stress et la dépression de l'équipe soignante dans le cadre de la fin de vie en réanimation, COLLEREA, Master recherche éthique médicale, Université René Descartes (Paris V) ,2007
- [79] **Logeais P,Gadbois C.,**
L'agression psychique de la mort dans le travail infirmier, in *Psychopathologie du travail*, Paris, Entreprise Moderne d'Editions, 1985
- [80] **Poncet M.C., Toullic P., Papazian L., et al.,**
Burnout syndrome in critical care nursing staff. *Am J Respir Crit Care Med.* 2007;175(7):698–704
- [81] **Embriaco N., Azoulay E., Barrau K., et al.,**
High level of burn-out in intensivists : prevalence and associated factors. *Am J Respir Crit Care Med.* 2007;686–692.

- [82] **Meltzer L.S., Huckabay L.M.,**
Critical care nurses' perceptions of futile care and its effect on burnout.
Am J Crit Care. 2004;13(3):202–208
- [83] **Delbrouck M.,**
Le Burn out du soignant - Le syndrome d'épuisement professionnel.
2008; 2ème édition, de Boeck.
- [84] **Galam E.,**
Burn out des médecins libéraux : des conséquences pour le médecin,
mais aussi pour ses patients (3ème partie) Médecine, Volume 4,
Numéro 1, 443-6, Janvier 2008
- [85] **Muecke S.,**
Effects of rotating night shifts: literature review. J Adv Nurs 2005;
50:433-9
- [86] **Castledine G.,**
Nurses are overtired and not getting enough sleep. Br J Nurs 2005;
14:183
- [87] **Bruge P, Dru M, Auger H, Bourgeois S, Jbeili C, Benoît O, et al.,**
Influence de l'activité de garde sur la chronobiologie, Ann Fr Anesth
Reanim 2003;22:144s
- [88] **L. Aounti.,**
Thèse faculté de médecine et de pharmacie de Fès/Maroc, burnout
syndrome en milieu de réanimation, enquête auprès des praticiens,
2014.

- [89] **Katz DJ.**
Do anesthesiologists die at a younger age than other physicians? Ageadjusted death rates. *Anesth Analg* 2004;98:1111–3.
- [90] **Wright DJ, Roberts AP.**
Which doctors die first? Analysis of BMJ obituary columns. *BMJ* 1996;313:1581–2.
- [91] **Howard SK, Rosekind MR, Katz JD, Berry AJ.**
Fatigue in anesthesia: implications and strategies for patient and provider safety. *Anesthesiology* 2002;97:1281–94.
- [92] **Basner RC.**
Shift-work sleep disorder-the glass is more than half empty. *N Engl JMed* 2005;353:519–21
- [93] **Truchot D.**
L'épuisement professionnel et burn-out: concepts, modèles, interventions. Paris: Dunod, 2004
- [94] **CanouiP, Mauranges A.**
Le burnout a l'hôpital, le syndrome d'épuisement professionnel des soignants, 4ème édition. Paris: Masson, 2006.
- [95] **Doppia MA.**
Reconnaître et aider un collègue en situation d'épuisement professionnel: pratiques individuelles et mesures collectives?
[En Ligne]. [Consulté le 21/08/2015], disponible à partir de l'URL:http://www.jlar.com/Congres_anterieurs/JLAR2013/doppiaepuisement_professionnel.pdf

- [96] **Coomber S, Todd C, Park G, Baxter P, Firth-cozens J, Shore S.,**
Stress in UK intensive care unit doctors.Br J Anaesth 2002;89:873-81.
- [97] **Hem E, Haldorsen T, Aasland OG, TyssanR, Valgum P, Ekeberg O.,**
Suicide Rates according to education with a particular focus on physicians in Norway 1960-2000.Psychol Med 2005;35:873-80
- [98] **Leopold Y.,**
Les chiffres du suicide chez les médecins. Rapport au Conseil national de l'ordre des médecins, octobre 2003.
- [99] **Williamson JA, Webb RK, Sellen A, Runciman WB, Van der Walt JH.,**
The Australian Incident Monitoring Study. Human failure: an analysis of 2000 incident reports. Anaesth Intensive Care 1993;21:678-83.
- [100] **Gander PH, Merry A, Millar M, Weller J.,**
Hours of work and fatigue-related error: a survey of New Zealand anaesthetists. Anaesth Intensive Care 2000;28:178-83
- [101] **Aya AG, Mangin R, Robert C, Ferrer JM, Eledjam JJ.,**
Increased risk of unintentional dural puncture in night-time obstetric epidural anesthesia. Can J Anaesth 1999;46:665-9.
- [102] **Shanafelt T.D., Bradley K.A., Wipf J.E., et al.,**
Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. Ann Intern Med. 2002;136(5):358-367.

- [103] **Morris GP, Morris RW.,**
Anaesthesia and fatigue: an analysis of the first 10 years of the Australian incident monitoring study 1987–1997. *Anaesth Intensive Care* 2000;28:300–4.
- [104] **Johnson C.,**
Les périls du perfectionnisme ou comment devenir son propre ennemi. *Le Médecin du Québec* 2009;44:37-41.
- [105] **Flett GL, Hewitt PL.,**
Perfectionism: Theory, research and treatment. Washington, DC: American Psychological Association, 2002
- [106] **Mion G, Libert N, Journois D.,**
Facteurs associés au burnout en anesthésie réanimation. Enquête 2009 de la société française d'anesthésie et de réanimation. *Ann Fr Anesth Reanim* 2013;32:175-88
- [107] **Robert E.,**
L'épuisement professionnel ; enquête auprès des médecins de l'arrondissement de Dinan [thèse] Rennes: Faculté de Médecine, 2002
- [108] **Truchot D.,**
Le burnout des médecins libéraux de Bourgogne. Rapport de recherche URML Bourgogne. Dijon, UPMLB et Reims Département de psychologie, 2001
- [109] **Combot A.,**
La santé des médecins généralistes du Finistère [Thèse].Brest: Université de Bretagne Occidentale, Faculté de Médecine, 2004

- [110] **Sexton BJ., Thoma EJ., Helmreich RL.,**
Error, stress and teamwork in medicine and aviation: cross sectional survey. Br Med J 2000; 320: 745-9
- [111] **Larouch Léon M.,**
Manifestations cliniques du Burn out chez les médecins, Santé mentale au Québec, 1985, X, 2, 145-150
- [112] **Barbara Hochstrasser et Al,**
Article in Forum Médical Suisse – Swiss Medical Forum. June 2016
- [113] **Nyssen AS., Hansez I., Baele P., Lamy M., De Keyser V.,**
Occupational stress and Burn out in anaesthesia . Br J Anaesth 2003; 90:333-7.
- [114] **Bazin JE, Attias A, Baghdadi H, Baumann A Bizouarn P, Claudot F, et al.,**
Conflits en période périopératoire : un enjeu collectif, éthique et professionnel. Ann Fr Anesth Reanim 2014;33:335-43.
- [115] **Auger JP.,**
Comment améliorer la relation médecin malade? . Rev Prat Med Gen 2004;18:999.
- [116] **Felton JS.,**
Burnout as a clinical entity-its importance in health care workers. Occup Med (Lond) 1998; 48:237-50.
- [117] **Poindron PY.,**
Responsabilité professionnelle, une nette augmentation de la sinistralité en 2004. Le Concours Médical 2006;3:150-2.

- [118] **Gautam M.,**
La santé des médecins, ça compte, trouver l'équilibre, rapport de la Conférence Internationale 2008 sur la Santé des Médecins. BMA House, Londres, Royaume-Uni, 17 et 18 novembre 2008.
- [119] **West CP, Dyrbye LN, Rabatin JT, Call TG, Davidson JH, Multari A, et al.,**
Intervention to promote physician wellbeing, job satisfaction, and professionalism: a randomized clinical trial. JAMA Intern Med 2014; 174:527-33.
- [120] **Ferrand E., Lemaire F., Regnier B., et al.,**
Discrepancies between perceptions by physicians and nursing staff of intensive care unit end-of-life decisions. Am J Respir Crit Care Med. 2003;167(10):1310–1315
- [121] **Azoulay E., Timsit J.F., Sprung C.L., et al.,**
Prevalence and factors of intensive care unit conflicts: the conflicus study. Am J Respir Crit Care Med. 2009;180(9):853–860
- [122] **Gopal R., Glasheen J.J., Miyoshi T.J., et al.,**
Burnout and internal medicine resident work-hour restrictions. Arch Intern Med. 2005;165(22):2595–2600.
- [123] **World Health Organization.,**
WHO announces COVID-19 outbreak a pandemic.
En ligne : <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid19/news/news/2020/3/who-announces-covid-19-outbreak-a-pandemic>

- [124] **Du J, Dong L, Wang T, et al.,** (2020)
Psychological symptoms among frontline healthcare workers during COVID-19 outbreak in Wuhan. *Gen Hosp Psychiatry*. 67:144-145.
DOI : 10.1016/j.genhosppsy.2020.03.011
- [125] **Shacham M, Hamama-Raz Y, Kolerman R, et al.,** (2020) COVID-19 Factors and Psychological Factors Associated with Elevated Psychological Distress among Dentists and Dental Hygienists in Israel. *Int J Environ Res Public Health*. 17:2900.
DOI : 10.3390/ijerph17082900
- [126] **R.L. Kapasaa,, A. Hannounb, S. Rachidic, M.K. Ilunga a, S.E. Toirambea, C. Tadya, M.T. Diamoua, M. Khalis.,**
Evaluation of burn-out among health professionals working at public health surveillance units COVID-19 in Morocco.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S177587852100103X?via%3Dihub>
- [127] **C Maslach.,**
The truth about burnout. San Fransisco, Jossey Bass, 1997.
- [128] **Anaëlle Caillet , Bernard Allaouchichea.,**
Infirmiers en Réanimation, troubles psychologiques et COVID-19 : l'enquête nationale COVID IMPACT. Le 19 avril 2021.
- [129] **Sharma, R.; Saxena, A.; Magoon, R.; Jain, M.K.,**
A cross-sectional analysis of prevalence and factors related to depression, anxiety, and stress in health care workers amidst the COVID-19 pandemic. *Indian J. Anaesth*. 2020, 64, S242–S244

- [130] **Tsan, S.E.H.; Kamalanathan, A.; Lee, C.K.; Zakaria, S.A.; Wang, C.Y.,**
A survey on burnout and depression risk among anaesthetists during COVID-19: The tip of an iceberg? *Anaesthesia* 2021, 76, 8–10.
- [131] **Gomez, S.; Anderson, B.J.; Yu, H.; Gutsche, J.; Jablonski, J.; Martin, N.; Kerlin, M.P.; Mikkelsen, M.E.,**
Benchmarking Critical Care Well-Being: Before and After the Coronavirus Disease 2019 Pandemic. *Crit. Care Explor.* 2020, 2, e0233.
- [132] **Chen, R.; Sun, C.; Chen, J.J.; Jen, H.J.; Kang, X.L.; Kao, C.C.; Chou, K.R.,**
A Large-Scale Survey on Trauma, Burnout, and Posttraumatic Growth among Nurses during the COVID-19 Pandemic. *Int. J. Ment. Health Nurs.* 2021, 30, 102–116.
- [133] **Chor, W.P.D.; Ng, W.M.; Cheng, L.; Situ, W.; Chong, J.W.; Ng, L.Y.A.; Mok, P.L.; Yau, Y.W.; Lin, Z.,**
Burnout amongst emergency healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A multi-center study. *Am. J. Emerg. Med.* 2020, 46, 700–702.

Serment d'Hippocrate

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

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

قسم أبقراط

بسم الله الرحمن الرحيم

أقسم بالله العظيم

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

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

والله على ما أقول شهيد .



المملكة المغربية
جامعة محمد الخامس بالرباط
كلية الطب والصيدلة
الرباط



أطروحة رقم: 13

سنة : 2023

الإرهاق المهني لدى مهني الصحة الذين يعتنون بمرضى كوفيد - 19: انتشاره، عوامل الخطر وعواقبه

أطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم : / / 2023

من طرف

السيدة نادية بنعبيبر

المزودة في 01 أكتوبر 1996 بالقنيطرة

لنيل شهادة

دكتور في الطب

الكلمات الأساسية : الإرهاق المهني؛ الإنعاش؛ عوامل الخطر

أعضاء لجنة التحكيم:

رئيس	السيد هشام بلخي أستاذ في التخدير والإنعاش
مشرف	السيد محمد مزيان أستاذ ميرز في التخدير والإنعاش
عضو	السيد فؤاد العبودي أستاذ في الطب النفسي
عضو	السيد نوفل الدغمي أستاذ ميرز في التخدير والإنعاش
عضو	السيد محمد القطني أستاذ ميرز في الطب الباطني