

UNIVERSITE MOHAMMED V - SOUISSI
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE -RABAT-

ANNEE: 2013

THESE N°: 36

LE BURN OUT SYNDROME
EN TRAUMATOLOGIE ET ORTHOPEDIE :
ENQUÊTE AUPRÈS DES PRATICIENS

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le :.....

PAR

Mlle. Khaoula EZZINE

Née le 31 Janvier 1984 à Rabat

Médecin Interne du CHU Ibn Sina Rabat

Pour l'Obtention du Doctorat en Médecine

MOTS CLES: Burn out – Traumatologie et orthopédie – Facteurs de risque – Stress au travail.

JURY

Mr. A. EL BARDOUNI
Professeur de Traumatologie Orthopédie
Mr. F. ISMAEL
Professeur de Traumatologie Orthopédie
Mr. M. MAHFOUD
Professeur de Traumatologie Orthopédie
Mr. M. KHARMAZ
Professeur de Traumatologie Orthopédie

PRESIDENT

RAPPORTEUR

JUGES

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

سبحانك لا علم لنا إلا ما علمتنا

إننا أنت العليم الحكيم

سورة البقرة: الآية: 32

صَدَقَ اللَّهُ الْعَظِيمَ



UNIVERSITE MOHAMMED V- SOUISSI
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 AbdelmajidBELMAHI

ADMINISTRATION :

Doyen : Professeur NajiaHAJJAJ - HASSOUNI
Vice Doyen chargé des Affaires Académiques et estudiantines
Professeur Mohammed JIDDANE
Vice Doyen chargé de la Recherche et de la Coopération
Professeur Ali BENOMAR
Vice Doyen chargé des Affaires Spécifiques à la Pharmacie
Professeur Yahia CHERRAH
Secrétaire Général : Mr. El Hassane AHALLAT

PROFESSEURS :

Mars, Avril et Septembre 1980

1. Pr. EL KHAMLICHI Abdeslam Neurochirurgie

Mai et Octobre 1981

2. Pr. HAMANI Ahmed* Cardiologie
3. Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajih Chirurgie Cardio-Vasculaire
4. Pr. TAOBANE Hamid* Chirurgie Thoracique

Mai et Novembre 1982

5. Pr. ABROUQ Ali* Oto-Rhino-Laryngologie
6. Pr. BENOMAR M'hammed Chirurgie-Cardio-Vasculaire
7. Pr. BENSOUA Mohamed Anatomie
8. Pr. BENOSMAN Abdellatif Chirurgie Thoracique
9. Pr. LAHBABI Naïma ép. AMRANI Physiologie

Novembre 1983

10. Pr. ALAOUI TAHIRI Kébir* Pneumo-phtisiologie
11. Pr. BELLAKHDAR Fouad Neurochirurgie
12. Pr. HAJJAJ Najia ép. HASSOUNI Rhumatologie

Décembre 1984

- | | | |
|-----|----------------------------------|-------------------------|
| 13. | Pr. BOUCETTA Mohamed* | Neurochirurgie |
| 14. | Pr. EL GUEDDARI Brahim El Khalil | Radiothérapie |
| 15. | Pr. MAAOUNI Abdelaziz | Médecine Interne |
| 16. | Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajdi | Anesthésie -Réanimation |
| 17. | Pr. NAJI M' Barek * | Immuno-Hématologie |
| 18. | Pr. SETTAF Abdellatif | Chirurgie |

Novembre et Décembre 1985

- | | | |
|-----|---------------------------------------|-------------------------------------------|
| 19. | Pr. BENJELLOUN Halima | Cardiologie |
| 20. | Pr. BENSALD Younes | Pathologie Chirurgicale |
| 21. | Pr. EL ALAOUI Faris Moulay El Mostafa | Neurologie |
| 22. | Pr. IHRAI Hssain * | Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale |
| 23. | Pr. IRAQI Ghali | Pneumo-phtisiologie |

Janvier, Février et Décembre 1987

- | | | |
|-----|-------------------------------------|------------------------------|
| 24. | Pr. AJANA Ali | Radiologie |
| 25. | Pr. AMMAR Fanid | Pathologie Chirurgicale |
| 26. | Pr. CHAHED OUZZANI Houriaép.TAOBANE | Gastro-Entérologie |
| 27. | Pr. EL FASSY FIHRI Mohamed Taoufiq | Pneumo-phtisiologie |
| 28. | Pr. EL HAITEM Naïma | Cardiologie |
| 29. | Pr. EL MANSOURI Abdellah* | Chimie-Toxicologie Expertise |
| 30. | Pr. EL YAACOUBI Moradh | Traumatologie Orthopédie |
| 31. | Pr. ESSAID EL FEYDI Abdellah | Gastro-Entérologie |
| 32. | Pr. LACHKAR Hassan | Médecine Interne |
| 33. | Pr. YAHYAOUI Mohamed | Neurologie |

Décembre 1988

- | | | |
|-----|---------------------------------|--------------------------|
| 34. | Pr. BENHAMAMOUCHE Mohamed Najib | Chirurgie Pédiatrique |
| 35. | Pr. DAFIRI Rachida | Radiologie |
| 36. | Pr. FAIK Mohamed | Urologie |
| 37. | Pr. HERMAS Mohamed | Traumatologie Orthopédie |
| 38. | Pr. TOLOUNE Farida* | Médecine Interne |

Décembre 1989 Janvier et Novembre 1990

- | | | |
|-----|--------------------------------|--------------------------|
| 39. | Pr. ADNAOUI Mohamed | Médecine Interne |
| 40. | Pr. AOUNI Mohamed | Médecine Interne |
| 41. | Pr. BOUKILI MAKHOUKHI Abdelali | Cardiologie |
| 42. | Pr. CHAD Bouziane | Pathologie Chirurgicale |
| 43. | Pr. CHKOFF Rachid | Pathologie Chirurgicale |
| 44. | Pr. HACHIM Mohammed* | Médecine-Interne |
| 45. | Pr. KHARBACH Aïcha | Gynécologie -Obstétrique |
| 46. | Pr. MANSOURI Fatima | Anatomie-Pathologique |
| 47. | Pr. OUZZANI Taïbi Mohamed Réda | Neurologie |

48. Pr. SEDRATI Omar* Dermatologie
 49. Pr. TAZI Saoud Anas Anesthésie Réanimation

Février Avril Juillet et Décembre 1991

50. Pr. AL HAMANY Zaïtounia Anatomie-Pathologique
 51. Pr. AZZOUZI Abderrahim Anesthésie Réanimation
 52. Pr. BAYAHIA Rabéa ép. HASSAM Néphrologie
 53. Pr. BELKOUCHI Abdelkader Chirurgie Générale
 54. Pr. BENABDELLAH Chahrazad Hématologie
 55. Pr. BENCHEKROUN BELABBES Abdellatif Chirurgie Générale
 56. Pr. BENSOUDA Yahia Pharmacie galénique
 57. Pr. BERRAHO Amina Ophtalmologie
 58. Pr. BEZZAD Rachid Gynécologie Obstétrique
 59. Pr. CHABRAOUI Layachi Biochimie et Chimie
 60. Pr. CHANA El Houssaine* Ophtalmologie
 61. Pr. CHERRAH Yahia Pharmacologie
 62. Pr. CHOKAIRI Omar Histologie Embryologie
 63. Pr. JANATI Idrissi Mohamed* Chirurgie Générale
 64. Pr. KHATTAB Mohamed Pédiatrie
 65. Pr. OUAALINE Mohammed* Médecine Préventive, Santé Publique et Hygiène
 66. Pr. SOULAYMANI Rachida ép. BENCHEIKH Pharmacologie
 67. Pr. TAOUFIK Jamal Chimie thérapeutique

Décembre 1992

68. Pr. AHALLAT Mohamed Chirurgie Générale
 69. Pr. BENOUDA Amina Microbiologie
 70. Pr. BENSOUDA Adil Anesthésie Réanimation
 71. Pr. BOUJIDA Mohamed Najib Radiologie
 72. Pr. CHAHED OUZZANI Laaziza Gastro-Entérologie
 73. Pr. CHRAIBI Chafiq Gynécologie Obstétrique
 74. Pr. DAOUDI Rajae Ophtalmologie
 75. Pr. DEHAYNI Mohamed* Gynécologie Obstétrique
 76. Pr. EL HADDOURY Mohamed Anesthésie Réanimation
 77. Pr. EL OUAHABI Abdessamad Neurochirurgie
 78. Pr. FELLAT Rokaya Cardiologie
 79. Pr. GHAFIR Driss* Médecine Interne
 80. Pr. JIDDANE Mohamed Anatomie
 81. Pr. OUZZANI TAIBI Med Charaf Eddine Gynécologie Obstétrique
 82. Pr. TAGHY Ahmed Chirurgie Générale
 83. Pr. ZOUHDI Mimoun Microbiologie

Mars 1994

84. Pr. AGNAOU Lahcen Ophtalmologie
 85. Pr. AL BAROUDI Saad Chirurgie Générale

86. Pr. BENCHERIFA Fatiha	Ophtalmologie
87. Pr. BENJAAFAR Nouredine	Radiothérapie
88. Pr. BENJELLOUN Samir	Chirurgie Générale
89. Pr. BEN RAIS Nozha	Biophysique
90. Pr. CAOUI Malika	Biophysique
91. Pr. CHRAIBI Abdelmjid	Endocrinologie et Maladies Métaboliques
92. Pr. EL AMRANI Sabah ép. AHALLAT	Gynécologie Obstétrique
93. Pr. EL AOUIAD Rajae	Immunologie
94. Pr. EL BARDOUNI Ahmed	Traumatologie-Orthopédie
95. Pr. EL HASSANI My Rachid	Radiologie
96. Pr. EL IDRISSE LAMGHARI Abdennaceur	Médecine Interne
97. Pr. ERROUGANI Abdelkader	Chirurgie Générale
98. Pr. ESSAKALI Malika	Immunologie
99. Pr. ETTAYEBI Fouad	Chirurgie Pédiatrique
100. Pr. HADRI Larbi*	Médecine Interne
101. Pr. HASSAM Badredine	Dermatologie
102. Pr. IFRINE Lahssan	Chirurgie Générale
103. Pr. JELTHI Ahmed	Anatomie Pathologique
104. Pr. MAHFOUD Mustapha	Traumatologie – Orthopédie
105. Pr. MOUDENE Ahmed*	Traumatologie- Orthopédie
106. Pr. OULBACHA Said	Chirurgie Générale
107. Pr. RHRAB Brahim	Gynécologie –Obstétrique
108. Pr. SENOUCI Karima ép. BELKHADIR	Dermatologie
109. Pr. SLAOUI Anas	Chirurgie Cardio-Vasculaire

Mars 1994

110. Pr. ABBAR Mohamed*	Urologie
111. Pr. ABDELHAK M'barek	Chirurgie – Pédiatrique
112. Pr. BELAIDI Halima	Neurologie
113. Pr. BRAHMI Rida Slimane	Gynécologie Obstétrique
114. Pr. BENTAHILA Abdelali	Pédiatrie
115. Pr. BENYAHIA Mohammed Ali	Gynécologie – Obstétrique
116. Pr. BERRADA Mohamed Saleh	Traumatologie – Orthopédie
117. Pr. CHAMI Ilham	Radiologie
118. Pr. CHERKAOUI LallaOuafae	Ophtalmologie
119. Pr. EL ABBADI Najia	Neurochirurgie
120. Pr. HANINE Ahmed*	Radiologie
121. Pr. JALIL Abdelouahed	Chirurgie Générale
122. Pr. LAKHDAR Amina	Gynécologie Obstétrique
123. Pr. MOUANE Nezha	Pédiatrie

Mars 1995

124. Pr. ABOUQUAL Redouane	Réanimation Médicale
125. Pr. AMRAOUI Mohamed	Chirurgie Générale

126. Pr. BAIDADA Abdelaziz	Gynécologie Obstétrique
127. Pr. BARGACH Samir	Gynécologie Obstétrique
128. Pr. BEDDOUCHE Amokrane*	Urologie
129. Pr. BENZAOUZ Mustapha	Gastro-Entérologie
130. Pr. CHAARI Jilali*	Médecine Interne
131. Pr. DIMOU M'barek*	Anesthésie Réanimation
132. Pr. DRISSI KAMILI Mohammed Nordine*	Anesthésie Réanimation
133. Pr. EL MESNAOUI Abbas	Chirurgie Générale
134. Pr. ESSAKALI HOUSSYNI Leila	Oto-Rhino-Laryngologie
135. Pr. FERHATI Driss	Gynécologie Obstétrique
136. Pr. HASSOUNI Fadil	Médecine Préventive, Santé Publique et Hygiène
137. Pr. HDA Abdelhamid*	Cardiologie
138. Pr. IBEN ATTYA ANDALOUSSI Ahmed	Urologie
139. Pr. IBRAHIMY Wafaa	Ophtalmologie
140. Pr. MANSOURI Aziz	Radiothérapie
141. Pr. OUAZZANI CHAHDI Bahia	Ophtalmologie
142. Pr. SEFIANI Abdelaziz	Génétique
143. Pr. ZEGGWAGH Amine Ali	Réanimation Médicale

Décembre 1996

144. Pr. AMIL Touriya*	Radiologie
145. Pr. BELKACEM Rachid	Chirurgie Pédiatrie
146. Pr. BOULANOUAR Abdelkrim	Ophtalmologie
147. Pr. EL ALAMI EL FARICHA EL Hassan	Chirurgie Générale
148. Pr. EL MELLOUKI Ouafae*	Parasitologie
149. Pr. GAOUZI Ahmed	Pédiatrie
150. Pr. MAHFOUDI M'barek*	Radiologie
151. Pr. MOHAMMADINE EL Hamid	Chirurgie Générale
152. Pr. MOHAMMADI Mohamed	Médecine Interne
153. Pr. MOULINE Soumaya	Pneumo-phtisiologie
154. Pr. OUADGHIRI Mohamed	Traumatologie-Orthopédie
155. Pr. OUZEDDOUN Naima	Néphrologie
156. Pr. ZBIR EL Mehdi*	Cardiologie

Novembre 1997

157. Pr. ALAMI Mohamed Hassan	Gynécologie-Obstétrique
158. Pr. BEN AMAR Abdesselem	Chirurgie Générale
159. Pr. BEN SLIMANE Lounis	Urologie
160. Pr. BIROUK Nazha	Neurologie
161. Pr. CHAOUIR Souad*	Radiologie
162. Pr. DERRAZ Said	Neurochirurgie
163. Pr. ERREIMI Naima	Pédiatrie
164. Pr. FELLAT Nadia	Cardiologie
165. Pr. GUEDDARI Fatima Zohra	Radiologie

166. Pr. HAIMEUR Charki*	Anesthésie Réanimation
167. Pr. KADDOURI Nouredine	Chirurgie Pédiatrique
168. Pr. KANOUNI NAWAL	Physiologie
169. Pr. KOUTANI Abdellatif	Urologie
170. Pr. LAHLOU Mohamed Khalid	Chirurgie Générale
171. Pr. MAHRAOUI CHAFIQ	Pédiatrie
172. Pr. NAZI M'barek*	Cardiologie
173. Pr. OUAHABI Hamid*	Neurologie
174. Pr. TAOUFIQ Jallal	Psychiatrie
175. Pr. YOUSFI MALKI Mounia	Gynécologie Obstétrique

Novembre 1998

176. Pr. AFIFI RAJAA	Gastro-Entérologie
177. Pr. AIT BENASSER MOULAY Ali*	Pneumo-phtisiologie
178. Pr. ALOUANE Mohammed*	Oto-Rhino-Laryngologie
179. Pr. BENOMAR ALI	Neurologie
180. Pr. BOUGTAB Abdesslam	Chirurgie Générale
181. Pr. ER RIHANI Hassan	Oncologie Médicale
182. Pr. EZZAITOUNI Fatima	Néphrologie
183. Pr. KABBAJ Najat	Radiologie
184. Pr. LAZRAK Khalid (M)	Traumatologie Orthopédie

Novembre 1998

185. Pr. BENKIRANE Majid*	Hématologie
186. Pr. KHATOURI ALI*	Cardiologie
187. Pr. LABRAIMI Ahmed*	Anatomie Pathologique

Janvier 2000

188. Pr. ABID Ahmed*	Pneumophtisiologie
189. Pr. AIT OUMAR Hassan	Pédiatrie
190. Pr. BENCHERIF My Zahid	Ophtalmologie
191. Pr. BENJELLOUN DAKHAMA Badr.Sououd	Pédiatrie
192. Pr. BOURKADI Jamal-Eddine	Pneumo-phtisiologie
193. Pr. CHAOUI Zineb	Ophtalmologie
194. Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Al Montacer	Chirurgie Générale
195. Pr. ECHARRAB El Mahjoub	Chirurgie Générale
196. Pr. EL FTOUH Mustapha	Pneumo-phtisiologie
197. Pr. EL MOSTARCHID Brahim*	Neurochirurgie
198. Pr. EL OTMANY Azzedine	Chirurgie Générale
199. Pr. GHANNAM Rachid	Cardiologie
200. Pr. HAMMANI Lahcen	Radiologie
201. Pr. ISMAILI Mohamed Hatim	Anesthésie-Réanimation
202. Pr. ISMAILI Hassane*	Traumatologie Orthopédie
203. Pr. KRAMI Hayat Ennoufouss	Gastro-Entérologie

204. Pr. MAHMOUDI Abdelkrim*
 205. Pr. TACHINANTE Rajae
 206. Pr. TAZI MEZALEK Zoubida

Anesthésie-Réanimation
 Anesthésie-Réanimation
 Médecine Interne

Novembre 2000

207. Pr. AIDI Saadia
 208. Pr. AIT OURHROUI Mohamed
 209. Pr. AJANA Fatima Zohra
 210. Pr. BENAMR Said
 211. Pr. BENCHEKROUN Nabihah
 212. Pr. CHERTI Mohammed
 213. Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Selma
 214. Pr. EL HASSANI Amine
 215. Pr. EL IDGHIRI Hassan
 216. Pr. EL KHADER Khalid
 217. Pr. EL MAGHRAOUI Abdellah*
 218. Pr. GHARBI Mohamed El Hassan
 219. Pr. HSSAIDA Rachid*
 220. Pr. LACHKAR Azzouz
 221. Pr. LAHLOU Abdou
 222. Pr. MAFTAH Mohamed*
 223. Pr. MAHASSINI Najat
 224. Pr. MDAGHRI ALAOUI Asmae
 225. Pr. NASSIH Mohamed*
 226. Pr. ROUIMI Abdelhadi

Neurologie
 Dermatologie
 Gastro-Entérologie
 Chirurgie Générale
 Ophtalmologie
 Cardiologie
 Anesthésie-Réanimation
 Pédiatrie
 Oto-Rhino-Laryngologie
 Urologie
 Rhumatologie
 Endocrinologie et Maladies Métaboliques
 Anesthésie-Réanimation
 Urologie
 Traumatologie Orthopédie
 Neurochirurgie
 Anatomie Pathologique
 Pédiatrie
 Stomatologie Et Chirurgie Maxillo-Faciale
 Neurologie

Décembre 2001

227. Pr. ABABOU Adil
 228. Pr. BALKHI Hicham*
 229. Pr. BELMEKKI Mohammed
 230. Pr. BENABDELJLIL Maria
 231. Pr. BENAMAR Loubna
 232. Pr. BENAMOR Jouda
 233. Pr. BENELBARHDADI Imane
 234. Pr. BENNANI Rajae
 235. Pr. BENOUACHANE Thami
 236. Pr. BENYOUSSEF Khalil
 237. Pr. BERRADA Rachid
 238. Pr. BEZZA Ahmed*
 239. Pr. BOUCHIKHI IDRISSE Med Larbi
 240. Pr. BOUHOUCHE Rachida
 241. Pr. BOUMDIN El Hassane*
 242. Pr. CHAT Latifa
 243. Pr. CHELLAOUI Mounia

Anesthésie-Réanimation
 Anesthésie-Réanimation
 Ophtalmologie
 Neurologie
 Néphrologie
 Pneumo-phtisiologie
 Gastro-Entérologie
 Cardiologie
 Pédiatrie
 Dermatologie
 Gynécologie Obstétrique
 Rhumatologie
 Anatomie
 Cardiologie
 Radiologie
 Radiologie
 Radiologie

244. Pr. DAALI Mustapha*	Chirurgie Générale
245. Pr. DRISSI Sidi Mourad*	Radiologie
246. Pr. EL HIJRI Ahmed	Anesthésie-Réanimation
247. Pr. EL MAAQILI Moulay Rachid	Neuro-Chirurgie
248. Pr. EL MADHI Tarik	Chirurgie-Pédiatrique
249. Pr. EL MOUSSAIF Hamid	Ophthalmologie
250. Pr. EL OUNANI Mohamed	Chirurgie Générale
251. Pr. EL QUESSAR Abdeljlil	Radiologie
252. Pr. ETTAIR Said	Pédiatrie
253. Pr. GAZZAZ Miloudi*	Neuro-Chirurgie
254. Pr. GOURINDA Hassan	Chirurgie-Pédiatrique
255. Pr. HRORA Abdelmalek	Chirurgie Générale
256. Pr. KABBAJ Saad	Anesthésie-Réanimation
257. Pr. KABIRI EL Hassane*	Chirurgie Thoracique
258. Pr. LAMRANI Moulay Omar	Traumatologie Orthopédie
259. Pr. LEKEHAL Brahim	Chirurgie Vasculaire Périphérique
260. Pr. MAHASSIN Fattouma*	Médecine Interne
261. Pr. MEDARHRI Jalil	Chirurgie Générale
262. Pr. MIKDAME Mohammed*	Hématologie Clinique
263. Pr. MOHSINE Raouf	Chirurgie Générale
264. Pr. NOUINI Yassine	Urologie
265. Pr. SABBAH Farid	Chirurgie Générale
266. Pr. SEFIANI Yasser	Chirurgie Vasculaire Périphérique
267. Pr. TAOUFIQ BENCHEKROUN Soumia	Pédiatrie

Décembre 2002

268. Pr. AL BOUZIDI Abderrahmane*	Anatomie Pathologique
269. Pr. AMEUR Ahmed *	Urologie
270. Pr. AMRI Rachida	Cardiologie
271. Pr. AOURARH Aziz*	Gastro-Entérologie
272. Pr. BAMOU Youssef *	Biochimie-Chimie
273. Pr. BELMEJDOUB Ghizlene*	Endocrinologie et Maladies Métaboliques
274. Pr. BENZEKRI Laila	Dermatologie
275. Pr. BENZZOUBEIR Nadia*	Gastro-Entérologie
276. Pr. BERNOUSSI Zakiya	Anatomie Pathologique
277. Pr. BICHTA Mohamed Zakariya	Psychiatrie
278. Pr. CHOHO Abdelkrim *	Chirurgie Générale
279. Pr. CHKIRATE Bouchra	Pédiatrie
280. Pr. EL ALAMI EL FELLOUS Sidi Zouhair	Chirurgie Pédiatrique
281. Pr. EL BARNOUSSI Leila	Gynécologie Obstétrique
282. Pr. EL HAOURI Mohamed *	Dermatologie
283. Pr. EL MANSARI Omar*	Chirurgie Générale
284. Pr. ES-SADEL Abdelhamid	Chirurgie Générale
285. Pr. FILALI ADIB Abdelhai	Gynécologie Obstétrique

286. Pr. HADDOUR Leila	Cardiologie
287. Pr. HAJJI Zakia	Ophtalmologie
288. Pr. IKEN Ali	Urologie
289. Pr. ISMAEL Farid	Traumatologie Orthopédie
290. Pr. JAAFAR Abdeloihab*	Traumatologie Orthopédie
291. Pr. KRIOUILE Yamina	Pédiatrie
292. Pr. LAGHMARI Mina	Ophtalmologie
293. Pr. MABROUK Hfid*	Traumatologie Orthopédie
294. Pr. MOUSSAOUI RAHALI Driss*	Gynécologie Obstétrique
295. Pr. MOUSTAGHFIR Abdelhamid*	Cardiologie
296. Pr. NAITLHO Abdelhamid*	Médecine Interne
297. Pr. OUJILAL Abdelilah	Oto-Rhino-Laryngologie
298. Pr. RACHID Khalid *	Traumatologie Orthopédie
299. Pr. RAISS Mohamed	Chirurgie Générale
300. Pr. RGUIBI IDRISSE Sidi Mustapha*	Pneumophtisiologie
301. Pr. RHOU Hakima	Néphrologie
302. Pr. SIAH Samir *	Anesthésie Réanimation
303. Pr. THIMOU Amal	Pédiatrie
304. Pr. ZENTAR Aziz*	Chirurgie Générale

PROFESSEURS AGREGES :

Janvier 2004

305. Pr. ABDELLAH El Hassan	Ophtalmologie
306. Pr. AMRANI Mariam	Anatomie Pathologique
307. Pr. BENBOUZID Mohammed Anas	Oto-Rhino-Laryngologie
308. Pr. BENKIRANE Ahmed*	Gastro-Entérologie
309. Pr. BENRAMDANE Larbi*	Chimie Analytique
310. Pr. BOUGHALEM Mohamed*	Anesthésie Réanimation
311. Pr. BOULAADAS Malik	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
312. Pr. BOURAZZA Ahmed*	Neurologie
313. Pr. CHAGAR Belkacem*	Traumatologie Orthopédie
314. Pr. CHERRADI Nadia	Anatomie Pathologique
315. Pr. EL FENNI Jamal*	Radiologie
316. Pr. EL HANCHI ZAKI	Gynécologie Obstétrique
317. Pr. EL KHORASSANI Mohamed	Pédiatrie
318. Pr. EL YOUNASSI Badreddine*	Cardiologie
319. Pr. HACHI Hafid	Chirurgie Générale
320. Pr. JABOUIRIK Fatima	Pédiatrie
321. Pr. KARMANE Abdelouahed	Ophtalmologie
322. Pr. KHABOUZE Samira	Gynécologie Obstétrique
323. Pr. KHARMAZ Mohamed	Traumatologie Orthopédie
324. Pr. LEZREK Mohammed*	Urologie
325. Pr. MOUGHIL Said	Chirurgie Cardio-Vasculaire

- | | |
|---------------------------|--------------------|
| 326. Pr. NAOUMI Asmae* | Ophtalmologie |
| 327. Pr. SASSENOU ISMAIL* | Gastro-Entérologie |
| 328. Pr. TARIB Abdelilah* | Pharmacie Clinique |
| 329. Pr. TIJAMI Fouad | Chirurgie Générale |
| 330. Pr. ZARZUR Jamila | Cardiologie |

Janvier 2005

- | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------------|
| 331. Pr. ABBASSI Abdellah | Chirurgie Réparatrice et Plastique |
| 332. Pr. AL KANDRY Sif Eddine* | Chirurgie Générale |
| 333. Pr. ALAOUI Ahmed Essaid | Microbiologie |
| 334. Pr. ALLALI Fadoua | Rhumatologie |
| 335. Pr. AMAZOUZI Abdellah | Ophtalmologie |
| 336. Pr. AZIZ Noureddine* | Radiologie |
| 337. Pr. BAHIRI Rachid | Rhumatologie |
| 338. Pr. BARKAT Amina | Pédiatrie |
| 339. Pr. BENHALIMA Hanane | Stomatologie et Chirurgie Maxillo Faciale |
| 340. Pr. BENHARBIT Mohamed | Ophtalmologie |
| 341. Pr. BENYASS Aatif | Cardiologie |
| 342. Pr. BERNOUSSI Abdelghani | Ophtalmologie |
| 343. Pr. BOUKLATA Salwa | Radiologie |
| 344. Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Mohamed | Ophtalmologie |
| 345. Pr. DOUDOUH Abderrahim* | Biophysique |
| 346. Pr. EL HAMZAOUI Sakina | Microbiologie |
| 347. Pr. HAJJI Leila | Cardiologie |
| 348. Pr. HESSISSEN Leila | Pédiatrie |
| 349. Pr. JIDAL Mohamed* | Radiologie |
| 350. Pr. KARIM Abdelouahed | Ophtalmologie |
| 351. Pr. KENDOUCI Mohamed* | Cardiologie |
| 352. Pr. LAAROUCI Mohamed | Chirurgie Cardio-vasculaire |
| 353. Pr. LYAGOUBI Mohammed | Parasitologie |
| 354. Pr. NIAMANE Radouane* | Rhumatologie |
| 355. Pr. RAGALA Abdelhak | Gynécologie Obstétrique |
| 356. Pr. SBIHI Souad | Histo-Embryologie Cytogénétique |
| 357. Pr. TNACHERI OUAZZANI Btissam | Ophtalmologie |
| 358. Pr. ZERAIDI Najia | Gynécologie Obstétrique |

AVRIL 2006

- | | |
|-----------------------------------|-------------------------|
| 400. Pr. ACHEMLAL Lahsen* | Rhumatologie |
| 401. Pr. AKJOUJ Said* | Radiologie |
| 402. Pr. BELGNAOUI Fatima Zahra | Dermatologie |
| 403. Pr. BELMEKKI Abdelkader* | Hématologie |
| 404. Pr. BENCHEIKH Razika | O.R.L |
| 405 Pr. BIYI Abdelhamid* | Biophysique |
| 406. Pr. BOUHAFS Mohamed El Amine | Chirurgie - Pédiatrique |

431. Pr. BOULAHYA Abdellatif*	Chirurgie Cardio – Vasculaire
432. Pr. CHEIKHAOUI Younes	Chirurgie Cardio – Vasculaire
433. Pr. CHENGUETI ANSARI Anas	Gynécologie Obstétrique
434. Pr. DOGHMI Nawal	Cardiologie
435. Pr. ESSAMRI Wafaa	Gastro-entérologie
436. Pr. FELLAT Ibtissam	Cardiologie
437. Pr. FAROUDY Mamoun	Anesthésie Réanimation
438. Pr. GHADOUANE Mohammed*	Urologie
439. Pr. HARMOUCHE Hicham	Médecine Interne
440. Pr. HANAFI Sidi Mohamed*	Anesthésie Réanimation
441Pr. IDRIS LAHLOU Amine	Microbiologie
442. Pr. JROUNDI Laila	Radiologie
443. Pr. KARMOUNI Tariq	Urologie
444. Pr. KILI Amina	Pédiatrie
445. Pr. KISRA Hassan	Psychiatrie
446. Pr. KISRA Mounir	Chirurgie – Pédiatrique
447. Pr. KHARCHAFI Aziz*	Médecine Interne
448. Pr. LAATIRIS Abdelkader*	Pharmacie Galénique
449. Pr. LMIMOUNI Badreddine*	Parasitologie
450. Pr. MANSOURI Hamid*	Radiothérapie
451. Pr. NAZIH Naoual	O.R.L
452. Pr. OUANASS Abderrazzak	Psychiatrie
453. Pr. SAFI Soumaya*	Endocrinologie
454. Pr. SEKKAT Fatima Zahra	Psychiatrie
431. Pr. SEFIANI Sana	Anatomie Pathologique
432. Pr. SOUALHI Mouna	Pneumo – Phtisiologie
434. Pr. TELLAL Saida*	Biochimie
435. Pr. ZAHRAOUI Rachida	Pneumo – Phtisiologie

Octobre 2007

436. Pr. EL MOUSSAOUI Rachid	Anesthésie réanimation
437. Pr. MOUSSAOUI Abdelmajid	Anesthésier réanimation
438. Pr. LALAOUI SALIM Jaafar *	Anesthésie réanimation
439. Pr. BAITE Abdelouahed *	Anesthésie réanimation
440. Pr. TOUATI Zakia	Cardiologie
441. Pr. OUZZIF Ezzohra *	Biochimie
442. Pr. BALOUCH Lhousaine *	Biochimie
443. Pr. SELKANE Chakir *	Chirurgie cardio vasculaire
467. Pr. EL BEKKALI Youssef *	Chirurgie cardio vasculaire
468. Pr. AIT HOUSSA Mahdi *	Chirurgie cardio vasculaire
469. Pr. EL ABSI Mohamed	Chirurgie générale
470. Pr. EHIRCHIOU Abdelkader *	Chirurgie générale
471. Pr. ACHOUR Abdessamad *	Chirurgie générale
472. Pr. TAJDINE Mohammed Tariq *	Chirurgie générale

450. Pr. GHARIB Nouredine	Chirurgie plastique
451. Pr. TABERKANET Mustafa *	Chirurgie vasculaire périphérique
452. Pr. ISMAILI Nadia	Dermatologie
476. Pr. MASRAR Azlarab	Hématologie biologique
477. Pr. RABHI Monsef *	Médecine interne
478. Pr. MRABET Mustapha *	Médecine préventive santé publique et hygiène
479. Pr. SEKHSOKH Yessine *	Microbiologie
480. Pr. SEFFAR Myriame	Microbiologie
481. Pr. LOUZI Lhoussain *	Microbiologie
459. Pr. MRANI Saad *	Virologie
460. Pr. GANA Rachid	Neuro chirurgie
461. Pr. ICHOU Mohamed *	Oncologie médicale
485. Pr. TACHFOUTI Samira	Ophtalmologie
486. Pr. BOUTIMZINE Nourdine	Ophtalmologie
487. Pr. MELLAL Zakaria	Ophtalmologie
488. Pr. AMMAR Haddou *	ORL
489. Pr. AOUIFI Sarra	Parasitologie
490. Pr. TLIGUI Houssain	Parasitologie
491. Pr. MOUTAJ Redouane *	Parasitologie
470. Pr. ACHACHI Leila	Pneumo ptisiologie
471. Pr. MARC Karima	Pneumo ptisiologie
494. Pr. BENZIANE Hamid *	Pharmacie clinique
495. Pr. CHERKAOUI Naoual *	Pharmacie galénique
496. Pr. EL OMARI Fatima	Psychiatrie
497. Pr. MAHI Mohamed *	Radiologie
498. Pr. RADOUANE Bouchaïb *	Radiologie
499. Pr. KEBDANI Tayeb	Radiothérapie
478. Pr. SIFAT Hassan *	Radiothérapie
479. Pr. HADADI Khalid *	Radiothérapie
480. Pr. ABIDI Khalid	Réanimation médicale
481. Pr. MADANI Naoufel	Réanimation médicale
482. Pr. TANANE Mansour *	Traumatologie orthopédie
483. Pr. AMHAJJI Larbi *	Traumatologie orthopédie

Décembre 2008

484. Pr. TAHIRI My El Hassan*	Chirurgie Générale
485. Pr. ZOUBIR Mohamed*	Anesthésie Réanimation

Mars 2009

486. Pr. BJIJOU Younes	Anatomie
487. Pr. AZENDOUR Hicham *	Anesthésie Réanimation
488. Pr. BELYAMANI Lahcen *	Anesthésie Réanimation
489. Pr. BOUHSAIN Sanae *	Biochimie
490. Pr. OUKERRAJ Latifa	Cardiologie

491. Pr. LAMSAOURI Jamal *	Chimie Thérapeutique
492. Pr. MARMADE Lahcen	Chirurgie Cardio-vasculaire
493. Pr. AMAHZOUNE Brahim *	Chirurgie Cardio-vasculaire
494. Pr. AIT ALI Abdelmounaim *	Chirurgie Générale
495. Pr. BOUNAIM Ahmed *	Chirurgie Générale
496. Pr. EL MALKI Hadj Omar	Chirurgie Générale
497. Pr. MSSROURI Rahal	Chirurgie Générale
498. Pr. CHTATA Hassan Toufik *	Chirurgie Vasculaire Périphérique
499. Pr. BOUI Mohammed *	Dermatologie
500. Pr. KABBAJ Nawal	Gastro-entérologie
501. Pr. FATHI Khalid	Gynécologie obstétrique
502. Pr. MESSAOUDI Nezha *	Hématologie biologique
503. Pr. CHAKOUR Mohammed *	Hématologie biologique
504. Pr. DOGHMI Kamal *	Hématologie clinique
505. Pr. ABOUZAHIR Ali *	Médecine interne
506. Pr. ENNIBI Khalid *	Médecine interne
507. Pr. EL OUENNASS Mostapha	Microbiologie
508. Pr. ZOUHAIR Said*	Microbiologie
509. Pr. L'kassimiHachemi*	Microbiologie
510. Pr. AKHADDAR Ali *	Neuro-chirurgie
511. Pr. AIT BENHADDOU El hachmia	Neurologie
512. Pr. AGADR Aomar *	Pédiatrie
513. Pr. KARBOUBI Lamya	Pédiatrie
514. Pr. MESKINI Toufik	Pédiatrie
515. Pr. KABIRI Meryem	Pédiatrie
516. Pr. RHORFI Ismail Abderrahmani *	Pneumo-phtisiologie
517. Pr. BASSOU Driss *	Radiologie
518. Pr. ALLALI Nazik	Radiologie
519. Pr. NASSAR Ittimade	Radiologie
520. Pr. HASSIKOU Hasna *	Rhumatologie
521. Pr. AMINE Bouchra	Rhumatologie
522. Pr. BOUSSOUGA Mostapha *	Traumatologie orthopédique
523. Pr. KADI Said *	Traumatologie orthopédique

Octobre 2010

524. Pr. AMEZIANE Taoufiq*	Médecine interne
525. Pr. ERRABIH Ikram	Gastro entérologie
526. Pr. MOSADIK Ahlam	Anesthésie Réanimation
527. Pr. ALILOU Mustapha	Anesthésie réanimation
528. Pr. KANOUNI Lamya	Radiothérapie
529. Pr. EL KHARRAS Abdennasser*	Radiologie
530. Pr. DARBI Abdellatif*	Radiologie
531. Pr. EL HAFIDI Naima	Pédiatrie
532. Pr. MALIH Mohamed*	Pédiatrie

533. Pr. BOUSSIF Mohamed*	Médecine aérologique
534. Pr. EL MAZOUZ Samir	Chirurgie plastique et réparatrice
535. Pr. DENDANE Mohammed Anouar	Chirurgie pédiatrique
536. Pr. EL SAYEGH Hachem	Urologie
537. Pr. MOUJAHID Mountassir*	Chirurgie générale
538. Pr. BOUAITY Brahim*	ORL
539. Pr. LEZREK Mounir	Ophtalmologie
540. Pr. NAZIH Mouna*	Hématologie
541. Pr. LAMALMI Najat	Anatomie pathologique
542. Pr. ZOUAIDIA Fouad	Anatomie pathologique
543. Pr. BELAGUID Abdelaziz	Physiologie
544. Pr. DAMI Abdellah*	Biochimie chimie
545. Pr. CHADLI Mariama*	Microbiologie

** Enseignants Militaires*

ENSEIGNANTS SCIENTIFIQUES

PROFESSEURS

1. Pr. ABOUDRAR Saadia	Physiologie
2. Pr. ALAMI OUHABI Naima	Biochimie
3. Pr. ALAOUI KATIM	Pharmacologie
4. Pr. ALAOUI SLIMANI Lalla Naïma	Histologie-Embryologie
5. Pr. ANSAR M'hammed	Chimie Organique et Pharmacie Chimique
6. Pr. BOUKLOUZE Abdelaziz	Applications Pharmaceutiques
7. Pr. BOUHOUCHE Ahmed	Génétique Humaine
8. Pr. BOURJOUANE Mohamed	Microbiologie
9. Pr. CHAHED OUZZANI LallaChadia	Biochimie
10. Pr. DAKKA Taoufiq	Physiologie
11. Pr. DRAOUI Mustapha	Chimie Analytique
12. Pr. EL GUESSABI Lahcen	Pharmacognosie
13. Pr. ETTAIB Abdelkader	Zootéchnie
14. Pr. FAOUZI Moulay El Abbes	Pharmacologie
15. Pr. HMAMOUCHE Mohamed	Chimie Organique
16. Pr. IBRAHIMI Azeddine	Biotechnologie
17. Pr. KABBAJ Ouafae	Biochimie
18. Pr. KHANFRI Jamal Eddine	Biologie
19. Pr. REDHA Ahlam	Biochimie
20. Pr. OULAD BOUYAHYA IDRISSE M ^{ed}	Chimie Organique
21. Pr. TOUATI Driss	Pharmacognosie
22. Pr. ZAHIDI Ahmed	Pharmacologie
23. Pr. ZELLOU Amina	Chimie Organique

A decorative border consisting of a repeating geometric pattern of diamonds and lines, framing the central text.

 *Je dédie cette thèse à ...* 

A mes chers parents

Quelques soient mes expressions en ce moment, aucun mot ne saurait exprimer l'estime, le respect et le profond amour que je vous porte.

Vous êtes le modèle de la sincérité, d'intégrité et de dévouements.

Vos immenses sacrifices m'ont toujours poussé à donner le meilleur de moi-même.

Puisse Dieu tout puissant, vous prêter longue vie afin que je puisse vous combler à mon tour.

Vous êtes ma raison de vivre.

A mon « PETIT » frère Dyaé Najm

Je t'adore.

Que tous tes rêves soient réalisés, je te souhaite tout le bonheur du monde.

A mes amis et Asdi9ae :

Amine, Hind, Ghita, Mehdi

Ma zizoo, Bachir, Roua

Samia, Rim, Fati, les Boubnanes, Hicham

Merouane bon courage pour ta vraie thèse.

La liste est très longue.

Je vous aime.

A mes collègues copines et bien plus : Nahed, Tilila, Lamiaa

En souvenir de nos mémorables gardes.

Avec tout mon amour, je vous souhaite un avenir souriant.

*A Tous les membres de l'AMIR et en particulier
à mes collègues de la promotion 2009*

De Afif à Sahar pour pas faire de jaloux.

A mes collègues de chirurgie plastique

Je les remercie pour leurs encouragements et leur soutien

Je leur dédie ce travail tout en leur souhaitant une vie meilleure pleine de bonheur, de prospérité, et de réussite.

A la famille du service de chirurgie plastique

CHU Avicenne Rabat

A tous ceux qui me sont très chers et que j'ai omis de citer

A decorative border consisting of a repeating geometric pattern of diamonds and lines, framing the central text.

REMERCIEMENTS

A notre maître et Présidente de thèse

Pr A. EL BARDOUNI

Professeur de Traumatologie – orthopédie

Nous vous remercions pour le grand honneur que vous nous faites en acceptant de présider cette thèse.

Votre compétence, votre dynamisme, ainsi que vos qualités humaines et professionnelles exemplaires ont toujours suscité notre admiration.

Qu'il soit permis, cher maître, de vous exprimer notre sincère reconnaissance, notre profond respect et notre plus grande estime.

A notre maître et rapporteur de thèse

Pr F. ISMAËL

Professeur de Traumatologie – orthopédie

Vous nous avez fait l'honneur de bien vouloir superviser ce travail et nous tenons à vous exprimer nos plus vifs remerciements, tout en espérant être à la hauteur de vos attentes.

Veillez trouver ici, cher maître, le témoignage de notre profonde et sincère reconnaissance.

A notre maître et juge de thèse

Pr M. MAHFOUD

Professeur agrégé de Traumatologie – orthopédie

C'est pour nous un immense plaisir de vous voir siéger parmi le jury de notre thèse. Nous avons toujours été impressionnés par vos qualités humaines et professionnelles.

Veillez agréer, cher maître, nos dévouements et notre éternelle reconnaissance.

A notre maître et juge de thèse

Pr M. KHARMAZ

Professeur agrégé de Traumatologie – orthopédie

Permettez nous de vous remercier pour avoir si gentiment accepté de faire partie de nos juges.

En dehors de vos connaissances claires et précises, dont nous avons bénéficié, vos remarquables qualités humaines et professionnelles méritent toute admiration et tout respect.

Veillez trouver ici le témoignage respectueux de notre reconnaissance et admiration.

Au Pr CHALA Sanae

Professeur agrégé en odontologie conservatrice

Aux membres du laboratoire de biostatistique.

Nous vous remercions de votre aide à l'élaboration de ce travail, votre soutien tout au long de la période de notre étude était de grand apport.

Veillez trouver ici l'expression de nos sincères remerciements.

A tous le personnel des services de traumatologie et orthopédie

CHU Avicenne

Hôpital d'enfants

Hôpital militaire d'instruction Med V

Sans qui je n'aurais pu faire ce travail.



Sommaire



Introduction	1
Le Burn out syndrome	4
I-Historique	5
II-Définitions	9
III-Origines du Burn out	12
1-Le concept du stress	12
1-1Définitions du stress.....	12
a) L'approche biophysique du stress	13
b) L'approche psychologique du stress	14
c) La théorie de conservation du stress	15
1-2Comment définit-on un stress pathologique ?.....	16
2 Les causes du Burn out	16
2-1 Modèles expliquant les mécanismes du Burn out	16
a- le modèle de Karasek.....	16
b-Le modèle ressources - exigences de Cherniss	17
c-Les conceptions interactionnistes : Le modèle théorique du stress, coping et adaptation (Lazarus et Folkman, 1984)	18
d-Le modèle de conservations de ressources.....	20
2-2-Facteurs influençant la survenue du Burn out	20
a/Au niveau organisationnel	21
a-1 Contenu de l'activité	21
a.2. Impossibilité de contrôler son activité	21
a.3. Conditions de travail	22
a.4. Conflit travail - vie privée	22
b) Au niveau interindividuel	22

b.1. La relation avec le patient	22
b.2 La relation avec les collègues	24
b.3. Le soutien social	24
b.4. Le Burn out	25
c) Au niveau individuel	25
c.1. La personnalité	25
c.2. Les stratégies d'adaptation aux situations stressantes	26
c.3 La croyance	27
c.4. L'approche au travail	28
IV-Manifestations du Burn out	30
1 Description du syndrome d'épuisement professionnel.....	30
1-1-L'épuisement émotionnel.....	30
1-2 La dépersonnalisation ou la déshumanisation de la relation à l'autre	31
1-3 La diminution de l'accomplissement professionnel	32
2 Manifestations du syndrome d'épuisement professionnel	34
2-1 Sur le plan physique	34
2-2 Sur le plan psychique	34
2-3 Sur le plan cognitif	34
2-4 Sur le plan comportemental	35
3-Etats limites.....	36
3-1) Eviter la confusion.....	36
3-2) Concepts voisins et syndromes annexes au Burn out.....	37
a-Burn out et trouble de l'adaptation.....	37
b-Burn out et stress.....	38
c-Burn out et dépression	38
d-Burn out et syndrome de fatigue ou neurasthénie.....	39

e-Burn out et anxiété	40
f-Burn out, somatisation et maladie psychosomatique	40
g-Burn out et insatisfaction au travail	41
h-Le Karoshi	41
V-Les instruments de mesure du burn out	42
1-Maslach Burn out Inventory (MBI).....	42
2-Burnout Measure (BM) ou Burnout Measure Short Version (BMS).....	44
3-The Oldenburg Burn out Inventory (OLBI).....	45
4-Areas of Work life Survey (AWLS).....	45
5-Autres instruments de mesure du Burn out.....	46
Matériel et méthodes	48
I) Matériel d'étude	49
1-Présentation de l'étude	49
2-Population étudiée	49
3-Instrument de mesure	50
II) Méthodologie d'étude	53
1) Elaboration d'un questionnaire	53
2) Diffusion du questionnaire	54
3) Recueil des réponses	54
III) Méthodologie d'analyse	55
Résultats	56
I) Résultats descriptifs	57
1 Connaissances initiales	58
2-Variables sociodémographiques	59
2-1) Le sexe	59
2-2 L'âge	59

2-3 La Situation familiale	60
2-4 Nombre d'enfants à charge	61
3- Variables professionnelles	62
3-1 Statut professionnel	62
3-2 Nombre d'années d'exercice	63
3-3 Lieu d'exercice	63
3-4 Heures de travail	63
3-5 Evolution de la charge de travail	64
3-6 Vacances et effet reposant	64
3-7 Contrôle sur le travail	65
3-8 Orientation de carrière	65
4-Variables personnelles	68
4-1 Temps consacré aux loisirs	68
4-2 Temps consacré aux proches (famille, conjoint, enfants, amis)	68
4-3 Soutien reçu	68
4-4 Remarques négatives des proches par rapport à la disponibilité du soignant	68
5-Echelle MBI (Maslach Burn out Inventory)	69
6 Les conséquences, en réponse à ce stress	70
6-1 Sur le plan physique	70
6-2 Sur le plan comportemental et relationnel	71
7-Les causes de l'épuisement professionnel ou du stress au travail	72
8-Constataion personnelle	73
9-Solutions et commentaires	74
9-1 Solutions	74
a) Organisation du travail	75

b) Gardes	75
c) Amélioration des conditions de travail	76
d) Motivation du personnel	76
e) Amélioration de la formation	77
f) Activités de distraction	77
g) Création d'une bonne ambiance de travail	77
9-2 Commentaires.....	78
II) Résultats analytiques	79
1) Burn out et épuisement émotionnel	79
2) Burn out et dépersonnalisation	82
3) Burn out et accomplissement professionnel	84
Discussion.....	86
I) Les limites et points fort de l'étude	87
II) La prévalence du Burn out	90
1-Le Burn out en traumatologie	92
2-Le Burn out chez les autres soignants	93
2-1 En France	93
2-2 Au Canada	94
2-3 Au Maroc	94
III) Facteurs associés au Burn out.....	95
1 Le sexe.....	95
2. Le nombre d'enfants à charge.....	95
3. La charge de travail	96
4. Le contrôle sur le travail.....	96
5. Sensation de repos après les vacances.....	97
6. Le temps consacré aux loisirs	97

7. Le temps consacré aux proches.....	98
8. Le désir de reconversion professionnelle	98
IV). Prévention du Burn out	99
1-Sur le plan individuel	99
1-1 Le Stress Management	99
1-2 Psychothérapie et psychanalyse	100
1-3 L'assistance téléphonique.....	100
2-Sur le plan collectif.....	101
2-1 La formation médicale continue.....	101
2-2 Apprendre à travailler en équipe	101
2-3 Les groupes de pairs.....	102
2-4 Les groupes Balint	102
2-5 Autres organisations.....	103
3-Les mesures organisationnelles	103
4-Autres mesures préventives	105
4-1 L'intérêt du repos de sécurité	105
4-2 La formation des jeunes médecins	105
Conclusion.....	107
Résumés.....	110
Annexes	114
Références.....	119



Introduction



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

Le « Burn out syndrome » ou le « Syndrome d'épuisement professionnel » correspond à un état d'épuisement émotionnel, de déshumanisation de la relation à l'autre et de réduction de l'accomplissement personnel, susceptible d'apparaître chez les individus impliqués professionnellement auprès d'autrui. [2]

Il touche toutes les catégories socioprofessionnelles. L'importance du phénomène va parfois jusqu'à prendre l'allure d'une épidémie dans certains corps de métier [3]. Mais il semble selon les observations réalisées que les professions « aidantes » impliquant un engagement relationnel important comme les avocats, les enseignants et les professions médicales soient les plus exposées [4]

Le Burn out des médecins est resté pendant longtemps un sujet Tabou. Le médecin aime bien refléter l'image du médecin idéal, fort et invulnérable, il est aux yeux de la société le *soignant* et non pas le *soigné*. [5]

Cette entité engendre de multiples conséquences tant au niveau personnel que collectif, avec des répercussions potentielles sur la démographie médicale voir sur la prise en charge des patients, et le soignant est souvent le premier à

nier son Burn out, alors que celui-ci est une réalité prouvée par de nombreuses études.

« Je soigne des paysans, je ne me sens pas malade »

Déclaration d'Anton Tchekhov, médecin et écrivain atteint de tuberculose 1898

Comment une société peut elle tolérer que ceux auxquels elle confie sa santé et surtout sa mort s'épuisent tant en donnant aux autres ?

Qu'en est-il du Burn out syndrome en traumatologie ?

L'objectif principal de notre étude est d'évaluer la prévalence du Burn out syndrome auprès du corps médical et paramédical des services de traumatologie et orthopédie, d'identifier les facteurs associés à ce syndrome, mieux les comprendre afin de tenter une approche préventive et/ou curative de ce syndrome.



Le Burn out syndrome



I-Historique

Bien que le concept même du Burn out syndrome remonte aux années 70, la relation épuisement- travail est par contre apparue bien avant.

Au **XIVe siècle** le stress signifie l'épreuve, l'affliction. Il s'élargit aux notions d'efforts, de contraintes, d'attaque, d'invasion, tout terme qui précise bien ce que ressent une victime du Burn out syndrome, envahie, agressée, «consumée » par le travail.

1761 déjà le médecin suisse Simon-André TISSOT au début de son ouvrage médical, intitulé "Avis au peuple sur sa santé", reconnaît le travail comme faisant partie des causes de maladies les plus fréquentes parmi le peuple [6]. Précurseur d'une psychopathologie du travail, il proposait une approche hygiéniste et préventive

Physiopathologie du stress :

1932 le physiologiste américain Walter B. Cannon dans son ouvrage « The Wisdom of the Body », est le premier à employer le mot stress – qu'il emprunte au vocabulaire de la mécanique –, pour désigner les agressions susceptibles de perturber l'homéostasie.

1940-1950 l'endocrinologue canadien Hans Selye élabore une première théorie complète du stress « médical ». Selon lui, le stress est bel et bien « une réponse non spécifique que donne le corps à toute demande qui lui est faite ». Il baptise cette réponse « syndrome général d'adaptation » et distingue trois phases: l'alarme, la résistance et l'épuisement.

Stress-travail-Burn out :

Ce n'est qu'au vingtième siècle que la santé au travail devient une réelle préoccupation.

En 1959, C. Veil décrit dans le concours médical les états d'épuisement au travail. L'épuisement est dû à la poursuite d'un effort, notamment professionnel, sous une contrainte externe ou interne. *« Il est le fruit de la rencontre d'un individu et d'une situation. L'un et l'autre sont complexes, et l'on doit se garder des simplifications abusives. (...) La prévention de l'état d'épuisement tient en trois termes : éducation du public, hygiène du travail, mesures sociales »*. [7] Ainsi Veil a très tôt reconnu la complexité de cet état d'épuisement et a proposé des moyens de prévention encore d'actualité.

Naissance du Burn out :

C'est en **1974**, aux Etats-Unis, que le psychanalyste allemand

H. Freudenberger utilise pour la première fois le terme de Burn out, [8]

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

Il base les observations de cette « brûlure interne » sur le mal être de travailleurs sociaux engagés auprès de patients toxicomanes dans la clinique alternative qu'il dirigeait alors. Bien que très bien investis au début, lui et son équipe, faite essentiellement de bénévoles, font l'expérience d'une

démotivation, d'un épuisement émotionnel et physique et d'attitudes négatives et deviennent distants envers les patients.

Il pense que le Burn out est le résultat de la lutte constante que nous menons pour donner un sens à notre vie. « *Au sein de la société actuelle, où les dieux ont été mis à mort, les fantômes exorcisés, les liens avec l'ancienne génération coupés et les relations de voisinage oubliées, il ne reste plus d'éléments sur lesquels on aurait pu s'appuyer. (...) La vieille tradition de la récompense-punition a maintenant disparu et nous ne devons plus compter que sur nous-mêmes pour distinguer le bien du mal* ». [8]

Freudenberger observe que ce sont surtout les gens engagés, ambitieux et idéalistes qui sont sujets au Burn out. Ils sont devenus victimes d'une philosophie dans laquelle l'échec n'a plus sa place.

A cette époque le but du rêve américain était de faire atteindre un niveau de vie toujours supérieur de génération en génération. En quelques mots, ce rêve qui est aussi celui d'une société, se concrétise par un travail énergique qui amène à l'excellence et permet de jouir du confort matériel, du prestige, d'obtenir le respect de la communauté, une certaine sécurité et un statut. Le monde a donc commencé à consacrer toute son énergie à construire un monde de perfection. Mais en réalité le monde n'est pas parfait, les gens font des erreurs.

« *Les gens se font parfois une idée grandiose de ce qu'ils seront au prochain palier de leur vie ; bien souvent cette vision ne se matérialise pas. Ce n'est pas parce qu'ils n'atteignent pas ce palier, mais lorsqu'ils y arrivent, ils s'aperçoivent que le paysage n'est pas tellement différent de celui du palier qu'ils viennent de quitter et la désillusion s'installe peu à peu* ». [9]

Même période, c'est en **1976**, mais cette fois ci dans la côte ouest des Etats-Unis, que Christina Maslach, chercheur en psychologie sociale, avait elle aussi rencontré le terme « Burn out Syndrome » en usage auprès des professionnels du sauvetage, des urgentistes, et des avocats exerçant auprès de personnes en difficultés sociales. [2,3]

Elle forge l'hypothèse que travailler avec d'autres, en particulier dans une relation d'aide, est au cœur du problème [2], contrairement à Freudenberg qui insistait sur les facteurs personnels. [9]

Initialement Maslach pense que le Burn out est spécifique de la profession médicale, mais l'étend par la suite aux professions sociales en général (enseignants, avocats, policiers...).

Ce n'est qu'à partir du début des années 80 qu'ont été conduites les premières études scientifiques visant à mieux définir le concept de Burn out. Ainsi, en 1981, **C. Maslach** met au point un instrument de mesure : le *Maslach Burn Out Inventory (MBI)*, outil rapidement standardisé et validé qui permettra des comparaisons entre les études (nous détaillerons cet outil plus loin) (Maslach 1981).

Une version pour les professions liées à l'éducation a ensuite été développée, le *MBIEducators Survey (MBI-ES)*, correspondant au MBI avec substitution du terme de « patient » à celui d'« élève ». [10]

Mais dans les années 90 le concept de Burn out a également été étendu aux professions sans relation d'aide. Ainsi une version générale du MBI, le *MBI-General Survey (MBI-GS)*, a été conçue pour permettre son évaluation dans ces professions. Les trois dimensions dans cette échelle sont alors l'épuisement émotionnel, le cynisme et la diminution de l'accomplissement personnel. [11]

II-Définitions

Burn out :

Le terme *Burn out*, d'origine anglo-saxonne, est inspiré de l'industrie aérospatiale et désigne l'épuisement de carburant d'une fusée avec comme résultante la surchauffe et le risque d'éclatement de la machine.

Le *Burn out* toucherait ainsi des « individus-fusées » hyperactifs, hyper-exigeants, en permanence contraints par une obligation de résultats et qui épuisent leur énergie jusqu'à se faire exploser tels des machines.

Épuisement professionnel :

En France, on emploie plutôt le terme *Syndrome d'épuisement professionnel*. Le mot « épuisement » étymologiquement parlant renvoie au fait de « vider l'eau d'un puits alors que l'on en a déjà trop retiré ».

De multiples définitions du burn out ou syndrome d'épuisement professionnel ont été proposées :

➤ En 1974, H. Freudenberger propose une première définition fondée sur celle du dictionnaire Webster :

« L'épuisement professionnel est un état causé par l'utilisation excessive de son énergie et de ses ressources, qui provoque un sentiment d'avoir échoué, d'être épuisé ou encore d'être exténué ». [8,3]

Avec **Richelson** (1980) ils définissent la personne brûlée comme « quelqu'un qui souffre de fatigue et de frustration, de dépression provoquées par sa dévotion envers une cause, un mode de vie ou une relation qui n'a pas produit la récompense attendue ».

➤ Pour **Edelwich et Brodsky** (1980), le Burn out est un processus de «désillusionnement» à quatre phases :

1-l'enthousiasme: Un niveau élevé d'énergie, le travail semble plein de promesses.

2- La stagnation: Le travail devient moins excitant, et ne comble plus les espoirs.

3-La frustration: Le sujet se questionne sur la valeur et l'utilité de son travail, cela s'accompagne de troubles émotifs et de comportement.

4- L'apathie: La frustration devient chronique, le travail est un moyen de survie, le sujet a peur de tout et se protège de tout.

➤ **Cherniss** (1980) le décrit comme « un processus dans lequel un professionnel précédemment engagé se désengage de son travail en réponse au stress et aux tensions ressenties ».

➤ **Maslach et Jackson** (1981) le définissent comme « un syndrome d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et de réduction de l'accomplissement personnel qui apparaît chez les individus impliqués professionnellement auprès d'autrui ».

➤ En 1984 **Corin et Bibeau** disent qu'il est impossible d'assigner une place précise à ce syndrome dans la nosographie psychiatrique traditionnelle et préfèrent le considérer comme un « concept intégrateur qui vient en quelque sorte donner sens à un ensemble complexe et multidirectionnel de phénomènes».

[12]

➤ En 1988, **Pines et Aronson** le définissent comme « un état d'épuisement physique, émotionnel et mental causé par l'implication à long terme dans des situations qui sont exigeantes émotionnellement ». D'après Pines, ces situations exigeantes ne se rencontrent pas seulement au travail, c'est pourquoi elle a également recherché le Burn out dans les relations de couples et au cours d'un échec dans la quête existentielle (qui est la relation d'aide pour le soignant). Pour être « consumé », dit-elle, il faut d'abord avoir été enflammé. [13]

➤ Pour **Canoui et Mauranges (2001)**, le Burn out 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 ». [3]

Ces définitions se complètent plus qu'elles ne s'opposent. Elles révèlent la complexité du Burn out, qui peut effectivement s'expliquer par plusieurs modèles et résulter de nombreuses causes intriquées.

III-Origines du Burn out :

1-Le concept du stress :

Le stress renvoie à la fois aux "contraintes" vis à vis des événements et aux "pressions" d'une personne ou d'un objet.

D'un point de vue, le stress est considéré comme un agent ou un stimulus qui entraîne une manifestation due au stress. D'un autre point de vue, le stress n'est plus considéré comme un agent mais comme le résultat de l'action de l'agent (se sentir stressé). Ces deux positions reflètent deux orientations pour définir le stress. La première s'appuie sur des conceptions biologiques et physiologiques où le stress est considéré comme une source de nuisance, alors que la seconde, psychologique, considère le stress comme une variable relationnelle entre l'individu et la situation.

Nous ne pouvons donc aborder la question du Burn out en termes de pathologie due au stress sans détailler ce dernier.

1-1Définitions du stress

D'usage fréquent dans le langage quotidien, le concept du stress n'est pourtant pas univoque.

C'est une réaction d'adaptation normale avant d'être à l'origine de troubles psychopathologiques et somatiques variés.

Les concepts du stress ont changé au fil des années .Ils sont passés d'un modèle biomédical à un modèle biophysicosocial. [22]

Ainsi, on peut distinguer deux grandes orientations de la recherche sur le stress : une orientation de type biophysique et une autre de type psychologique.[23]

a) *L'approche biophysique du stress* : [23]

Cette approche a été initiée par Hans Selye suite à une série d'expériences au cours desquels il soumet des animaux à une grande variété d'agents nocifs (physiques, chimiques et /ou biologiques)

La même symptomatologie était systématiquement retrouvée en résultat.

Le stress correspond aux réponses non spécifiques de l'organisme, se produisant lorsque ce dernier est soumis à des agents non spécifiques. [24,25]

Il s'agit d'une réaction « évolutive » que Selye a défini sous le terme de « Syndrome Général d'Adaptation » SGA

Ce syndrome comporte les 3phases suivantes : [26]

- *La réaction d'alarme* : elle se produit lorsque l'organisme est « mis en déséquilibre » par suite d'une stimulation brusque quelconque, entraînant une mobilisation des ressources et des forces défensives de l'organisme pour faire face à ce stress (phase en dessous du niveau de résistance normal, puis passage au dessus)
- *La phase de résistance* : elle correspond à l'utilisation des ressources. C'est là où vont paraître des réactions non spécifiques de l'organisme pour s'adapter (phase au dessus du niveau de résistance normal)

- La phase d'épuisement : c'est une phase de décompensation qui voit s'affaiblir les capacités de défenses et d'adaptation de l'organisme et qui peut se conclure par la mort (phase de déclin du niveau de résistance de la phase précédente au niveau normal)

Selye a également présenté un certain nombre de propositions sur les bases biologiques, hormonales et neurologiques du stress avec une participation fondamentale des systèmes orthosympathique et parasympathique.

b) L'approche psychologique du stress : [23]

De nombreuses études développées plus récemment dans le champ de la psychologie ont exploré les mécanismes du stress dans des contextes très divers (catastrophes naturelles, événements tragiques collectifs ou personnels, situations de travail..) et leurs conséquences pour les personnes.

L'une des définitions qui peut être retenue indique que le stress est une *transaction* (interaction) entre l'individu et son environnement, dans laquelle la situation vécue est perçue et évaluée par la personne comme excédant ses ressources, en mettant en danger son bien être. [27]

Le stress survient donc lorsqu'il y a déséquilibre ou discordance entre la perception que la personne a des contraintes ou des demandes de son environnement et la perception qu'elle a de ses propres ressources et moyens pour répondre à ces demandes.

On s'éloigne ici d'une conception linéaire de type « cause-effets » car le même stresser n'a pas les mêmes répercussions sur les individus.

Des facteurs subjectifs et affectifs liés à l'histoire singulière, à des antécédents biologiques et sociaux, aux relations aux autres, aux styles de vie, etc, interviennent dans la manière dont les personnes « gèrent » les situations stressogènes et les conflits qui les caractérisent.

C'est ainsi que chaque individu développe des « stratégies de faire face » à ces tensions, dites « Coping ».

Ces stratégies peuvent être variées : confrontation, mise à distance, contrôle de soi, recherche d'un support social, acceptation de responsabilité, fuite-évitement, résolution du problème, réévaluation positive... [28]

c) La théorie de conservation du stress : [28]

Il s'agit d'une autre approche du stress, de plus en plus employée dans les recherches sur le Burn out.

Les ressources en question renvoient principalement à trois sphères distinctes :

- Le locus de contrôle (*un concept de psychologie qui décrit le fait que les individus diffèrent dans leurs appréciations et leurs croyances sur ce qui détermine leur réussite dans une activité particulière*)
- Le soutien reçu d'autrui.
- L'autonomie au travail, avec la possibilité de participer aux prises de décision.

Le stress apparaît quand les ressources des individus sont menacées ou perdues, ou quand les individus investissent des ressources et ne reçoivent pas les retours anticipés.

Le Burn out correspondrait surtout à cette dernière situation.

1-2 Comment définit-on un stress pathologique ? [26]

Le stress pathologique est un vécu caractérisé par :

- Un état de tension persistant et vécu négativement ;
- Où l'individu n'est plus ou n'est pas ou ne se sent plus capable de répondre adéquatement à la tâche qu'il doit réaliser ;
- Où le fait de ne pas répondre adéquatement entraîne des conséquences significatives ;
- Où l'on peut mettre en évidence des retentissements de cet état sur le plan physique et mental.

2 Les causes du burn out :

2-1 Modèles expliquant les mécanismes du Burn out :

En partie inspirés des modèles expliquant le stress. Plusieurs modèles ont été conçus pour tenter d'expliquer le mécanisme du burn out.

a- le modèle de Karasek

Dans le domaine du stress au travail, le modèle de Karasek (1979) (cf. tableau 1) met en avant deux déterminants : la latitude de décision (degré de contrôle, autonomie de décision) et les demandes environnementales (quantité de travail, exigences intellectuelles). L'hypothèse est qu'un niveau élevé de latitude de décision ou de contrôle permet de réduire les effets négatifs des demandes de l'environnement professionnel sur la santé. Selon Karasek (1979), un niveau élevée de demandes au travail associé à un niveau faible de latitude de

décision abouti à un niveau élevé de tension. A l'inverse, une demande forte de l'environnement professionnel peut être modérée par un niveau élevé de latitude de décision. [10]

		DEMANDES DE TRAVAIL	
		Basses	Elevées
LATITUDE DE DECISION	Basse	Travail passif Aucun ou peu de stress	Travail à haute tensions Stress élevé
	Elevée	Travail à basses tensions	Travail actif Stress modéré

Tableau 1 : *Interaction entre la latitude de décision et les demandes au travail (Karasek, 1981)*

Karasek et Theorell (1990) enrichissent le modèle par l'introduction d'un facteur supplémentaire, le soutien social, qui confirme l'incidence de variables psychosociales dans l'évaluation de l'intensité de stress perçu.

b-Le modèle ressources - exigences de Cherniss

Pour Cherniss (1980), le Burn out résulte d'un déséquilibre entre les ressources de l'individu (personnelles ou organisationnelles) et les exigences du travail. Ceci a été confirmé par Bakker et Demerouti.

Avoir peu de ressources et d'importantes exigences au travail favorise l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation. Les ressources ont un effet tampon sur le stress engendré par les exigences du travail. [29]

Dans ce modèle les sources de stress se situent à la fois au niveau du travail et de l'individu.

Mais les caractéristiques du travail ont un rôle plus important dans le développement du Burn out que les caractéristiques individuelles. [30]

c-Les conceptions interactionnistes : Le modèle théorique du stress, coping et adaptation (Lazarus et Folkman, 1984)[31],[32],[33]

Eloignée d'une simple relation de cause à effet, les conceptions interactionnelles du stress mettent l'accent sur la dimension cognitive entre le stimulus aversif et la réponse de l'individu. Dans cette optique, le stress ne peut être ni réduit à sa composante environnementale (source de stress), ni à sa composante individuelle (les ressources).

Le stress est le résultat d'une relation dynamique entre l'individu et les exigences de l'environnement, les ressources individuelles et sociales pour faire face à ces demandes, et la perception par l'individu de cette relation. C'est un processus par lequel des événements menaçants provoquent des comportements d'ajustement face à cette menace.

Les événements environnementaux entraînant ces processus sont appelés "stress" ou "agents de stress". Les réactions qu'ils suscitent sont désignées comme "réponse de stress". Le stress est défini comme le résultat de l'appréhension individuelle de la situation et de la réaction à celle-ci.

Pour Lazarus (1966), il y a stress quand une situation a été évaluée par le sujet comme impliquant et comme excédant ses ressources adaptatives. Par conséquent, le stress dépend autant de la situation environnementale, des ressources ou des capacités de faire face. Le modèle développé par Lazarus et Folkman (1984) met en évidence trois types de variables intervenant dans

l'évaluation de stress. Ces types de variables comprennent : les prédicteurs, les médiateurs, les effets à court et à long termes.

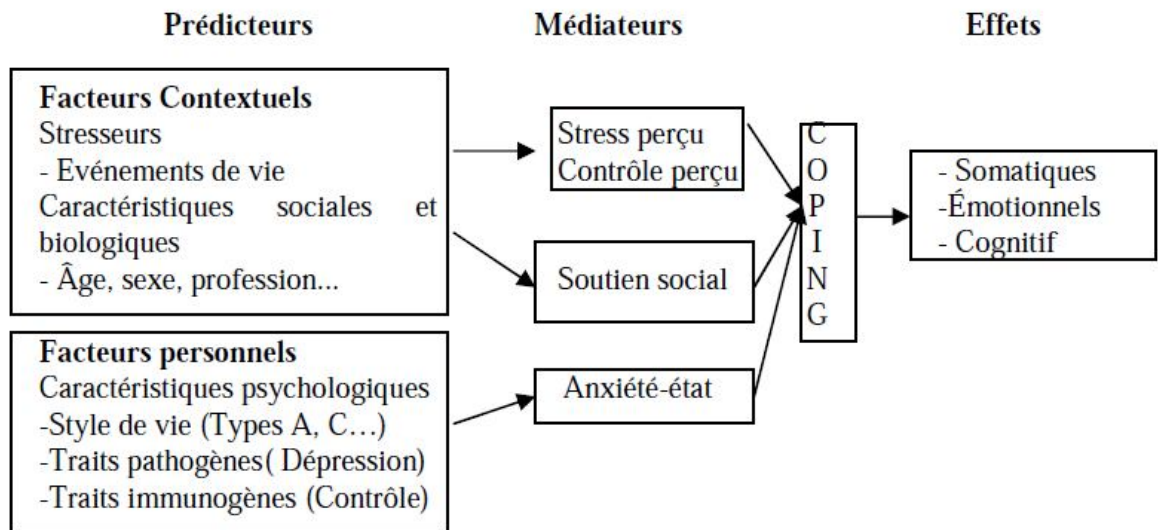


Figure 1 : Schématisation du modèle de Lazarus et Folkman, 1984

Le modèle de Lazarus et Folkman (1984) (cf.figure 2) souligne que le stress psychologique est déterminé par la perception individuelle de la relation spécifique avec l'environnement. Cette perception résulte de facteurs personnels et de facteurs contextuels ou environnementaux. Le constat de Lazarus et Folkman (1984, 1999) est que la prise en compte des prédicteurs (variables personnelles et variables environnementales) ne suffit pas à expliquer les conséquences sur la santé, sur le bien être et sur le comportement des individus. L'idée est de déterminer la réaction face aux demandes environnementales et de décrire comment ces demandes peuvent affecter les processus d'adaptation de l'individu à long terme.

d-Le modèle de conservations de ressources

La théorie de la conservation des ressources a été élaborée par Hobfoll en 1989.

Cette théorie se base sur le fait que les individus sont motivés à obtenir, maintenir, protéger et développer des ressources. Ces ressources peuvent être de nature diverse, Hobfoll en a recensées soixante-quatorze (p.ex. voiture, sentiment de succès, stabilité familiale, revenus suffisants, santé personnelle, optimisme...) Elles sont liées entre elles. Le premier principe de cette théorie est que « la perte des ressources a un impact disproportionné comparativement au gain de ressources », ce qui veut dire qu'une perte de ressources est beaucoup plus ressentie par l'individu qu'un gain. Cependant, un individu qui a beaucoup de ressources est moins vulnérable à une perte qu'un individu qui a peu de ressources, d'où le second principe que « les individus doivent investir des ressources afin de se protéger de la perte des ressources et d'en acquérir des nouvelles ». D'où la nécessité de se fixer des objectifs destinés à faire face aux contingences futures (accroître les ressources et minimiser les menaces face aux risques), ce qui correspond au coping pro-actif. [33]

2-2-Facteurs influençant la survenue du Burn out :

A côté de ces différents modèles tentant d'expliquer la survenue du Burn out, de multiples recherches ont été réalisées pour trouver les facteurs favorisant ce syndrome.

Voici les principaux facteurs:

a/Au niveau organisationnel

a-1 Contenu de l'activité :

***la surcharge de travail** : elle peut être quantitative (travail sous pression du temps, nombre important de patients à suivre, horaires chargés) ou qualitative (sensation d'incapacité à bien réaliser le travail, faute de compétence ou de temps). [11,15]

De nos jours il existe un déséquilibre grandissant entre la demande et l'offre de soins, favorisant ainsi la surcharge de travail. « Des médecins moins nombreux, souhaitent s'investir moins dans leur activité professionnelle pour profiter de leur vie personnelle et familiale, tandis que les patients sont plus consommateurs de soins et le seront de plus en plus en vieillissant ». [34]

***la sous-charge de travail** : quantitative (travail monotone, répétitif) ou qualitative (quand le sujet ne peut utiliser ses compétences, ni en développer des nouvelles). [8]

a.2. Impossibilité de contrôler son activité

Ce facteur est encore plus déterminant que la charge de travail elle-même. La possibilité de maîtriser son travail, de contrôler les situations et de choisir soi-même sa charge de travail (même importante) diminue le risque de Burn out. [11]

Il est intéressant de constater qu'au cours de ce syndrome la perception de manque de contrôle est exacte et le contrôle n'est donc pas sous-estimé. C'est ce que McKnight appelle le « réalisme du Burn out ». [35]

a.3. Conditions de travail :

***le lieu de travail** : il se caractérise par l'espace, l'éclairage, l'intensité sonore, la température, l'aération.

***interruption des tâches** : l'interruption permanente des consultations, par le téléphone par exemple, peut devenir une source de stress au travail.

a.4. Conflit travail - vie privée :

Il est souvent difficile pour le médecin de séparer la vie professionnelle et la vie privée, d'autant plus qu'avec les nouvelles technologies (ordinateurs, téléphones portables) la frontière entre la vie privée et le travail s'estompe.

b) Au niveau interindividuel

b.1. La relation avec le patient :

Bien que la relation avec le patient puisse être une des plus grandes satisfactions dans le métier de médecin, elle peut aussi être source de tensions et favoriser l'apparition du Burn out.

Cette relation peut être difficile à cause :

***du comportement du malade** (agressivité, harcèlement, non compliance, manque de reconnaissance) qui peut donner un sentiment d'injustice.

***de la responsabilité du médecin**, de l'obligation des moyens et le consentement éclairé du patient. « Malgré la complexité et la nature probabiliste de l'art médical, l'accès à l'information est universel, l'efficacité évidente et le droit aux soins confondu avec le droit à la guérison et à la santé, l'erreur est littéralement scandaleuse ». [36]

***de l'accès des informations médicales sur internet**, plaçant de temps en temps le soignant dans la situation embarrassante de moins bien connaître la maladie du patient que le patient lui-même.

***des tensions émotionnelles** engendrées par certaines maladies surtout chroniques, leur degré de gravité et par le décès de patients.

***de l'idéalisation de la relation d'aide** qui entraîne forcément à un moment donné une déception.

***du rôle de « bon médecin »** que le médecin est parfois amené à jouer. En effet, le médecin est sensé être empathique, compréhensif, disponible et accueillant. Ces émotions lorsqu'elles sont sincères mènent à l'accomplissement professionnel, mais lorsqu'elles sont feintes, le conflit entre émotions positives exprimées et émotions négatives ressenties peut aboutir à l'épuisement émotionnel et à la dépersonnalisation.[37,38]

***le refus de la maladie et de la mort**, qui est caractéristique de la période actuelle techno-scientifique. Avec le progrès de la médecine, les patients comme les médecins sont incapables d'accepter une quelconque fatalité. « Ne pouvoir soigner la mort n'est pas une impuissance, c'est tout simplement une impossibilité, mais cette impossibilité est devenue insupportable ; en conséquence la mort ne peut plus être qu'un échec». [5]

***de la violence au travail**, qui peut être psychique (insultes, menaces, harcèlements) ou physique (crachats, coups, blessures, meurtres).

***d'un échec de maintien de « bonne distance » entre le soignant et le malade.** Il existe deux cas extrêmes de mauvaise distance. Dans le premier cas, le soignant s'implique excessivement, ne gardant plus de distance avec le

malade. Le soignant s'identifie au malade ou a des projections personnelles sur lui, perdant ainsi sa relation professionnelle. Il peut s'investir excessivement ou au contraire refuser ses soins.

Dans le deuxième cas, le soignant garde une distance inhabituelle avec le patient, semblant froid, insensible. Cette situation peut être assimilée à la deuxième dimension du burn out, la dépersonnalisation de la relation d'aide à autrui.

b.2 La relation avec les collègues :

De plus en plus de médecins font le choix de travailler en association. C'est surtout vrai pour les femmes médecin, puisqu'elles y voient un moyen de concilier vie professionnelle et vie familiale. [39] Travailler en association peut avoir des avantages, par exemple économiques (se partager les charges), avoir plus de liberté et de facilité pour partir en vacances, se partager la charge de travail et prévenir l'isolement professionnel. Cependant, il peut aussi exister des inégalités dans la distribution du travail, un manque de communication, un manque de confiance, pas assez de flexibilité de la part de tous les médecins, ce qui peut être source de conflits, de stress et de Burn out. [40]

b.3. Le soutien social :

Le soutien social fourni par les collègues de travail ou l'entourage proche (famille, amis) apporte des ressources à l'individu. Le soutien peut être instrumental (aide matérielle), informationnel (conseils), ou émotionnel (valoriser l'autre, remonter le moral). Mais il ne doit pas être imposé, sinon il peut devenir source de stress en baissant l'auto-estime de la personne et en diminuant son indépendance. [41]

b.4. Le Burn out :

Nous savons que les sentiments sont contagieux. La contagion se fait soit par l'imitation automatique d'une expression faciale provoquant des émotions, soit par la perception et l'évaluation consciente de ce que l'autre ressent. [42]

Ce principe est-il également applicable au Burn out ? Une étude a été réalisée sur ce sujet dans douze pays en Europe en 1994, afin d'étudier la propagation de ce syndrome chez des infirmières travaillant dans des unités de soins intensifs. Cette étude a confirmé que le Burn out peut se transmettre d'une personne à l'autre dans des groupes professionnels travaillant dans des conditions de travail défavorables. [43]

c) Au niveau individuel

Il existe des différences individuelles permettant d'expliquer qu'un sujet a plus de probabilité de rencontrer des stressseurs, d'être capable à faire face à des situations stressantes ou de ressentir le Burn out.

c.1. La personnalité :

Il existe des traits de personnalité plus ou moins susceptibles de conduire au Burn out.

*Le « **big five** » : de nombreux travaux ont été menés pour pouvoir classifier les personnalités. Ils font apparaître une constance de cinq facteurs, appelés le « big five ». Ce sont *l'extraversion* (être actif, sociable, optimiste), *le caractère agréable* (être sincère, chaleureux, franc), *le facteur consciencieux* (être organisé, ambitieux, scrupuleux, digne de confiance), *le névrosisme* (être inquiet, nerveux, émotif) et *l'ouverture* (être curieux, créatif, original). [10]

C'est surtout le trait du névrosisme qui est fortement lié à l'apparition du burn out. [44]

***L'endurance (hardiness)** : d'après Kobosa l'endurance a trois dimensions, l'engagement (tendance de la personne à s'impliquer pleinement dans les diverses situations rencontrées), le défi (croyance selon laquelle le changement, plutôt que la stabilité, est normal) et le contrôle (croyance selon laquelle la personne peut influencer les événements et faire évoluer les situations).

Les personnes ayant une endurance élevée ressentent les situations stressantes comme un défi et non comme une menace et n'ont donc pas de stratégies d'évitement. Les changements de la vie font partie de la normalité. Ainsi l'endurance limite le risque de Burn out.

c.2. Les stratégies d'adaptation aux situations stressantes :

Comme nous l'avons vu, il existe deux stratégies pour « faire face » :

***les stratégies passives** : c'est un mode d'adaptation au stress qui soulage passagèrement, mais n'est pas efficace à long terme. Le sujet évite les problèmes sans les résoudre. L'évitement peut cependant suffire en cas de difficulté ponctuelle.

***les stratégies actives** : le sujet affronte les problèmes pour pouvoir les résoudre. Il a l'esprit combatif. Cette stratégie est surtout souhaitable devant un problème durable.

c.3 La croyance :

Avoir une croyance (en son code personnel, son efficacité ou en Dieu) donne une direction dans la vie et peut être un moyen de faire face à une situation stressante.

***Le locus of control (LOC):** d'après Rotter (1966), il existe des personnes qui pensent que ce qui arrive est la conséquence de ce qu'elles font. Elles ont un LOC interne. D'autres n'établissent pas ce lien. Elles ont un LOC externe. Avoir un LOC interne, donc croire que l'on contrôle les événements protège du Burn out.

***L'auto-efficacité :** d'après Bandura, l'auto-efficacité désigne la croyance en sa capacité à organiser et réaliser les conduites requises pour gérer les situations futures.

La croyance d'être efficace influence la façon dont les individus pensent, se motivent eux-mêmes et agissent. Ceux qui croient en leur auto-efficacité choisissent des buts plus défiant, s'engagent plus vers ces buts et sont plus motivés et plus performants.

Ils sélectionnent un environnement plus défiant, leur laissant le choix de plus d'options de carrière, ce qui favorise leur développement personnel. L'expérience du succès apporte à son tour la validation empirique de l'auto-efficacité et du contrôle.

[45]

***La religion** : la religion peut présenter un support pour l'individu, elle peut être un moyen d'adaptation face à une situation difficile (coping) et selon le type de religion, peut même apporter la relaxation. Elle peut ainsi être une ressource pour l'individu.

Mais elle peut également être un médiateur de stress et l'accentuer, en renforçant par exemple le sentiment de devoir aider autrui et peut alors créer un sentiment de culpabilité, de honte ou de baisse de l'estime de soi si cette relation d'aide échoue.

[46]

c.4. L'approche au travail:

***En 1980 Cherniss identifie quatre orientations de carrière :**

-l'activiste social : soucieux d'amener un changement social à travers son travail, il est un idéaliste et son travail représente plus un engagement qu'un emploi.

-le carriériste : il recherche le succès, le prestige, la reconnaissance sociale et la respectabilité.

-l'artisan : il essaie de développer ses compétences et veut acquérir de nouvelles connaissances. Son travail est un savoir-faire.

-l'auto-centré ou l'égoïste : il veut surtout satisfaire sa vie privée. Le travail est un moyen de faire fructifier sa vie personnelle.

Une étude réalisée par Truchot en 2003 montre chez les médecins libéraux français que c'est le groupe des carriéristes et des égoïstes qui est le plus à risque de Burn out, alors que les activistes et les artisans sont les plus protégés. [10]

***L'attitude vis-à-vis du travail :**

Les médecins répondent de façon différente au climat et au lieu de travail, les uns le trouvant stimulant, les autres le ressentant pesant.

Mc Manus a analysé ceci dans une étude longitudinale, de 1990 à 2002, auprès d'étudiants en médecine. La façon de travailler et de ressentir le travail est conditionnée par la méthode que les étudiants de médecine adoptent pour étudier.

Etudier de façon superficielle a des répercussions sur la façon d'exercer du médecin, dont l'approche du travail peut être superficielle et désorganisée, ce qui augmente la sensation de charge de travail, de stress et de Burn out. [47]

IV-Manifestations du Burn out

1 Description du syndrome d'épuisement professionnel

Le syndrome se compose d'un trépied de phases progressivement évolutives.

L'intensité de ces trois symptômes étant proportionnelle au degré du Burn out.

1-1-L'épuisement émotionnel : [3,5,16]

Il s'agit d'une fatigue, autant physique que psychique, qui se distingue des autres types de fatigue par le fait qu'elle ne s'améliore que peu ou pas par le repos.

Cet épuisement est marqué par un manque de motivation et d'entrain au travail et une sensation que tout est difficile, voire insurmontable.

Le sujet ressent qu'il est « vidé » intérieurement, comme si la source à laquelle il puise sa résistance émotionnelle est tarie, et trouve une difficulté à être en relation avec les émotions de l'autre si bien que travailler avec certains malades devient de plus en plus difficile.

Extérieurement, on va donc assister à des explosions émotionnelles (crises de larmes, de colère), à des difficultés cognitives (troubles de concentration, oublis, refus d'agir à des demandes même anodines), mais aussi à une véritable sensation d'abattement associé à des troubles somatiques divers et non spécifiques.

Dans le monde médical, on sait que cet épuisement se heurte assez souvent à l'incapacité à exprimer toute souffrance.

Le soignant dénie alors ses émotions dans la crainte de leur interprétation en tant que « faiblesse » et tente de les dévier vers des comportements de contrôle (froideur, distanciation au patient)

1-2 La dépersonnalisation ou la déshumanisation de la relation à l'autre : [3,5]

Conséquence directe du premier volet, c'est le « noyau dur » du syndrome, marqué par un détachement, une sécheresse relationnelle s'apparentant au cynisme.

On observe alors une perte d'intérêt vis-à-vis des patients, considérés non plus comme des individus, mais comme des objets impersonnels (un cas, un organe, un numéro de chambre ou de lit).

Le soignant peut faire un usage abusif et trop constant d'un humour grinçant et noir qui devient le mode d'échange journalier.

C'est parfois une description tellement « scientifique » du corps du malade qu'elle ne tient plus compte de l'état de santé de la personne dans sa globalité « on soigne l'organe avant l'homme ».

Cette transformation en « look déshumanisé » représentant le point-clé du diagnostic, n'est pas toujours facile à observer, car elle s'installe insidieusement, à l'insu du soignant et pourrait on dire malgré lui.

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

1-3 La diminution de l'accomplissement professionnel : [3, 5,16]

Conséquence des deux autres, cette dimension est douloureusement vécue en tant que sentiment d'échec professionnel et personnel.

Le soignant s'évalue négativement, se trouve incompetent et sans utilité pour ses patients, diminuant ainsi son estime de soi en tant que professionnel et déclinant son sentiment d'auto-efficacité.

Cette dépréciation de ses propres prestations sera à l'origine d'un sentiment de culpabilité, de démotivation et de frustration par rapport au sens que l'on donnait à son métier.

Les conséquences de ce sentiment peuvent prendre 2 aspects opposés :

- Celui du « *désinvestissement* » du travail (absentéisme, fuite du travail, abandon de travail) ; Une attitude observée plus fréquemment dans certaines catégories de personnel (aides-soignants, infirmiers).
- Ou paradoxalement, un comportement de « *surinvestissement* » ou de « présentéisme » qui serait plus typiquement celui des cadres et des médecins séniors : Le médecin prolonge son temps de travail mais sa rentabilité et son efficacité ont diminué.

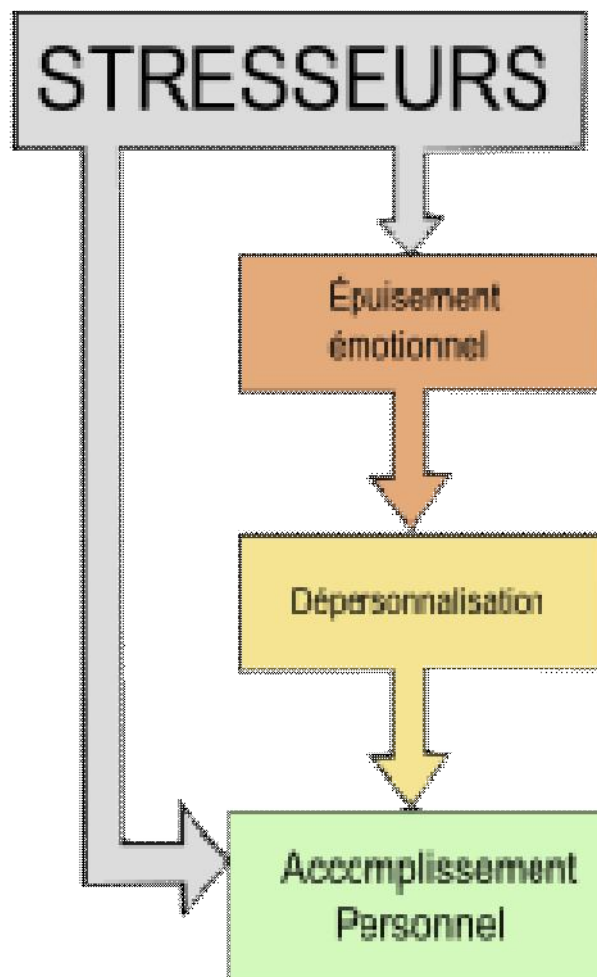


Figure 2 : Les 3 composantes du syndrome d'épuisement professionnel

2 Manifestations du syndrome d'épuisement professionnel

L'individu essaie de faire face au burn out. Ce coping s'exprime de façon polymorphe, à la fois par des manifestations somatiques, comportementales, émotionnelles et cognitives et sous une double forme, active ou passive. [14]

Il n'existe pas de symptomatologie spécifique au Burn out, il n'entre pas dans des cadres nosographiques bien définis. [14, 9]

Les troubles sont progressivement acquis et s'installent de façon insidieuse.

2-1 Sur le plan physique :

La personne atteinte de burn out peut présenter une fatigue chronique, une lassitude, des céphalées, des troubles digestifs, une perte d'appétit, des douleurs musculo-squelettiques, des troubles du sommeil, des infections rhinopharyngées, des infections grippales ou pseudo grippales prolongées ou répétées et des problèmes cardiovasculaires. [15]

2-2 Sur le plan psychique :

La personne peut souffrir d'un épuisement mental, d'un sentiment d'être « vidé », d'anxiété, de dépression, d'une baisse de l'estime de soi ou d'un sentiment de ne pas pouvoir assurer.

2-3 Sur le plan cognitif :

Nous retrouvons des troubles de l'attention, de la mémoire et de la vigilance.

2-4 Sur le plan comportemental :

Il existe des troubles alimentaires, une irritabilité, une agressivité, des frustrations fréquentes, une labilité émotionnelle, une promptitude à la colère ou aux larmes, signes d'une surcharge émotionnelle. [8]

Toute cette souffrance ressentie a souvent comme conséquence le recours à des anesthésiants comme l'alcool, les psychotropes et le tabac.

La personne souffrant de Burn out adopte une attitude défensive, qui se manifeste sur le plan comportemental par une rigidité, une résistance excessive au changement (puisque tout changement signifie un effort supplémentaire d'adaptation), ou par un sentiment de tout puissance.

La façon de travailler change également. Les rapports deviennent mécaniques, impersonnels.

La personne peut se lancer dans un pseudo activisme avec acharnement au travail. Le fait de travailler sans arrêt permet d'éviter de réfléchir sur les difficultés rencontrées au travail. L'acharnement au travail permet également de masquer le sentiment d'impuissance ou d'échec. [8, 11, 15]

Pour le médecin, une des conséquences les plus graves est qu'il risque de négliger les patients et de commettre des erreurs.

Cependant, les effets du Burn out ne se limitent pas au domaine professionnel. Ils peuvent également déborder sur la vie privée et provoquer des conflits au niveau du couple ou avec les proches, pouvant mener au divorce et à l'isolement social.

Lorsque le Burn out est très élevé, il peut mener la personne atteinte au suicide. [15]

Face à cette diversité de symptômes non spécifiques, comment reconnaître ce syndrome? Le travail de Maslach nous a permis de mieux le cerner.

Les signes cliniques s'inscrivent dans le cadre des trois dimensions fondamentales définies par Maslach, déjà vues au chapitre précédent, à savoir l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation de la relation d'aide et la réduction de l'accomplissement personnel, constituant le syndrome de Burn out.

La présence simultanée des trois dimensions n'est pas nécessaire pour qu'une personne souffre de Burn out.

Mais soulignons que ces dimensions ne sont pas des critères de diagnostic. Il n'existe pas de classification (DSM, CIM) qui définisse ce syndrome.

Le Burn out est un processus complexe, pouvant, comme nous l'avons vu, s'expliquer par plusieurs modèles et résulter de multiples causes interdépendantes. Il n'est donc pas définissable par des critères précis.

3-Etats limites

3-1) Eviter la confusion : [3]

L'engouement pour le concept du Burn out risque d'amener à certaines confusions.

1° Il y a un risque à faire de l'épuisement professionnel « un fourre tout » commode dans lequel viendront prendre place toutes les revendications professionnelles et/ou corporatistes.

2° Un deuxième risque est celui de méconnaître de réelles pathologies psychiatriques dépressives, anxieuse, paranoïaques qui prendraient le masque d'un Burn out et prétendraient n'être que cela.

3° Un troisième risque, en élargissant à l'extrême le champ de ce que le syndrome d'épuisement professionnel peut couvrir, est de perdre l'intérêt d'une approche ergonomique et particulière de certains aspects en pathologie du travail : conditions matérielles en termes de locaux, de matériel, de pollution sonore, du respect de l'intimité des consultations...

Il est donc particulièrement important de distinguer l'épuisement professionnel de l'insatisfaction au travail.

3-2) Concepts voisins et syndromes annexes au Burn out :

a-Burn out et trouble de l'adaptation :

Dans la société actuelle l'individu est obligé de s'adapter pour réussir dans sa carrière professionnelle, du fait de multiples contraintes socioéconomiques (deuil ,mutation, ...). Cependant ce mécanisme d'adaptation permanent n'est pas accessible à tous et peut amener à un état de souffrance (découragement, fatigue, repli, colère ,évitement..)

Le DSM-IV définit le trouble de l'adaptation comme étant une réaction pathologique inadaptée à un ou plusieurs facteurs de stress psychosociaux identifiables apparaissant au cours des trois mois suivant la survenue de ceux-ci [3]. La souffrance engendrée par ces stimuli est démesurée et entraîne des conséquences socioprofessionnelles.

Le facteur temps permet de différencier ce trouble du Burn out, celui-ci s'installant beaucoup plus progressivement.

Cette entité psychiatrique se rapprocherait le plus du Burn out selon certains auteurs.

b-Burn out et stress :

Les concepts de Burn out et de stress sont difficilement indissociables car comme nous l'avons vu les théories expliquant le stress sont reprises pour tenter d'expliquer les mécanismes du Burn out.

Le noyau commun est l'incapacité d'un sujet à faire face à un événement extérieur, entraînant un état inconfortable de tension.

Toutefois le Burn out concerne le milieu professionnel, tandis que le stress peut toucher toutes les sphères de la vie d'un individu, et le Burn out a un mode d'installation progressif (entre 1 et 5 ans) faisant suite à une exposition chronique à des stimuli répétés [3]. Enfin, le Burn out englobe les dimensions socio-personnelles et le ressenti des individus sur leurs conditions de travail, ce qui dépasse l'idée même de stress

c-Burn out et dépression :

Plusieurs auteurs se sont penchés sur la relation existant entre le Burn out et la dépression [17,18]. En effet certains considèrent que le Burn out est une forme particulière de dépression majeure, alors que d'autres pensent qu'un syndrome dépressif peut être la conséquence d'un Burn out sévère.

Comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent, une symptomatologie dépressive peut exister dans des stades sévères de Burn out, même si ceci est loin d'être systématique. Les symptômes ne concernent néanmoins que la sphère professionnelle et il n'y a habituellement pas de ralentissement psychomoteur. Les personnes dépressives ou ayant un antécédent personnel ou familial de dépression seraient plus susceptibles de développer un Burn out. [19]

Une étude en 1986 retrouve un lien entre des scores élevés au MBI et à l'échelle de dépression Beck Depression Inventory (BDI) [20], et quelques auteurs conseillent d'associer systématiquement les deux échelles pour dépister un épuisement professionnel, et ne pas méconnaître une réelle dépression sévère associée.

d-Burn out et syndrome de fatigue ou neurasthénie :

Initialement décrit comme étant un désordre neurologique, ce trouble a évolué vers un concept psychiatrique décrit dans la CIM10 et qui comporte deux types :

-le premier est une « plainte concernant une fatigue accrue après des efforts mentaux, souvent associée à une certaine diminution des performances professionnelles et des capacités à faire face aux tâches quotidiennes. La fatigabilité mentale est décrite typiquement comme une distractibilité due à une intrusion désagréable d'associations et de souvenirs, une difficulté de concentration ou une pensée globalement inefficace ».

-dans le second type « l'accent est mis sur des sensations de faiblesse corporelle ou physique et un sentiment d'épuisement après des efforts minimes, associées à des courbatures, des douleurs musculaires et une difficulté à se détendre ».

Dans les deux types, ces symptômes divers peuvent se surajouter : sensations vertigineuses, céphalées de tension, irritabilité, troubles du sommeil, symptômes dépressifs et anxieux. [21]

Ces symptômes s'entrecroisent avec ceux décrits dans le Burn out mais il existe plusieurs différences : le Burn out n'a pas d'origine neurologique et le syndrome de fatigue n'est pas relié au travail.

e-Burn out et anxiété :

Comme la dépression, le Burn out peut mimer un trouble anxieux. La principale différence est la complexité du concept de Burn out qui décrit comme un processus plutôt que comme une maladie psychiatrique. [3] L'anxiété peut aussi se voir au-delà du monde professionnel.

f-Burn out, somatisation et maladie psychosomatique

Un individu atteint de Burn out peut aussi bien présenter des symptômes d'ordre psychique que des troubles somatiques fonctionnels (somatisation) ou lésionnels (maladie psychosomatique). Ces signes peuvent traduire notre volonté et notre difficulté d'exister.

Mais rappelons qu'ils ne sont pas spécifiques du Burn out.

g-Burn out et insatisfaction au travail :

Bédard et Duquette décrivent cette expérience néfaste liée au travail vécue par un individu autrement dit, le sujet connaît une réduction de son accomplissement personnel à travers son travail. Mais cette notion ne prend pas en compte l'épuisement émotionnel ni la dépersonnalisation, ce qui la différencie du Burn out.[3]

h-Le Karoshi :

Karoshi est un terme japonais qui signifie mort subite par épuisement nerveux ou mort par excès de travail. Le premier cas a été rapporté au Japon en 1969. Le Karoshi est essentiellement dû à une surcharge de travail extrême (longues heures de travail, travail intellectuel continu) dans un pays où l'employé modèle travaille 24 heures sur 24. Les causes de décès sont l'hypertension artérielle maligne, l'hémorragie cérébrale et sous arachnoïdienne, l'infarctus cérébral et l'infarctus du myocarde. Un conseil national de défense au Japon évalue le nombre de victimes à 10.000 par an. [5]

V-Les instruments de mesure du burn out :

Dès l'apparition du concept de burn out, des instruments de mesure ont été élaborés. L'important était qu'ils soient fiables, reproductibles et validés, pour ainsi permettre la mise en place d'études comparatives. La difficulté était d'objectiver des impressions subjectives, de quantifier du qualitatif. [14]

Il est vrai qu'en situation clinique, face à des individus, l'exception est de règle, dans le sens où chaque individu est unique. Rappelons donc qu'au-delà des corrélations statistiquement significatives, la tâche du clinicien est de faire une appréciation la plus fine possible du cas particulier.

1-Maslach Burn out Inventory (MBI):

Comme il a été préalablement cité, le MBI permet de restituer trois sous échelles qui mesurent respectivement les trois dimensions du Burn out : l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et la réduction de l'accomplissement personnel au travail.

Actuellement, on décline trois versions du MBI : [52]

◆La version originale qui est le *MBI-human services survey (MBI-HSS)* à destination des professionnels de l'aide.

C'est une échelle d'autoévaluation, établie par Maslach et Jackson, sur une population de professionnels de santé ou des domaines des services.

Sur les 47 items sélectionnés à partir d'entretiens et de questionnaires, 22 ont été retenus à partir de 2 études respectivement sur 605 et 420 sujets. [53]

◆Le *MBI-educators survey (MBI-ES)* pour les professionnels de l'éducation

♦Le *MBI-General survey (MBI-GS)* s'adressant à l'ensemble de toutes les autres catégories de professionnels : les recherches ont progressivement montré que l'ensemble des individus au travail pouvaient être frappés, qu'ils aient ou non une activité relationnelle.

C'est ainsi que le Burn out a été reconceptualisé, pour être conçu comme une crise de la relation avec le travail et non des relations au travail.

Cette dernière version ne comporte que 16 items :

- 5 items pour « l'épuisement émotionnel »,
- 5 pour la dépersonnalisation qui est nommée « cynisme »
- 6 pour l'accomplissement professionnel qui est nommé « efficacité professionnelle ».

La fidélité des scores obtenus à l'aide de ces trois versions est très satisfaisante. [10,52]

Néanmoins, la place de l'accomplissement professionnel, par rapport aux deux autres dimensions, considérées comme le « noyau dur » du syndrome, reste encore à approfondir pour ne pas dire discutable. [52]

Notons aussi que les scores pour le Burn out élevé, modéré et bas ont été fixés de façon arbitraire.

Lorsque Maslach et Jackson ont dressé ces bornes, elles ont séparé leur échantillon (11.067personnes) en trois groupes équivalents. Les 33.3% qui avaient les scores les plus élevés représentaient la fourchette du niveau élevé de Burn out, les 33.3% suivants, la fourchette du niveau modéré et les 33.3% derniers, la fourchette du niveau bas. [10]

Le MBI ne permet donc pas de dire avec certitude à partir de quel score une personne est atteinte de Burn out (puisque la classification est arbitraire).

2-Burnout Measure (BM) ou Burnout Measure Short Version (BMS): [54]

Cet instrument validé en version française restitue un score unique qui illustre le degré d'épuisement du sujet.

Ce degré regroupe un épuisement physique, mental et émotionnel :

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

Pour sa part, l'outil BM se compose de 21 items assortis d'une échelle de réponse en sept points (1 : « jamais » à 7 « toujours »)

On indiquera qu'il existe une version courte du BM en langue anglaise. Il s'agit de la « *Burnout Measure Short version* » BMS.

D'un point de vue psychométrique, le choix de ces dix items s'est effectué en sélectionnant ceux qui reflétaient le mieux l'instrument original. ((*Annexe 4*))

3-The Oldenburg Burn out Inventory (OLBI): [55]

Développé par Dermouti, cet outil fut construit à partir des travaux théoriques de Cherniss(1980) et Hall (1976).

Il inclut les deux dimensions fondamentales du Burn out, que sont l'épuisement (exhaustion) et le désengagement de travail (disengagement for work).Celles ci constituant le cœur de l'épuisement professionnel. [56]

Ce qui différencie principalement l'OLBI du MBI, au delà de leurs structures factorielles, c'est que, conformément aux bonnes pratiques psychométriques, les sous-échelles d'OLBI comportent toutes deux à la fois des items formulés négativement et des items formulés positivement.

Contrairement au MBI original, l'OLBI couvre non seulement les aspects affectifs de l'épuisement, mais aussi physiques et cognitifs.

4-Areas of Work life Survey (AWLS): [57,58]

L'idée à l'origine du développement de cette échelle est que les qualités de l'environnement de travail jouent un rôle déterminant dans les relations que les individus mettent en place au travail.

L'objectif est de fournir une évaluation pratique et économique des questions centrales pour l'amélioration de la qualité de vie au travail.

L'AWLS se compose de six sous-échelles qui mesurent six domaines qui jouent un rôle majeur dans le bien-être au travail :

- la charge de travail (en 6 items)

- le contrôle sur la façon de travailler (en 3 items)
- la reconnaissance (en 4 items)
- la communauté (en 5 items)
- l'équité (en 6 items)
- les valeurs (en 5 items)

Le questionnaire comporte donc 29 items, cotés de 1 (pas du tout d'accord) à 5 (tout à fait d'accord). Certains items sont inversés.

Les scores de chaque sous-échelle sont obtenus en calculant la moyenne des scores aux items.

Plus les scores sont élevés, meilleures sont les conditions de travail. Les items sont construits de telle sorte qu'ils puissent s'appliquer à un large champ de situations de travail, et ont été testés dans le milieu médical, éducatif et dans des entreprises commerciales privées.

Des normes ont été établies pour chacun des six domaines étudiés, sur une population de 8609 individus.

5-Autres instruments de mesure du Burn out : [59]

D'autres instruments d'évaluation du Burn out ont été élaborés dans le cadre de recherches ponctuelles, comme par exemple le *Burn out questionnaire* de Freudenberger et Richelson, le S-MBM de Shirom-Melamed, le *Staff Burn out scale for health professionals* de Jones, le *Cherniss Burnout Measure* de Burke et Deszca, le *Emener-Luck Burnout Scale* de Emener, Luck et Gohs, le *Job Burnout Inventory* de Ford, Murphy et Edwards, le *Matthews Burnout Scale*

for Employees de Matthews, le *Meier Burnout Assessment* de Meier, le *Teacher Burnout Scale* de Seidman et Zager.

Ces instruments évaluent principalement l'état physique et psychique d'un individu et ont une validité statistique limitée. **[50,59]**

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

D'où l'intérêt du MBI, qui évalue un aspect particulier de l'épuisement professionnel, c'est à-dire la dépersonnalisation de la relation à l'autre, qui en donne toute sa valeur et qui n'est pas évaluée par les autres instruments de mesure.



Matériel et méthodes



I) Matériel d'étude :

1-Présentation de l'étude :

Il s'agit d'une enquête analytique transversale dont l'objectif principal était d'évaluer la prévalence du Burn out au sein des services de traumatologie et orthopédie à Rabat.

Nous voulions également déterminer les caractéristiques sociodémographiques, professionnelles et de la vie privée, afin d'établir les corrélations entre ces paramètres et le Burn out.

L'enquête a été réalisée entre septembre et décembre 2012, au sein des services de traumatologie et orthopédie au niveau de 3 structures : le centre hospitalier universitaire Avicenne Rabat, l'hôpital d'enfants de Rabat ainsi que l'hôpital militaire d'instruction Mohammed V de Rabat

2-Population étudiée :

Les questionnaires ont été remplis par les soignants, médecins infirmiers et kinésithérapeutes, exerçant au niveau des centres cités ci dessus

• Critères d'inclusion

Ont été inclus dans l'étude tous les soignants actifs des services :

- Médecins enseignants
- Médecins spécialistes
- Médecins en formation (Résidents)
- Infirmiers
- kinésithérapeutes

•Critères d'exclusion

Nous avons exclu de cette étude les soignants exerçant depuis moins d'une année, ainsi que les internes et les externes du CHU.

3-Instrument de mesure :

Nous nous sommes essentiellement basé sur le **MBI** : Maslach *Burn out Inventory* [48] dans sa version originale (MBI–human services survey **MBI-HSS**) pour la réalisation de ce travail. ((*Annexe 1*))

Il s'agit d'un instrument à la fois simple d'utilisation et dont les qualités psychométriques ont été largement étudiées et sont très satisfaisantes, aussi bien au niveau de l'échelle originale [48,49] que de sa version française. [49,50]

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

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

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

0 jamais

1 quelques fois par an

2 une fois par mois

3 quelques fois par mois

4 une fois par semaine

5 quelques fois par semaine

6 tous les jours

- L'outil se subdivise en trois sous échelles telles que :
 - L'épuisement émotionnel (neuf items : questions 1,2,3,6,8,13,14,16,20 de l'annexe, correspondant aux questions 1→9 du questionnaire) ;
 - La dépersonnalisation (cinq items : questions 5,10,11,15,22 de l'annexe, correspondant aux questions 10→14 du questionnaire) ;
 - L'accomplissement personnel au travail (huit items : questions 4,7,9,12,17,18,19,21 de l'annexe , correspondant aux questions 15→22 du questionnaire).

● On notera qu'il n'ya pas de score global d'épuisement professionnel. Chacune des sous-échelles fait l'objet d'un score qui lui est propre.

Ainsi, les scores bas, moyens ou élevés ont été initialement définis par des terciles d'une population médicale de référence. [48,51]

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

✓ *Un niveau pathologique pour seulement l'un des trois scores définit un niveau bas d'épuisement professionnel*

✓ *L'atteinte de deux scores sur trois permet de parler d'un épuisement professionnel modéré.*

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

Tableau 2 : Interprétation des scores du Burn out pour chaque composante

	<i>BAS</i>	<i>MODERE</i>	<i>ELEVE</i>
<i>Épuisement émotionnel</i>	≤ 17	Entre 18 et 29	≥ 30
<i>Dépersonnalisation</i>	≤ 5	Entre 6 et 11	≥ 12
<i>Accomplissement professionnel</i>	≤ 33	Entre 34 et 39	≥ 40

II) Méthodologie d'étude :

1) Elaboration d'un questionnaire :

Un premier temps de documentation sur les avancées scientifiques concernant le sujet s'était avéré nécessaire afin de pouvoir cibler préalablement les principaux éléments nécessaires à notre étude.

Le questionnaire ainsi élaboré se subdivise en 6 grandes parties : *((Annexe 2))*

- La première partie évaluait la connaissance initiale des soignants sur la notion du Burn out.
- La seconde partie concernait les caractéristiques démographiques (sexe, âge, statut matrimonial) et les caractéristiques professionnelles (statut, nombre d'années d'exercice, lieu d'exercice et nombre d'heure de travail, l'orientation de carrière..) et les caractéristiques de la vie privée
- La troisième partie correspondait à la version française du Maslach Burn out Inventory (MBI).
- La quatrième partie envisageait des conséquences éventuelles de ce stress (réponses fermées et ouvertes).
- La cinquième partie indiquait des facteurs éventuellement responsables du stress au travail (réponses fermées et ouvertes).
- Enfin, les soignants étaient invités à suggérer des solutions au problème et à nous faire part de leurs commentaires sur le sujet.

2) Diffusion du questionnaire :

Après obtention de l'accord des chefs de départements concernés, les questionnaires ont été distribués au personnel médical et paramédical des différents services, en leur demandant de les remplir.

3) Recueil des réponses :

L'anonymat des réponses est garanti par le recueil de l'ensemble des documents, préférablement dans des enveloppes, à distance du temps de distribution.

III) Méthodologie d'analyse :

L'analyse statistique a été réalisée par le Logiciel SPSS 13.0

Les variables quantitatives de distribution symétrique ont été exprimées en moyenne et écart type (ET).

Les variables quantitatives de distribution asymétrique ont été exprimées en médiane et quartiles.

Les variables qualitatives ont été exprimées en effectif et pourcentage

L'analyse des facteurs associés aux différentes dimensions du Burn out a été faite par régression logistique binaire en comparant le Burn out élevé vs Burn out moyen et faible (somme).

Les facteurs associés ont été exprimés en ODDS RATIO avec IC à 95%.

L'analyse multivariée a été faite pour les valeurs dont le p est $< 0,2$

Le niveau de signification retenu pour l'étude était de 0,05.

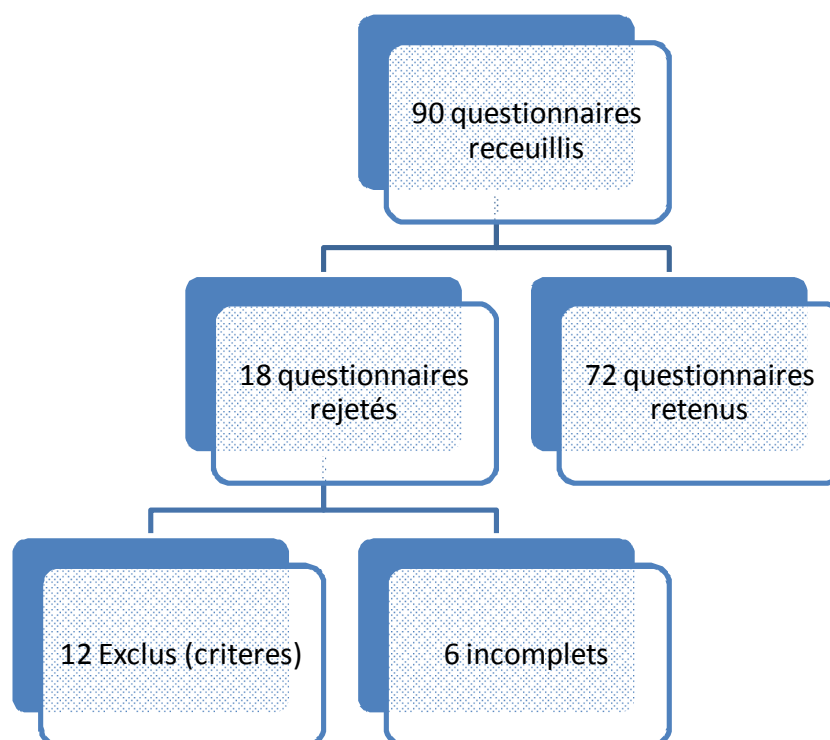


Résultats



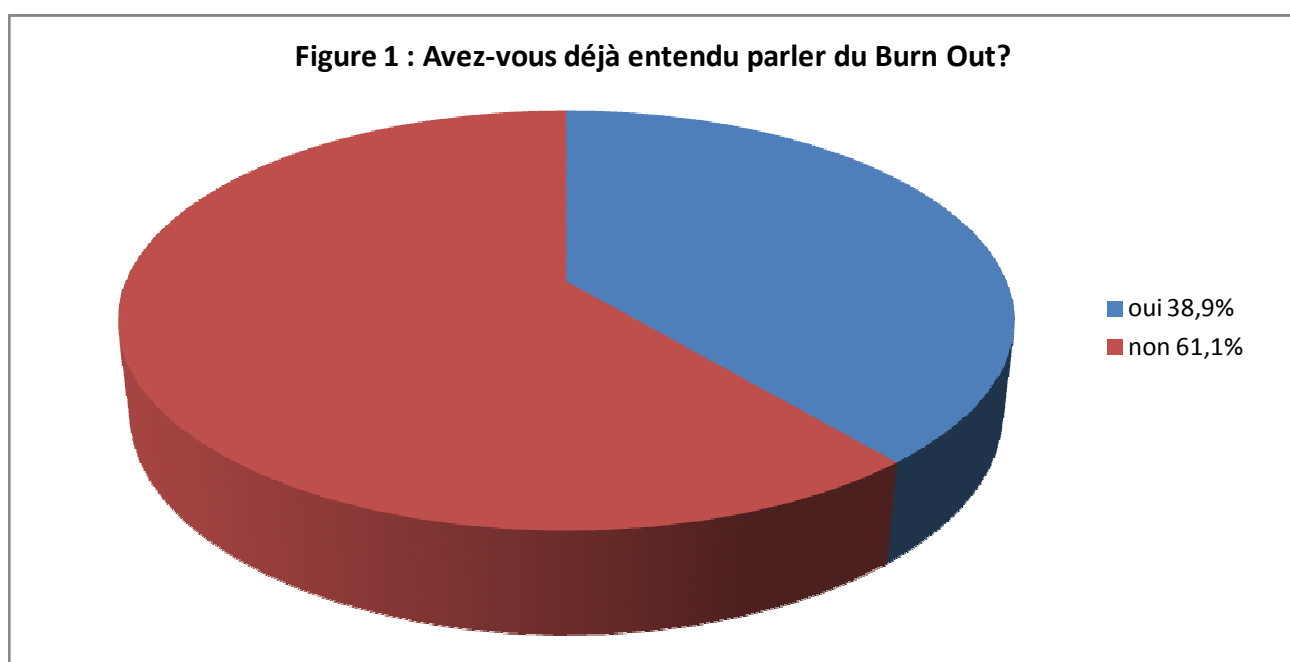
I) Résultats descriptifs :

120 questionnaires ont été distribués dont 90 questionnaires recueillis, 72 ont été retenus et 18 rejetés, dont 6 non exploitables pour manque de renseignements et 12 pour les critères d'exclusion préalablement cités.



1 Connaissances initiales :

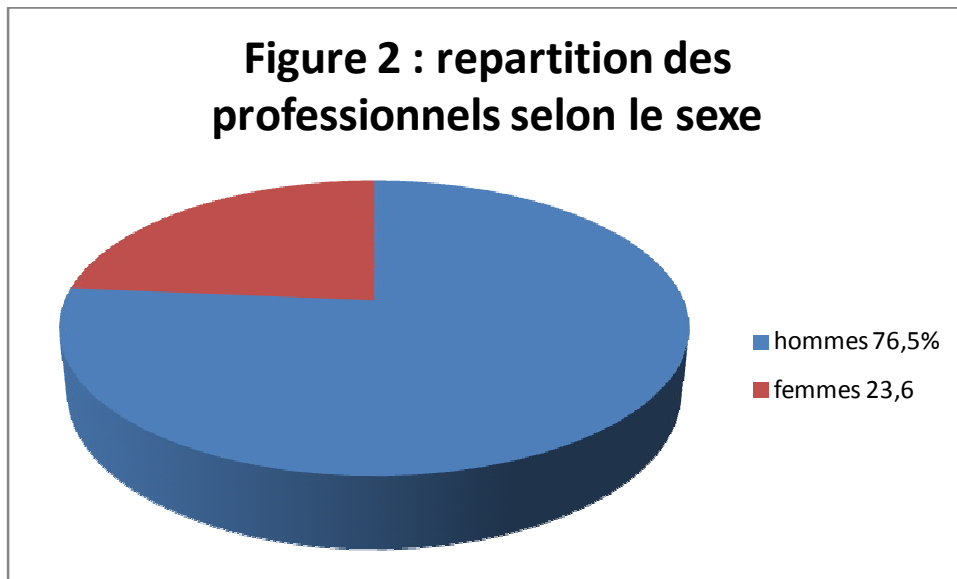
- Le pourcentage des personnes affirmant avoir déjà entendu parler du Burn out était de 38,9%.
- 61,1% affirment même avoir ressenti les signes de l'épuisement professionnel.



2-Variables sociodémographiques :

2-1) Le sexe :

Le sexe ratio est de 17 femmes (23,6%) pour 55 hommes (76,5%)



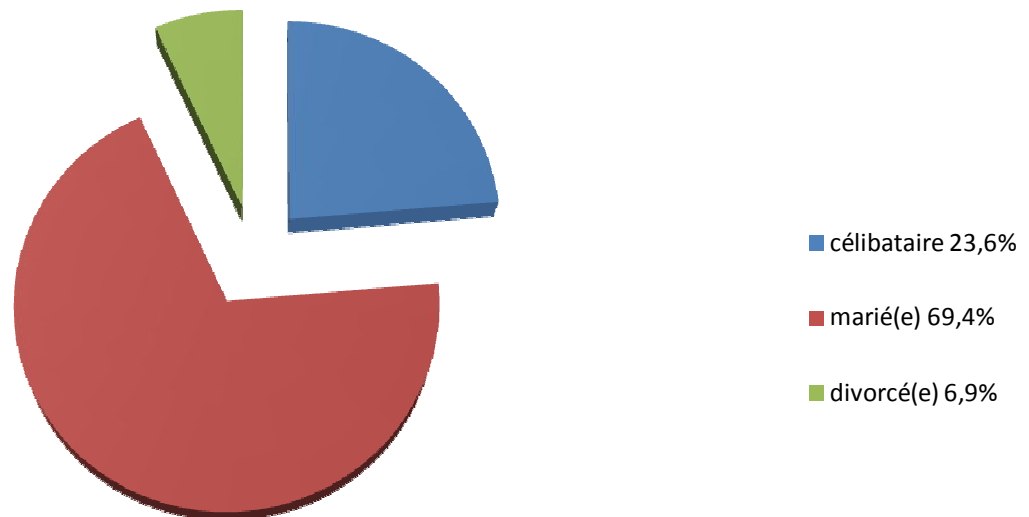
2-2 L'âge :

L'âge moyen des soignants était de $37,9 \pm 9$ ans avec des extrêmes de 24 et 57 ans.

2-3 La Situation familiale :

- 17 soignants (23,6%) sont célibataires.
- 50 soignants (69,4%) sont marié(e)s.
- 5 soignants (6,9%) sont divorcé(e)s.

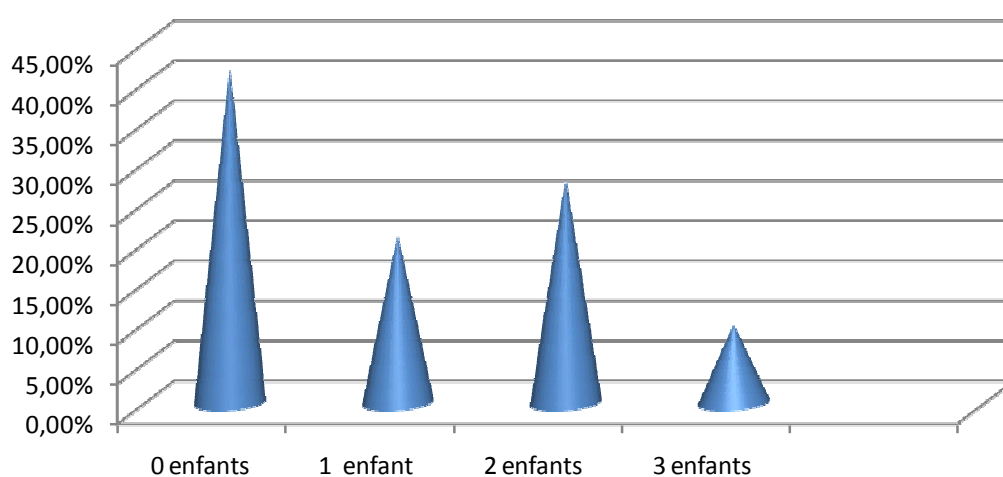
Figure 3 : Répartition des soignants selon la situation familiale



2-4 Nombre d'enfants à charge :

- 30 soit 41,7% des soignants n'avaient pas d'enfants.
- 15 soit 20,8% avaient un seul enfant.
- 20 soit 27,8% en avaient 2.
- 7 soit 9,7% en avaient 3.

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



3- Variables professionnelles :

3-1 Statut professionnel :

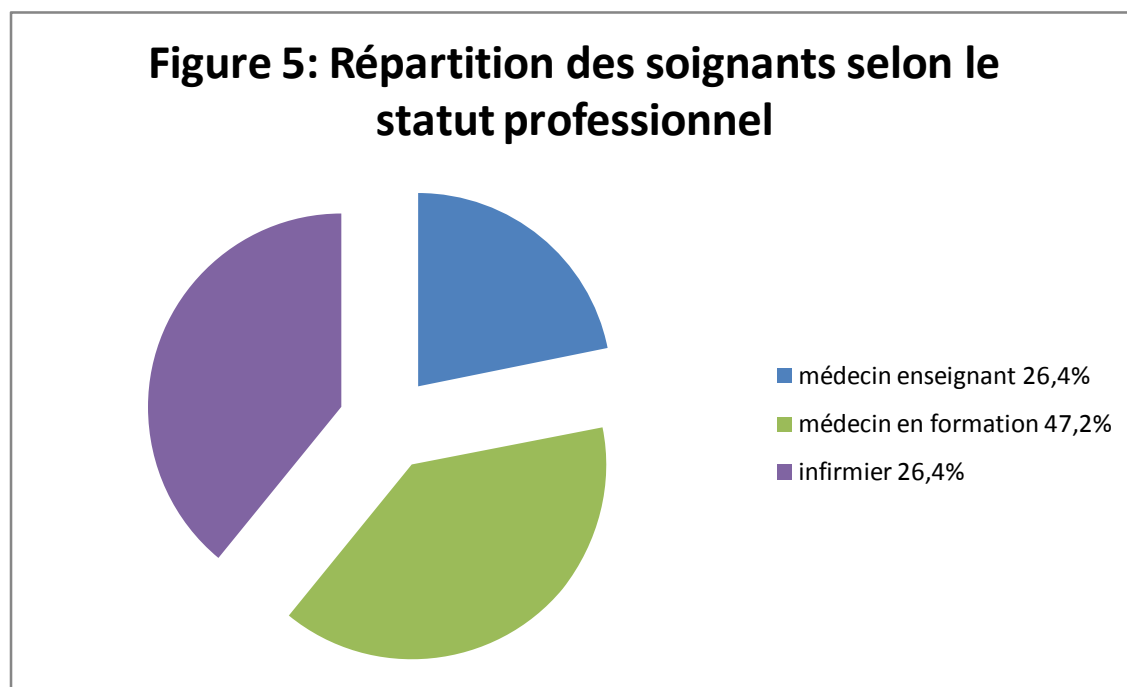
Notre échantillon comporte :

◆19 Médecins enseignants (26,4%)

◆34 Médecins en formation (Résidents) (47,2%)

Soit un total de **53 Médecins** (73,6%)

◆19 Infirmiers (26,4%)

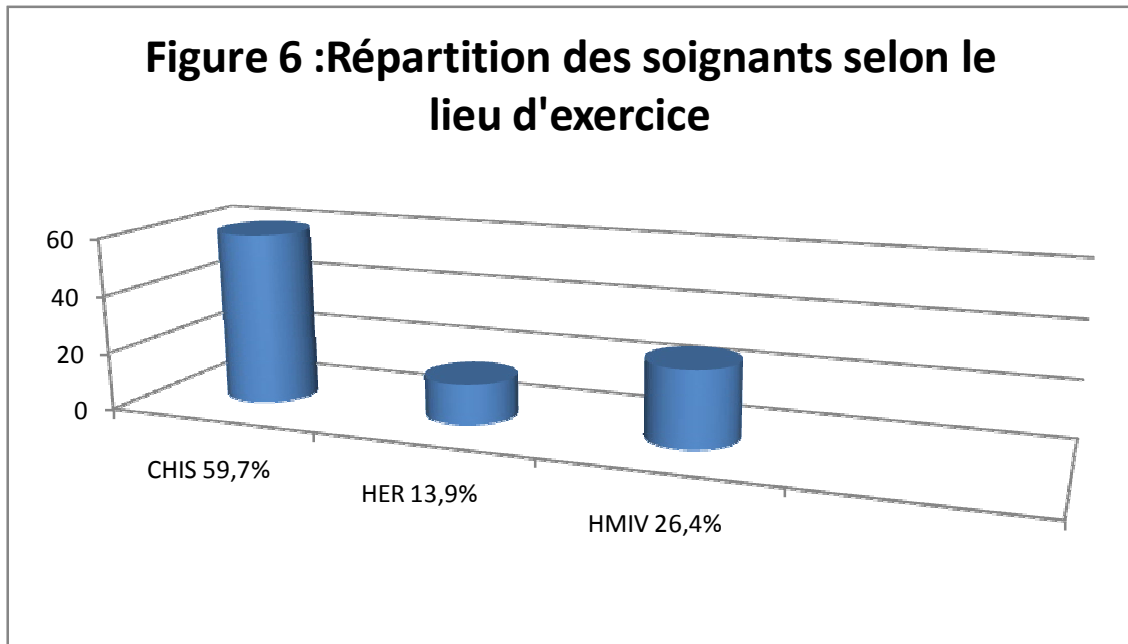


3-2 Nombre d'années d'exercice :

La moyenne d'années d'exercice était de 5 ans, avec un minimum de 1an et un maximum de 30ans.

3-3 Lieu d'exercice :

- 43 soit 59,7% des soignants interrogés exerçaient au CHU Avicenne de Rabat.
- 10 soit 13,9% à l'hôpital d'enfants de Rabat.
- 19 soit 26,4 % à l'hôpital militaire d'instruction Mohammed V.

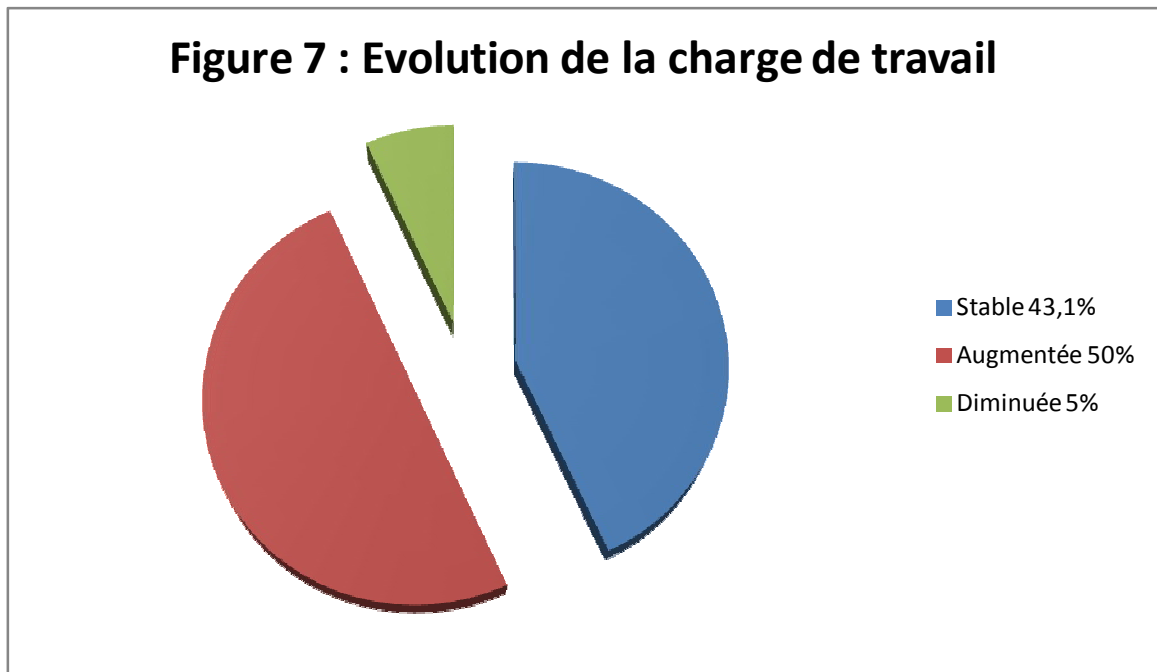


3-4 Heures de travail :

Les soignants déclaraient travailler $41 \pm 14,85$ heures par semaine en moyenne, avec des extrêmes de 12 et 80 heures.

3-5 Evolution de la charge de travail :

La figure suivante illustre la répartition des soignants selon que leur charge de travail a augmenté, est restée stable ou a diminué par rapport à l'année précédente.

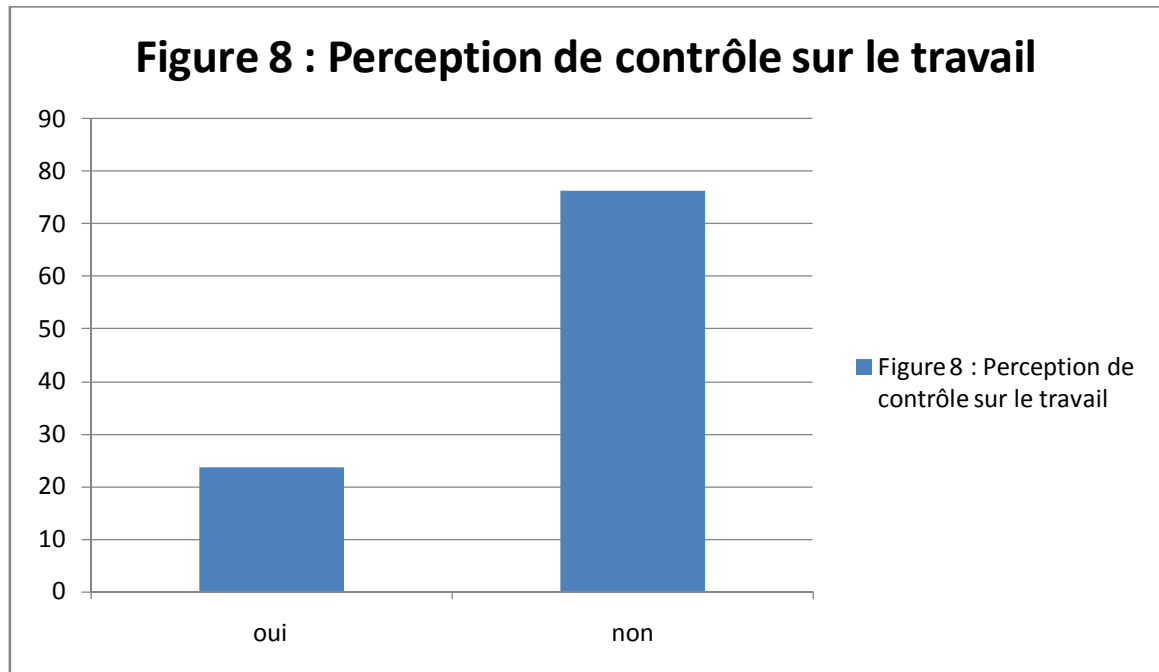


3-6 Vacances et effet reposant :

- le nombre moyen de semaine de vacances est de 3,9 semaines de vacances par an.
- 51,4% des soignants se sentent reposés après leur vacances.

3-7 Contrôle sur le travail :

- 76,4% des soignants n'ont pas l'impression de gérer leur travail selon leur vision



3-8 Orientation de carrière :

Cherniss avait identifié en 1980 quatre orientations de carrière : l'autocentré, qui aime son métier pour fructifier sa vie privée, le carriériste, qui aime son métier pour le prestige et la reconnaissance sociale, l'activiste sociale, qui essaie d'améliorer la situation sociale de ses patients et l'artisan, qui veut développer ses compétences et appliquer son savoir-faire. [10]

Dans notre étude nous avons proposé aux participants 3 orientations correspondant à 3 identités professionnelles (carriériste, activiste social, l'autocentré)

► **Orientation initiale :**

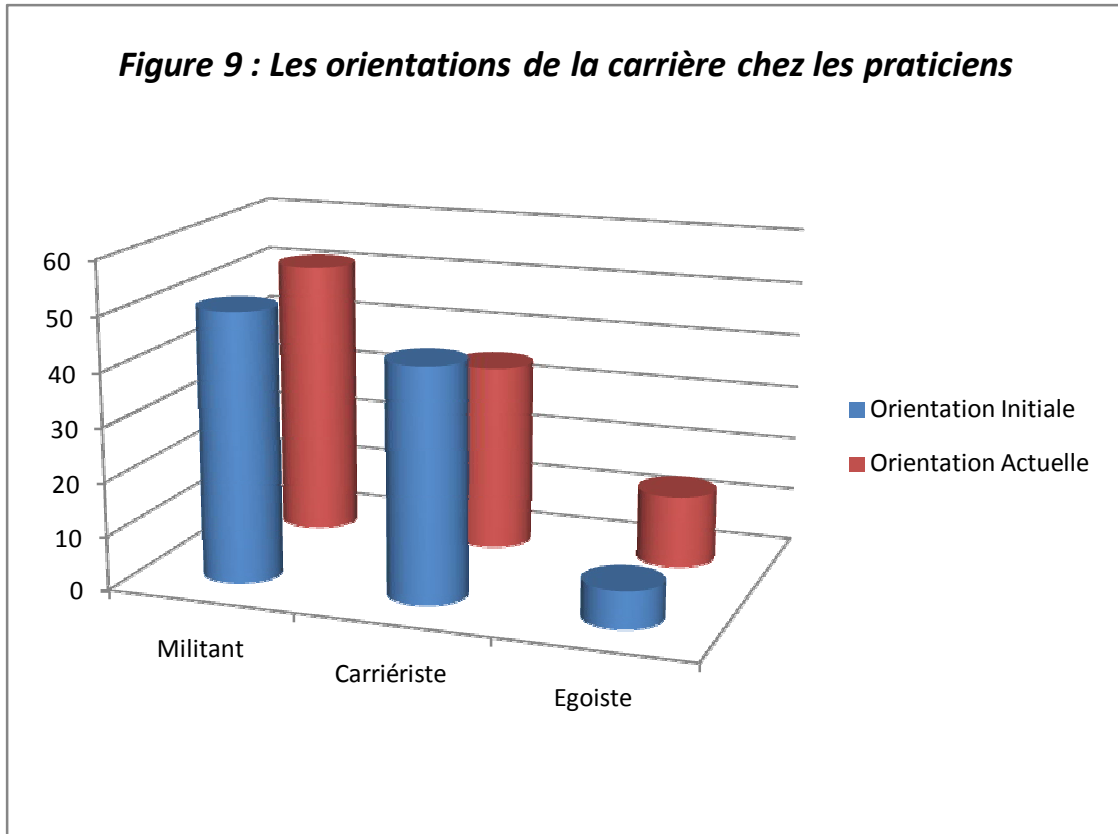
2 orientations animaient majoritairement les aspirations initiales des soignants en débutant leur carrière :

- D'une part le modèle de l'**activiste social** ou **militant** (50%), pour qui le travail représente un engagement plus qu'un emploi.
- D'autre part le modèle du **carriériste** (43,1%), considérant son travail comme étant synonyme de succès, de prestige et de sécurité financière.
- Le modèle **égoïste**, objectivant le travail comme un simple instrument, ne correspondait qu'à 6,9% des soignants.

► **Orientation actuelle :**

- Le modèle **activiste social** ou **militant** dominait toujours avec cette fois-ci un pourcentage de 34,7%, suivi du modèle **carriériste** retrouvé chez 35,2% des participants.
- Et si seulement 3,4% de soignants se considéraient comme **égoïstes** à l'entrée de la profession, ils sont maintenant 13,9%.

Figure 9 : Les orientations de la carrière chez les praticiens



4-Variables personnelles :

4-1 Temps consacré aux loisirs :

- 47,2% des soignants ne consacrent pas de temps à leurs loisirs
- Pour les 52,8% des soignants qui consacrent régulièrement du temps à leurs loisirs, le nombre de demi-journées (4heures) par semaine dédiés aux loisirs est de 1 demi-journée par semaine.

4-2 Temps consacré aux proches (famille, conjoint, enfants, amis) :

- 26,4% des soignants estiment consacrer suffisamment de temps pour leur famille.
- 22,2% consacrent suffisamment de temps pour leurs amis.
- Seulement 25% des soignants en couple consacrent suffisamment de temps à leur conjoint.
- Et 60,5% des soignants ayant un enfant considèrent qu'ils ne consacrent pas assez de temps à leurs enfants.

4-3 Soutien reçu :

- 25% des soignants disent ne recevoir aucun soutien de leurs proches (collègues, famille, amis).
- la famille représente la première source de soutien (70,4%)

4-4 Remarques négatives des proches par rapport à la disponibilité du soignant :

72,2% des soignants reçoivent des remarques négatives de la part de leurs proches par rapport à leur disponibilité.

5-Echelle MBI (Maslach Burn out Inventory):

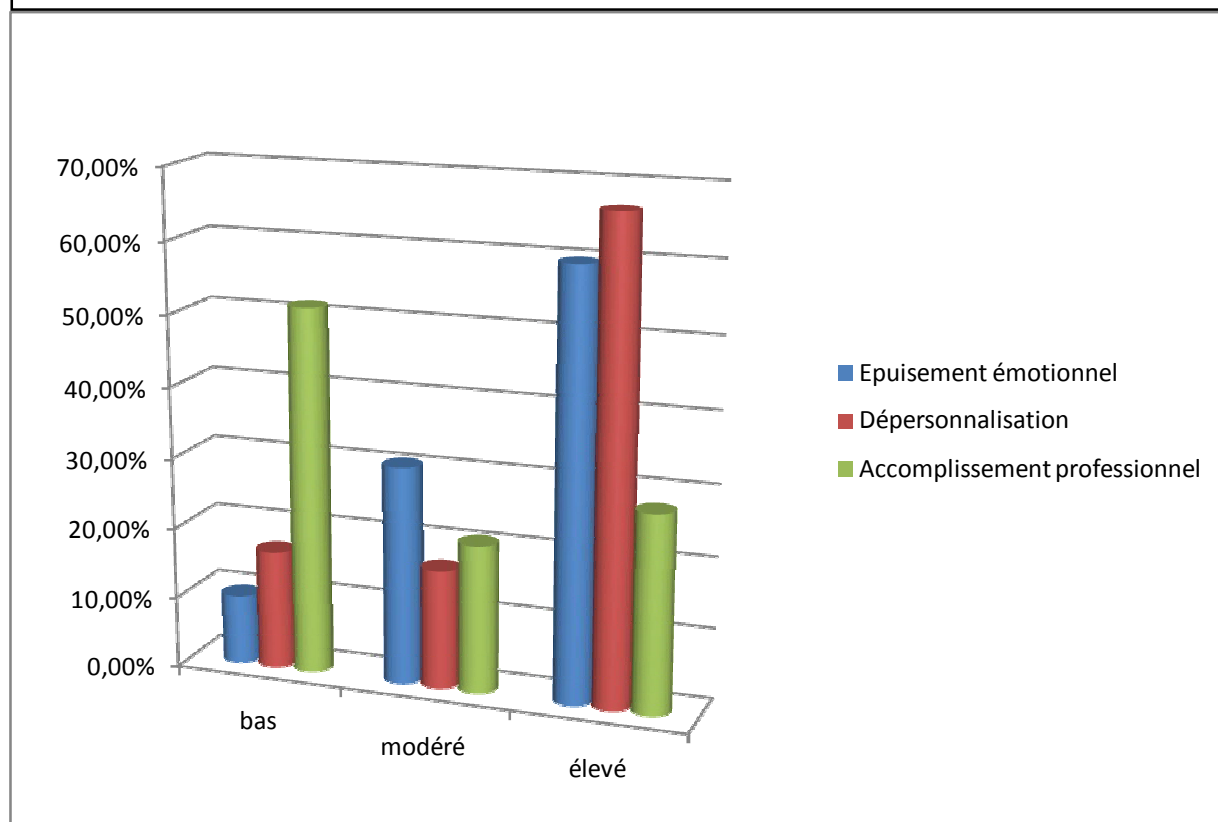
Selon les résultats de cette échelle, il s'est avéré que :

- 43 soignants (**59,7%**) avaient un niveau élevé d'épuisement émotionnel, alors que 22 (30,6%) avait un score modéré et que seulement 7 (9,7%) avaient un niveau bas d'épuisement émotionnel.
- La dépersonnalisation touchait à un niveau élevé 48 soignants (**66,7%**), à un niveau modéré 12 soignants (16,7%) et épargnait 12 soignants (16,7%).
- L'accomplissement professionnel était élevé pour 20 soignants (27,8%), modéré pour 15 soignants (**20,8%**) et bas pour 37 soignants (51,4%)

Tableau 1 :Scores obtenus pour les 3 composantes du Burn out

	BAS	MODERE	ELEVE
<i>Epuisement émotionnel</i>	9,7%	30,6%	59,7%
<i>Dépersonnalisation</i>	16,7%	16,7%	66,7%
<i>Accomplissement professionnel</i>	51,4%	20,8%	27,8%

Figure 10 : Représentation des scores des trois composantes du Burn out



6 Les conséquences, en réponse à ce stress :

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

6-1 Sur le plan physique :

- 66,7% des soignants se plaignaient de troubles du sommeil,
- 27,9% présentaient des manifestations neurovégétatives à type de palpitations et de céphalées,
- 15,3% ressentait des douleurs inexplicables.
- Les autres manifestations recueillies en réponse à une question ouverte étaient les suivantes :

La fatigue (7%) , la prise de poids (5,6%), l' anxiété (5,6%), excitabilité et des troubles de concentrations (2,8%).

6-2 Sur le plan comportemental et relationnel :

- 73% soignants présentaient des conduites additives :
- l'addiction la plus fréquente était le tabac (29,5%), suivie par les aliments (22,5%), puis par l'alcool (11,2%).
- La consommation de psychotropes était retrouvée chez 6 soignants (8,4%) et venait donc en 4eme position des conduites additives, 2 personnes (1,4%) se retournaient vers la drogue.
- 47,8% des répondeurs ont choisi un comportement d'évitement en fuyant la source de stress en cause :
- La religion présentait le premier moyen d'éviter les sources de stress (21,1%) (prière, lecture du coran).
- 11,3% se retournaient vers les activités sportives suivies de près 9,3% par des occupations multimédia et littéraires (lecture, films, navigation sur internet).
- 5,6% retrouvaient leur confort auprès de leur proches.
 - Idées suicidaires : 3 soignants (4,2%) ont déjà eu des idées suicidaires
 - Pratique d'une psychothérapie ou psychanalyse et leurs conséquences :
- 15, 3% des soignants avaient déjà pratiqué une psychothérapie qui avait change leur façon de travailler dans 4,2% des cas.

-Le désir de reconversion ou de mutation de travail venait à l'esprit de 44,4% d'entre eux dont moins que la moitié (48%) désiraient rester dans le domaine médical.

7-Les causes de l'épuisement professionnel ou du stress au travail :

Telles qu'elles sont perçues par les 72 soignants, les causes de l'épuisement et leur fréquence sont représentées par le tableau 3 ci-dessous :

Tableau 2 : Les causes du stress au travail selon les soignants

<i>Causes</i>	<i>Fréquence (%)</i>
La surcharge du travail	87,5
La mauvaise organisation du service	76,4
Le rapport salaire/effort insatisfaisant	73,6
L'absence de récupération post garde	69,4
Le manque de respect de la part des patients	68 ,1
Le manque de moyens (outils diagnostics et thérapeutiques	62,5
L'effectif réduit du personnel	58,3
Les exigences des patients et de leur famille	54,2
Le manque de temps à consacrer aux patients	51,4
Le manque de communication au sein du corps médical	43,1
Le manque de reconnaissance de la part de la société	36,1
La peur de l'erreur médicale et de la poursuite judiciaire	31
Certains cas complexes difficiles à prendre en charge	27,8
Les conflits avec les collègues	23,6

Outre les 15 causes proposées, les principaux facteurs de stress cités par les soignants en réponse à une question ouverte étaient :

- l'absence de moyens de confort (repas de qualité, salle de repos appropriée, toilettes...) (1,5%)
- la formation insatisfaisante (1,3%)
- le comportement de certains médecins vis-à-vis des infirmières (1,2%)
- les pressions administratives (1%)
- l'inégalité au sein de l'équipe (0,3%)

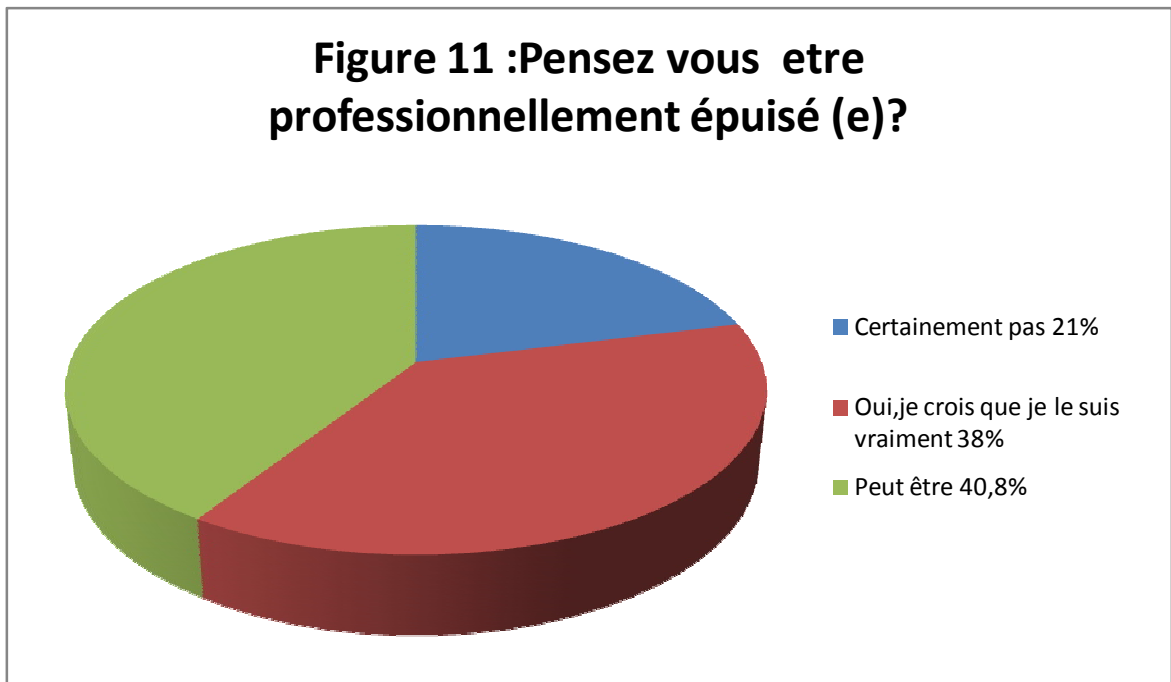
8-Constataion personnelle :

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

38% des soignants croyaient vraiment l'être, contre 21% qui trouvaient qu'ils ne l'étaient « certainement pas ».

Tandis que près de la moitié des soignants (40,8%) semblaient incertains et se sont contentés de répondre « peut être ».

Figure 11 :Pensez vous etre professionnellement épuisé (e)?



9-Solutions et commentaires :

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

9-1 Solutions :

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

Nous avons donc tenté de les classer en plusieurs catégories par ordre de fréquence :

a) Organisation du travail :

L'organisation de travail venait en tête des suggestions à 77,3% les propositions étaient les suivantes :

- Bonne gestion du service et bonne organisation du déroulement des différentes activités.
- Planification et bonne répartition des tâches ce qui permettrait de diminuer considérablement la charge de travail, en effet la charge de travail élevée reviendrait en particulier à la mauvaise organisation au sein du service.
- Plus d'effectif adapté à l'activité du service.
- Elimination ou réduction des investigations non nécessaires et des documents de formalité.

b) Gardes :

Le sujet des gardes suivait de très près l'organisation de travail (76,4%)

Parmi les propositions retrouvées :

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

c) Amélioration des conditions de travail :

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

d) Motivation du personnel :

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

● *Sur le plan matériel :*

- Augmentation du salaire, plus de primes, un « 13ème mois ».
- Rémunération des gardes.

● *Sur le plan moral :*

- Plus de reconnaissance de la part des responsables, des patients et de leurs familles.
- Présence d'un psychiatre au sein du service, offrant son soutien psychologique aussi bien au personnel, qu'aux patients et leurs familles.

● *Sur le plan social :*

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

e) Amélioration de la formation :

- Encadrement des médecins en formation de façon « efficace » (au lieu de les « utiliser » uniquement pour assurer la continuité du travail).
- Formation continue du personnel : médecins, infirmiers, aides-soignants, brancardiers..
- Formation spécifique au sujet de la prise en charge du versant psychique des patients.

f) Activités de distraction :

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

g) Création d'une bonne ambiance de travail:

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

9-2 Commentaires

Les critiques formulées par les soignants ayant choisi de commenter le sujet portaient essentiellement sur l'échelle MBI et la difficulté parfois rencontrée, pour certains d'entre eux, à répondre à certaines questions (la graduation de l'échelle).

Mais d'une façon générale, on peut dire que la majorité des soignants ont apprécié le fait d'avoir pensé à traiter ce sujet.

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

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

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

1. Le désir d'être informé des résultats de notre enquête (Feed Back).
2. La nécessité d'apporter de vraies solutions « en pratique » à ce problème vécu, avec la participation de tous les sujets concernés.

II) Résultats analytiques :

1) Burn out et épuisement émotionnel :

		analyse univariée			analyse multivariée		
		OR	IC (95%)	p	OR _{Aj}	IC(95%) _{Aj}	p _{Aj}
Sexe							
<i>F</i>	14(77,8%)	1					
<i>M</i>	29(53,7%)	3,01	0,87-10,35	0,07	9,34	1,16-75,05	0,03
Nombre d'enfants a charge							
<i>3 enfants</i>	4(57,1%)	1					
<i>2 enfants</i>	9(45%)	0,61	0,10-3,48	0,58			
<i>1 enfant</i>	8(53,3%)	0,85	0,14-5,22	0,86			
<i>0 enfants</i>	9 (90%)	6,75	0,52-86,56	0,14			
Evolution de la charge de Travail							
<i>faible</i>	2(40%)	1					
<i>stable</i>	27(75%)	1,23	0,18-8,45	0,83	4,92	0,35-67,51	0,23
<i>élevée</i>	14(45,2%)	4,5	0,64-31,36	0,12	8,08	0,70-92,25	0,09
Contrôle sur le travail							
<i>oui</i>	6(35,3%)	1					
<i>non</i>	37(67,3%)	3,76	1,20-11,82	0,02	6,67	0,93-47,78	0,05
Sensation de repos après les vacances							
<i>oui</i>	18(48,6%)	1					
<i>non</i>	25(71,4%)	2,63	0,99-7	0,05	0,55	0,13-2,21	0,4
Temps consacré à des loisirs							
<i>oui</i>	19(50%)	1					
<i>non</i>	24(70,6%)	2,4	0,90-6,35	0,07	1,86	0,54-6,40	0,32
Temps consacré à la famille							
<i>oui</i>	6(31,6%)	1					
<i>non</i>	37(69,8%)	5,01	1,61-15,52	0,05	3,95	0,77-20,28	0,09
Désir de reconversion professionnelle							
<i>oui</i>	23(71,9%)	1					
<i>non</i>	20(50%)	0,39	0,14-1,05	0,06	0,66	0,19-2,22	0,5

En analyse univariée :

- Seul le contrôle sur le travail est un facteur associé à la survenue de l'épuisement émotionnel d'une manière statistiquement significative, les soignants qui ne travaillent pas selon leur propre vision ont 3 fois plus de risque d'avoir un épuisement émotionnel élevé (OR=3, IC= [1,20-11,82], p=0,02).
- Les hommes ont 3 fois plus de risque de développer un épuisement émotionnel que les femmes.
- Les soignants n'ayant pas d'enfants ont 6,75 fois plus de risque d'avoir un épuisement émotionnel élevé.
- L'épuisement émotionnel augmente avec la sensation de non repos après les vacances. Les soignants qui ne sentent pas reposés après les vacances sont 2,63 fois plus exposés au risque de développer un épuisement émotionnel élevé.
- Lorsque la charge de travail a augmenté par rapport à l'année précédente les soignants ont 4,5 fois plus de risque d'avoir un épuisement émotionnel élevé.
- Les soignants considérant ne pas passer suffisamment de temps à leurs familles ont 5 fois plus de chance d'avoir un épuisement émotionnel élevé.
- Le fait de ne pas vouloir se reconvertir professionnellement a un effet protecteur contre l'épuisement émotionnel.
- Les soignants ne consacrant pas de temps à leurs loisirs ont 2,4 fois plus de chance d'avoir un épuisement émotionnel élevé.

- Nous remarquons aussi selon les résultats de notre analyse univariée qu'en dehors du nombre d'enfants à charge tous les autres facteurs frôlent la significativité dans la survenue d'un épuisement émotionnel élevé.

En analyse multivariée :

En ajustant sur le sexe, le nombre d'enfants, évolution de la charge de travail, le contrôle sur le travail, la sensation de non repos après les vacances, le temps consacré aux loisirs, à la famille et le désir de reconversion professionnelle, seuls le sexe et le non contrôle sur le travail sont des facteurs associés à la survenue d'un épuisement émotionnel élevé.

2) Burn out et dépersonnalisation :

		analyse univariée		
		OR	IC (95%)	p
Sexe				
<i>M</i>	38(70,4%)	1		
<i>F</i>	10(55,6%)	0,52	0,17-1,57	0,25
Nombre d'enfants a charge				
<i>3 enfants</i>	6(85,7%)	1		
<i>2 enfants</i>	12(60%)	0,25	0,02-2,48	0,23
<i>1 enfant</i>	6(40%)	0,11	0,01-1,17	0,06
<i>0 enfants</i>	8(80%)	0,66	0,04-9,18	0,76
Evolution de la charge de travail				
<i>faible</i>	3(60%)	1		
<i>élevée</i>	22(61,1%)	1,19	0,27-13,63	0,51
<i>stable</i>	23(74,2%)	1,04	0,15-7,07	0,96
Contrôle sur le travail				
<i>oui</i>	10(58,8%)	1		
<i>non</i>	38(69,1%)	1,56	0,50-4,80	0,43
Sensation de repos après les vacances				
<i>Oui</i>	24(64,9%)	1		
<i>Non</i>	24(68,6%)	1,18	0,44-3,15	0,73
Temps consacré à des loisirs				
<i>Oui</i>	25(65,8%)	1		
<i>Non</i>	23(67,6%)	1,08	0,40-2,90	0,86
Temps consacré à la famille				
<i>Oui</i>	11(57,9%)	1		
<i>Non</i>	37(69,8%)	1,68	0,56-4,96	0,34
Désir de reconversion professionnelle				
<i>Oui</i>	23(71,9%)	1		
<i>Non</i>	25(62,5%)	0,65	0,23-1,77	0,4

En analyse univariée :

Aucun lien statistiquement significatif n'a été retrouvé entre les différents paramètres et la dépersonnalisation élevée.

- Le sexe féminin et le fait de ne pas vouloir changer de profession sont des facteurs protecteurs contre la dépersonnalisation élevée.
- La dépersonnalisation augmente avec la charge de travail.
- Les sujets ne consacrant pas de temps aux loisirs ni à la famille ont respectivement 1,08 et 1,68 fois le risque d'avoir une dépersonnalisation élevée.
- Les sujets qui ne se sentent pas reposés après les vacances sont 1,18 fois plus à risque d'avoir une dépersonnalisation élevée.
- Le non contrôle sur le travail expose 1,56 fois plus à une dépersonnalisation élevée.

3) Burn out et accomplissement professionnel :

		analyse univariée			analyse multivariée		
		OR	IC (95%)	p	OR _{Aj}	IC(95%) _{Aj}	p _{Aj}
Sexe							
<i>M</i>	8(44,4%)	1					
<i>F</i>	12(22,2%)	2,8	0,90-8,66	0,07	7,01	1,61-30,54	0,01
Nombre d'enfants a charge							
<i>0 enfants</i>	3(30%)	1					
<i>1 enfant</i>	5(33,3%)	2,57	0,20-31,71	0,46			
<i>2 enfants</i>	7(35%)	3	0,27-32,20	0,36			
<i>3 enfants</i>	1(14,3%)	3,23	0,32-32,47	0,31			
Evolution de la charge de travail							
<i>élevée</i>	12(33,3%)	1					
<i>stable</i>	8(25,8%)	5,61 10 ⁻⁸	*	0,99			
<i>faible</i>	0	8,07 10 ⁻⁸	*	0,99			
Contrôle sur le travail							
<i>non</i>	19(34,5%)	1					
<i>oui</i>	1(5,9%)	8,44	1,03-68,63	0,04	21,1	2,02-220,21	0,01
Sensation de repos après les vacances							
<i>non</i>	11(31,4%)	1					
<i>oui</i>	9(24,3%)	1,42	0,50-4,01	0,5			
Temps consacré à des loisirs							
<i>non</i>	9(26,5%)	1					
<i>oui</i>	11(28,9%)	0,88	0,31-2,48	0,81			
Temps consacré à la famille							
<i>non</i>	15(28,3%)	1					
<i>oui</i>	5(26,3%)	1,1	0,33-3,60	0,86			
Désir de reconversion professionnelle							
<i>non</i>	9(22,5%)	1					
<i>oui</i>	11(34,4%)	0,55	0,19-1,56	0,26			

- L'IC ne pas pu être calculé parce que plusieurs données étaient manquantes.

En analyse univariée :

- Le sexe féminin augmenterait 2,8 fois la sensation d'accomplissement personnel
- Les soignants qui travaillent selon leur propre vision ont 8,4 fois plus de chance d'avoir un accomplissement personnel élevé
- La charge de travail faible est associée à un accomplissement personnel bas.
- Les soignants qui jugent consacrer suffisamment de temps à leurs proches ont 1,1 fois plus de chance d'avoir un accomplissement personnel élevé.
- L'accomplissement personnel augmente lorsque les sujets n'ont jamais eu un désir de reconversion professionnelle.
- Paradoxalement le fait de consacrer du temps aux loisirs s'associe à un accomplissement personnel bas.

En analyse multivariée :

En ajustant sur le sexe, le nombre d'enfants, évolution de la charge de travail, le contrôle sur le travail, la sensation de non repos après les vacances, le temps consacré aux loisirs, à la famille et le désir de reconversion professionnelle, seuls le sexe et le non contrôle sur le travail ont été retenus comme facteurs associés à la survenue d'un accomplissement personnel élevé.



Discussion



Ne prends pas la vie trop au sérieux, tu n'en sortiras pas vivant.

Bernard Le Bouyer de Fontenelle

Ecrivain français 1657-1757

I) Les limites et points fort de l'étude :

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

Notre étude a cependant quelques limites.

Le concept du burn out :

Le Burn out est un processus ou un état complexe dont les origines et mécanismes sont multiples et dépendants entre eux. Nous avons vu qu'il existe de nombreuses définitions concernant le Burn out. L'échelle MBI (Maslach Burnout Inventory) n'offre d'ailleurs pas de score qui tranche entre absence ou présence de Burn out. Cette échelle ne sert donc pas à faire un dépistage de ce syndrome. Il est ainsi difficile de faire une enquête épidémiologique sur ce sujet, puisqu'il est impossible d'avoir des interprétations rigoureuses. Les résultats de cette étude permettent cependant de donner une orientation sur l'existence du Burn out et des facteurs associés.

Les modalités de l'enquête :

L'enquête a été réalisée de mi-septembre à fin décembre 2012.

Seulement une étude longitudinale aurait permis de suivre l'évolution du Burn out au cours du temps. Nous avons réalisé une étude transversale. Nos résultats ne peuvent donc pas être généralisés pour toute l'année.

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

Le questionnaire:

Pour l'évaluation du Burn out, nous avons utilisé la traduction française de Fontaine du MBI. [14] Cependant, la question 18 (*je me sens ragaillardi(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes malades*) n'a probablement pas été bien comprise par tous les soignants. En effet, beaucoup de ont rajouté un point d'interrogation à la réponse et les résultats n'étaient pas tout à fait cohérents pour chacun des médecins.

L'accomplissement personnel des soignants pourrait donc être sous-estimé.

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

La subjectivité des réponses :

Un auto-questionnaire ne peut pas permettre une évaluation objective du Burn out. Un sujet souffrant de Burn out peut ne pas répondre objectivement au questionnaire (voulant par exemple nier sa souffrance).

La sous-estimation du Burn out :

Il est possible que les sujets ayant un Burn out élevé n'aient pas répondu au questionnaire par manque d'énergie, de motivation ou par évitement. Le taux de Burn out dans cette étude peut donc être sous-estimé.

Mais notre étude a aussi des points positifs.

L'honnêteté des réponses :

Nous avons parfois posé des questions délicates (par exemple la consommation d'alcool, de tabac ou de psychotropes ; idées suicidaires)

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

L'intérêt pour le sujet :

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

II) La prévalence du Burn out :

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

► Sur le plan opérationnel, comme nous l'avons vu précédemment il existe un nombre important d'outils de mesure du Burn out.

Il semble que l'instrument MBI en 22 items de Maslach et Jackson [58] est la perspective dominante en matière d'évaluation de l'épuisement professionnel. En effet, près de 90% des recherches empiriques utilisent cet instrument dont les propriétés psychométriques sont jugées satisfaisantes. [60] Ce qui ne rend pas toutefois son utilisation universelle.

Il serait donc illogique de vouloir comparer des études ayant étudié le syndrome à l'aide d'outils de mesure différents.

Par ailleurs plusieurs définitions ont été retenues, certains auteurs ont opté pour une définition conservatrice requérant un score pathologique pour les trois dimensions pour parler du syndrome de Burn out au complet. [49]

D'autres le définissent comme un score élevé sur l'échelle d'épuisement émotionnel ou sur l'échelle de dépersonnalisation. [49,61]

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

On signalera aussi que, quelque soient les pays étudiés, les résultats du MBI des soignants donnent des scores de Burn out préoccupants .Cependant, Schaufelli a montré qu'il existe des variabilités culturelles des scores MBI [62] ce qui impose la prudence dans la comparaison des scores entre différents pays.

►La plupart des études réalisées sur le syndrome d'épuisement professionnel auprès des soignants sont des études purement descriptives dont le but est de rapporter l'existence ou non du Burn out syndrome au sein de la population étudiée et de définir son niveau bas ou élevé. D'autres études ont pour objectif d'analyser séparément les trois dimensions du Burn out syndrome et de rechercher les facteurs influençant (négativement ou positivement) ces trois dimensions, voir de rechercher l'impact de cet épuisement professionnel sur la santé physique des soignants (population a risque concernant les maladies liées au stress) et leur sante morale (et les implications sur le rendement et la survenue d'erreurs médicales) Ce qui rend toute comparaison difficile

►Pour ce qui est de la population étudiée, le nombre d'enquêtes réalisées auprès des praticiens en traumatologie reste relativement faible.

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

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

1-Le Burn out en traumatologie :

► Selon les résultats d'une étude sur la prévalence du Burn out chez les chirurgiens traumatologue en Espagne [84] réalisée en 2004 ayant porte sur une population de 149 traumatologue, le niveau d'épuisement professionnel chez les soignant de ce secteur était très élevés, et proches de ceux trouvés dans notre étude :

- 44,1% d'entre eux présentaient un niveau élevé d'épuisement émotionnel.
- 64,6% présentaient un niveau élevé de dépersonnalisation. (plus importante chez les soignants exerçant dans le secteur public)
- et seulement 24,5% avaient un niveau élevé d'accomplissement personnel.

Il n'y avait cependant pas de corrélation entre des niveaux élevés des 3 dimensions du Burn out et l'âge, le sexe le statu matrimonial ou le nombre de gardes.

► Dans une étude publiée par the association of joints and bone surgeons (2008) [85] qui a mis l'accent sur l'épuisement émotionnel et les facteurs qui lui sont associés, un niveau élevé d'épuisement émotionnel à été retrouvé chez 38% des 195 chefs de département de traumatologie ayant participe a l'étude. Le déséquilibre vie personnelle-professionnelle est corrélée a un niveau élevé d'épuisement émotionnel ainsi les désaccords avec conjoint et la famille et leur manque de soutien.

2-Le Burn out chez les autres soignants :

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

2-1 En France :

Plusieurs régions ont été étudiées sous cet aspect :

♣ Bourgogne 2001, Champagne -Ardenne 2002et Poitou-Charentes 2004)
[63,64,65]

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

♣Loire 2003[49], Rhône-Alpes 2004[66], Indre-et-Loire 2005[66], Cher 2006[68], Luxembourg 2007 [59]

Les résultats sont transcrits sur le tableau ci-dessous :

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

♣ Dans une autre étude menée auprès de l'ensemble du personnel du Centre hospitalier de la Chatre (y compris celui des services administratifs), 80,6% étaient en difficulté sur au moins un item du MBI : 31,3% sur un seul (Burn out bas), 26,9% sur les deux (Burn out modéré) et 22,4% sur les trois (Burn out élevé). [69]

2-2 Au Canada :

27% des médecins généralistes et des médecins de Famille seraient victimes du Burn out selon une étude réalisée en 2008. [70]

2-3 Au Maroc :

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

Près de 60% des soignants ont eu un score élevé d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation, d'où un score également élevé de détresse psychologique, ; si élevé que 59% étaient classés comme « cas pathologiques », médecins et infirmiers étant à égalité. [71]

III) Facteurs associés au burn out

1 Le sexe

Il ressort de notre étude que les femmes sont moins à risque de dépersonnalisation de la relation d'aide que les hommes. Ceci a été retrouvé dans plusieurs études. [5, 10, 11, 68]

Comment l'expliquer? Maslach pense que les attitudes différentes des hommes et des femmes pourraient jouer un rôle, les hommes ayant des attitudes plus instrumentales et les femmes des attitudes plus émotionnelles, plus empathiques. [11]

Dans notre étude il s'avère que les femmes ont une charge de travail en moyenne moindre que celle des hommes (horaires). Peut être les femmes ont donc plus de temps pour chaque patient, ce qui a certainement une influence sur la relation médecin - malade. Il aurait été intéressant de savoir combien de temps les soignants passent en moyenne avec un patient.

2. Le nombre d'enfants à charge

Avoir des enfants à charge semble être un facteur protecteur contre le Burn out. Effectivement les soignants ayant deux à trois enfants à charge sont moins épuisés émotionnellement. Ceci est retrouvé dans la littérature. Le soignant ayant des enfants est obligé chaque jour de mettre un moment son travail de côté pour être près de ses enfants. [5]

Ainsi les enfants peuvent présenter une ressource.

Pour le soignant, le fait d'avoir des enfants à charge pourrait également représenter une motivation ou un but supplémentaire pour travailler.

3. La charge de travail

Dans notre étude il existe un lien entre l'augmentation de la charge de travail par rapport à l'année précédente et l'épuisement émotionnel élevé.

Est-ce que les soignants se sentent plus épuisés à cause de cette charge de travail grandissante ? Il est en effet connu qu'une importante charge de travail peut favoriser l'épuisement émotionnel. [10, 11, 14] Mais il se pourrait aussi que les soignants souffrant de Burn out augmentent leur charge de travail pour palier leur sentiment d'échec. [14] Il aurait été intéressant d'affiner cette question et de demander aux médecins pourquoi leur charge de travail a diminué ou augmenté par rapport à l'année précédente.

4. Le contrôle sur le travail

Il existe une corrélation significative entre le contrôle sur leur travail et l'épuisement émotionnel.

En effet les soignants qui travaillent selon leur propre vision sont moins épuisés émotionnellement. Savoir gérer le travail selon sa propre vision peut donc être un facteur protecteur du Burn out. Ceci est retrouvé dans la littérature : exercer un contrôle effectif sur son environnement ou simplement croire que l'on exerce ce contrôle est un moteur indispensable à la santé psychologique et physique. [10]

Mais il est vrai qu'il est difficile de contrôler ce métier imprévisible.

5. Sensation de repos après les vacances

Le fait de ne pas se sentir reposé après les vacances est lié à un épuisement émotionnel élevé. Dans la littérature, il est noté que ce sont justement les sujets souffrant de Burn out pour qui les vacances n'ont pas un effet reposant. [14]

Selon la théorie de la conservation de ressources de Hobfoll, un individu ayant beaucoup de ressources est moins vulnérable à une perte de ressources. Le soignant est donc plus susceptible de ressentir un épuisement émotionnel, si les vacances ne représentent plus une ressource pour lui.

6. Le temps consacré aux loisirs

Les soignants de notre étude ont un accomplissement personnel réduit lorsqu'ils consacrent moins que 2 demi-journées (8heures) à des loisirs par semaine. Ceci est retrouvé dans la littérature. Delbrouck trouve que consacrer 5 heures par semaine à des loisirs est protecteur du Burn out. [5] Les loisirs peuvent également présenter une ressource pour le médecin.

Il a été décrit dans la littérature que la monotonie et la répétition de la même tâche au travail favorisent le Burn out. [74] Christina Maslach proposait ainsi un changement de tâches au cours d'une semaine de travail pour prévenir le Burn out. Le fait d'avoir des loisirs à côté du travail peut correspondre à un changement de tâches pour le soignant. Il peut ainsi se remettre avec plus d'énergie et plus de plaisir à son travail.

7. Le temps consacré aux proches

Les soignants qui estiment consacrer assez de temps à leurs proches (famille, conjoint, enfants, amis) sont plus accomplis dans leur travail et ceux qui estiment le contraire, ont un épuisement émotionnel plus élevé. Les proches peuvent constituer une ressource pour le soignant et ainsi diminuer son épuisement émotionnel, à condition que le soignant passe réellement du temps avec eux. Les proches peuvent aussi valoriser le travail du soignant et ainsi augmenter son accomplissement personnel. Consacrer du temps aux proches semble donc être un facteur protecteur du Burn out.

Nous savons que le soignant atteint de Burn out a tendance à s'acharner au travail et à s'isoler, donc à passer encore moins de temps avec son entourage. D'après notre étude, ceci peut aggraver encore plus le Burn out. Le soignant peut ainsi se retrouver dans un cercle vicieux.

8. Le désir de reconversion professionnelle

L'épuisement émotionnel augmente et l'accomplissement personnel baisse avec le désir de reconversion professionnelle. De même, ne pas avoir ce désir de reconversion est lié à une diminution de l'épuisement émotionnel et une augmentation de l'accomplissement personnel.

Il est facile à comprendre qu'un soignant voulant changer de métier ne ressent pas de satisfaction au travail et ne puisse donc pas avoir un grand accomplissement personnel. Un épuisement émotionnel pourrait être aggravé ou apparaître lorsque le soignant continue à faire un métier qui ne lui plaît pas.

Dans la littérature, il est surtout noté que le désir de reconversion professionnelle est une conséquence du burn out. [10, 11, 14]

IV). Prévention du Burn out :

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

Cependant la plupart des programmes de prévention sont centrés sur l'individu. L'individu apprend à se connaître, à s'adapter aux situations (coping), à se relaxer et à augmenter ses ressources. Il existe des raisons pratiques et philosophiques qui poussent à se focaliser plutôt sur l'individu lui-même, en recherchant les causes et les responsabilités du Burn out dans l'individu : il est plus facile et moins coûteux de changer les personnes, plutôt que l'organisation du travail. [11]

1-Sur le plan individuel :

1-1 Le Stress Management : [75]

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

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

Comme nous l'avons vu, le Burn out est la réponse à un stress chronique.

La relaxation est la réponse physiologique antagoniste au stress.

Elle nous permet de nous concentrer sur notre corps, ce que nous faisons rarement au cours des journées chargées de travail.

Il faut d'abord prendre soin de soi pour pouvoir soigner les autres (*Shiatsu : Atsu pression Shi doigts ; pratique non conventionnelle qui se base sur la stimulation du corps par les mains)

Pour d'autres, tout ce qui fait appel à la créativité serait aussi un bon moyen: musique, peinture, écriture, etc.

Parfois, juste le fait d'en parler va faire du bien simplement parce que chez l'humain, le langage est devenu une forme d'action symbolique.

Et parfois encore, le fait de se libérer par des méthodes instinctives (rire, pleurer..) serait suffisant.

Au bout du compte, le but recherché est que l'individu puisse supporter ce stress et vivre normalement sa vie quotidienne.

1-2 Psychothérapie et psychanalyse

Le fait de faire une psychothérapie ou une psychanalyse peut permettre au soignant de reconnaître le Burn out. La réflexion sur le degré d'implication dans la relation avec l'autre ou sur la recherche existentielle permet d'identifier l'origine de la souffrance. Une fois le problème reconnu, le soignant peut tenter de trouver une réponse adaptée (ressourcement, développement personnel, stratégies d'adaptation). [14]

1-3 L'assistance téléphonique

L'assistance téléphonique est un service téléphonique anonyme et gratuit d'accompagnement et de soutien psychologique pour les médecins libéraux en souffrance. Elle a été instaurée en Ile-de-France par l'association d'aide professionnelle aux médecins libéraux (Aapml) le premier juin 2005. Elle est

animée par une dizaine de psychologues cliniciens, qui orientent le cas échéant le médecin vers un psychologue proche de son domicile, puisqu'aucune psychothérapie ne peut être débutée par téléphone. L'assistance est opérationnelle 24 heures sur 24. Elle permet au médecin de trouver des moyens de faire face aux problèmes. [76]

2-Sur le plan collectif

2-1 La formation médicale continue

La participation des médecins à une formation médicale continue permet de garder leurs connaissances à jour. L'acquisition de connaissances peut déjà en soi augmenter l'accomplissement professionnel. Mais elle représente également une nécessité, puisque la médecine évolue en permanence et à grande vitesse. Le manque de connaissances et de compétences devant un patient peut devenir une source de stress.

2-2 Apprendre à travailler en équipe : [77,78]

L'établissement de relations d'entraide avec ses confrères permet de constituer une forme de réseau de soutien, d'échange, de camaraderies, où on peut défouler ses frustrations professionnelles.

Il est intéressant de mentionner également que c'est la cohésion du groupe qui permet d'améliorer le sentiment d'efficacité professionnel.

L'importance du travail en équipe est donc soulignée par ceci.

D'où tout l'intérêt de savoir faire émerger l'âme d'une équipe ; Car réunir différents professionnels ne suffit pas pour qu'une vraie équipe se constitue. Des

liens doivent se tisser entre eux en s'appuyant sur des valeurs et objectifs communs.

La création d'une charte de l'équipe permet de définir ces bases essentielles et de contribuer à prévenir le syndrome d'épuisement professionnel.

2-3 Les groupes de pairs

Les groupes de pairs ont été introduits en France en 1987 par la société française de médecine générale. Ils représentent une méthode de formation, mais permettent aussi aux médecins d'analyser leurs pratiques en les confrontant à celles de leurs confrères ainsi qu'aux données de la science. L'objectif est d'améliorer la qualité de soins proposés à leurs patients, mais également de rompre l'isolement, de réassurer et de renforcer l'identité professionnelle, protégeant ainsi contre le Burn out. [79]

2-4 Les groupes Balint

Les groupes Balint ont été introduits en Angleterre par le médecin, psychologue et psychanalyste hongrois Michael Balint. Les groupes ne dépassent pas quinze participants et sont animés par un psychiatre, psychanalyste ou un psychothérapeute et par un médecin.

Le travail est principalement centré sur la relation médecin - malade. Balint trouve que dans cette relation, la personnalité du médecin agit comme un médicament. Le médecin doit apprendre à *se prescrire* à la bonne dose, sinon la survenue d'effets secondaires est possible (aggravation de la maladie, maladie devenant chronique). L'objectif de Balint était par ailleurs de mieux former les médecins et professionnels de santé face aux problèmes psychologiques

rencontrés au cours de leur travail, après avoir constaté l'échec des cours magistraux dans ce domaine. [80]

Les médecins participant à des groupes Balint acquièrent de l'assurance, ainsi qu'une capacité d'écoute et de compréhension très bénéfique pour leur exercice professionnel. [5]

2-5 Autres organisations

D'autres organisations visant à prendre en charge les personnes souffrant de burn out existent à travers le monde. L'organisation *Renew !* en est un exemple. Elle a été créée en 1998 au Canada pour aider les professionnels à prévenir ou à gérer le burn out à l'aide de groupes de discussion et de conférences. L'organisation met également à disposition des livres sur le Burn out, ainsi qu'une adresse sur le web(www.acponline.org/careers/catalog_resources.htm.)

Dans ces organisations, ce qui importe, c'est que les personnes peuvent discuter de ce qu'elles ressentent. Ainsi, elles peuvent apprendre à faire face au Burn out et également trouver un certain soutien. Souvent les personnes atteintes de Burn out pensent être les seules à ressentir cet épuisement et il est facile pour elles de garder cette illusion, puisqu'elles ne partagent rarement leurs sentiments avec des collègues. [74]

3-Les mesures organisationnelles : [22][81]

En réduisant les facteurs de stress liés aux dysfonctionnements organisationnels, on permet aux personnes ayant directement en charge le malade de donner le meilleur d'eux-mêmes ; c'est pourquoi la connaissance du Burn out ne doit pas être réservée aux seuls soignants.

Outre les directions hospitalières, l'ensemble du corps administratif de l'hôpital qui doivent aussi connaître ce problème particulier, la part institutionnelle, politique et juridique occupe une place considérable dans la réduction de ce phénomène.

Des mesures d'ordre organisationnel paraissent ainsi primordiales, telles que :

- L'amélioration de la protection sociale des soignants
- La reconnaissance du syndrome d'épuisement professionnel comme maladie professionnelle.
- L'instauration d'une prise en charge médicale et psychologique dédiée aux professionnels de santé.
- L'instauration d'une médecine du travail pour les médecins.

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

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

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

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

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

4-Autres mesures préventives :

4-1 L'intérêt du repos de sécurité : [82][83][84]

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

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

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

Ces notions sont à la base du concept de « *sieste prophylactique* ». [83]

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

L'allègement global des horaires de travail diminuerait de 36% le taux d'erreurs médicales graves et de 57% le taux d'erreurs graves non interceptées.[84]

4-2 La formation des jeunes médecins : [5][11]

S'il s'agissait, il y a peu, de donner une base de données scientifiques, nécessaire à la pratique médicale, elle n'est plus suffisante pour appréhender la

complexité grandissante des situations médicales auxquelles seront confrontés les jeunes médecins en formation.

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

A ce niveau, la responsabilité de l'enseignant se trouve expressément engagée :

► Passer d'un enseignement classique à une formation individualisée, sous forme d'un accompagnement personnalisé, d'un tutorat permettrait de garantir à chaque médecin la possibilité d'une meilleure formation.

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

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

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



Conclusion



L'objectif principal de notre étude était de soulever l'existence et la prévalence du Burn out chez les soignants des services de traumatologie et orthopédie

Le Burn out est une réalité dans les services de traumatologie avec des niveaux élevés d'épuisement professionnel qui touchent 57,9% de la population étudiée, de dépersonnalisation dont le niveau est élevé chez plus de la moitié du groupe étudié. Des chiffres alarmants situés parmi les plus hauts degrés d'épuisement professionnel décrits dans la littérature et appelant à une profonde réflexion à ce sujet.

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

Les résultats de notre étude révèlent que les principaux facteurs associés au Burn out relèvent essentiellement de l'environnement du travail (la mauvaise organisation plus que la charge du travail en elle-même). Seuls le sexe et le non contrôle sur le travail sont des facteurs associés à la survenue d'un épuisement émotionnel élevé et d'un accomplissement personnel bas.

Mais il faut rester prudent dans l'interprétation des résultats puisqu'une étude transversale ne permet pas d'affirmer un lien de cause à effet entre ces facteurs et le Burn out. Il serait ainsi intéressant, lors d'une prochaine étude, de faire une étude longitudinale pour pouvoir suivre l'évolution de ce syndrome au cours du temps.

Enfin, nous avons souhaité dépasser le cadre du constat pour évoluer vers des propositions de mesures préventives concrètes, visant l'amélioration de la qualité des soins en prenant tout d'abord soin de la personne du soignant. Notons qu'il reste malheureusement beaucoup à faire dans le domaine de prévention du syndrome d'épuisement professionnel au Maroc.

Retenons que le Burn out est un processus dynamique susceptible d'aggravation mais aussi d'évolution positive pour la personne. Il peut ainsi devenir une expérience individuelle structurante qui consiste à faire réfléchir le médecin sur sa propre activité professionnelle et d'envisager un réaménagement entre vie professionnelle et vie personnelle.



Résumés



RESUME

Titre : “Le Burn out en traumatologie et orthopédie : Enquête auprès des praticiens”

Auteur : khaoula EZZINE

Mots clefs : Burn out, traumatologie et orthopédie, facteurs de risque, stress au travail.

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

Evaluer la prévalence et déterminer les facteurs de risque du Burn out chez le personnel médical et paramédical en traumatologie et orthopédie.

Enquête, transversale à visée analytique, réalisée auprès des praticiens de 3 services de traumatologie et orthopédie à Rabat (CHU Avicenne Rabat, Hôpital d'enfants Rabat, Hôpital militaire d'instruction Mohammed V).

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

Sur une population composée de 72 soignants (53 Médecins et 19 Infirmiers), 59,7% avaient un niveau élevé d'épuisement émotionnel, 66,7% un niveau élevé de dépersonnalisation et 51,4% un niveau bas d'accomplissement professionnel.

En analyse multivariée, seuls le sexe et le non contrôle sur le travail sont des facteurs associés de façon statistiquement significative à la survenue d'un épuisement émotionnel élevé et d'un accomplissement personnel bas.

L'épuisement professionnel atteint des niveaux très élevés au sein des services de traumatologie et orthopédie. Le développement d'une vie extraprofessionnelle symbolisée par la vie familiale et la pratique de loisirs ainsi que le contrôle sur le travail étaient des facteurs protecteurs du Burn out. D'où l'intérêt pour le soignant de pouvoir trouver un équilibre entre ses attentes professionnelles et personnelles.

Soulignons par ailleurs l'importance de la mise en place de stratégies préventives face à ses résultats alarmants.

ABSTRACT

Title: “Burnout in traumatology and orthopedic unit: survey of practitioners”

Author: khaoula EZZINE

Keywords: Burn out, traumatology and orthopedic unit, risk factors, stress at work.

The Burn out is a state of emotional exhaustion, de-humanization of the relationship to another and lack of professional achievement, in response to chronic stress.

Our objective is to assess the prevalence and identify risk factors for Burn out among the medical and paramedical staff of traumatology and orthopedic units.

Analytical cross-sectional survey was conducted among practitioners of 3 traumatology and orthopedics units in Rabat (Avicenne hospital Rabat, children hospital Rabat, the military hospital Mohammed V Rabat)

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

Among 72 practitioners (53 Doctors and 19 nurses), 59.7% had a high level of emotional exhaustion, 66.7% a high level of depersonalization and 51.4% a low level of professional achievements.

In multivariate analysis, only gender and not working according one’s own professional vision were significantly associated with the occurrence of high emotional exhaustion and low personal accomplishment

Professional exhaustion reaches very high levels within the medical fields of trauma and orthopedic services. Developing a healthy personal life, focused on family and leisure activities, as well as working in accordance to one’s own professional vision will provide protection against complete professional exhaustion. Hence the need for a caregiver to find a balance between his professional and personal expectations is essential.

Furthermore, preventive strategies should be implemented to address these alarming results.

ملخص

العنوان: "الاستنفاد المهني في مصلحة طب وجراحة المفاصل والعظام : بحث مع الممارسين"

من طرف: خولة الزين

الكلمات المفتاح : الاستنفاد المهني، ، جراحة المفاصل والعظام، عوامل الخطر، الإرهاق في العمل

الاستنفاد المهني أو متلازمة الإنهاك المهني حالة من الإجهاد العاطفي وفقدان الإنسانية في العلاقة مع الآخر وانخفاض الأداء المهني نتيجة التوتر المهني المزمن.

تقييم مدى انتشار الاستنفاد المهني وتحديد العوامل المسببة له لدى الأطباء والمرضى في مصلحة طب وجراحة المفاصل والعظام.

تحقيق عرضاني ذو منظور تحليلي أنجز مع ممارسين بثلاث مصالح لطب وجراحة المفاصل والعظام بالرباط (المركز الاستشفائي الجامعي ابن سينا، مستشفى طب الأطفال، المستشفى العسكري محمد الخامس).

وقد عبأ المستجوبون بكل حرية استبياننا ذاتيا يشمل متغيرات سوسيوديموغرافية ومهنية وشخصية، وصيغة مكيفة لجد (Maslach Burn out Inventory - MBI) وكذا تقييما لأسباب و عواقب الإجهاد في العمل.

ضمن مجموعة مكونة من 72 معالجا (53 طبيبا و 19 ممرضا)، بلغت النسبة المئوية بين من عانوا من درجة عالية من الإجهاد العاطفي 59.7 %، كما بلغت ذات النسبة بين من عانوا من درجة عالية من فقدان الإنسانية 66.7 %، في حين كانت نسبة من عانوا من مستوى منخفض من الأداء المهني 51.4 %.

ومن خلال تحليل متعدد الاختلافات، كان الجنس وعدم التحكم في العمل العاملين المشتركين بشكل إحصائي دال في حدوث الإجهاد العاطفي المرتفع والأداء المهني المنخفض.

يصل الاستنفاد المهني درجات عالية داخل مصالح طب وجراحة المفاصل والعظام، وتكون له عواقب وخيمة. إلا أن الوقاية منه تركز على بلورة نمط عيش يتجلى في الحياة الأسرية المتوازنة وممارسة الأنشطة الترويحية مع التحكم في العمل.

ولا بد من الإشارة كذلك إلى أهمية وضع استراتيجيات وقائية بالنظر للنتائج المثيرة للقلق التي كشف عنها البحث.



Annexes



**Annexe 1 : Maslach Burn out Inventory (MBI) reproduit
à partir du Journal du Médecin [129]**

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

Annexe 2: Notre questionnaire d'autoévaluation du Burn out

ETUDE SUR LE SYNDROME D'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL

Responsables : Pr Ismael .Mlle Ezzine

-QUESTIONNAIRE ANONYME-

*Avez –vous entendu parler du Burn out ou syndrome d'épuisement professionnel ? Oui non

* Avez – vous déjà ressenti les signes du Burn out ou de l'épuisement professionnel ? Oui non

Caractéristiques démographiques :

-Sexe masculin féminin

-Age ans

-Situation familiale Célibataire marié(e) divorcé(e) veuf/veuve

- Nombre d'enfants à charge :

Caractéristiques de l'activité professionnelle :

- Statut professionnel : Médecin enseignant Médecin spécialiste Médecin en formation Infirmier

-Nombre d'années d'exercice (depuis le début de la spécialité pour les médecins):

-Etablissement de soin d'exercice :

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

-En un an votre charge de travail est-elle restée stable , a-t-elle augmenté ou diminué ?

-Nombre de semaines de vacances par an en moyenne ?.....

-Est-ce que vous vous sentez reposé(e) après les vacances ? oui non

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

Caractéristiques de la vie privée :

-Est-ce que vous consacrez régulièrement du temps à des activités en dehors du travail ? oui non
si oui, combien de demi-journées (4heures) par semaine ?.....

-Est-ce que vous estimez que vous consacrez assez de temps à :

-Votre famille : oui non

-Vos amis : oui non

-Votre conjoint : oui non

-Vos enfants : oui non

-Est-ce que vous recevez des remarques négatives de la famille ou des amis sur votre disponibilité ?
oui non

-Est-ce que vous recevez du soutien en cas de besoin ? oui non

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

Retentissement de l'activité professionnelle :

-Face à ces situations stressantes :

*vous avez tendance à vous tourner vers :

Le tabac l'alcool la drogue les aliments les psychotropes autres :

* Sur le plan physique, ceci pourrait coïncider avec des

Douleurs inexplicables Troubles du sommeil

Manifestations neurovégétatives (palpitations, céphalées.)

Autres symptômes

-Avez-vous déjà eu des idées suicidaires ? oui non

-Avez-vous déjà pratiqué une psychothérapie ou une psychanalyse ? oui non

-Si oui, celle-ci a-t-elle modifié votre façon de travailler ? oui non

-Est-ce que vous avez déjà ressenti le besoin de vous reconvertir ? oui non

Si oui serait-ce toujours dans le domaine médical ? oui non

	Jamais	Quelques fois par an	Une fois par mois	Quelques fois par mois	Une fois par semaine	Quelques fois par semaine	Chaque jour
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 patients/clients/élèves ressentent							
5-Je sens que je m'occupe de certains patients/clients/élèves de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets							
6-Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort							
7-Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes patients/clients/élèves							
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 patients/clients/élèves							
16-Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop							
17-J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes patients/clients/élèves							
18-Je me sens ragaillardi(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes patients/clients/élèves							
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 patients/clients/élèves me rendent responsable de certains de leurs problèmes							

Orientation de la carrière :

- **Initialement, le travail était pour vous
- Un engagement plus qu'un emploi
- Synonyme de succès, de prestige et de sécurité financière
- Un simple instrument
- **Actuellement, vous le considérez comme étant
- Un engagement plus qu'un emploi
- Synonyme de succès, de prestige et de sécurité financière
- Un simple instrument

A votre avis, quelles sont les causes du stress au travail ? (plusieurs choix possibles)

- La surcharge de travail
- L'absence de récupération post garde
- La mauvaise organisation du service
- L'effectif réduit du personnel
- Le manque de moyens (outils diagnostics & thérapeutiques)
- Le manque de temps à consacrer aux patients
- Certains cas complexes difficiles à prendre en charge
- Les exigences des patients et de leur famille
- Le manque de respect de la part des patients
- Le manque de reconnaissance de la part de la société
- La peur de l'erreur médicale et de la poursuite judiciaire
- Les conflits avec les collègues
- Le manque de communication au sein du corps médical
- Le rapport salaire/effort insatisfaisant
- Autres

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

Commentaires et suggestions :

- *Après avoir répondu à ce questionnaire, pensez-vous être «professionnellement épuisé(e) » ?
- Certainement pas
- Oui, je crois que je le suis vraiment
- Peut être

***Quelles solutions proposeriez-vous ?**

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

***Vos commentaires**

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

-Merci pour votre collaboration-



Références



- [1] **Martin Winckler** La maladie de Sachs, POL,1998
- [2] **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*”
- [3] **Canoui P.,Mauranges A.** Le Burn out à l’hôpital : le syndrome d’épuisement professionnel des soignants, *4^{ème} édition, Masson 2008*
- [4] **Pines A.** Couple burn-out : causes and cures. New York : Edition Routledge ;1996
- [5] **DELBROUCK M.** Le burn-out du soignant. Le syndrome d’épuisement professionnel. 1^e éd. Bruxelles : De boeck, 2003, 280 p.
- [6] **Samuel Auguste André David Tissot** Avis au peuple sur sa santé
- [7] **VEIL C.** « Primum non nocere ».Les états d’épuisement. Le concours médical, 1959, 6,6, p. 2675-2681
- [8] **FREUDENBERGER HJ.** Staff Burn-Out. Journal of social issues, 1974, 30, 1, p. 159-165
- [9] **FREUDENBERGER HJ.** L’épuisement professionnel : la brûlure interne. Québec, Gaëtan Morin Editeur, 1987, 190 p.

- [10] **TRUCHOT D.** Epuisement professionnel et burn out. Concepts, modèles, interventions.
Paris : Dunod, 2004, 265 p.
- [11] **MASLACH C., SCHAUFELI WB., LEITER MP.** Job Burnout. Annual Review of Psychology, 2001, 52, 1, p. 397-422
- [12] **BIBEAU G.** Le burn-out : 10ans après. Santé médicale au Québec, 1985, 10, 2, p. 30-43
- [13] **Pines A.M. and Aronson E.,** Career Burn out: causes and cures, *Free Press, New York, 1988*
- [14] **CANOÛ P., MAURANGES A.** Le burn out. Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants. De l'analyse aux réponses. 3e éd. Paris : Masson, 2004, 228 p.
- [15] **MASLACH C.** Burned-out. The canadian journal of psychiatric nursing, 1979 nov-dec, 20, 6, p. 5-9.
- [16] **Galam E.,** Université Paris 7, *Association d'Aide Professionnelle aux Médecins Libéraux (AAPML)*
- [17] **IACOVIDES A, FOUNTOULAKIS KN, KAPRINIS ST, KAPRINIS G.** the relationship between job stress, burnout and clinical depression. Journal of Affective Disorders. 2003 ;75 :209-221

- [18] **KIRSI A, HONKONEN T, ISOMETSA E, KALIMO R, NYKYRI E, AROMAA A , LONNQVIST J.** the relationship between job-related burnout and depressive disorders _ results from the Finnish Health 2000 Study. *Journal of Affective Disorders.* 2005 ;88 :55-62
- [19] **AHOLA K, HONKEN T, ISOMETSA E .** The relationship between job-related burnout and depressive disorders-results from the Finnish Health 2000 Study. *Journal of Affective Disorders .*2005 ;88 (1) :55-62
- [20] **FIRTH H, MC INTEE J , MC KEOWN P, BRITTON P.** Burnout and professional depression: related concepts ?J *Adv Nurs.* 1986 ;11(6) :633-41
- [21] **GOETZ .** Charcot's internationalization of neurasthenia, the « American Disease ». *American Academy of Neurology.*2001 ;57 (3) :510-514
- [22] **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>
- [23] **Bimes-Arbus S.,Lazorthes Y.,Rougé D.,**
Sciences humaines et sociales, *PCEMI, MASSON*
- [24] **Selye H.,**
The physiology and pathology of the exposure to stress. *Montreal: Inc. Medical Publishers", 1950.*

- [25] **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*
- [26] **Corten P.,**
« Mettre les mots sur mes maux », *Le Burn out, Santé conjugée –avril
2005-n°32*
- [27] **Lazarus RS, Folkman S.,**
Stress, Appraisal and Coping, *New York: Springer Publishing
Compagny; 1984*
- [28] **Hoffman A.,**
Questions réponses sur le Burn out, *Cahier Burn out, Santé conjugée –
avril 2005-n° 32, p84-93*
- [29] **BAKKER AB., DEMEROUTI E., EUWEMA MC.** Job Resources
Buffer the Impact of
Job Demands on Burnout. *Journal of Occupational Health Psychology,*
2005, 10, 2, p. 170-
180

- [30] **GREENGLASS E.R., BURKE R.J.** A longitudinal examination of the Cherniss model of psychological burnout. *Social science & medicine*, 1995, 40, 10, p. 1357-1363
- [31] **Lazarus, R. S. (1966).** Psychological stress and the coping process. New York : McGraw-Hill.
- [32] **Lazarus, R.S. (1999).** *Stress and emotion : A new synthesis*, New York, Springer Publishing Co.
- [33] **HOBFOLL SE.** Conservation of Resources: A New Attempt at Conceptualizing Stress. *American Psychologist*, 1989, 44, 3, p. 513-524.
- [34] **SENAND R., LE MAUFF P., GORONFLOT L.** Comment la diminution de l'offre de soins peut-elle modifier l'exercice de la médecine générale ? *La revue du praticien-médecine générale*, 2004, 18, 660/661, p. 929-932
- [35] **McKNIGHT JD., GLASS DC.** Perceptions of Control, Burnout, and Depressive Symptomatology: A Replication and Extension. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1995, 63, 3, p. 490-494
- [36] **GALAM E.** Dédramatiser et travailler nos erreurs. *La revue du praticien-médecine générale*, 2005, 19, 686/687, p. 377-380

- [37] **BROTHERIDGE CM., LEE RT.** Testing a Conservation of Resources Model of the Dynamics of Emotional Labor. *Journal of Occupational Health Psychology*, 2002, 7, 1, p. 57-67
- [38] **PERSAUD R.** The drama of being a doctor. *Postgrad med*, 2005, 81, p. 276-277
- [39] **SEMAL R.** Perspectives sociologiques et professionnelles. Etude auprès des étudiants de 3e cycle de médecine générale à l'université de Lille 2. *La revue du praticien-médecine générale*, 2005, 19, 688/689, p. 462-464
- [40] **BRANSON R., ARMSTRONG D.** General practitioners' perceptions of sharing workload in group practices: qualitative study. *BMJ*, 2004, 329, 7462, p. 381-388
- [41] **DEELSTRA JT., PEETERS M., SCHAUFELI WB.** Receiving Instrumental Support at Work: When Help Is Not Welcome. *Journal of Applied Psychology*, 2003, 88, 2, p. 324-331
- [42] **WILD B., ERB M., BARTELS M.** Are emotions contagious? Evoked emotions while viewing emotionally expressive faces: quality, quantity, time course and gender differences. *Psychiatry Research*, 2001, 102, 2, p. 109-124

- [43] **BAKKER AB., LE BLANC PM., SCHAUFELI WB.** Burnout contagion among intensive care nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 2005, 51, 3, p. 276-287
- [44] **HOUKES I., JANSSEN P. DE JONGE J.** Personality, Work Characteristics, and Employee Well-Being: A Longitudinal Analysis of Additive and Moderation Effects. *Journal of Occupational Health Psychology*, 2003, 8, 1, p. 20-38
- [45] **BANDURA A., WOOD R.** Effect of Perceived Controllability and Performance Standards on Self-Regulation of Complex Decision Making. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1989, 56, 5, p. 805-814
- [46] **LEBLANC AJ., DRISCOLL AK., PEARLIN LI.** Religiosity and the expansion of caregiver stress. *Aging & Mental Health*, 2004, 8, 5, p. 410-421
- [47] **McMANUS IC., KEELING A., PAICE E.** Stress, burnout and doctor's attitudes to work are determined by personality and learning style: A twelve year longitudinal study of UK medical graduates. *BMC Medicine*, 2004, 2, 29, p. 1741-1770
- [48] **Maslach C., Jackson S.E, Leiter MP.,**
The Maslach Burnout Inventory, Consulting Psychologists Press Inc, Palo. Alto, 1996, 3ème édition

- [49] **Catbébras P., Begon A., Laporte S., Bois C., Truchot D.,**
Épuisement professionnel chez les médecins généralistes, La presse
médicale 2004, tome 33, n°22, 1569-74
- [50] **Dion G., Tessier R.,**
Validation de la traduction de l'inventaire d'épuisement professionnel de
Maslach et Jackson. *Can J Behav Sci* 1994 ; 26 :210-27
- [51] « Classification Internationale des troubles mentaux », *Manuel
Diagnostique et statistique des troubles mentaux, Paris, Masson 1996*
- [52] **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
- [53] **Daloz L., Benony H.,**
Le sujet en état d'épuisement professionnel. Approche clinique sur une
population des soignants.
Archives des maladies professionnelles et de l'environnement 2007 ; 68 :
126-35
- [54] **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

- [55] **Chasseigne G.,**
Cognition, santé et vie quotidienne, vol 2, stress : conceptions, mesures, implications professionnelles
Sciences Humaines et Sociales, Psychologie, Edition Publibook
- [56] **Lee RT., Ashforth BE.,**
A meta-analytic examination of the correlates of the three dimensions of job burnout. *J Appl Psychol* 1996; 81(2):123-33
- [57] **Leiter M.P., Maslach C.,**
Areas of worklife: A structured approach to organizational predictions of job burnout. In: *Research in occupational stress and well being: vol 3. Emotional and physiological processus and positive intervention strategies. Oxford UK: J AI Press/ Elsevier; 2004.p 91-134*
- [58] **Maslach C., Leiter M.P.,**
The truth about Burn out: How organizations cause personal stress and what to do about it. *San Fransisco ; Jossey-Bass ; 1997*
- [59] **Mangen M.H.,**
Etude du Burn out chez les médecins généralistes luxembourgeois. *Th : Med : Paris 2007, N°2007 PAOG019, 95p*
- [60] **Schaufeli WB, Enzmann D.,**
The Burnout companion to study and practice: a critical analysis.
London : Taylor and Francis; 1998

- [61] **Shanafelt TD, Bradley KA, Wipf JE, Back AL.,**
Burn out and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Ann Intern Med* 2002; 136: 358-67
- [62] **Schaufeli WB., Van Dierendouck D.,**
A cautionary note about the cross-national and clinical validity of cut-off points for the Maslach Burnout Inventory , *Psychol Rep* 1995 Jun, 76(3pt2) : 1083- 90
- [63] **Guartite A.,Kamoun H.,Maaroufi A., Louardi H.,Tahiti S.,**
Le syndrome d'épuisement professionnel en Anesthésie Réanimation et en Médecine d'Urgences, *Journal Européen des Urgences*, vol 17 –N°HS 1 –mars 2004, P.5-149
- [64] **Truchot D.,**
Le Burn out des médecins libéraux de Champagnes-Ardenne, *Rapport de recherche pour l'URML Champagne-Ardenne ; 2002*
Disponible sur :http://urml-ca.org/rapport_burn_t_medecine_ca.pdf
- [65] **Galam E.,**
Burn out des médecins libéraux : une pathologie de la relation d'aide (1^{ère} partie)
Médecine : de la médecine factuelle à nos pratiques, Nov2007, vol 3 fascicule 9 P419-421

- [66] **Philippon C.,**
Syndrome d'épuisement professionnel (Burn out) : étude descriptive et recherche de facteurs associés chez 189 médecins généralistes Rhône – Alpains
Th: Med: Lyon2004, N°147,116p
- [67] **Jarry C.,**
Etude du Burn out chez les médecins généralistes d'Inde et Loire. *Th : Med : Tours 2005, N°12 ,52p*
- [68] **El ouali S.,**
Etude du Burn out ou Syndrome d'épuisement professionnel chez les médecins généralistes libéraux de Cher. *Th : Med : Tours 2006, N° 3017,86p*
- [69] **Grandjean C.,Villadieu R.,**
Souffrance cachée des soignants : quelles réponses ?
Médecine Palliative,Septembre 2005 ;N°4 :190-198
- [70] **Tucker,Miriam E.,**
Physician Burn out takes toll on quality of care, *Family Practice News* 38 .9 (May1, 2008):p4 (1)
- [71] Sources de stress au travail chez les soignants
Annales Médico-Psychologiques, Vol CLVIII, n°9, Novembre 2009
Disponible sur :
http://www.scienceshumaines.com/-0aburn-out-chez-les-soignants_fr_1256.html

- [72] **Willcock SM., Daly MG., Tennant CC, Allard BJ.,**
Burn out and psychiatric morbidity in new medical graduates. *Med J Aust; 2004 oct 4; 181(7): 357-60*
- [73] **Sobreques J., Cebria J., Segura J., Rodriguez C., Garcia M., Juncosa S.,**
Job satisfaction and Burn out inn general practitioners). *Aten Primaria. 2003 Mars 15;31(4) :227-33*
- [74] MASLACH C. Burned-out. The canadian journal of psychiatric nursing, 1979 nov-dec, 20, 6, p. 5-9.
- [75] **Hazif-Thomas C., Roulleaux J., Thomas P.,**
Quelles strategies thérapeutiques adopter face au Burn out des soignants?, *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie, Volume 9, Issues 53-54, 2008, p 251-255*
- [76] **DUPUIS C.** Une assistance téléphonique pour les médecins libéraux en souffrance. *Le quotidien du médecin, 2005, p. 3-5*
- [77] **Larouch Léon M.,**
Manifestations cliniques du Burn out chez les médecins, *Santé mentale au Québec, 1985, X, 2, 145-150*

- [78] **Brzychey C.,**
Comment faire émerger l'âme d'une équipe?, *Médecine Palliative : Soins de Support - Accompagnement - Éthique, Volume 3, Issue 1, February 2004, Pages 19-21*
- [79] **ARNOULD P., ARNOULD M., GAVID B.** Les Groupes de Pairs. Un outil d'évaluation collective des pratiques professionnelles. *La revue du praticien-médecine générale*, 2005, 19, 704/705, p. 1019-1020
- [80] **BALINT M.** *Der Arzt, sein Patient und die Krankheit.* 10. Auflage: Klett-Cotta, 2001, 503 p.
- [81] **Galam E.,**
Burn out des médecins libéraux : Un problème individuel, professionnel et collectif (4^{ème} partie) *Médecine, Volume 4, Numéro 2, 83-5, Février 2008*
- [82] **Mion G., Ricouard S.,**
Repos de sécurité : quels enjeux ? , *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation, volume 26 (2007) 638-648*
- [83] **Lockley SW., Cronin JW., Evans EE., Cade BE., Lée CJ., Landrigan CP. Et al.,**
For the Harvard Work Hours, Health and Safety Group. Effect of reducing interns' weekly work hours on sleep and attentional failures. *N Engl J Med* 2004; 351: 1829-37

- [84] **Landrigan CP.,Rothschild JM.,Cronin JW., Kaushal R., Burdick E.,Katz JT. Et al.,**
Effect of Reducing Intern's Work Hours on Serious Medical Errors in Intensive Care Units. *N Engl J Med* 2004; 351: 1838-48
- [85] **Prevalence of burnout syndrome in orthopedic surgeons in Spain**
M.A. Sánchez-Madrid, A.D. Delgado-Martínez and D. Alcalde-Pérez
Department of Orthopedic and Trauma Surgery, Jaén Hospital,
Department of Health Science, Universidad de Jaén, Jaén, Spain.
- [85] **Recognizing and Preventing Burnout among Orthopaedic Leaders**
Khaled J. Saleh, MD, MSc, FRCSC, FACS, James Campbell Quick,
Wesley E. Sime,Wendy M. Novicoff, PhD, and Thomas A. Einhorn, MD
The Association of Bone and Joint Surgeons 2008

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 بواجب 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 بطرق يضر بحقوق الإنسان مهما لاقيت من تهديد.
- < بكل هذا أتعهد عن كامل اختيار ومقسما بشري في.

والله على ما أقول شهيد .

الاستفاد المهني في وحدة جراحة العظام و المفاصل:

بحث مع الممارسين

أطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم :

من طرفه

الآنسة : خولة الزين

المزودة في: 31 يناير 1984 بالرباط

طبيبة داخلية بالمركز الاستشفائي الجامعي ابن سينا بالرباط

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية: الاستفاد المهني - جراحة العظام و المفاصل - عوامل الخطر - التوتر في العمل.

تحت إشراف اللجنة المكونة من الأساتذة

رئيس

السيد: أحمد البردوني

أستاذ في جراحة العظام و المفاصل

مشرف

السيد: فريد إسماعيل

أستاذ في جراحة العظام و المفاصل

أعضاء

السيد: مصطفى محفوظ

أستاذ في جراحة العظام و المفاصل

السيد: محمد خرماز

أستاذ في جراحة العظام و المفاصل