

« LE BURN OUT EN MILIEU DE REANIMATION :
ENQUÊTE AUPRES DES PRATICIENS »

THESE

Présentée et soutenue publiquement le :... ..

PAR

Mlle Salma AZZAOU

Née le 03 Juillet 1984 à Fès

Pour l'Obtention du Doctorat en Médecine

MOTS CLES: Burn out – Réanimation – Facteurs de risque – Stress au travail.

JURY

Mr. C. HAIMEUR

Professeur d'Anesthésie-Réanimation

PRESIDENT

Mr. H. BALKHI

Professeur d'Anesthésie-Réanimation

RAPPORTEUR

Mr. M. Z. BICHRA

Professeur Agrégé de Psychiatrie

Mr. A. BAITE

Professeur Agrégé d'Anesthésie-Réanimation

Mr. H. AZENDOUR

Professeur Agrégé d'Anesthésie-Réanimation

JUGES



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

DOYENS HONORAIRES :

1962 – 1969	: Docteur Ahdelmalek FARAJ
1969 – 1974	: Professeur Abdellatif BERBICH
1974 – 1981	: Professeur Bachir LAZRAK
1981 – 1989	: Professeur Taieb CHKILI
1989 – 1997	: Professeur Mohamed Tahar ALAOUI
1997 – 2003	: Professeur Abdelmajid BELMAHI

ADMINISTRATION :

Doyen :	Professeur Najia HAJJAJ
Vice Doyen chargé des Affaires Académiques et Etudiantines	Professeur Mohammed JIDDANE
Vice Doyen chargé de la Recherche et de la Coopération	Professeur Naima LAHBABI-AMRANI
Vice Doyen chargé des Affaires Spécifiques à la Pharmacie	Professeur Yahia CHERRAH
Secrétaire Général :	Monsieur Mohammed BENABDELLAH

PROFESSEURS :

Décembre 1967

1. Pr. TOUNSI Abdelkader Pathologie Chirurgicale

Février, Septembre, Décembre 1973

2. Pr. ARCHANE My Idriss* Pathologie Médicale
3. Pr. BENOMAR Mohammed Cardiologie
4. Pr. CHAOUI Abdellatif Gynécologie Obstétrique
5. Pr. CHKILI Taieb Neuropsychiatrie

Janvier et Décembre 1976

6. Pr. HASSAR Mohamed Pharmacologie Clinique

Février 1977

7. Pr. AGOUMI Abdelaziz Parasitologie
8. Pr. BENKIRANE ép. AGOUMI Najia Hématologie
9. Pr. EL BIED ép. IMANI Farida Radiologie

Février Mars et Novembre 1978

10. Pr. ARHARBI Mohamed Cardiologie
11. Pr. SLAOUI Ahdelmalek Anesthésie Réanimation

Mars 1979

12. Pr. LAMDOUAR ép. BOUAZZAOUI Naima Pédiatrie

Mars, Avril et Septembre 1980

13. Pr. EL KHAMLIHI Abdeslam Neurochirurgie
14. Pr. MESBAHI Redouane Cardiologie

Mai et Octobre 1981

- 15. Pr. BENOMAR Said*
- 16. Pr. BOUZOUBAA Abdelmajid
- 17. Pr. EL MANOUAR Mohamed
- 18. Pr. HAMMANI Ahmed*
- 19. Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajih
- 20. Pr. SBIHI Ahmed
- 21. Pr. TAOBANE Hamid*

Anatomie Pathologique
Cardiologie
Traumatologie-Orthopédie
Cardiologie
Chirurgie Cardio-Vasculaire
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Thoracique

Mai et Novembre 1982

- 22. Pr. ABROUQ Ali*
- 23. Pr. BENOMAR M'hammed
- 24. Pr. BENSOUDA Mohamed
- 25. Pr. BENOSMAN Abdellatif
- 26. Pr. CHBICHEB Abdelkrim
- 27. Pr. JIDAL Bouchaib*
- 28. Pr. LAHBABI ép. AMRANI Naïma

Oto-Rhino-Laryngologie
Chirurgie-Cardio-Vasculaire
Anatomie
Chirurgie Thoracique
Biophysique
Chirurgie Maxillo-faciale
Physiologie

Novembre 1983

- 29. Pr. ALAOUI TAHIRI Kébir*
- 30. Pr. BALAFREJ Amina
- 31. Pr. BELLAKHDAR Fouad
- 32. Pr. HAJJAJ ép. HASSOUNI Najia
- 33. Pr. SRAIRI Jamal-Eddine

Pneumo-phtisiologie
Pédiatrie
Neurochirurgie
Rhumatologie
Cardiologie

Décembre 1984

- 34. Pr. BOUCETTA Mohamed*
- 35. Pr. EL OUEDDARI Brahim El Khalil
- 36. Pr. MAAOUNI Abdelaziz
- 37. Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajdi
- 38. Pr. NAJI M'Barek *
- 39. Pr. SETTAF Abdellatif

Neurochirurgie
Radiothérapie
Médecine Interne
Anesthésie -Réanimation
Immuno-Hématologie
Chirurgie

Novembre et Décembre 1985

- 40. Pr. BENJELLOUN Halima
- 41. Pr. BENSALIM Younes
- 42. Pr. EL ALAOUI Faris Moulay El Mostafa
- 43. Pr. IHRAI Hssain *
- 44. Pr. IRAQI Ghali
- 45. Pr. KZADRI Mohamed

Cardiologie
Pathologie Chirurgicale
Neurologie
Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale
Pneumo-phtisiologie
Oto-Rhino-laryngologie

Janvier, Février et Décembre 1987

- 46. Pr. AJANA Ali
- 47. Pr. AMMAR Fanid
- 48. Pr. CHAHED OUAZZANI ép. TAOBANE Houria
- 49. Pr. EL FASSY Fihri Mohamed Taoufiq
- 50. Pr. EL HAITEM Naïma
- 51. Pr. EL MANSOURI Abdellah*
- 52. Pr. EL YAACOUBI Moradh
- 53. Pr. ESSAID EL FEYDI Abdellah
- 54. Pr. LACHKAR Hassan

Radiologie
Pathologie Chirurgicale
Gastro-Entérologie
Pneumo-phtisiologie
Cardiologie
Chimie-Toxicologie Expertise
Traumatologie Orthopédie
Gastro-Entérologie
Médecine Interne

55. Pr. OHAYON Victor*
56. Pr. YAHYAOUI Mohamed

Médecine Interne
Neurologie

Décembre 1988

57. Pr. BENMAMOUCHE Mohamed Najib
58. Pr. DAFIRI Rachida
59. Pr. FAIK Mohamed
60. Pr. FIKRI BEN BRAHIM Noureddine
61. Pr. HERMAS Mohamed
62. Pr. TOULOUNE Farida*

Chirurgie Pédiatrique
Radiologie
Urologie
Médecine Préventive, Santé Publique et Hygiène
Traumatologie Orthopédie
Médecine Interne

Décembre 1989 Janvier et Novembre 1990

63. Pr. ABIR ép. KHALIL Saadia
64. Pr. ACHOUR Ahmed*
65. Pr. ADNAOUI Mohamed
66. Pr. AOUNI Mohamed
67. Pr. AZENDOUR BENCEUR*
68. Pr. BENAMEUR Mohamed*
69. Pr. BOUKILI MAKHOUKHI Abdelali
70. Pr. CHAD Bouziane
71. Pr. CHKOFF Rachid
72. Pr. FARCHADO Fouzia ép. BENABDELLAH
73. Pr. HACHIM Mohammed*
74. Pr. HACHIMI Mohamed
75. Pr. KHARBACH Aïcha
76. Pr. MANSOURI Fatima
77. Pr. OUZZANI Taïbi Mohamed Réda
78. Pr. SEDRATI Omar*
79. Pr. TAZI Saoud Anas
80. Pr. TERHZZAZ Abdellah*

Cardiologie
Chirurgicale
Médecine Interne
Médecine Interne
Oto-Rhino-Laryngologie
Radiologie
Cardiologie
Pathologie Chirurgicale
Pathologie Chirurgicale
Pédiatrique
Médecine-Interne
Urologie
Gynécologie -Obstétrique
Anatomie-Pathologique
Neurologie
Dermatologie
Anesthésie Réanimation
Ophtalmologie

Février Avril Juillet et Décembre 1991

81. Pr. AL HAMANY Zaïtounia
82. Pr. ATMANI Mohamed*
83. Pr. AZZOUZI Abderrahim
84. Pr. BAYAHIA ép. HASSAM Rabéa
85. Pr. BELKOUCHI Abdelkader
86. Pr. BENABDELLAH Chahrazad
87. Pr. BENCHEKROUN BELABBES Abdelatif
88. Pr. BENSOUDA Yahia
89. Pr. BERRAHO Amina
90. Pr. BEZZAD Rachid
91. Pr. CHABRAOUI Layachi
92. Pr. CHANA El Houssaine*
93. Pr. CHERRAH Yahia
94. Pr. CHOKAIRI Omar
95. Pr. FAJRI Ahmed*
96. Pr. JANATI Idrissi Mohamed*
97. Pr. KHATTAB Mohamed
98. Pr. NEJMI Maati
99. Pr. OUAALINE Mohammed*

Anatomie-Pathologique
Anesthésie Réanimation
Anesthésie Réanimation
Néphrologie
Chirurgie Générale
Hématologie
Chirurgie Générale
Pharmacie galénique
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique
Biochimie et Chimie
Ophtalmologie
Pharmacologie
Histologie Embryologie
Psychiatrie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Anesthésie-Réanimation
Médecine Préventive, Santé Publique et Hygiène

100. Pr. SOULAYMANI ép.BENCHEIKH Rachida
101. Pr. TAOUFIK Jamal

Pharmacologie
Chimie thérapeutique

Décembre 1992

102. Pr. AHALLAT Mohamed
103. Pr. BENOUDA Amina
104. Pr. BENSOUA Adil
105. Pr. BOUJIDA Mohamed Najib
106. Pr. CHAHED OUAZZANI Laaziza
107. Pr. CHAKIR Nouredine
108. Pr. CHRAIBI Chafiq
109. Pr. DAOUDI Rajae
110. Pr. DEHAYNI Mohamed*
111. Pr. EL HADDOURY Mohamed
112. Pr. EL OUAHABI Abdessamad
113. Pr. FELLAT Rokaya
114. Pr. GHAFIR Driss*
115. Pr. JIDDANE Mohamed
116. Pr. OUAZZANI TAIBI Med Charaf Eddine
117. Pr. TAGHY Ahmed
118. Pr. ZOUHDI Mimoun

Chirurgie Générale
Microbiologie
Anesthésie Réanimation
Radiologie
Gastro-Entérologie
Radiologie
Gynécologie Obstétrique
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique
Anesthésie Réanimation
Neurochirurgie
Cardiologie
Médecine Interne
Anatomie
Gynécologie Obstétrique
Chirurgie Générale
Microbiologie

Mars 1994

119. Pr. AGNAOU Lahcen
120. Pr. AL BAROUDI Saad
121. Pr. ARJI Moha*
122. Pr. BENCHERIFA Fatiha
123. Pr. BENJAAFAR Nouredine
124. Pr. BENJELLOUN Samir
125. Pr. BENRAIS Nozha
126. Pr. BOUNASSE Mohammed*
127. Pr. CAOUI Malika
128. Pr. CHRAIBI Abdelmjid
129. Pr. EL AMRANI ép. AHALLAT Sabah
130. Pr. EL AOUDAD Rajae
131. Pr. EL BARDOUNI Ahmed
132. Pr. EL HASSANI My Rachid
133. Pr. EL IDRISSE LAMGHARI Abdennaceur
134. Pr. EL KIRAT Abdelmajid*
135. Pr. ERROUGANI Abdelkader
136. Pr. ESSAKALI Malika
137. Pr. ETTAYEBI Fouad
138. Pr. HADRI Larbi*
139. Pr. HDA Ali*
140. Pr. HASSAM Badredine
141. Pr. IFRINE Lahssan
142. Pr. JELTHI Ahmed
143. Pr. MAHFOUD Mustapha
144. Pr. MOUDENE Ahmed*
145. Pr. MOSSEDDAQ Rachid*
146. Pr. OULBACHA Said
147. Pr. RHRAB Brahim

Ophtalmologie
Chirurgie Générale
Anesthésie Réanimation
Ophtalmologie
Radiothérapie
Chirurgie Générale
Biophysique
Pédiatrie
Biophysique
Endocrinologie et Maladies Métabolique
Gynécologie Obstétrique
Immunologie
Traumato Orthopédie
Radiologie
Médecine Interne
Chirurgie Cardio- Vasculaire
Chirurgie Générale
Immunologie
Chirurgie Pédiatrique
Médecine Interne
Médecine Interne
Dermatologie
Chirurgie Générale
Anatomie Pathologique
Traumatologie Orthopédie
Traumatologie Orthopédie
Neurologie
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique

148. Pr. SENOUCI ép. BELKHADIR Karima
149. Pr. SLAOUI Anas

Dermatologie
Chirurgie Cardio-vasculaire

Mars 1994

150. Pr. ABBAR Mohamed*
151. Pr. ABDELHAK M'barek
152. Pr. BELAIDI Halima
153. Pr. BARHMI Rida Slimane
154. Pr. BENTAHILA Abdelali
155. Pr. BENYAHIA Mohammed Ali
156. Pr. BERRADA Mohamed Saleh
157. Pr. CHAMI Ilham
158. Pr. CHERKAOUI Lalla Ouafae
159. Pr. EL ABBADI Najia
160. Pr. HANINE Ahmed*
161. Pr. JALIL Abdelouahed
162. Pr. LAKHDAR Amina
163. Pr. MOUANE Nezha

Urologie
Chirurgie - Pédiatrique
Neurologie
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie
Gynécologie -Obstétrique
Traumatologie -Orthopédie
Radiologie
Ophtalmologie
Neurochirurgie
Radiologie
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie

Mars 1995

164. Pr. ABOUQUAL Redouane
165. Pr. AMRAOUI Mohamed
166. Pr. BAIDADA Abdelaziz
167. Pr. BARGACH Samir
168. Pr. BELLAHNECH Zakaria
169. Pr. BEDDOUCHE Amocrane*
170. Pr. BENZAOUZ Mustapha
171. Pr. CHAARI Jilali*
172. Pr. DIMOU M'barek*
173. Pr. DRISSI KAMILI Mohammed Nordine*
174. Pr. EL MESNAOUI Abbes
175. Pr. ESSAKALI HOUSSYNI Leila
176. Pr. FERHATI Driss
177. Pr. HASSOUNI Fadil
178. Pr. HDA Abdelhamid*
179. Pr. IBEN ATTYA ANDALOUSSI Ahmed
180. Pr. IBRAHIMY Wafaa
182. Pr. BENOMAR ALI
183. Pr. BOUGTAB Abdesslam
184. Pr. ER RIHANI Hassan
185. Pr. EZZAITOUNI Fatima
186. Pr. KABBAJ Najat
187. Pr. LAZRAK Khalid (M)
188. Pr. OUTIFA Mohamed*

Réanimation Médicale
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Gynécologie Obstétrique
Urologie
Urologie
Gastro-Entérologie
Médecine Interne
Anesthésie Réanimation
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Générale
Oto-Rhino-Laryngologie
Gynécologie Obstétrique
Médecine Préventive, Santé Publique et Hygiène
Cardiologie
Urologie
Ophtalmologie
Neurologie
Chirurgie Générale
Oncologie Médicale
Néphrologie
Radiologie
Traumatologie Orthopédie
Gynécologie Obstétrique

Novembre 1998

189. Pr. BENKIRANE Majid*
190. Pr. KHATOURI Ali*
191. Pr. LABRAIMI Ahmed*

Hématologie
Cardiologie
Anatomie Pathologique

Janvier 2000

192. Pr. ABID Ahmed*

Pneumo-phtisiologie

193. Pr. AIT OUMAR Hassan
 194. Pr. BENCHERIF My Zahid
 195. Pr. BENJELLOUN DAKHAMA Badr.Sououd
 196. Pr. BOURKADI Jamal-Eddine
 197. Pr. CHAOUI Zineb
 198. Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Al Montacer
 199. Pr. ECHARRAB El Mahjoub
 200. Pr. EL FTOUH Mustapha
 201. Pr. EL MOSTARCHID Brahim*
 202. Pr. EL OTMANYAzzedine
 203. Pr. GHANNAM Rachid
 204. Pr. HAMMANI Lahcen
 205. Pr. ISMAILI Mohamed Hatim
 206. Pr. ISMAILI Hassane*
 207. Pr. KRAMI Hayat Ennoufouss
 208. Pr. MAHMOUDI Abdelkrim*
 209. Pr. TACHINANTE Rajae
 210. Pr. TAZI MEZALEK Zoubida

Pédiatrie
 Ophtalmologie
 Pédiatrie
 Pneumo-phtisiologie
 Ophtalmologie
 Chirurgie Générale
 Chirurgie Générale
 Pneumo-phtisiologie
 Neurochirurgie
 Chirurgie Générale
 Cardiologie
 Radiologie
 Anesthésie-Réanimation
 Traumatologie Orthopédie
 Gastro-Entérologie
 Anesthésie-Réanimation
 Anesthésie-Réanimation
 Médecine Interne

Novembre 2000

211. Pr. AIDI Saadia
 212. Pr. AIT OURHROUIL Mohamed
 213. Pr. AJANA Fatima Zohra
 214. Pr. BENAMR Said
 215. Pr. BENCHEKROUN Nabiha
 216. Pr. BOUSSELMANE Nabile*
 217. Pr. BOUTALEB Najib*
 218. Pr. CHERTI Mohammed
 219. Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Selma
 220. Pr. EL HASSANI Amine
 221. Pr. EL IDGHIRI Hassan
 222. Pr. EL KHADER Khalid
 223. Pr. EL MAGHRAOUI Abdellah*
 224. Pr. GHARBI Mohamed El Hassan
 225. Pr. HSSAIDA Rachid*
 226. Pr. MANSOURI Aziz
 227. Pr. OUZZANI CHAHDI Bahia
 228. Pr. RZIN Abdelkader*
 229. Pr. SEFIANI Abdelaziz
 230. Pr. ZEGGWAGH Amine Ali

Neurologie
 Dermatologie
 Gastro-Entérologie
 Chirurgie Générale
 Ophtalmologie
 Traumatologie Orthopédie
 Neurologie
 Cardiologie
 Anesthésie-Réanimation
 Pédiatrie
 Oto-Rhino-Laryngologie
 Urologie
 Rhumatologie
 Endocrinologie et Maladies Métaboliques
 Anesthésie-Réanimation
 Radiothérapie
 Ophtalmologie
 Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
 Génétique
 Réanimation Médicale

Décembre 1996

231. Pr. AMIL Touriya*
 232. Pr. BELKACEM Rachid
 233. Pr. BELMAHI Amin
 234. Pr. BOULANOUAR Abdelkrim
 235. Pr. EL ALAMI EL FARICHA EL Hassan
 236. Pr. EL MELLOUKI Ouafae*
 237. Pr. GAMRA Lamiae
 238. Pr. GAOUZI Ahmed
 239. Pr. MAHFOUDI M'barek*
 240. Pr. MOHAMMADINE EL Hamid
 241. Pr. MOHAMMADI Mohamed
 242. Pr. MOULINE Soumaya

Radiologie
 Chirurgie Pédiatrie
 Chirurgie réparatrice et plastique
 Ophtalmologie
 Chirurgie Générale
 Parasitologie
 Anatomie Pathologique
 Pédiatrie
 Radiologie
 Chirurgie Générale
 Médecine Interne
 Pneumo-phtisiologie

243. Pr. OUADGHIRI Mohamed
 244. Pr. OUZEDDOUN Naima
 245. Pr. ZBIR EL Mehdi*

Traumatologie – Orthopédie
 Néphrologie
 Cardiologie

Novembre 1997

246. Pr. ALAMI Mohamed Hassan
 247. Pr. BEN AMAR Abdesselem
 248. Pr. BEN SLIMANE Lounis
 249. Pr. BIROUK Nazha
 250. Pr. BOULAICH Mohamed
 251. Pr. CHAOUIR Souad*
 252. Pr. DERRAZ Said
 253. Pr. ERREIMI Naima
 254. Pr. FELLAT Nadia
 255. Pr. GUEDDARI Fatima Zohra
 256. Pr. HAIMEUR Charki*
 257. Pr. KADDOURI Noureddine
 258. Pr. KANOUNI NAWAL
 259. Pr. KOUTANI Abdellatif
 260. Pr. LAHLOU Mohamed Khalid
 261. Pr. MAHRAOUI CHAFIQ
 262. Pr. NAZZI M'barek*
 263. Pr. OUAHABI Hamid*
 264. Pr. SAFI Lahcen*
 265. Pr. TAOUFIQ Jallal
 266. Pr. YOUSFI MALKI Mounia

Gynécologie – Obstétrique
 Chirurgie Générale
 Urologie
 Neurologie
 O.RL.
 Radiologie
 Neurochirurgie
 Pédiatrie
 Cardiologie
 Radiologie
 Anesthésie Réanimation
 Chirurgie – Pédiatrique
 Physiologie
 Urologie
 Chirurgie Générale
 Pédiatrie
 Cardiologie
 Neurologie
 Anesthésie Réanimation
 Psychiatrie
 Gynécologie Obstétrique

Novembre 1998

267. Pr. AFIFI RAJAA
 268. Pr. AIT BENASSER MOULAY Ali*
 269. Pr. ALOUANE Mohammed*
 270. Pr. LACHKAR Azouz
 271. Pr. LAHLOU Abdou
 272. Pr. MAFTAH Mohamed*
 273. Pr. MAHASSINI Najat
 274. Pr. MDAGHRI ALAOUI Asmae
 275. Pr. MANSOURI Abdelaziz*
 276. Pr. NASSIH Mohamed*
 277. Pr. RIMANI Mouna
 278. Pr. ROUMI Abdelhadi

Gastro - Entérologie
 Pneumo-phtisiologie
 Oto- Rhino- Laryngologie
 Urologie
 Traumatologie Orthopédie
 Neurochirurgie
 Anatomie Pathologique
 Pédiatrie
 Neurochirurgie
 Stomatologie Et Chirurgie Maxillo Faciale
 Anatomie Pathologique
 Neurologie

PROFESSEURS AGREGES :

Décembre 2001

279. Pr. ABABOU Adil
 280. Pr. AOUD Aicha
 281. Pr. BALKHI Hicham*
 282. Pr. BELMEKKI Mohammed
 283. Pr. BENABDELJLIL Maria
 284. Pr. BENAMAR Loubna
 285. Pr. BENAMOR Jouda
 286. Pr. BENELBARHDADI Imane
 287. Pr. BENNANI Rajae
 288. Pr. BENOACHANE Thami

Anesthésie-Réanimation
 Cardiologie
 Anesthésie-Réanimation
 Ophtalmologie
 Neurologie
 Néphrologie
 Pneumo-phtisiologie
 Gastro-Entérologie
 Cardiologie
 Pédiatrie

289. Pr. BENYOUSSEF Khalil
 290. Pr. BERRADA Rachid
 291. Pr. BEZZA Ahmed*
 292. Pr. BOUCHIKHI IDRISSE Med Larbi
 293. Pr. BOUHOUCHE Rachida
 294. Pr. BOUMDIN El Hassane*
 295. Pr. CHAT Latifa
 296. Pr. CHELLAOUI Mounia
 297. Pr. DAALI Mustapha*
 298. Pr. DRISSE Sidi Mourad*
 299. Pr. EL HAJOUI Ghziel Samira
 300. Pr. EL HIJRI Ahmed
 301. Pr. EL MAAQILI Moulay Rachid
 302. Pr. EL MADHI Tarik
 303. Pr. EL MOUSSAIF Hamid
 304. Pr. EL OUNANI Mohamed
 305. Pr. EL QUESSAR Abdeljlil
 306. Pr. ETTAIR Said
 307. Pr. GAZZAZ Miloudi*
 308. Pr. GOURINDA Hassan
 309. Pr. HRORA Abdelmalek
 310. Pr. KABBAJ Saad
 311. Pr. KABIRI El Hassane*
 312. Pr. LAMRANI Moulay Omar
 313. Pr. LEKEHAL Brahim
 314. Pr. MAHASSIN Fattouma*
 315. Pr. MEDARHRI Jalil
 316. Pr. MIKDAME Mohammed*
 317. Pr. MOHSINE Raouf
 318. Pr. NABIL Samira
 319. Pr. NOUINI Yassine
 320. Pr. OUALIM Zouhir*
 321. Pr. SABBAH Farid
 322. Pr. SEFIANI Yasser
 323. Pr. TAOUFIQ BENCHEKROUN Soumia
 324. Pr. TAZI MOUKHA Karim

Dermatologie
 Gynécologie Obstétrique
 Rhumatologie
 Anatomie
 Cardiologie
 Radiologie
 Radiologie
 Radiologie
 Chirurgie Générale
 Radiologie
 Gynécologie Obstétrique
 Anesthésie-Réanimation
 Neuro-Chirurgie
 Chirurgie-Pédiatrique
 Ophtalmologie
 Chirurgie Générale
 Radiologie
 Pédiatrie
 Neuro-Chirurgie
 Chirurgie-Pédiatrique
 Chirurgie Générale
 Anesthésie-Réanimation
 Chirurgie Thoracique
 Traumatologie Orthopédie
 Chirurgie Vasculaire Périphérique
 Médecine Interne
 Chirurgie Générale
 Hématologie Clinique
 Chirurgie Générale
 Gynécologie Obstétrique
 Urologie
 Néphrologie
 Chirurgie Générale
 Chirurgie Vasculaire Périphérique
 Pédiatrie
 Urologie

Décembre 2002

325. Pr. AL BOUZIDI Abderrahmane*
 326. Pr. AMEUR Ahmed*
 327. Pr. AMRI Rachida
 328. Pr. AOURARH Aziz*
 329. Pr. BAMOU Youssef *
 330. Pr. BELGHITI Laila
 331. Pr. BELMEJDOUB Ghizlene*
 332. Pr. BENBOUAZZA Karima
 333. Pr. BENZEKRI Laila
 334. Pr. BENZZOUBEIR Nadia*
 335. Pr. BERADY Samy*
 336. Pr. BERNOUSSI Zakiya
 337. Pr. BICHA Mohamed Zakarya
 338. Pr. CHOHO Abdelkrim *
 339. Pr. CHKIRATE Bouchra
 340. Pr. EL ALAMI EL FELLOUS Sidi Zouhair

Anatomie Pathologique
 Urologie
 Cardiologie
 Gastro-Entérologie
 Biochimie-Chimie
 Gynécologie Obstétrique
 Endocrinologie et Maladies Métaboliques
 Rhumatologie
 Dermatologie
 Gastro – Entérologie
 Médecine Interne
 Anatomie Pathologique
 Psychiatrie
 Chirurgie Générale
 Pédiatrie
 Chirurgie Pédiatrique

341. Pr. EL ALJ Haj Ahmed
 342. Pr. EL BARNOUSSI Leila
 343. Pr. EL HAOURI Mohamed *
 344. Pr. EL MANSARI Omar*
 345. Pr. ES-SADEL Abdelhamid
 346. Pr. FILALI ADIB Abdelhai
 347. Pr. HADDOUR Leila
 348. Pr. HAJJI Zakia
 349. Pr. IKEN Ali
 350. Pr. ISMAEL Farid
 351. Pr. JAAFAR Abdeloihab*
 352. Pr. KRIOULE Yamina
 353. Pr. LAGHMARI Mina
 354. Pr. MABROUK Hfid*
 355. Pr. MOUSSAOUI RAHALI Driss*
 356. Pr. MOUSTAGHFIR Abdelhamid*
 357. Pr. MOUSTAINE My Rachid
 358. Pr. NAITLHO Abdelhamid*
 359. Pr. OUJILAL Abdelilah
 360. Pr. RACHID Khalid *
 361. Pr. RAISS Mohamed
 362. Pr. RGUIBI IDRISSE Sidi Mustapha*
 363. Pr. RHOU Hakima
 364. Pr. RKIOUAK Fouad*
 365. Pr. SIAH Samir *
 366. Pr. THIMOU Amal
 367. Pr. ZENTAR Aziz*
 368. Pr. ZRARA Ibtisam*

Janvier 2004

369. Pr. ABDELLAH El Hassan
 370. Pr. AMRANI Mariam
 371. Pr. BENBOUZID Mohammed Anas
 372. Pr. BENKIRANE Ahmed*
 373. Pr. BOUGHALEM Mohamed*
 374. Pr. BOULAADAS Malik
 375. Pr. BOURAZZA Ahmed*
 376. Pr. CHERRADI Nadia
 377. Pr. EL FENNI Jamal*
 378. Pr. EL HANCI Zaki
 379. Pr. EL KHORASSANI Mohamed
 380. Pr. EL YOUNASSI Badreddine*
 381. Pr. HACHI Hafid
 382. Pr. JABOUIRIK Fatima
 383. Pr. KARMANE Abdelouahed
 384. Pr. KHABOUZE Samira
 385. Pr. KHARMAZ Mohamed
 386. Pr. LEZREK Mohammed*
 387. Pr. MOUGHIL Said
 388. Pr. NAOUMI Asmae*
 389. Pr. SAADI Nozha
 390. Pr. SASSENOU Ismail*
 391. Pr. TARIB Abdelilah*

- Urologie
 Gynécologie Obstétrique
 Dermatologie
 Chirurgie Générale
 Chirurgie Générale
 Gynécologie Obstétrique
 Cardiologie
 Ophtalmologie
 Urologie
 Traumatologie Orthopédie
 Traumatologie Orthopédie
 Pédiatrie
 Ophtalmologie
 Traumatologie Orthopédie
 Gynécologie Obstétrique
 Cardiologie
 Traumatologie Orthopédie
 Médecine Interne
 Oto-Rhino-Laryngologie
 Traumatologie Orthopédie
 Chirurgie Générale
 Pneumo-phtisiologie
 Néphrologie
 Endocrinologie et Maladies Métaboliques
 Anesthésie Réanimation
 Pédiatrie
 Chirurgie Générale
 Anatomie Pathologique

- Ophtalmologie
 Anatomie Pathologique
 Oto-Rhino-Laryngologie
 Gastro-Entérologie
 Anesthésie Réanimation
 Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
 Neurologie
 Anatomie Pathologique
 Radiologie
 Gynécologie Obstétrique
 Pédiatrie
 Cardiologie
 Chirurgie Générale
 Pédiatrie
 Ophtalmologie
 Gynécologie Obstétrique
 Traumatologie Orthopédie
 Urologie
 Chirurgie Cardio-Vasculaire
 Ophtalmologie
 Gynécologie Obstétrique
 Gastro-Entérologie
 Pharmacie Clinique

392. Pr. TIJAMI Fouad
 393. Pr. ZARZUR Jamila
Janvier 2005
 394. Pr. ABBASSI Abdelah
 395. Pr. AL KANDRY Sif Eddine*
 396. Pr. ALAOUI Ahmed Essaid
 397. Pr. ALLALI fadoua
 398. Pr. AMAR Yamama
 399. Pr. AMAZOUZI Abdellah
 400. Pr. AZIZ Nouredine*
 401. Pr. BAHIRI Rachid
 402. Pr. BARAKAT Amina
 403. Pr. BENHALIMA Hanane
 404. Pr. BENHARBIT Mohamed
 405. Pr. BENYASS Aatif
 406. Pr. BERNOUSSI Abdelghani
 407. Pr. BOUKALATA Salwa
 408. Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Mohamed
 409. Pr. DOUDOUH Abderrahim*
 410. Pr. EL HAMZAOUI Sakina
 411. Pr. HAJJI Leila
 412. Pr. HESSISSEN Leila
 413. Pr. JIDAL Mohamed*
 414. Pr. KARIM Abdelouahed
 415. Pr. KENDOUCI Mohamed*
 416. Pr. LAAROUSSI Mohamed
 417. Pr. LYACOUBI Mohammed
 418. Pr. NIAMANE Radouane*
 419. Pr. RAGALA Abdelhak
 420. Pr. REGRAGUI Asmaa
 421. Pr. SBIHI Souad
 422. Pr. TNACHERI OUZZANI Btissam
 423. Pr. ZERAIDI Najia

Avril 2006

424. Pr. ACHEMLAL Lahsen*
 425. Pr. AFIFI Yasser
 426. Pr. AKJOUJ Said*
 427. Pr. BELGNAOUI Fatima Zahra
 428. Pr. BELMEKKI Abdelkader*
 429. Pr. BENCHEIKH Razika
 430. Pr. BIYI Abdelhamid*
 431. Pr. BOUHAFS Mohamed El Amine
 432. Pr. BOULAHYA Abdellatif*
 433. Pr. CHEIKHAOUI Younes
 434. Pr. CHENGUETI ANSARI Anas
 435. Pr. DOGHMI Nawal
 436. Pr. ESSAMRI Wafaa
 437. Pr. FELLAT Btissam
 438. Pr. FAROUDI Mamoun
 439. Pr. GHADOUANE Mohammed*
 440. Pr. HARMOUCHE Hicham
 441. Pr. HNAFI Sidi Mohamed*
 442. Pr. IDRISS LAHLOU Amine

Chirurgie Générale
 Cardiologie

Chirurgie Réparatrice et Plastique
 Chirurgie Générale
 Microbiologie
 Rhumatologie
 Néphrologie
 Ophtalmologie
 Radiologie
 Rhumatologie
 Pédiatrie
 Stomatologie et Chirurgie Maxillo Faciale
 Ophtalmologie
 Cardiologie
 Ophtalmologie
 Radiologie
 Ophtalmologie
 Biophysique
 Microbiologie
 Cardiologie
 Pédiatrie
 Radiologie
 Ophtalmologie
 Cardiologie
 Chirurgie Cardio Vasculaire
 Parasitologie
 Rhumatologie
 Gynécologie Obstétrique
 Anatomie Pathologique
 Histo Embryologie Cytogénétique
 Ophtalmologie
 Gynécologie Obstétrique

Rhumatologie
 Dermatologie
 Radiologie
 Dermatologie
 Hématologie
 O.R.L
 Biophysique
 Chirurgie – Pédiatrique
 Chirurgie Cardio-Vasculaire
 Chirurgie Cardio-Vasculaire
 Gynécologie Obstétrique
 Cardiologie
 Gastro-Entérologie
 Cardiologie
 Anesthésie Réanimation
 Urologie
 Médecine Interne
 Anesthésie Réanimation
 Microbiologie

- 443. Pr. JROUNDI Laila
- 444. Pr. KARMOUNI Tariq
- 445. Pr. KILI Amina
- 446. Pr. KISRA Hassan
- 447. Pr. KISRA Mounir
- 448. Pr. KHARCHAFI Aziz*
- 449. Pr. LMIMOUNI Badreddine*
- 450. Pr. MANSOURI Hamid*
- 451. Pr. NAZIH Naoual
- 452. Pr. OUANASS Abderrazzak
- 453. Pr. SAFI Soumaya*
- 454. Pr. SEKKAT Fatima Zahra
- 455. Pr. SEFIANI Sana
- 456. Pr. SOUALHI Mouna
- 457. Pr. ZAHRAOUI Rachida

Radiologie
 Urologie
 Pédiatrie
 Psychiatrie
 Chirurgie – Pédiatrique
 Médecine Interne
 Parasitologie
 Radiothérapie
 O.R.L
 Psychiatrie
 Endocrinologie
 Psychiatrie
 Anatomie Pathologique
 Pneumo-Phtisiologie
 Pneumo-Phtisiologie

ENSEIGNANTS SCIENTIFIQUES
PROFESSEURS

- 1. Pr. ALAMI OUHABI Naima
- 2. Pr. ALAOUI KATIM
- 3. Pr. ALAOUI SLIMANI Lalla Naïma
- 4. Pr. ANSAR M'hammed
- 5. Pr. BOUKLOUZE Abdelaziz
- 6. Pr. BOURJOUANE Mohamed
- 7. Pr. DRAOUI Mustapha
- 8. Pr. EL GUESSABI Lahcen
- 9. Pr. ETTAIB Abdelkader
- 10. Pr. FAOUZI Moulay El Abbas
- 11. Pr. HMAMOUCHE Mohamed
- 12. Pr. REDHA Ahlam
- 13. Pr. TELLAL Saida*
- 14. Pr. TOUATI Driss
- 15. Pr. ZELLOU Amina

Biochimie
 Pharmacologie
 Histologie – Embryologie
 Chimie Organique et Pharmacie Chimique
 Applications Pharmaceutiques
 Microbiologie
 Chimie Analytique
 Pharmacognosie
 Zootechnie
 Pharmacologie
 Chimie Organique
 Biochimie
 Biochimie
 Pharmacognosie
 Chimie Organique

* *Enseignants Militaires*



DEDICACES

A Mes Très Chers Parents,

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

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

*Votre tendresse, votre amour inconditionnel et votre soutien
permanent, malgré la distance, m'ont toujours été d'un grand
secours tout au long de ma vie.*

J'espère avoir été à la hauteur de vos espérances.

*Aujourd'hui, je dépose entre vos mains le fruit de votre long
travail.*

*Qu'il soit le témoignage du grand amour que je vous dois et que je
n'ai peut être jamais su exprimer.*

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

A Ma Très Chère Tante,

On dit que le cœur d'une maman suffit pour ensoleiller l'univers en entier...Quelle chanceuse je suis d'en avoir eu deux !

Rien ne saurait exprimer la reconnaissance que j'ai à ton égard, ni encore compenser les sacrifices énormes que tu as consentis pour être à nos côtés, mes frères et moi.

Notre bonheur et notre bien être étaient tes premiers soucis et ils le sont toujours.

Merci d'avoir été cette source d'amour et de tendresse inépuisable.

Puisse Dieu te procurer bonne santé et longue vie.

A Mes Chers Frères Saad & Sami,

Je vous dédie ce travail avec toute mon affection.

Que Dieu vous protège et vous accorde santé, bonheur et réussite.

J'espère vous voir réaliser tous vos rêves.

Je vous aime très fort même si je n'ai jamais su l'exprimer.

A Ma Petite Sœur Sara,

J'espère te voir toujours aussi vivante que tu l'es aujourd'hui.

Je t'aime énormément et je te souhaite d'être très très heureuse.

A La Mémoire de Mes Défunts Grands-Pères,

Que Dieu préserve leurs âmes.

A La Mémoire de ma Défunte Grand-Mère Paternelle,

Que Dieu l'aie en sa Sainte Miséricorde.

A Ma Grand-Mère Maternelle,

Je n'aurais jamais pu réussir sans tes prières et tes bénédictions.

Que Dieu te comble de santé et t'apporte une longue vie.

A toute ma Famille,

Avec mon Affection.

A Mes Amies De Toujours,

*Naoual, Kenza, Ghizlane, Imane, Hind, Salma et son petit ange
Ali.*

*En témoignage de notre amitié exceptionnelle et sincère Et en
souvenir de tous les moments passés ensemble.*

Je vous aime.

A Mes Amis De Promotion, de Fès & de Rabat,

*Samar, Mariam, Nouha, Nora, Sophie, Ihssane, Amina, Imane
Nada, Ouafae, Wiam, Farid, Bahi, Monsif, Bouzid,
Intissar, Salma, Marwa*

Je vous souhaite une vie pleine de bonheur et de réussite.

A Mes deux beaux cadeaux, Aicha & Kawtar,

*En souvenir des meilleurs moments de joie et de folie qu'on a
partagé toutes les trois.*

*A Sam, Merci pour ton soutien sans faille, ta gentillesse
inégalable et ton grand cœur.*

*A Tous Mes Maîtres Depuis la
Maternelle jusqu'à la Faculté,
A tous ceux qui ont participé à ma formation,
Merci pour votre aide et soutien.*

*A tous ceux qui ont pour mission cette pénible tâche de
soulager l'être humain et d'essayer de lui procurer le bien être
physique, psychique et social.*

*A Ceux qui, par leurs voix angéliques, ont égayé mes jours et
illuminé mes longues nuits de labeur*

Fairouz & Wael Kfoury

*A Ceux qui m'ont marqué par leur audace, m'ont ébloui par leur
modestie et m'ont appris la persévérance*

Dr. Ziad Noujeim & Mr. Neshan Der Haroutiounian

A tous ceux qui me sont chers et dont j'ai omis de citer le nom.



REMERCIEMENTS

A Monsieur le Médecin Colonel Major ATMANI M.

Professeur d'Anesthésie Réanimation,

Chef de Département d'Anesthésie Réanimation de

l'H.M.I.M.V de 1994 à 2008,

Directeur de l'ERSSM et de l'ERMIM,

Nous vous remercions de nous avoir inspiré ce sujet.

Longtemps impressionnés par l'intérêt que vous ne cessez de porter au parcours des Anesthésistes Réanimateurs, nous espérons que vous trouverez dans ce travail les réponses à certaines de vos questions et une satisfaction quoique partielle à ce sujet que vous avez tant évoqué.

A Notre Maître Et Président De Thèse,

Mr C. Haimeur,

Professeur d'Anesthésie-Réanimation,

Nous vous sommes d'une grande reconnaissance pour l'honneur que vous nous faites en acceptant la présidence de cette thèse.

Nous avons eu le privilège d'apprécier vos remarquables qualités humaines et professionnelles lors de notre passage dans votre service.

Cette admiration s'est renforcée lors de la réalisation de ce travail où nous avons pleinement apprécié votre modestie et votre gentillesse qui font de vous un maître estimé de tous.

Veillez trouver ici l'expression de notre gratitude et notre profond respect.

A Notre Maître Et Rapporteur De Thèse,

Mr H. BALKHI,

Professeur d'Anesthésie-Réanimation,

Vous nous avez accordé un grand honneur en nous confiant la réalisation de ce travail où vous avez su allier rigueur, patience et gentillesse.

Vous nous avez toujours accueillie avec le sourire.

Votre soutien, votre encouragement et votre bienveillance ne nous ont jamais fait défaut, ainsi que vos judicieux et très clairvoyants conseils.

Votre grande compétence, votre droiture et votre connaissance pointue forcent l'admiration.

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

A Notre Maître Et Juge de Thèse,

Mr. MZ. BICHA,

Pr Agrégé de Psychiatrie,

Nous sommes très touchés par votre spontanéité et votre gentillesse avec laquelle vous avez bien voulu accepté de juger cette thèse.

Veillez trouver à travers ce modeste travail l'expression de notre grande estime et nos sincères remerciements.

A Notre Maître Et Juge de Thèse,

Mr. A. BAITE,

Professeur Agrégé d'Anesthésie-Réanimation,

*Vous avez bien voulu nous faire l'honneur de siéger dans notre
jury de thèse.*

*Nous vous prions d'accepter nos sincères remerciements et notre
profond respect.*

A Notre Maître Et Juge de Thèse,

Mr. H. AZENDOUR

Professeur Agrégé d'Anesthésie-Réanimation,

Nous vous présentons nos remerciements les plus respectueux pour toute l'aide que vous avez bien voulu nous apporter pour la réussite de ce travail.

Nous vous remercions pour le temps que vous nous avez consacré, pour votre grande disponibilité et vos conseils précieux qui nous ont permis de mener à bien toute la partie statistique de notre étude.

Nous vous témoignons à travers cette thèse notre grande considération et toute notre reconnaissance d'avoir accepté d'être membre du jury.

*Je Tiens à Remercier Tous Les Médecins Réanimateurs Et Tous
Les Infirmiers Qui, Par Leur Participation, Ont Permis La
Réalisation De Ce Travail Et Ont Contribué à Sa Réussite.*



PLAN DE L'ETUDE

► INTRODUCTION	1
► HISTORIQUE :	4
► CADRE NOSOLOGIQUE	9
A) Termes	10
1) Burn out Syndrome	10
2) Le syndrome d'épuisement professionnel.....	11
3) Le Karoshi	12
B) Définitions.....	12
C) Description du syndrome	14
1) L'épuisement émotionnel.....	14
2) La dépersonnalisation ou la déshumanisation de la relation	15
3) L'accomplissement professionnel.....	16
D) Le concept du stress	18
1) Définitions du stress	18
a. Approche biophysique du stress.....	18
b. Approche psychologique du stress.....	20
c. La théorie de conservation	21
2) Comment définit-on un stress pathologique ?.....	21
E) Les limites du syndrome	22
1) Eviter la confusion	22
2) Concepts voisins et syndromes annexes au Burn out.....	22
a. La fatigue	23
b. La fatigue chronique.....	23
c. Burn out et stress	23
d. La dépression.....	24
d-1) Etat dépressif et dépression.....	24
d-2) Burn out et dépression.....	25

► MATERIEL ET METHODES	27
I. Matériel d'étude	27
A) Présentation de l'étude	27
B) Population étudiée	27
C) Instrument de mesure	27
II. Méthodologie de l'étude	31
A) Elaboration d'un questionnaire	31
B) Diffusion du questionnaire	32
C) Recueil des réponses	32
III. Méthodologie de l'analyse	33
► RESULTATS	34
I. Résultats descriptifs.....	35
A) Connaissances initiales.....	36
B) Variables sociodémographiques.....	37
1) Sexe	37
2) Age	37
3) Situation familiale	38
4) Nombre d'enfants à charge	39
C) Variables professionnelles.....	40
1) Statut professionnel	40
2) Nombre d'années d'exercice	41
3) Lieu d'exercice	41
4) Nombre d'heures de travail par semaine.....	42
D) Echelle MBI (Maslach Burn out Inventory)	42
E) Causes du stress au travail.....	44
F) Conséquences, en réponse à ce stress.....	45
G) Orientations de la carrière	47
H) Constatations personnelles	49
I) Solutions et commentaires	50

1) Solutions proposées	50
2) Commentaires	53
II. Résultats analytiques	55
A) Les facteurs influençant la survenue du Burn out	56
A-1) Influence des variables sociodémographique.....	56
1) Sexe	56
2) Age	57
a. Age et Burn out	57
b. Analyse des différentes tranches d'âge	57
3) Situation familiale	58
A-2) Influence des variables professionnelles	59
1) Statut professionnel	59
a. Statut professionnel et Burn out	59
b. Les causes du Burn out chez les infirmiers	60
c. Les causes du Burn out chez les médecins résidents	62
2) Nombre d'années d'exercice	63
3) Lieu d'exercice	63
4) Nombre d'heures de travail	64
A-3) Les causes du stress au travail	65
A-4) Le Burn out et ses conséquences.....	68
B) Les facteurs influençant les trois degrés de Burn out.....	69
B-1) Influence des facteurs sociodémographiques	69
1) Sexe	69
2) Age	69
a. Age et degré de Burn out.....	69
b. Analyse des différentes tranches d'âge	70
3) Situation familiale	71
B-2) Influence des variables professionnelles	72
1) Statut professionnel	72
2) Nombre d'années d'exercice	73

3) Lieu d'exercice	74
4) Nombre d'heures de travail par semaine.....	75
B-3) L'influence des facteurs de stress au travail sur le degré de Burn out	75
B-4) Les conséquences selon le degré de Burn out	79
► DISCUSSION	81
Introduction	83
I. Epidémiologie : Le Burn out en chiffres	85
A) Le Burn out en milieu de Réanimation	86
B) Le Burn out chez les autres soignants	88
II. Les étapes du Burnout	91
A) Phase d'enthousiasme idéaliste	91
B) Phase de stagnation inefficace.....	91
C) Phase de désillusion, de frustration	92
D) Phase d'apathie, de démoralisation	93
III. Les présentations cliniques du Burn out	94
A) Sur le plan comportemental.....	94
B) Sur le plan somatique	96
C) Sur le plan émotionnel et affectif	97
D) Sur le plan cognitif	98
E) Les mécanismes de défense.....	99
IV. Les instruments de mesure du Burn out	100
A) Maslach Burn out Inventory (MBI)	100
B) Burn out Measure (BM) ou Burn out Measure Short Version (BMS).....	102
C) Oldenburg Burn out inventory (OLBI)	103
D) Areas of work life survey (AWLS)	103
E) Autres instruments de mesure du Burn out	104
V. Les causes du Burn out	106
A) Variables sociodémographiques	106
1) L'âge.....	106

2) Le sexe	106
3) La situation familiale.....	107
B) Variables professionnelles	108
1) L'ancienneté ou le nombre d'années d'exercice.....	108
2) Le lieu d'exercice	109
3) Le statut professionnel	109
C) Le Burn out : Un phénomène multifactoriel	111
1) Les causes externes	111
a. L'environnement physique	113
b. L'environnement psychologique.....	116
c. L'environnement social.....	117
d. Les causes institutionnelles	120
2) Les causes internes	121
a. Le profil du candidat au Burn out	121
b. Le choix de la profession	125
c. Le manque de réalisme.....	126
d. L'obsession du travail	127
e. Les limites des capacités d'adaptation	127
f. La notion de « Hardiness ».....	127
g. L'absence de ressourcement affectif et social.....	127
h. La vulnérabilité biologique	128
D) Particularités en milieu d'Anesthésie-Réanimation	129
1) Les conditions de fatigue chronique.....	129
2) L'absence de contrôle des tâches	130
3) La relation avec les autres médecins et chirurgiens	130
4) La relation avec le patient	130
5) La confrontation avec la mort	131
VI. Les conséquences du Burn out	132
A) Conséquences individuelles pour le soignant.....	132
1) Sur le plan personnel	132

2) Sur le plan professionnel	134
B) Conséquences pour le patient	134
C) Conséquences institutionnelles	135
D) La relation fatigue – erreur humaine	135
1) Horaires de travail, fatigue et dette de sommeil.....	135
2) Fatigue et risque d’erreur	136
a. Résultats des études expérimentales	136
b. Résultats des enquêtes épidémiologiques	138
VII. Les solutions thérapeutiques	140
A) La reconnaissance du problème	140
B) Les différentes stratégies thérapeutiques.....	141
1) Amélioration du contexte de travail	142
2) Interventions centrées sur l’individu	144
a. Sur le plan personnel	144
b. Sur le plan familial	145
c. Sur le plan social	146
d. Psychothérapie ou psychanalyse	146
3) Amélioration de la communication	146
a. Savoir parler de son malaise.....	146
b. Apprendre à travailler en équipe	147
4) Mesures organisationnelles	148
C) Autres mesures préventives.....	149
1) Intérêt du repos de sécurité.....	149
2) Formation des jeunes médecins.....	150
3) Stress management.....	151
VIII. Le syndrome d’épuisement émotionnel et la question éthique	154
A) Au niveau individuel	154
B) Sur le plan collectif	154
IX. Les limites de l’étude	156
A) Le concept du Burn out	156

B) Les modalités d'enquête.....	157
▶ CONCLUSIONS	159
▶ RESUMES	163
▶ ANNEXES	167
▶ REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	179



LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Avez-vous déjà entendu parler du Burn out ?	36
Figure 2 : Répartition des professionnels selon le sexe	37
Figure 3 : Répartition des soignants selon la situation familiale	38
Figure 4 : Répartition des soignants selon le nombre d'enfants à charge.....	39
Figure 5 : Répartition des soignants selon leur statut professionnel.....	40
Figure 6 : Répartition des soignants selon le lieu d'exercice	41
Figure 7 : Représentation des scores des trois composantes du Burn out	43
Figure 8 : Les orientations de la carrière chez les praticiens	48
Figure 9 : Pensez vous être professionnellement épuisé(e) ?.....	49
Figure 10 : Répartition des différents degrés de Burn out parmi nos soignants	55



**LISTE DES
TABLEAUX**

➤ Tableau 1 : Interprétation des scores pour chacune des trois composantes du syndrome d'épuisement professionnel.....	30
➤ Tableau 2 : Scores obtenus pour les trois composantes du Burn out.	43
➤ Tableau 3 : Les causes du stress au travail selon les soignants.	44
➤ Tableau 4 : Influence du sexe sur le Burn out.	56
➤ Tableau 5 : Influence De l'âge sur le Burn out.....	57
➤ Tableau 6 : Le Burn out en fonction des différentes tranches d'âge.	58
➤ Tableau 7 : Influence de la situation familiale sur le Burn out.....	58
➤ Tableau 8 : Médecins et infirmiers face au risque de Burn out.	59
➤ Tableau 9 : Influence du statut professionnel sur le Burn out.	60
➤ Tableau 10 : Les causes du Burn out chez les Infirmiers.	61
➤ Tableau 11 : Les causes du Burn out chez les Médecins Résidents.	62
➤ Tableau 12 : Influence du nombre d'années d'exercice sur le Burn out.	63
➤ Tableau 13 : Influence du lieu d'exercice sur le Burn out.....	64
➤ Tableau 14 : Influence du nombre d'heures de travail par semaine sur le Burn out.	64
➤ Tableau 15 : Influence des différents facteurs de stress au travail sur le Burn out (Analyse Univariée).	66
➤ Tableau 16 : Causes indépendantes du Burn out (Analyse Multivariée).	67
➤ Tableau 17 : Influence du sexe sur le degré de Burn out.	69
➤ Tableau 18 : Influence de l'âge sur le degré de Burn out.....	70
➤ Tableau 19 : Les trois degrés du Burn out en fonction des différentes tranches d'âge. ..	70
➤ Tableau 20 : Influence de la situation sur le degré de Burn out.	71
➤ Tableau 21 : Influence du lieu d'exercice sur le degré de Burn out.....	72
➤ Tableau 22 : Influence de la situation familiale sur le degré de Burn out.....	73
➤ Tableau 23 : Influence du lieu d'exercice sur le degré de Burn out.....	73
➤ Tableau 24 : Influence du nombre d'années d'exercices sur le degré de Burn out.....	74
➤ Tableau 25 : Influence du nombre d'heures de travail par semaine sur le degré de Burn out.....	75
➤ Tableau 26 : Facteurs influençant le degré de Burn out bas à modéré VS élevé (Analyse Univariée).	77
➤ Tableau 27 : Facteurs influençant le degré de Burn out bas à modéré VS élevé (Analyse Multivariée)	78
➤ Tableau 28 : Les conséquences perçues selon le degré du Burn out.....	79



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 » ou le « Syndrome d'épuisement professionnel », actuellement reconnu comme une maladie professionnelle [2], n'est rien d'autre qu'une traduction de la souffrance du soignant.

Il s'agit d'un état d'épuisement émotionnel, de déshumanisation de la relation à l'autre et de réduction de l'accomplissement personnel, susceptible d'apparaître chez les individus impliqués professionnellement auprès d'autrui. [3]

Le Burn out prend alors tout son intérêt lorsqu'on le considère comme l'un des aspects de la pathologie d'aide : « Quand la relation de soin tombe 'malade', la symptomatologie est celle du Burn out ». [4]

Les soins de santé, particulièrement en milieu de réanimation, sont alors l'un des meilleurs exemples de métier potentiellement « combustible ».

Divers facteurs, à la fois intrinsèques, reliés aux qualités individuelles et extrinsèques reliés à l'atmosphère du travail, contribuent à l'apparition de ce syndrome.

Le dénominateur commun étant l'existence de cette discordance entre une exigence professionnelle accrue face à la réalité d'une capacité individuelle parfois limitée.

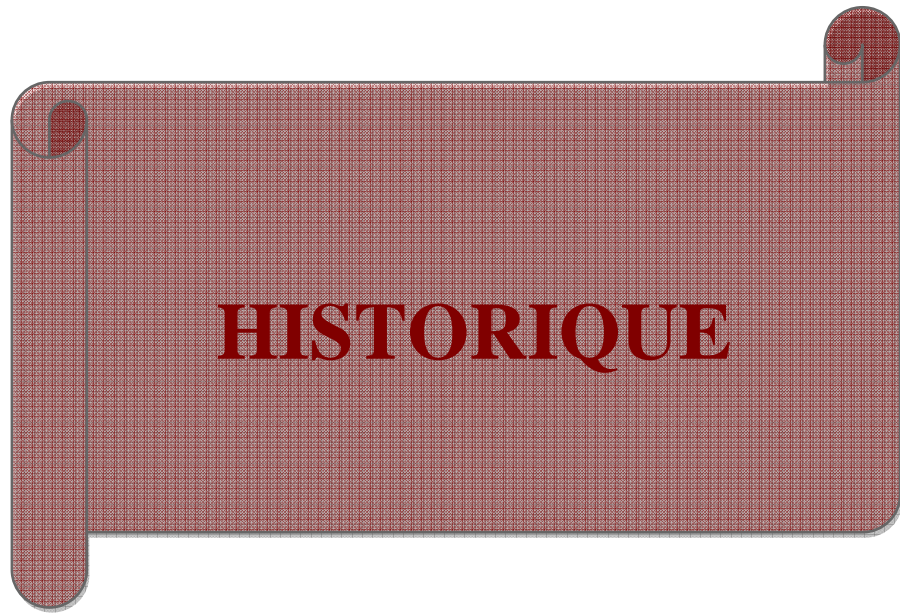
Les conséquences du Burn out sont également nombreuses, tant au niveau individuel (soignant), qu'inter individuel (relation soignant/ entourage).

Le retentissement est aussi bien perçu chez le soignant que chez le patient (diminution de la qualité des soins) et par conséquent sur le système de santé dans sa globalité ; d'où l'intérêt d'une prise en charge multidisciplinaire.

L'objectif de notre étude est de soulever l'existence, mais aussi l'importance, de ce problème en évaluant la prévalence du syndrome d'épuisement professionnel au sein du corps médical et paramédical en milieu de réanimation et en identifiant ses principaux facteurs de risque.

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





« Un terme créé par des soignants, pour des soignants » [4]

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

Elle permet de comprendre les difficultés d'acceptation du concept par la communauté scientifique.

► En **1960**, Graham Greene publiait un roman au titre éloquent : « A Burn out Case », décrivant le parcours d'un architecte cynique et désillusionné qui part en quête de repos dans les régions reculées d'Afrique .Un titre prémonitoire rapidement sorti du champ de la littérature pour envahir celui de la médecine.[5]

► En **1969**, première trace du terme Burn out, utilisé par H.B. Bradley dans un article « community based treatment for young adult offenders » publié dans « Crime and Delinquency » où l'auteur le définit comme « un stress particulier lié au travail ». [6]

► Cependant, ce n'est qu'en **1970** que la notion du Burn out va s'imposer, surtout en Amérique du Nord, grâce aux ouvrages du Dr Herbert Freudenberger (1974 ,1982) , considéré volontiers comme le « père spirituel» du syndrome.

Dr Freudenberger , psychiatre et psychanalyste Américain puisa dans son expérience alors qu'il intervenait dans une « free clinic » New-Yorkaise pour élaborer ses observations pénétrantes sur le « Burn out » ou « brûlure interne »[6]

Les Free clinics étaient des lieux de soins chargés de la prise en charge des toxicomanes. [4]

L'ouverture du lieu thérapeutique sur la ville ainsi que des horaires d'accueil différents des autres structures classiques exigeaient une grande disponibilité des soignants. [4]

Le terme « Burn out » fut donc utilisé pour caractériser l'état mental des jeunes volontaires travaillant auprès des toxicomanes dans cette free clinic. [7,4]

Freudenberger constate qu'en l'espace d'une année de travail, ces intervenants initialement enthousiastes, disponibles et idéalistes, tombaient presque tous en proie à une vaste gamme de symptômes physiques et psychiques. Sur le plan professionnel, elle se traduisait par des réactions d'évitement face aux patients toxicomanes.

Freudenberger a donné à ces symptômes le même nom que celui qui était utilisé pour décrire l'état des toxicomanes chroniques : Burn out. [8,4]

Justifiant ce terme métaphorique, il dira plus tard en 1980 : « je me suis rendu compte au cours de mon exercice quotidien que les gens sont parfois victimes d'incendie tout comme les immeubles ; sous l'effet de la tension produite par notre monde complexe ,leurs ressources internes en viennent à se consumer sous l'action des flammes ,ne laissant qu'un vide immense à l'intérieur, même si l'enveloppe externe semble plus ou moins intacte ». [7,4]

Avait-il lui-même souffert de cette « brûlure interne » ? C'est bien ce que dit l'histoire.

► En 1975 à San Francisco, 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. [3,4]

Elle forge l'hypothèse que travailler avec d'autres, en particulier dans une relation d'aide, est au cœur du problème [3], contrairement à Freudenberger qui insistait sur les facteurs personnels. [7]

Devenu familier, on appliquait ce terme à des collègues ayant développé « une attitude cynique, insensible et négative » vis-à-vis des personnes qu'ils prenaient en charge.

► De 1974 à 1980, de nombreux autres auteurs en Amérique du Nord avaient travaillé sur le sujet en tentant de clarifier son contenu pour définir clairement le concept. La première grande revue de littérature parue en 1982 (Perlman et Hartman) ne comptait pas moins de 48 définitions. [4]

► En 1981, Pour une meilleure définition du terme, C.Maslach et son équipe élaborent un instrument de mesure, le « *Maslach Burn out Inventory* » (MBI ,1981) ((*Annexe I*)) permettant aux soignants de s'auto évaluer, et décrivant ainsi les 3 piliers constituant le syndrome.

Pines, Aronson et Kafry (1981) élaborent également un instrument de mesure « le Burn out Measure » utilisé par de nombreux auteurs. [4]

Pour certains auteurs, il serait injuste de se contenter de faire remonter la notion d'épuisement professionnel à la décennie 70 aux Etats-Unis.

En effet, Dr Freudenberger va sans dire que le phénomène du « Burn out » existe depuis que l'homme travaille, et qu'il a reçu diverses appellations à travers les époques : surmenage intellectuel (Desoille et Raynaud), surmenage des dirigeants (Bize et Goguelin), syndrome subjectif commun de la fatigue nerveuse (Bégoïn), états d'épuisement (C .Veil). [4]

Ce dernier ayant décrit cet état d'épuisement comme étant « le fruit de rencontre d'un individu et d'une situation. L'un et l'autre sont complexes, et l'on doit se garder des simplifications abusives... ». [4]

En psychiatrie, le terme fut employé durant des décennies pour décrire l'état terminal d'apathie et de démoralisation observé chez certains schizophrènes chroniques : il s'agit ni plus ni moins d'une mort sociale. [9]

Progressivement, la notion fut appliquée aussi au personnel soignant qui présentait aussi des signes de fatigue chronique, d'épuisement et de démoralisation.

C'est surtout dans le domaine des services de santé que le phénomène se manifesta avec plus d'ampleur et c'est dans ce domaine qu'émergèrent les chercheurs capables d'identifier et de décrire le syndrome. [9]



**CADRE
NOSOLOGIQUE**

A) TERMES :

D'origine anglo-saxonne, trois nomenclatures de tonalités différentes sont actuellement attribuées à ce syndrome.

1) Burn out Syndrome :

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

vb,adv

■ to become or cause to become worn out or inoperative as a result of heat or friction

-devenir ou rendre usé ou inopérant à cause de la chaleur ou de la friction

■ (of a rocket, jet engine, etc.) to cease functioning as a result of exhaustion of the fuel supply

-(d'une fusée, moteur à réaction, etc) cesser de fonctionner en raison de l'épuisement de l'approvisionnement en carburant

■ *usually passive* to destroy by fire

-généralement passive : détruire par le feu

■ to become or cause to become exhausted through overwork or dissipation

-devenir épuisé ou causer l'épuisement par le surmenage ou la dissipation

n.

■ the failure of a mechanical device from excessive heating

-la défaillance d'un dispositif mécanique à cause de la chaleur excessive

■ a total loss of energy and interest and an inability to function effectively, experienced as a result of excessive demands upon one's resources or chronic overwork

- perte totale d'énergie, d'intérêt et une incapacité à fonctionner efficacement, vécue comme une suite de peser trop lourdement sur ses propres ressources ou de surmenage chronique.

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

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

2) Syndrome d'épuisement professionnel : [4]

Aussi vague qu'il peut paraître pour certains, du fait qu'il semble couvrir tous les effets du travail sur l'individu, le terme en français qui traduit le mieux « Burn out » est certes « épuisement professionnel ».

SEPS désignant ainsi le syndrome d'épuisement professionnel du soignant

3) Karoshi : [10,11]

Terme japonais signifiant « mort par excès de travail »

Karo=mort, *shi*=fatigue au travail

Un terme mettant l'accent sur les conséquences parfois mortelles de l'investissement de certains cadres et employés modèles dans le travail afin de satisfaire aux exigences de rentabilité envers leurs entreprises.

C'est un terme socio médical utilisé particulièrement dans les cas de mort subite et de maladies cardiovasculaires contractées par des charges excessives de travail et des situations de stress important.

B) DEFINITIONS : [3][4][8][12]

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

► 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 ». [8,4]

D'autres auteurs suivront, insistant sur différents points.

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

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

Pour d'autres, il ne s'agit que d'un état.

► 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 de conflits politiques. Il peut alors être considéré comme le résultat d'un échec dans la quête existentielle (qui est la relation d'aide pour le soignant). Pour être « consommé », dit-elle, il faut d'abord avoir été enflammé. [12]

► Pour Canouï 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 ». [4]

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.

Cependant, la définition sur laquelle la très grande majorité des chercheurs s'accordent reste celle de Maslach et Jackson, qui conçoit le syndrome complet dans ses trois dimensions fondamentales.

Elles définissent le Burn out comme « un syndrome d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et de réduction de l'accomplissement

personnel qui apparait chez les individus impliqués professionnellement auprès d'autrui ». [3]

C) DESCRIPTION DU SYNDROME D'ÉPUISEMENT

PROFESSIONNEL :

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

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

1) L'épuisement émotionnel : [4][11][13]

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

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

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

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

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

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

2) La dépersonnalisation ou la déshumanisation de la relation à l'autre : [4][11]

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.

3) La diminution de l'accomplissement professionnel : [4][11][13]

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

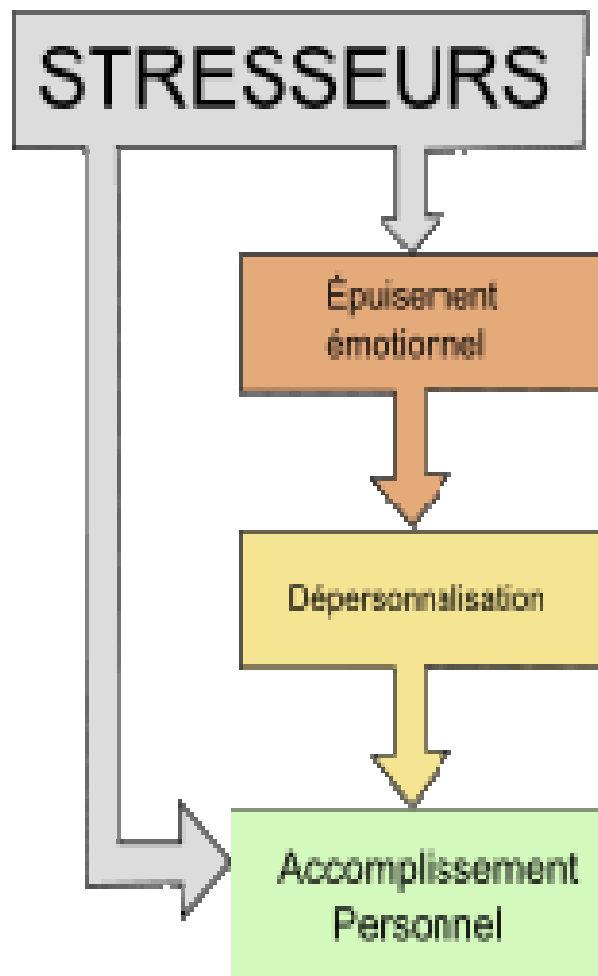
Le soignant s'évalue négativement, se trouve incompetent et sans utilité pour ses patients, diminuant ainsi son estime de soi en tant que professionnel et déclinant son sentiment d'auto-efficacité.

Cette dépréciation de ses propres prestations sera à l'origine d'un sentiment de culpabilité, de démotivation et de frustration 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.

Schéma 1 : Les 3 composantes du syndrome d'épuisement professionnel



D) LE CONCEPT DU STRESS :

Les premiers travaux concernant le syndrome d'épuisement professionnel semblaient rejoindre des aspects connus en matière de psychopathologie du travail en accordant au stress une place privilégiée. [14]

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

1) Définitions 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 .Elles sont passées d'un modèle biomédical à un modèle biophysicosocial. [14]

Ainsi, on peut distinguer deux grandes orientations de la recherche sur le stress : une orientation de type biophysique et une autre de type psychologique.[15]

a) L'approche biophysique du stress : [15]

Cette approche a été initié 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. [16,17]

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 : [18]

●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 ou vont paraitre 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 : [15]

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. [19]

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... [20]

c) La théorie de conservation du stress : [20]

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.

2) Comment définit-on un stress pathologique ? [18]

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.

E) LES LIMITES DU SYNDROME :

1) Eviter la confusion : [4]

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.

2) Concepts voisins et syndromes annexes au Burn out :

Comme il n'est pas toujours aisé de codifier des concepts qui peuvent recouvrir des situations cliniques assez semblables, il serait indispensable de définir et étayer certains de ces concepts proches du Burn out en mettant « des mots sur les maux »

a) La fatigue :[18]

La fatigue est une réponse physiologique, naturelle et réversible à un effort spécifique identifiable.

Dans la fatigue simple, la cause est toujours identifiable et physiologiquement explicable.

Par ailleurs, cette réaction est volontiers *réversible* : il suffit de dormir et se reposer suffisamment.

Si ce n'est pas le cas après quelques jours de repos, probablement sommes-nous en présence d'un autre syndrome.

b) La fatigue chronique ou Fibromyalgie: [18]

Bien que ce syndrome ne soit pas unanimement reconnu dans les milieux scientifiques et médicaux, il se caractérise par l'intensité de la fatigue qui est particulièrement invalidante et par les douleurs articulaires et musculaires intenses.

Les fibromyalgiques parviennent rarement à avoir plus de quelques heures d'activité par jour et chroniquement paient très cher les jours suivants la moindre augmentation de leur activité.

Il n'y a pas à l'heure actuelle, de traitement de la fatigue chronique à part la relaxation.

c) Burn out et stress : [14]

Dans le cadre du syndrome d'épuisement professionnel, il ne s'agit pas d'un stress aigu mais de la *répétition d'un stress chronique dans un cadre professionnel*.

Il est une forme de stress « spécialisé »

d) La dépression : [18]

d-1) Etat dépressif et dépression :

Tout d'abord, il semble important de différencier la dépression de l'état dépressif :

► **L'état dépressif, ou la déprime : [11][18]**

C'est un mal être passager qui peut toucher tout le monde au moins une fois dans sa vie suite à des événements (deuil, soucis..) ou des passages de l'existence (adolescence, crise de milieu de vie, ménopause..).

Elle est généralement passagère mais n'entraîne aucune modification du comportement.

Cependant, cette déprime peut devenir pathologique et mener à une véritable dépression :

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

► **La dépression : [21]**

Il s'agit d'une maladie psychosomatique, d'une affection chronique, évolutive, se manifestant surtout par des épisodes dépressifs majeurs récidivants; Avec des intervalles libres durant lesquels les symptômes résiduels sont fréquents.

Cet épisode dépend à la fois du fonctionnement psychologique et de facteurs neurochimiques.

Il est diagnostiqué par les critères du *manual diagnostique et statistique des troubles mentaux dans sa 4^{ème} révision* « DSM IV » [22,11] ((*Annexe 2*)) et correspond à l'épisode dépressif de la *classification internationale des maladies dans sa 10^{ème} édition* « CIM-10 »

d-2) Burn out et dépression : [4]

En théorie, il est possible de retrouver le Burn-out de façon isolée. Il en va de même pour la dépression. Mais dans les faits, les deux sont reliés de très près.

La discussion diagnostique entre « Burn out » et « dépression » repose sur les constats suivants :

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

Ces raisons amènent un certain nombre de psychiatres à tenter de réduire le Burn out à une forme clinique de la dépression.


Néanmoins, si l'épuisement professionnel ainsi que le stress chronique peuvent faire le lit d'une véritable dépression majeure, il est tout de même possible de distinguer « Burn out » et « dépression » :

● Si le premier est généralement perçu comme un problème lié au stress dans le milieu de travail, la seconde est un phénomène plus complexe qui peut s'infiltrer dans toutes les sphères de la vie.

(Même si là aussi certains psychiatres considèrent que le Burn out n'est qu'une manifestation au travail d'une dépression affectant plusieurs aspects de la vie.) [23,11]

- Il n'y a pas de ralentissement psychique et/ou moteur dans le Burn out.
- Enfin, tout épuisement professionnel ne débouche pas inmanquablement vers une maladie dépressive.

L'épuisement professionnel n'est pas non plus assimilable à une dépression réactionnelle, car il n'y a pas de facteur déclenchant nettement identifié, mais l'accumulation d'un stress chronique déclenché par des facteurs multidimensionnels.



**MATERIEL ET
METHODES**

I) MATERIEL D'ETUDE :

A) Présentation de l'étude :

Il s'agit d'une enquête analytique transversale et multicentrique réalisée, en 2009, au sein des départements d'Anesthésie-Réanimation et des Urgences au niveau des 4 Centres Hospitaliers Universitaires du Maroc.

B) Population étudiée :

308 questionnaires ont été remplis par les soignants, médecins et infirmiers, exerçant au niveau des CHU de Rabat, Casablanca, Fès et Marrakech (Secteur militaire et public).

•Critères d'inclusion

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

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

•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.

C) Instrument de mesure :

Etant de loin l'instrument le plus employé pour la mesure du syndrome d'épuisement professionnel, nous nous sommes essentiellement basé sur le

MBI : Maslach *Burn out Inventory* [24] 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 [24,26] que de sa version française. [25,26]

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

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

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

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

- 0 jamais
- 1 quelques fois par an
- 2 une fois par mois
- 3 quelques fois par mois
- 4 une fois par semaine
- 5 quelques fois par semaine
- 6 tous les jours

● *L'outil se subdivise en trois sous échelles telles que :*

- L'épuisement émotionnel (neuf items : questions 1,2,3,6,8,13,14,16,20 de l'annexe, correspondant aux questions 1→9 du questionnaire) ;
- La dépersonnalisation (cinq items : questions 5,10,11,15,22 de l'annexe, correspondant aux questions 10→14 du questionnaire) ;

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

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

Ainsi, les scores bas, moyens ou élevés ont été initialement définis par des terciles d'une population médicale de référence. [22,24]

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 1 : Interprétation des scores du Burn out pour chaque composante

	<i>BAS</i>	<i>MODERE</i>	<i>ELEVE</i>
<i>Epuisement 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) METHODOLOGIE D'ETUDE :

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 7 grandes parties : ((*Annexe 3*))

- La première partie évaluait la connaissance initiale des soignants sur la notion du Burn out.
- La seconde partie concernait les variables sociodémographiques (sexe, âge, statut matrimonial) et les variables professionnelles (statut, nombre d'années d'exercice, lieu d'exercice et nombre d'heure de travail).
- La troisième partie correspondait à la version française du Maslach Burn out Inventory (MBI).
- La quatrième partie indiquait des facteurs éventuellement responsables du stress au travail (réponses fermées et ouvertes).
- La cinquième partie envisageait des conséquences éventuelles de ce stress (réponses fermées et ouvertes).
- La sixième partie définissait l'orientation de la carrière, initiale et actuelle
- Enfin, les soignants étaient invités à suggérer des solutions 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) METHODOLOGIE D'ANALYSE :

Les variables ont été exprimées en Moyenne et Ecart Type (ET) ou en Médiane et Interquartiles (Quartile 25% et 75%) ou en Pourcentages.

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

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

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

Le test de MANN-WHITNEY a été utilisé pour la comparaison des variables quantitatives qui n'avaient pas de distribution normale.

L'analyse multivariée a été faite par la Régression Logistique.

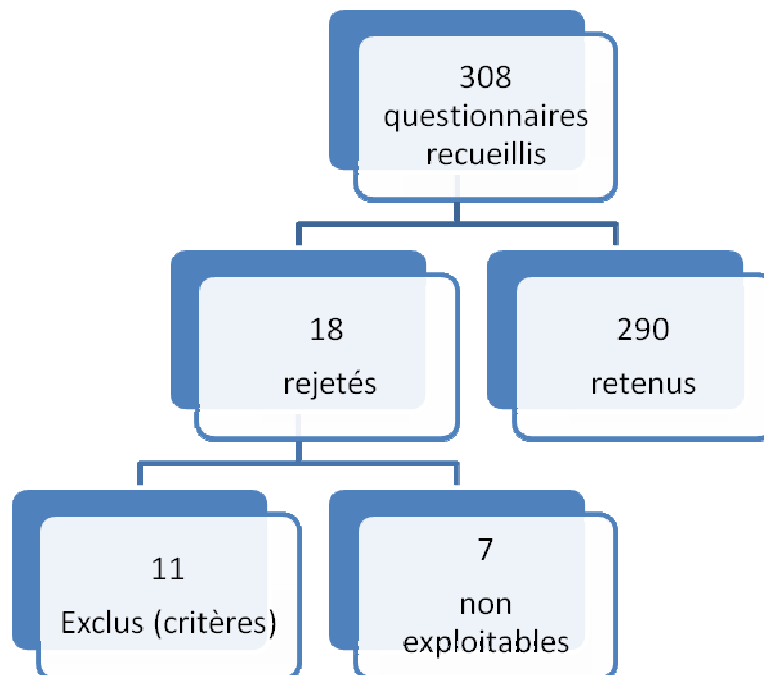
L'analyse statistique a été réalisée par le Logiciel SPSS 13.0



RESULTATS

I) RESULTATS DESCRIPTIFS

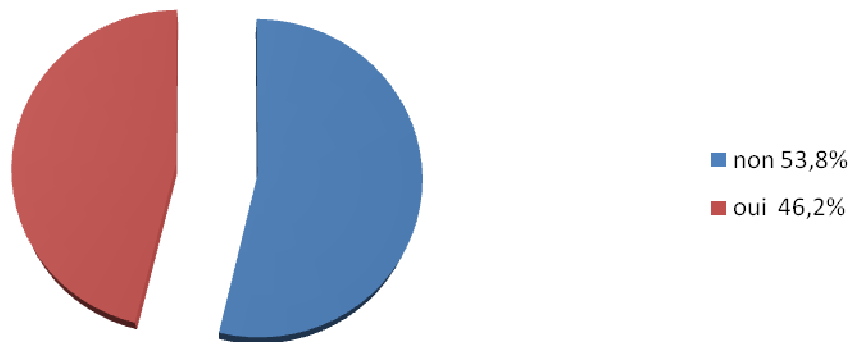
Sur 308 questionnaires recueillis, 290 ont été retenus et 18 rejetés, dont 7 non exploitables pour manque de renseignements et 11 pour les critères d'exclusion préalablement cités.



A) Connaissances initiales :

- Le pourcentage des personnes affirmant avoir déjà entendu parler du Burn out était de 46,2%.
- 69% affirment même avoir ressenti les signes de l'épuisement professionnel.

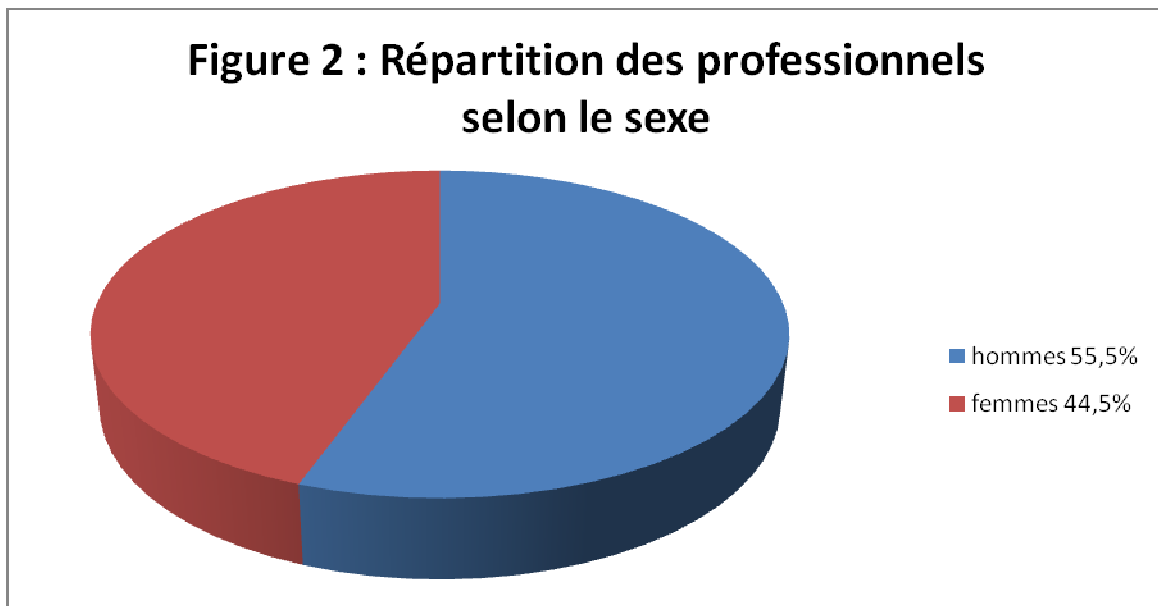
Figure 1 : Avez-vous déjà entendu parler du Burn Out?



B) Variables sociodémographiques :

1) Le sexe :

Le sexe ratio est de 129 femmes (44,5%) pour 161 hommes (55,5%)



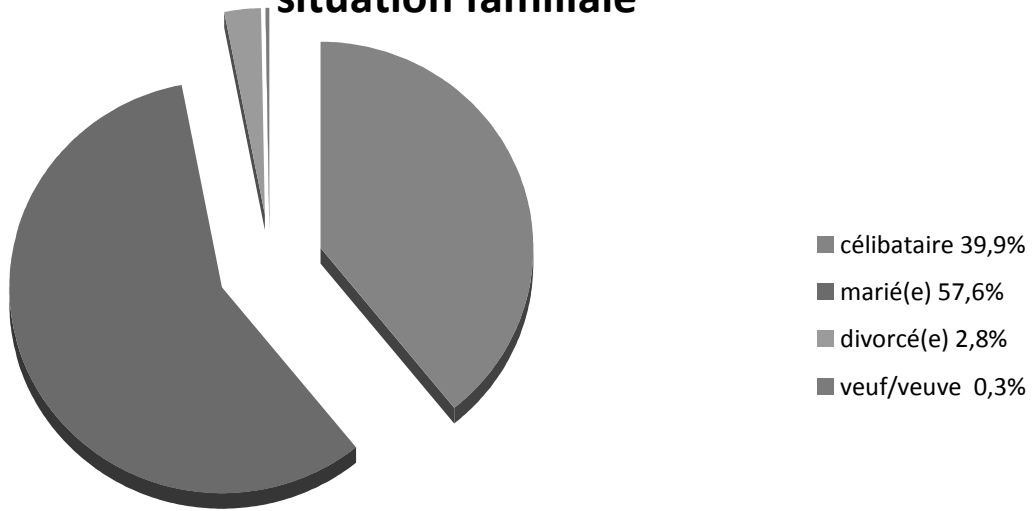
2) L'âge :

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

3) La Situation familiale :

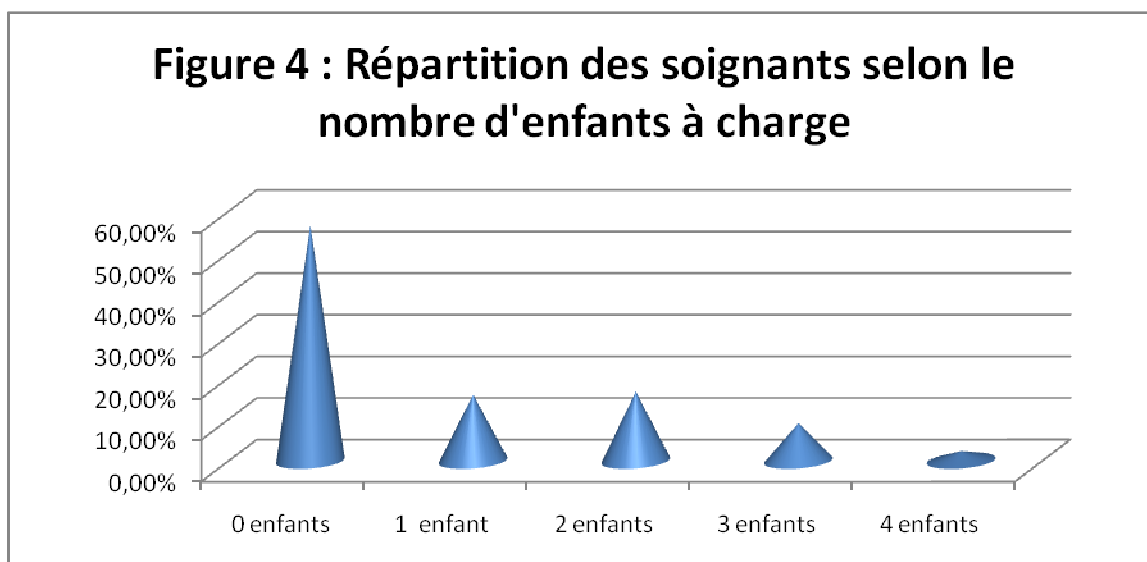
- 114 soignants (39,3%) sont célibataires.
- 167soignants (57 ,6%) sont marié(e)s.
- 8soignants (2,8%) sont divorcé(e)s.
- 1soignant (0,3%) veuf.

Figure 3 :Répartition des soignants selon la situation familiale



4) Nombre d'enfants à charge :

- 164 soit 56,6% des soignants n'avaient pas d'enfants.
- 46 soit 15,9% avaient un seul enfant.
- 48 soit 16,6% en avaient 2.
- 26 soit 9% en avaient 3.
- 6 soit 2,3% en avaient 4.



C) Variables professionnelles :

1) Statut professionnel :

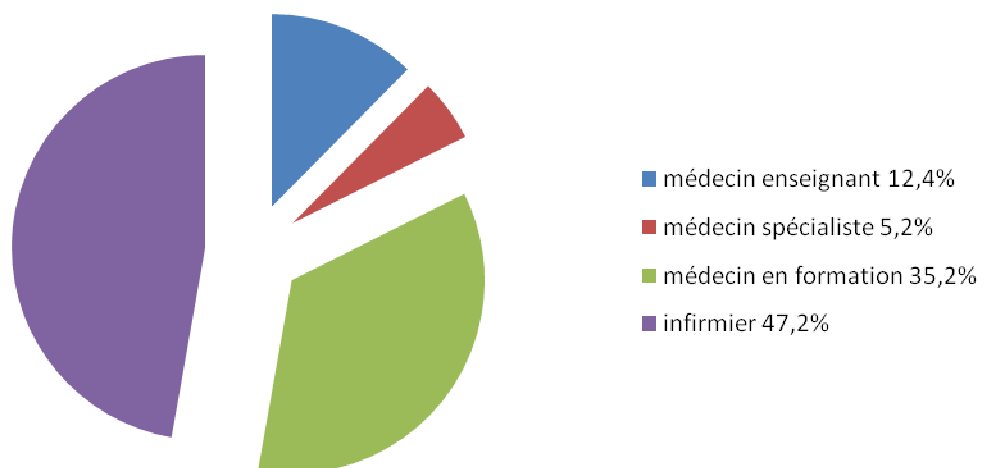
Notre échantillon comporte :

- ◆36 Médecins enseignants (12,4%)
- ◆16 Médecins spécialistes (5,2%)
- ◆102 Médecins en formation (Résidents) (35,2%)

Soit un total de **154 Médecins** (52,8%)

- ◆**136 Infirmiers** (47,2%)

Figure 5: Répartition des soignants selon le statut professionnel

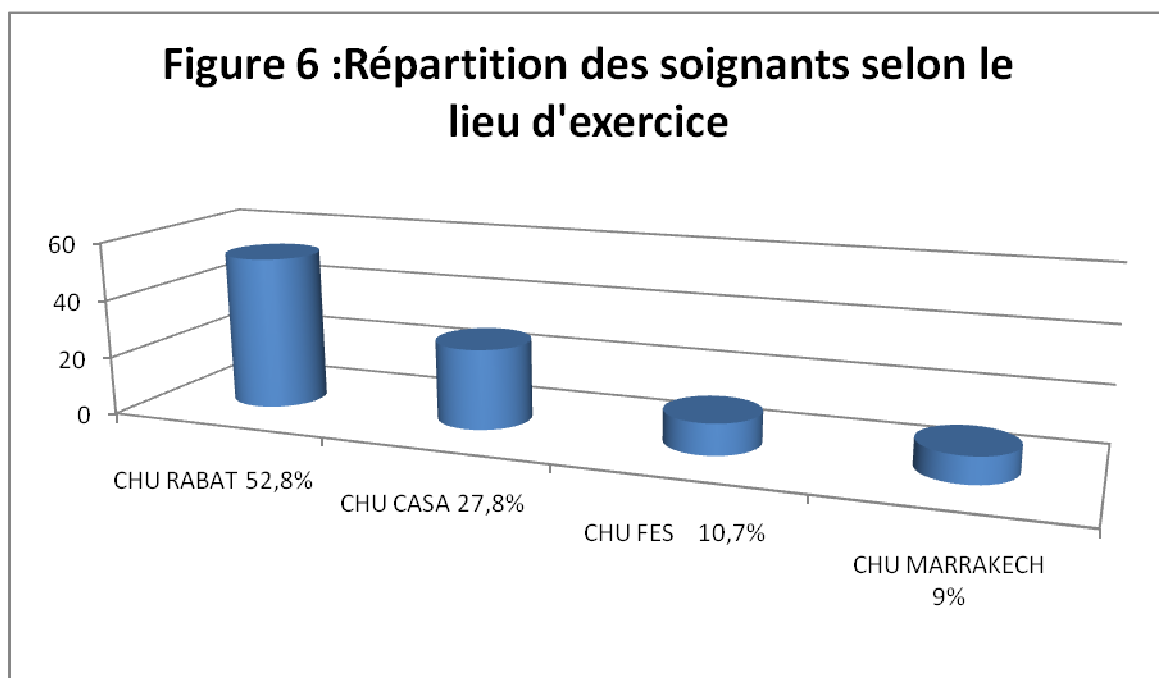


2) Nombre d'années d'exercice :

La moyenne d'années d'exercice était de 9,35 ans, avec un minimum de 1an et un maximum de 37ans.

3) Lieu d'exercice :

- 153 soit 52,8% des soignants interrogés exerçaient au CHU de Rabat.
- 80 soit 27,6% au CHU de Casablanca.
- 31 soit 10,7% au CHU de Fès.
- 26 soit 9% au CHU de Marrakech.



4) Heures de travail :

Les soignants déclaraient travailler $49,61 \pm 17,53$ heures par semaine en moyenne, avec des extrêmes de 8 et 110 heures.

D) Echelle MBI (Maslach Burn out Inventory):

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

- 140 soignants (**48,27%**) avaient un niveau élevé d'épuisement émotionnel, alors que 82 (28,27%) avait un score modéré et que 68(23,44%) n'exprimaient pas d'épuisement émotionnel.

- Le score moyen était de $28,65 (\pm 13,27)$; avec des extrêmes de (1 et 54).

- La dépersonnalisation touchait à un niveau élevé 62 soignants (**21,38%**), à un niveau modéré 76 soignants (26,20%) et épargnait 152 soignants (52,41%).

- Le score moyen de dépersonnalisation était de $6,97(\pm 6,30)$; avec des extrêmes de (0 et 30).

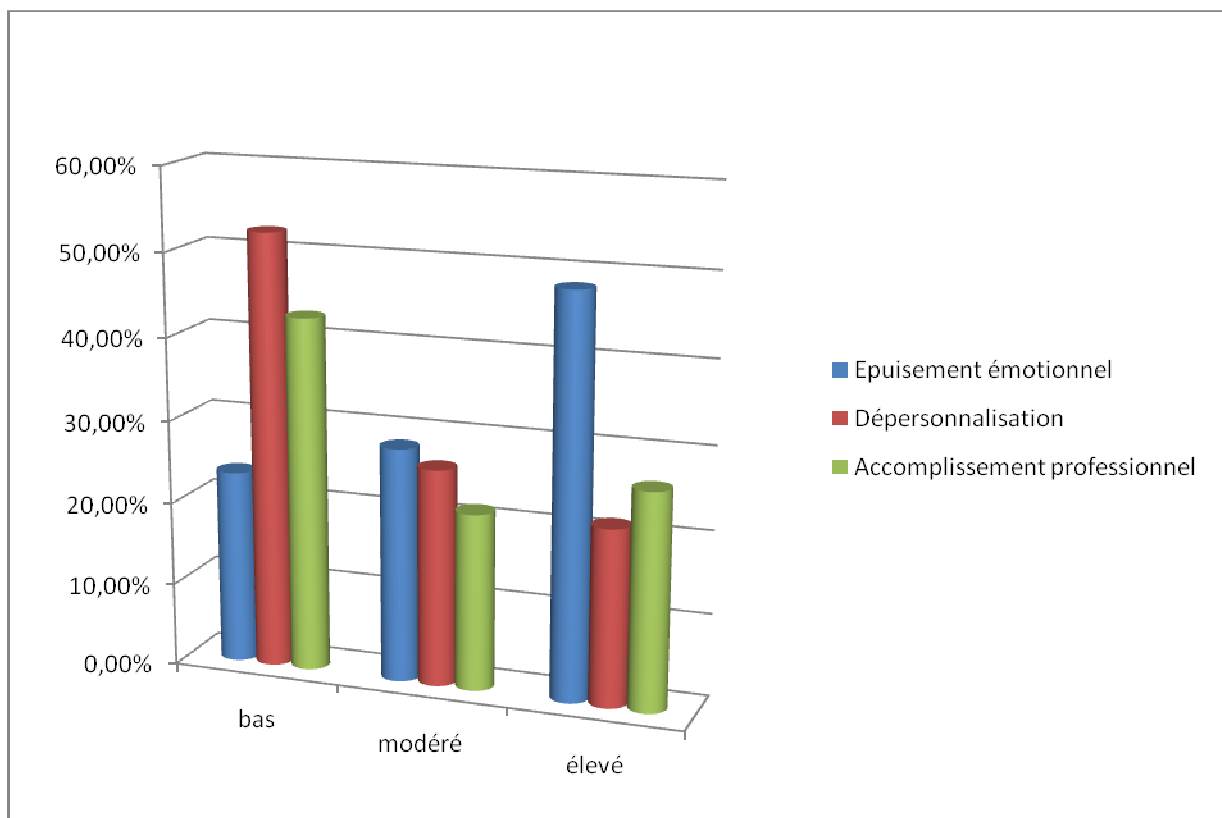
- L'accomplissement professionnel était élevé pour 76 soignants (26,20%), modéré pour 90 soignants (**31,03%**) et bas pour 124 soignants (42,75%)

- Le score moyen était de $33,64 (\pm 8,49)$; avec des extrêmes de (1 et 48).

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

	BAS	MODERE	ELEVE
<i>Épuisement émotionnel</i>	23,44%	28,27%	48,27%
<i>Dépersonnalisation</i>	52,41%	26,60%	21,38%
<i>Accomplissement professionnel</i>	42,75%	31,03%	26,20%

Figure 7 : Représentation des scores des trois composantes du Burn out



E) Les causes de l'épuisement professionnel ou du stress au travail :

Telles qu'elles sont perçues par 290 soignants, les causes de l'épuisement et leur fréquence sont représentées par le tableau 3 ci-dessous :

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

<i>Causes</i>	<i>Fréquence (%)</i>
La surcharge du travail	87,1
L'effectif réduit du personnel	80
Le rapport salaire/effort insatisfaisant	74,5
Le manque de moyens (outils diagnostics et thérapeutiques)	68,8
La mauvaise organisation du service	61 ,4
L'absence de récupération post garde	56,6
Le manque de reconnaissance de la part de la société	45,5
Le manque de communication au sein du corps médical	41,4
Les conflits avec les collègues	38 ,3
Certains cas complexes difficiles à prendre en charge	36 ,9
Les pressions administratives	36 ,6
Le manque de temps à consacrer aux patients	35,5
La peur de l'erreur médicale et de la poursuite judiciaire	27,9
Les exigences des patients et de leur famille	26,9
Le manque de respect de la part des patients	26,6

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...) (1,7%)
- le manque de motivation (1,4%)
- le comportement de certains médecins vis-à-vis des infirmières (1%)
- la formation insatisfaisante (0,7%)
- les problèmes familiaux (0,7%)
- l'inégalité au sein de l'équipe (0,3%)
- le « sabotage » (0,3%)

F) Les conséquences, en réponse à ce stress :

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

► Sur le plan émotionnel:

- 43,3% des soignants devenaient irritables,
- 41,7% étaient insatisfaits,
- 34,1% se sentaient en colère,
- 24,5% se sentaient tristes,
- 22,4% se trouvaient bloqué(e)s,
- 8,6% étaient indifférents,
- 4,5% se sentaient coupables.

► Sur le plan physique :

- 59,7% des soignants se plaignaient de troubles du sommeil,

- 43,3% présentaient des manifestations neurovégétatives à type de palpitations et de céphalées,
- 19% ressentait des douleurs inexplicables.
- Les autres manifestations recueillies en réponse à une question ouverte étaient les suivantes :

Une fatigue (10%), des épigastralgies (4,5%), une excitabilité et des troubles de concentrations (1,4%), une anorexie (1%), un sentiment d'inhibition (0,7%), des vomissements (0,3%), des poussées d'acné (0,3%)

► Sur le plan comportemental et relationnel :

- 176 soignants (60,68%) avaient développé des conduites addictives :
 - l'addiction la plus fréquente était aux aliments (33,4%), suivie par le tabac (17,6%), puis par les psychotropes (5,2%).
 - 11 personnes (3,8%) avaient tendance à se retourner vers l'alcool, 2 personnes (0,7%) vers la drogue.
- 57,2% des répondants ont choisi un comportement d'évitement en fuyant la source de stress en cause ; 6,2% s'absentaient de plus en plus fréquemment.
- 37,9% des soignants sentaient que leur rendement professionnel était en baisse.
- 55,5% affirmaient que ce stress retentissait sur leur relation avec le conjoint, la famille et l'entourage.
- Le regret du choix de ce métier était mentionné par 27,9% des soignants.
- Le désir de reconversion ou de mutation de travail venait à l'esprit de 39,3% d'entre eux.
- 6 personnes (2,1%) avouent avoir déjà eu des pensées suicidaires.

G) L'orientation de la carrière :

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

► Orientation initiale :

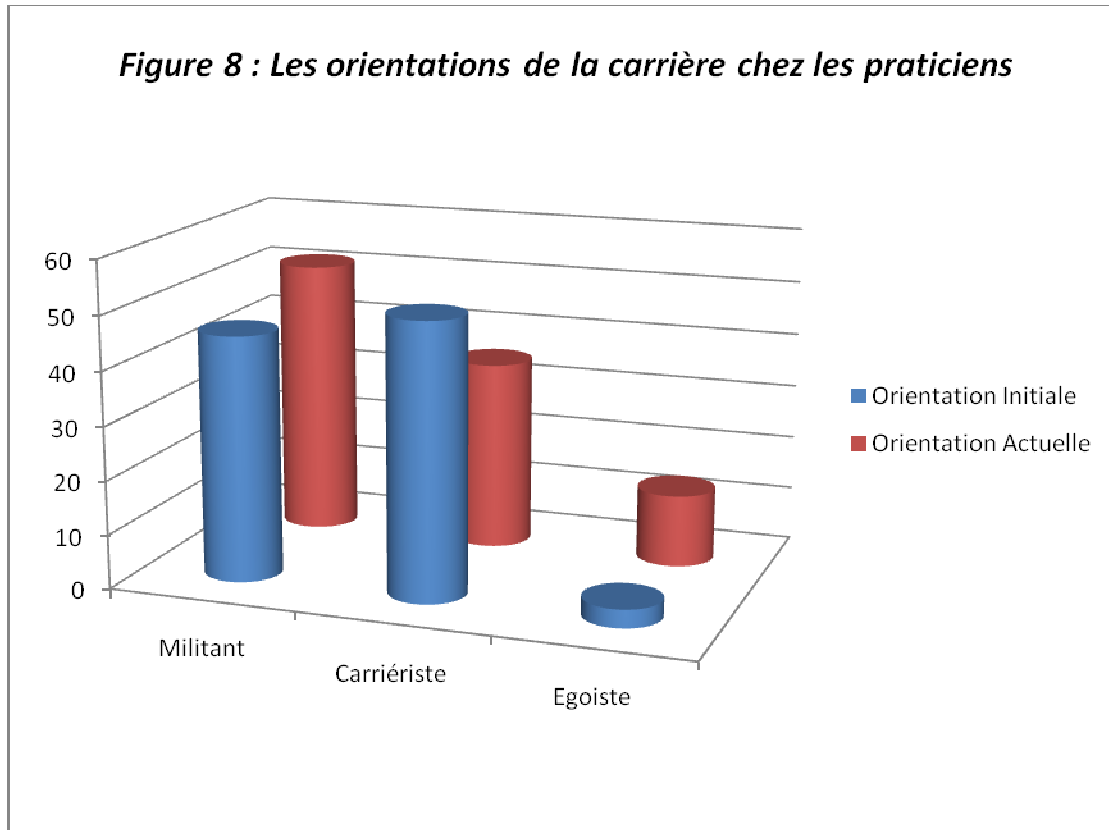
2 orientations animaient majoritairement les aspirations initiales des soignants en débutant leur carrière :

- D'une part le modèle du **carriériste** (51%), considérant son travail comme étant synonyme de succès, de prestige et de sécurité financière.
- D'autre part, le modèle de **l'activiste social** ou **militant** (45,5%), pour qui le travail représente un engagement plus qu'un emploi.
- Le modèle **égoïste**, objectivant le travail comme un simple instrument, ne correspondait qu'à 3,4% des soignants.

► Orientation actuelle :

- Le modèle **activiste social** ou **militant** dominait cette fois ci avec un pourcentage de 51%, 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 13,4%.

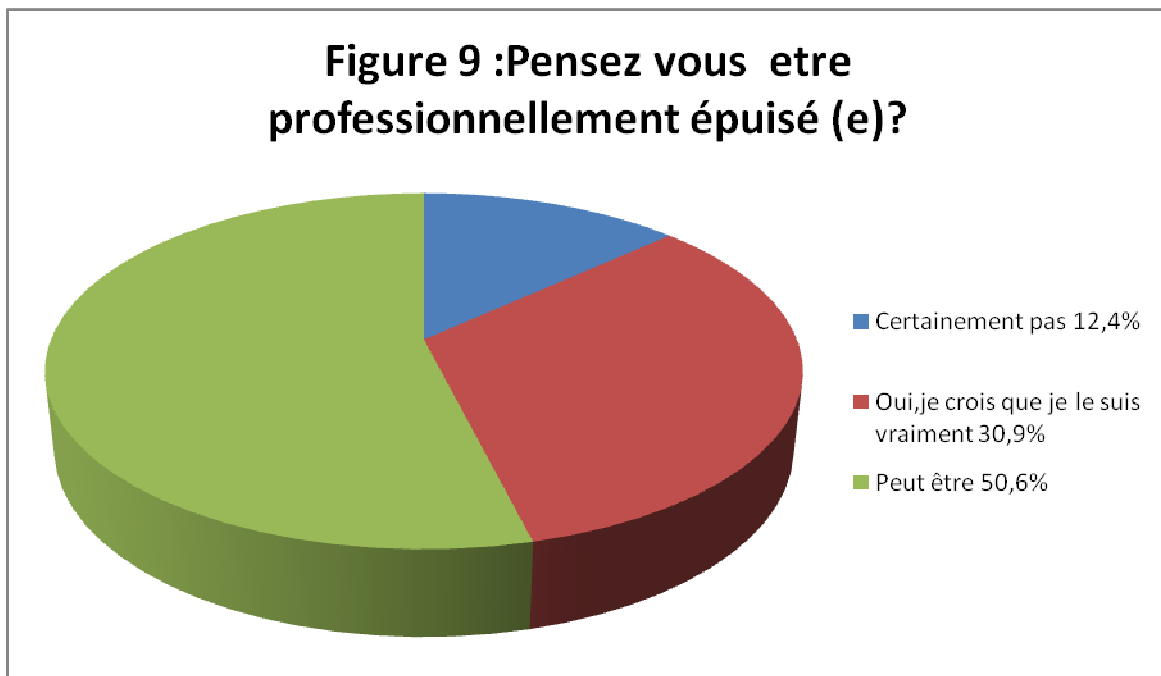


H) Constatation personnelle :

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

36,9% des soignants croyaient vraiment l'être, contre 12,4% qui trouvaient qu'ils ne l'étaient « certainement pas ».

Tandis que la moitié des soignants (50,6%) semblaient incertains et se sont contentés de répondre « peut être ».



I) Solutions et commentaires :

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

1) Solutions :

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

Nous avons donc tenté de les classer en plusieurs catégories:

a) Diminution de la charge du travail :

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

b) Gardes :

- Interdiction des gardes de 48h ; opter plutôt pour celles de 12h avec un effectif suffisant (au moins 2médecins et 4infirmiers/gardes).
- Récupération post garde.
- Amélioration des conditions de garde (repas, salle de repos).

c) Organisation du travail :

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

d) Amélioration des conditions de travail :

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

e) Amélioration de la formation :

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

f) Motivation du personnel :

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

● **Sur le plan matériel :**

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

● Sur le plan moral :

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

● Sur le plan social :

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

g) Activités de distraction :

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

h) Création d'une bonne ambiance de travail:

- Développer le sens de communication au sein du service.
- Consacrer un jour / semaine ou /mois pour discuter les problèmes du service et du personnel.
- Favoriser l'esprit du travail d'équipe.

- Respect et encouragement de toute l'équipe.
- « Moins d'agressions psychiques sur un personnel déjà épuisé et abattu sur tous les plans ».
- Plus de « souplesse » de la part des « responsables ».

i) Autres :

- Décider d'arrêter ou de se reconverter au besoin.
- Vivre avec les malades leurs souffrances.
- Assurer la gratuité pour les patients démunis.
- Rotation de service, tous les 6ans au maximum (Infirmiers).
- Se consacrer quasi exclusivement à l'enseignement et se décharger des fonctions administratives. «Après 50ans, il s'avère nécessaire de lever le pied concernant anesthésie et urgence » (Médecin Enseignant).
- Et enfin « Aimer son job ! ».

2) Commentaires

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

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

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

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

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

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

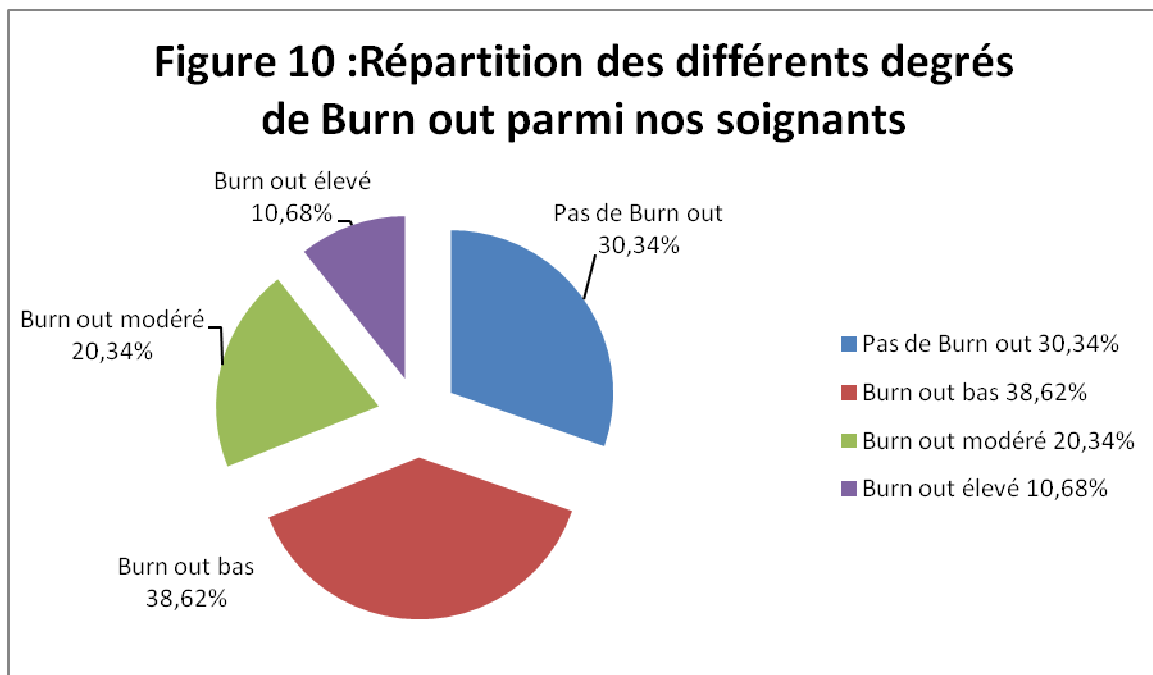
II) RESULTATS ANALYTIQUES :

● Dans notre population composée de 290 soignants :

202 (soit **69,65%**) présentaient un syndrome d'épuisement professionnel) et 88 (soit 30,34%) en étaient indemnes.

● Parmi ces 202 sujets épuisés:

- 112 (soit **38,62%**) avaient un niveau bas de Burn out ;
- 59 (soit **20,34%**) en avaient un niveau modéré ;
- 31 (soit **10,68%**) en avaient un niveau élevé.



A) Facteurs influençant la survenue du Burn out :

A-1) Influence des variables sociodémographiques :

1) Le sexe :

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

- Les hommes représentaient 51,5% des sujets qui avaient un syndrome d'épuisement professionnel (*ce qui correspond à 64,6% de notre population de praticiens hommes*) et 64,5% de ceux qui ne l'avaient pas.
- Les femmes représentaient 48,5% des sujets épuisés (*ce qui correspond à 76% de notre population de praticiennes femmes*) et 35,2% des sujets non épuisés.

-Cette association entre la survenue du Burn out et le sexe féminin est significative ($p=0,03$).

Tableau 4 : Influence du sexe sur le Burn out

	<i>Burn out</i>		<i>P</i>
	<i>Oui</i> <i>n=202</i>	<i>Non</i> <i>n=88</i>	
<i>Sexe</i>	104(51,5%)/ 98(48,5%)	57(64,8%)/31(35,2)	0,03

Masculin / Féminin

2) L'âge :

a) Age et Burn out :

La médiane d'âge des soignants épuisés est de 31 ans, avec un ET de 8,94 et des quartiles 25%-75% respectivement de 28 et 40.

Il n'existe pas d'association significative entre l'âge et l'apparition du Burn out ($p=0,33$).

Tableau 5 : Influence de l'âge sur le Burn out

	<i>Burn out</i>		<i>P</i>
	<i>Oui</i> <i>n=202</i>	<i>Non</i> <i>n=88</i>	
<i>Age</i>	31/ 8,94 /28-41	34/ 9,15 /28-41	0,33

Médiane/Ecart type/Quartile 25% -75%

b) Analyse des différentes tranches d'âge :

48% des soignants en Burn out avaient entre 20 et 30 ans et 29,2% d'entre eux avaient entre 30 et 40 ans.

L'épuisement professionnel se voit donc plus chez les jeunes praticiens. Cependant, il n'existe pas vraiment de lien significatif entre la tranche d'âge et le Burn out ($p=0,74$).

Tableau 6 : le Burn out en fonction des différentes tranches d'âge

		<i>Burn out</i>		<i>P</i>
		<i>Oui</i>	<i>Non</i>	
		<i>n=202</i>	<i>n=88</i>	
<i>Tranche d'âge</i>	<i>20-30 ans</i>	97(48%)	37(42%)	0,74
	<i>30-40 ans</i>	59(29,2%)	28(31,8%)	
	<i>40-50 ans</i>	31(15,3%)	17(19,3%)	
	<i>50-60 ans</i>	15(7,4%)	6(6,8%)	

3) *La situation familiale*

Sur les 202 personnes en Burn out, 81(soit 40,1%) sont célibataires et 115 sont marié(e)s (soit 56,9%),5 (soit 2,5%) sont divorcé(e)s et un seul veuf (soit 0,5%).

La survenue du Burn out n'est pas significativement liée à la situation familiale du soignant ($p=0,78$).

Tableau7 : Influence de la situation familiale sur le Burn out

		<i>Burn out</i>		<i>p</i>
		<i>Oui</i>	<i>Non</i>	
		<i>n=202</i>	<i>n=88</i>	
<i>Situation familiale</i>	<i>Célibataire</i>	81 (40,1%)	33(37,5%)	0,78
	<i>Marié(e)</i>	115 (56,9%)	52(59,1%)	
	<i>Divorcé(e)</i>	5(2,5%)	3 (3,4%)	
	<i>Veuf/veuve</i>	1(0,5%)	-	

A-2) Influence des variables professionnelles :

1) Le statut professionnel :

a) Statut professionnel et Burn out :

Parmi les 202 sujets en Burn out, on compte :

◆103 Médecins (soit 51%) dont - 17 Médecins enseignants (soit 8,4%)

- 10 Médecins spécialistes (soit 5%)

- 76 Médecins en formation (soit 37,6%)

Ce taux correspond à 67,5% des médecins.

◆99 Infirmiers (soit 49%), représentant 72,1% des infirmiers.

Le statut professionnel est significativement lié à la survenue du Burn out ($p=0,01$) ; *les Infirmiers* venant en première position au rang des épuisés, suivis directement des *Médecins Résidents*.

Tableau 8 : Médecins et infirmiers face au risque de Burn out

	<i>Burn out</i>		<i>P</i>
	<i>Oui</i> <i>n=202</i>	<i>Non</i> <i>n=88</i>	
<i>Statut professionnel</i>	103(51%)/99(49%)	51(56,8%)/ 39(43,2%)	0,70
<i>Médecin/Infirmier(e)</i>			

Tableau 9: Influence du statut professionnel sur le Burn out :

	<i>Burn out</i>		<i>P</i>	
	<i>Oui</i> <i>n=202</i>	<i>Non</i> <i>n=88</i>		
<i>Statut professionnel</i>	<i>Médecin enseignant</i>	17(8,4%)	19(21,6%)	0,01
	<i>Médecin spécialiste</i>	10(5%)	5(5,7%)	
	<i>Médecin en formation</i>	76(37,6%)	26(29,5%)	
	<i>Infirmier</i>	99(49%)	38(43,2%)	

b) Les causes du Burn out chez les infirmiers :

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

- Les pressions administratives. ($p=0,01$)
- Les exigences des patients et de leur famille. ($p=0,007$)
- La peur de l'erreur médicale et de la poursuite judiciaire. ($p=0,01$)
- Le rapport salaire/effort insatisfaisant. ($p=0,04$)

Tableau 10 : Les causes du Burn out chez les infirmiers

	<i>Burn out</i>		<i>P</i>
	<i>Oui</i> <i>n=222</i>	<i>Non</i> <i>n=88</i>	
<i>Surcharge de travail</i>	91(92,2%)	34(27,2%)	0,50
<i>Absence de Récupération post garde</i>	39(39,8%)	13(34,2%)	0,69
<i>Pressions administrative*</i>	46(46,9%)	9(23,7%)	0,01*
<i>Mauvaise Organisation du service</i>	60(61,2%)	21(55,3%)	0,56
<i>Effectif réduit du personnel</i>	81(82,7%)	30(78,9%)	0,62
<i>Manque de moyens</i>	48(49%)	22(57,9%)	0,44
<i>Manque de temps</i>	36(36,7%)	11(28,9%)	0,42
<i>Cas complexes</i>	31(31,6%)	7(18,4%)	0,14
<i>Exigences des patients et de leur famille*</i>	37(37,8%)	5(13,2%)	0,007*
<i>Manque de respect</i>	28(28,6%)	6(15,8%)	0,18
<i>Manque de reconnaissance</i>	48(49%)	13(34,2%)	0,13
<i>Peur de l'erreur médicale*</i>	24(24,5%)	2(5,3%)	0,01*
<i>Conflits avec les collègues</i>	39(39,8%)	11(28,9%)	0,32
<i>Manque de communication</i>	36(36,7%)	12(31,6%)	0,69
<i>Rapport Salaire /effort insatisfaisant*</i>	80(81,6%)	24(63,2%)	0,04*

c) Les causes du Burn out chez les médecins résidents :

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

- La mauvaise organisation du service. ($p=0,006$)
- Le manque de communication. ($p=0,006$)

Tableau 11 : les causes du Burn out chez les médecins résidents

	<i>Burn out</i>		<i>P</i>
	<i>Oui</i> <i>n=222</i>	<i>Non</i> <i>n=88</i>	
<i>Surcharge de travail</i>	70(90,9%)	21(80,8%)	0,17
<i>Absence de Récupération post garde</i>	63(81,8%)	22(84,6%)	1
<i>Pressions administrative</i>	21(31,6%)	7(26,9%)	0,8
<i>Mauvaise Organisation du service*</i>	51(66,2%)	9(34,6%)	0,006*
<i>Effectif réduit du personnel</i>	62(80,5%)	18(69,2%)	0,27
<i>Manque de moyens</i>	59(76,6%)	24(92,3%)	0,09
<i>Manque de temps</i>	32(41,6%)	6(23,1%)	0,10
<i>Cas complexes</i>	43(55,8%)	10(38,5%)	0,17
<i>Exigences des patients et de leur famille</i>	20(26%)	5(19,2%)	0,60
<i>Manque de respect</i>	25(32,5%)	8(30,8%)	1
<i>Manque de reconnaissance</i>	36(46,8%)	10(38,5%)	0,50
<i>Peur de l'erreur médicale</i>	34(44,2%)	9(34,6%)	0,49
<i>Conflits avec les collègues</i>	32(41,6%)	9(34,6%)	0,64
<i>Manque de communication*</i>	43(55,8%)	6(23,1%)	0,006*
<i>Rapport Salaire /effort insatisfaisant</i>	65(84,4%)	18(69,2%)	0,14

2) Le nombre d'années d'exercice :

La médiane d'années d'exercice des sujets épuisés est de 4ans, avec un ET de 9,16 et des quartiles 25%-75% respectivement de 3 et 15.

Le nombre d'années d'exercice n'a pas de lien significatif avec la survenue du syndrome d'épuisement professionnel ($p=0,58$).

Tableau 12 : Influence du nombre d'années d'exercice sur le Burn out

	<i>Burn out</i>		<i>P</i>
	<i>Oui</i> <i>n=202</i>	<i>Non</i> <i>n=88</i>	
<i>Années d'exercices</i>	4/9,16/3-15	8/8,85/2,25-15	0,58

Médiane/Ecart type/Quartile 25% -75%

3) Le lieu d'exercice:

Sur les 202 soignants touchés par l'épuisement professionnel :

- 106 soignants (52,2%) exerçaient au CHU de Rabat ; *représentant 69,3% des praticiens de Rabat.*
- 60 (29,7%) au CHU de Casablanca ; *soit 75% des praticiens de Casablanca.*
- 20 (9,9%) au CHU de Fès ; *soit 61,5% des praticiens de Fès.*
- 16 (7,9%) au CHU de Marrakech ; *soit 69,7% des praticiens de Marrakech.*

Le risque de survenue du Burn out n'est pas significativement lié au lieu d'exercice. ($p=0,51$)

Tableau 13 : Influence du lieu d'exercice sur le Burn out :

		<i>Burn out</i>		<i>P</i>
		<i>Oui</i> <i>n=202</i>	<i>Non</i> <i>n=88</i>	
<i>Lieu d'exercice (CHU)</i>	<i>Rabat</i>	106(52,5%)	47 (53,4%)	0,51
	<i>Casablanca</i>	60(29,7%)	20(22,7%)	
	<i>Fès</i>	20(9,9%)	11(12,5%)	
	<i>Marrakech</i>	16 (7,9%)	10(11,4%)	

4) Le nombre d'heures de travail par semaine :

La médiane des heures de travail chez les sujets épuisés est de 43,5H, avec un ET de 17,15 et des quartiles 25%-75% respectivement de 36 et 60.

Il n'existe pas de relation significative entre le nombre d'heures de travail et la survenue du Burn out ($p=0,79$).

Tableau 14 : Influence du nombre d'heures de travail sur le Burn out :

	<i>Burn out</i>		<i>P</i>
	<i>Oui</i> <i>n=202</i>	<i>Non</i> <i>n=88</i>	
<i>Heures de travail</i>	43,5/17,15/36-60	48/18,46/36-60	0,79

Médiane/Ecart type/Quartile 25% -75%

A-3) Les causes du stress au travail et leur influence sur le Burn

out :

► La recherche en *analyse uni variée* (tableau 14) a permis de retenir six causes comme significativement liées au Burn out. Ce sont :

- Les pressions administratives. ($p=0,03$)
- La mauvaise organisation du service. ($p=0,02$)
- Le manque de reconnaissance. ($p=0,04$)
- La peur de l'erreur médicale et de la poursuite judiciaire. ($p=0,003$)
- Le manque de communication au sein du corps médical et paramédical. ($p=0,03$)
- Le rapport salaire/effort insatisfaisant ($p=0,02$)

► Dans un second temps, tous les facteurs préalablement étudiés ont été introduits dans une *régression logistique* (tableau 15) ; Celle ci n'en a retenu que quatre comme *causes indépendantes du Burn out* :

- Le statut professionnel, multipliant le risque de survenue du Burn out par 2,77 pour les Médecins résidents et par 2,63 pour les Infirmiers.
- Le manque d'organisation au sein du service, multipliant ce risque par 1,88.
- La peur de l'erreur médicale et de la poursuite judiciaire, augmentant le risque de survenue de l'épuisement de 2,09.
- Le rapport salaire /effort insatisfaisant, augmente ce risque de 1,93.

Tableau 15 : Influence des différents facteurs de stress au travail sur le Burn out**(Analyse univariée)**

	<i>Burn out</i>		<i>P</i>
	<i>Oui</i> <i>n=222</i>	<i>Non</i> <i>n=88</i>	
<i>Surcharge de travail</i>	182(90,1%)	73(83%)	0,11
<i>Absence de Récupération post garde</i>	115(56,9%)	50(56,8%)	1
<i>Pressions administrative*</i>	82(64,6%)	24(27,3%)	0,03*
<i>Mauvaise Organisation du service *</i>	132(65,3%)	45(51,1%)	0,02*
<i>Effectif réduit du personnel</i>	165(81,7%)	67(76,1%)	0,33
<i>Manque de moyens</i>	132(65,3%)	66(75%)	0,13
<i>Manque de temps</i>	77(38,1%)	23(26,1%)	0,06
<i>Cas complexes</i>	80(39,6%)	26(29,5%)	0,11
<i>Exigences des patients et de leur famille</i>	64(31,7%)	15(17%)	0,08
<i>Manque de respect</i>	59(77,6%)	17(19,3%)	0,08
<i>Manque de reconnaissance*</i>	101(50%)	32(36,4%)	0,04*
<i>Peur de l'erreur médicale*</i>	67(82,7%)	14(15,9%)	0,003*
<i>Conflits avec les collègues</i>	83(41,1%)	30(34,1%)	0,29
<i>Manque de communication*</i>	92(45,5%)	28(23,3%)	0,03*
<i>Rapport Salaire /effort insatisfaisant*</i>	162(80,2%)	55(62,5%)	0,02*

Tableau 16 :Les causes indépendantes du Burn out (Analyse multivariée)

	β	RR	P	IC 95%
<i>Statut professionnel (Médecins Résidents)</i>	1,02	2,77	0,02	[1,15 – 6,66]
<i>Statut professionnel (Infirmiers)</i>	0,97	2,63	0,02	[1,12 – 6,2]
<i>Mauvaise organisation du service</i>	0,63	1,88	0,03	[1,05 – 3,34]
<i>Peur de l'erreur médicale</i>	0,7	2,09	0,04	[1,0 – 4,0]
<i>Rapport salaire effort insatisfaisant</i>	0,66	1,93	0,03	[1,06 – 3,5]

A-4) Le Burn out et ses conséquences :

Les conséquences observées chez nos 202 soignants présentant un syndrome d'épuisement professionnel sont les suivantes :

- ❖ 37 personnes (soit **18,3%**) avaient tendance à se tourner vers le tabac, 9 personnes (soit **4,5%**) vers l'alcool, 77 personnes (soit **38,1%**) vers les aliments.
- ❖ 12 personnes (soit **5,9%**) utilisaient des médicaments psychotropes.
- ❖ La consommation de drogues a été retrouvée chez 2 personnes (soit **1%**)
- ❖ 116 personnes (soit **57,4%**) tentaient d'éviter la source du stress.
- ❖ 17 personnes (soit **8,4%**) commençaient à s'absenter de plus en plus fréquemment.
- ❖ 95 personnes (soit **47%**) sentaient que leur rendement professionnel était en baisse.
- ❖ Chez 119 personnes (soit **58,9%**), le stress au travail retentissait sur la relation avec le conjoint, la famille et l'entourage.
- ❖ 69 soignants (soit **34,2%**) regrettaient d'avoir choisi ce métier.
- ❖ 94 personnes (soit **46,5%**) ont exprimé un désir de reconversion ou de mutation de travail.
- ❖ 6 personnes (soit **3%**) avouent avoir déjà eu des pensées suicidaires.

B) Facteurs influençant les trois degrés de Burn out :

B-1) Facteurs sociodémographiques :

1) Le sexe :

Sur les 31 sujets présentant un niveau élevé de Burn out, 20 (64,5%) étaient des femmes (*ce qui correspond à 20,4% de l'ensemble des femmes*) et 11(soit 35,5%) étaient des hommes (*ce qui correspond à 10,6% de l'ensemble des hommes*).

Il n'existe pas de lien significatif entre le sexe et le degré élevé, modéré ou bas du Burn out. ($p=0,14$)

Tableau 17 : Influence du sexe sur le degré de Burn out

	<i>Degré de Burn out</i>			<i>p</i>
	<i>Elevé</i> <i>n=31</i>	<i>Modéré</i> <i>n=59</i>	<i>Bas</i> <i>n=112</i>	
<i>Sexe</i>	11(35,5%)/20(64,5%)	31(52,5%)/28(47,5%)	62(55,4%)/50(44,6%)	0,14

Masculin/Féminin

2) L'âge :

a) Age et degré de Burn out :

La médiane d'âge des soignants ayant respectivement des degrés *élevé*, *modéré* et *bas* de Burn sont de 34,35 ans ($\pm 10,16$) ; 33,88ans ($\pm 9,42$) et 33,96ans ($\pm 8,93$).

Le jeune âge revient dans les 3 niveaux. Néanmoins, on ne retrouve pas de lien significatif entre cette variable et les différents degrés de Burn out .
($p=0,97$)

Tableau 18 : Influence de l'âge sur le degré Burn out

	<i>Degré de Burn out</i>			<i>P</i>
	<i>Elevé</i>	<i>Modéré</i>	<i>Bas</i>	
	<i>n=31</i>	<i>n=59</i>	<i>n=112</i>	
<i>Age</i>	34,35/10,16/23-60	33,88/ 9,42/23-55	33,96/8,93/22-60	0,97

Moyenne/ET/Minimum-Maximum

b) Analyse des différentes tranches d'âge :

48,5% des soignants ayant un degré élevé de Burn out ont entre 20 et 30 ans ; 55,9% des sujets ayant un degré modéré appartiennent également à cette même tranche d'âge.

On ne note pas de relation significative entre la tranche d'âge et la survenue du Burn out. ($p=0,28$)

Tableau 19 : Les trois degrés de Burn out en fonction des tranches d'âge

		<i>Degré de Burn out</i>			<i>P</i>
		<i>Elevé</i>	<i>Modéré</i>	<i>Bas</i>	
		<i>n=31</i>	<i>n=59</i>	<i>n=112</i>	
<i>Tranches d'âge</i>	<i>20-30 ans</i>	15(48,5%)	33(55,9%)	49(43,8%)	0,28
	<i>30-40 ans</i>	9(29%)	11(18,6%)	39(34,8%)	
	<i>40-50 ans</i>	3(9,7%)	10(16,9%)	18(16,1%)	
	<i>50-60 ans</i>	4(12,9%)	5(8,5%)	6(5,4%)	

3) La situation familiale :

61,3% des praticiens présentant un niveau élevé d'épuisement professionnel et 50,8% de ceux présentant un niveau modéré étaient célibataires.

On ne retrouve pas de lien significatif entre la situation familiale et la gravité du Burn out. ($p=0,22$)

Tableau20 : Influence de la situation familiale sur le degré de Burn out

	<i>Degré de Burn out</i>			<i>p</i>
	<i>Elevé</i>	<i>Modéré</i>	<i>Bas</i>	
	<i>n=31</i>	<i>n=59</i>	<i>n=112</i>	
<i>Célibataire</i>	12(38,7%)	30(50,8%)	39(34,8%)	0,22
<i>Marié(e)</i>	19(61,3%)	27(45,8%)	69(61,6%)	
<i>Divorcé(e)</i>	-	1(1,7%)	4(3,6%)	
<i>Veuf/veuve</i>	-	1(1,7%)	-	

B-2) Variables professionnelles et Burn out:

1) Le statut professionnel :

Sur les 31 soignants ayant un degré élevé de Burn out, 16(soit 51,6%) étaient des médecins résidents, 2 étaient des médecins spécialistes (soit 6,5%) et 2 étaient des médecins enseignants (soit 6,5%) ;Ceci correspond à 19,2% de l'ensemble des médecins .

11 sujets (soit 35,5%) étaient des infirmiers, représentant 11,2% de l'ensemble des infirmiers.

Sur les 59 sujets présentant un niveau modéré de Burn out, 35(soit 59,3%) étaient des infirmiers et 21 (soit 35,6%) étaient des médecins résidents.

Cependant, on ne retrouve pas de lien significatif entre le statut professionnel et le degré de Burn out ($p=0,08$ et $p=0,14$)

Tableau 21 : Le degré de Burn out entre Médecins et Infirmiers

	<i>Degré de Burn out</i>			
	<i>Elevé</i>	<i>Modéré</i>	<i>Bas</i>	<i>p</i>
	<i>n=31</i>	<i>n=59</i>	<i>n=112</i>	
<i>Statut</i>	20(64,5%)/11(35,5%)	24(40,7%)/35(59,3%)	60(53,6%)/52(46,4%)	0,08
<i>Médecin/Infirmier</i>				

Tableau 22 :Influence du statut professionnel sur le degré de Burn out :

	<i>Burn out</i>			<i>P</i>	
	<i>Elevé</i> n=31	Modéré n=59	<i>Elevé</i> n=112		
<i>Statut professionnel</i>	<i>Médecin enseignant</i>	2(6,5%)	2(3,4%)	13(11,6%)	0,14
	<i>Médecin spécialiste</i>	2(6,5%)	1(1,7%)	7(6,3%)	
	<i>Médecin en formation</i>	16(51,6%)	21(35,6%)	39(34,8%)	
	<i>Infirmier</i>	11(35,5%)	35(59,3%)	53(47,3%)	

2) Le nombre d'années d'exercice :

La moyenne d'années d'exercice chez les soignants ayant respectivement des degrés élevé, modéré et bas était de 8,77 ($\pm 10,12$) ; 9,78 ($\pm 10,07$) et 8,88($\pm 8,43$).

Il n'ya pas d'association significative entre le nombre d'années d'exercice et le degré d'épuisement professionnel(0,80).

Tableau 23 : Influence du nombre d'années d'exercice sur le degré de Burn out

	<i>Degré de Burn out</i>			<i>p</i>
	<i>Elevé</i> n=31	<i>Modéré</i> n=59	<i>Bas</i> n=112	
<i>Années d'exercice</i>	8,77/10,12/1-31	9,78/10,07/1-36	8,88/8,43/1-37	0,80

Moyenne/ET/Minimum-Maximum

3) Le lieu d'exercice:

45,2% des praticiens du CHU de Casablanca présentent un niveau élevé de Burn out et 40,7% en avaient un niveau modéré.

Au CHU de Rabat, 35,5% des soignants un niveau de Burn out élevé et 49,2% en avaient un niveau modéré

Il existe bien un lien significatif entre le lieu d'exercice et le degré du Burn out. ($p=0,02$)

On retrouve ainsi les séquences suivantes :

A Casablanca : élevé > modéré > bas

A Rabat : bas > modéré > bas

A Fès : élevé > bas > modéré

A Marrakech : bas > élevé > modéré

Tableau 24 : Influence du lieu d'exercice sur le degré de Burn out :

		<i>Degré de Burn out</i>			<i>P</i>
		<i>Elevé</i> <i>n=31</i>	<i>Modéré</i> <i>n=59</i>	<i>Bas</i> <i>n=112</i>	
<i>Lieu</i> <i>d'exercice</i> <i>(CHU)</i>	<i>Rabat</i>	11(35,5%)	29(49,2%)	66(58,9%)	0,02
	<i>Casablanca</i>	14(45,2%)	24(40,7%)	22(19,6%)	
	<i>Fès</i>	4(12,9%)	4(6,8%)	12(10,7%)	
	<i>Marrakech</i>	2(6,5%)	2(3,4%)	12(75%)	

4) **Le nombre d'heures de travail par semaine :**

Les praticiens souffrant d'un degré élevé de Burn out travaillaient 53,32 heures par semaine en moyenne ; 45 heures pour ceux qui présentent un degré moyen et 50,46 heures avec un niveau bas de Burn out.

Le nombre d'heures de travail par semaine est significativement associé au degré du Burn out ($p=0,05$).

Tableau 25 : Influence du nombre d'heures de travail par semaine sur le degré de

	<u>Burn out</u>			<i>p</i>
	<i>Degré de Burn out</i>			
	<i>Elevé n=31</i>	<i>Modéré n=59</i>	<i>Bas n=112</i>	
<i>Heures de travail</i>	53,32/19,76/25-108	45,10/13,56/16-86	50,46/17,77/30-108	0,05

Moyenne/ET/Minimum-Maximum

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

En *analyse uni variée*, trois facteurs étaient significativement associés à l'augmentation du degré de Burn out (Tableau 25). Il s'agit de :

- La surcharge de travail. ($p=0,02$)
- Les exigences des patients et de leur famille. ($p=0,01$)
- Le manque de respect de la part des patients. ($p=0,007$)

Une fois ces facteurs introduits dans une *régression logistique*, nous n'avons pu retenir aucun d'entre eux comme facteur indépendant. (Tableau 2)

Tableau 26 : Facteurs influençant le degré du Burn out bas à modéré VS élevé**(Analyse Uni variée)**

	<i>B</i>	<i>RR</i>	<i>p</i>	<i>IC 95%</i>
<i>Surcharge de travail*</i>	1,27	3,58	0,02	[1,15 – 11,3]
<i>Absence de Récupération post garde</i>	0,47	1,6	0,1	[0,91 – 2,83]
<i>Pressions administrative</i>	0,37	1,44	0,19	[0,82 – 2,55]
<i>Mauvaise Organisation du service</i>	0,46	1,59	0,12	[0,88 – 2,85]
<i>Effectif réduit du personnel</i>	0,33	1,4	0,36	[0,67 – 2,91]
<i>Manque de moyens</i>	0,46	1,59	0,12	[0,88 – 2,88]
<i>Manque de temps</i>	0,31	1,36	0,28	[0,77 – 2,42]
<i>Cas complexes</i>	-0,05	0,94	0,85	[0,53 – 1,67]
<i>Exigences des patients et de leur famille*</i>	0,78	2,19	0,01*	[1,2 – 4,01]
<i>Manque de respect*</i>	0,84	2,33	0,007*	[1,25 – 4,33]
<i>Manque de reconnaissance</i>	0,32	1,37	0,25	[0,79 – 2,4]
<i>Peur de l'erreur médicale</i>	-0,16	0,84	0,57	[0,46 – 1,52]
<i>Conflits avec les collègues</i>	0,41	1,51	0,14	[0,86 – 2,66]
<i>Manque de communication</i>	-0,08	0,92	0,77	[0,52– 1,61]
<i>Rapport Salaire /effort insatisfaisant*</i>	0,49	1,64	0,17	[0,79 – 3,36]

Tableau 27 : Facteurs influençant le degré du Burn out bas à modéré VS élevé (Analyse Multivariée)

	<i>B</i>	<i>RR</i>	<i>P</i>	<i>IC 95%</i>
<i>Surcharge de travail</i>	1,06	2,89	0,07	[0,91 – 9,16]
<i>Exigences des patients et de leur famille</i>	0,46	1,59	0,18	[0,80 – 3,12]
<i>Manque de respect</i>	0,56	1,75	0,11	[0,88 – 3,51]

B-4) Les conséquences selon le degré de Burn out :

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

Tableau 28 : Les conséquences perçues selon le degré du Burn out

	<i>Degré de Burn out</i>		
	<i>Elevé</i> <i>n=31</i>	<i>Modéré</i> <i>n=59</i>	<i>Bas</i> <i>n=112</i>
<i>Consommation de tabac</i>	4(12,9%)	17(28,8%)	16(14,3%)
<i>Consommation d'alcool</i>	1(3,2%)	3(5,1%)	5(4,5%)
<i>Consommation de drogues</i>	-	1(1,7%)	1(0,9%)
<i>Consommation d'aliments</i>	13(41,9%)	19(32,3%)	45(40,2%)
<i>Consommation de psychotropes</i>	3(9,7%)	2(3,4%)	7(6,3%)
<i>Eviction de la source de stress</i>	17(54,8%)	29(49,2%)	70(62,5%)
<i>Absentéisme</i>	6(19,4%)	6(10,2%)	5(4,5%)
<i>Baisse du rendement professionnel</i>	19(61,3%)	28(47,5%)	48(42,9%)
<i>Retentissement relationnel</i>	20(64,5%)	32(54,2%)	67(59,8%)
<i>Regret du choix du métier</i>	12(38,7%)	34(57,6%)	23(20,5%)
<i>Désir de reconversion/mutation</i>	15(48,4%)	28(47,5%)	51(45,5%)
<i>Pensées suicidaires</i>	1(3,2%)	1(1,7%)	4(3,6%)

-Conclusions-

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

- ✓ **Le statut professionnel** (Infirmiers et Médecins Résidents étant les plus touchés par le syndrome.)
- ✓ **La mauvaise organisation du service.**
- ✓ **La peur de l'erreur médicale et de la poursuite judiciaire.**
- ✓ **Le rapport salaire/effort insatisfaisant.**

Le sexe féminin, la présence de pressions administratives, le manque de reconnaissance et l'absence de communication au sein de l'équipe sont significativement liés à la survenue du Burn out uniquement en analyse univariée.

► Pour ce qui est des facteurs **indépendants** influençant le degré de Burn out, l'analyse multivariée n'en a retenu **aucun**.

Nous mentionnerons tout de même que le lieu d'exercice, le nombre d'heures de travail, la surcharge de travail, les exigences du patient et de leur famille et aussi le manque de respect semblent être significativement liés au degré d'épuisement professionnel en analyse univariée.



DISCUSSION



© www.dermatologie-soignant.com

INTRODUCTION

Témoignage d'un Médecin en formation dans un service de réanimation, chez qui il n'était pas difficile, rien qu'en abordant le sujet, de détecter la souffrance malgré ses tentatives de « camouflages » en ajoutant un sens de l'humour à ses mots.

Si c'était à refaire ???

Une chose est certaine...Jamais je n'aurais atterris dans ce service !

J'ai toujours rêvé de ce métier .A l'école, lorsqu'on nous posait la fameuse question classique « Que veux-tu devenir quand tu seras grand? », je répondais toujours et avec détermination « Médecin »...

Et quand on me demandait pourquoi...Ma réponse était la même aussi « pour soigner des malades qui souffrent et sauver des vies »

Je viens de m'apercevoir que je suis entrain de ruiner la mienne et que personne n'est là pour alléger mes peines à moi !

Oui, je pense être réellement épuisée sur tous les plans..Aussi bien physique que psychique...

Je suis consumée par un travail qui ne finit jamais, des gardes esquinçantes avec des moyens quasi absents, des seniors qui te bombardent de tâches et qui te mettent toute la pression du monde...un pauvre mari qui ne cesse de se plaindre, des parents qui n'ont pas le droit à la paix même après tout ce que je leur ai fait subir tout au long de ce parcours, ils se trouvent encore une fois dans

l'obligation de prendre soin de ma fille qui va bientôt oublier le visage de sa maman...

Bref, tout ce qu'il faut pour que ta journée soit « merveilleusement stressante », exactement comme celle qui l'a précédé et celle qui la suivra...

Et attention...on n'a pas le droit à l'erreur ni même à se plaindre...C'est ton choix, tu l'assumes et c'est comme ça !

Je l'aurais bien voulu oui, sauf que je ne suis pas une machine, même celles-ci ont droit à la panne à ma connaissance, non ?

Je suis un être humain et il y'a des moments où je sens que je suis saturée et que je n'en peux plus tout simplement...

On s'est tous battu au début pour changer ces conditions de travail..Maintenant je ne cherche qu'à changer ma vie et non pas le monde ...

Ce métier noble que j'ai choisi n'est plus la source de satisfaction dont j'ai toujours rêvé, c'est devenu un véritable fardeau...

Mais bon..Que dire encore..Tout est de la faute de Clooney*.. Il nous a bien induits en erreur, non ?

*(*Georges Clooney en rôle de médecin dans la série américaine ER « urgences »)*

I. EPIDEMIOLOGIE : LE BURN OUT EN CHIFFRES

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

► Sur le plan opérationnel, plusieurs définitions ont été retenues et plusieurs outils ont été utilisés lors de la réalisation des différentes études.

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. [26]

D'autres le définissent comme un score élevé sur l'échelle d'épuisement émotionnel ou sur l'échelle de dépersonnalisation. [27,26]

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

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

On signalera aussi que, 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 [28] ce qui impose la prudence dans la comparaison des scores entre différents pays.

► Pour ce qui est de la population étudiée, et malgré le fait que la spécialité d'Anesthésie Réanimation soit réputée être l'une des spécialités les plus touchées par le syndrome (avoisinée par la Psychiatrie et la Médecine Générale)[29], le nombre d'enquêtes réalisées auprès des praticiens reste relativement faible et les études sont majoritairement descriptives.

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

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

A) Le Burn out en milieu de réanimation :

► Selon un rapport de la SFAR (La société Française d'anesthésie et de Réanimation), le syndrome d'épuisement professionnel concernerait actuellement 20 à 50% des Médecins Anesthésistes Réanimateurs. [30]

La majorité des études concernant des effectifs faibles, la SFAR va jusqu'à proposer un questionnaire en ligne [31] pour évaluer ce syndrome sur un plus grand nombre de praticiens français.

► Selon les résultats d'une étude portugaise, les anesthésistes seraient les plus concernés parmi les médecins puisque 50 à 60% de l'ensemble des anesthésistes y seraient sujets. [32,33]

Nos résultats qui annoncent que **69,65%** des praticiens sont en Burn out, représentant **67,5%** des médecins et **72,1%** des infirmiers, dépasseraient de loin ceux inclus dans la marge de la SFAR mais aussi ceux de l'étude portugaise.

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

► Dans une autre enquête réalisée auprès des réanimateurs français, un niveau élevé d'épuisement professionnel a été observé chez **46,5%** des médecins réanimateurs [34] et chez **32,5%** des soignants paramédicaux (infirmiers, aide- soignants et cadres de santé).[35]

En les comparant à nos résultats qui ont dévoilé un niveau élevé de Burn out chez 19,2% des médecins et 32,5% des infirmiers, on peut se sentir relativement rassurés par rapport à la gravité du degré de Burn out qui semble faire ses premiers pas chez nous.

Chez les urgentistes Français de la Réunion, le Burn out était mentionné chez 17,4% des soignants (médicaux et non médicaux. [36]

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

Le niveau de Burn out était élevé chez 20,5% des praticiens et modéré chez 76% d'entre eux.

99% avaient un niveau élevé à moyen d'épuisement émotionnel, 73% des soignants avaient un niveau moyen à élevé de dépersonnalisation et 64,5% avaient un niveau moyen à élevé de manque de sentiment d'accomplissement professionnel. [37]

Notre enquête a porté sur 290 praticiens d'Anesthésie-Réanimation dont 69% ont affirmé avoir ressenti les signes du Burn out.

10,68% souffraient d'un niveau élevé de Burn out, 20,34% en avaient un niveau modéré et 38,62% avaient un niveau bas.

Un niveau élevé d'épuisement émotionnel était retrouvé chez 48,27% des praticiens ; Il est élevé à modéré chez 76,54% d'entre eux.

Un niveau élevé de dépersonnalisation existait chez 21,38% ; il est élevé à modéré chez 47,98%.

Un niveau élevé d'accomplissement professionnel se voyait chez 42,75% ; il est bas à modéré chez 73,78% d'entre eux.

Il ne paraît pas logique de comparer les résultats de notre étude multicentrique à ceux d'un seul centre compris dans ce travail même. Cependant, ces chiffres manifestement élevés au CHU de Casablanca vont dans le même sens de nos données sur le lieu d'exercice : en effet, le plus haut niveau de Burn out fut marqué au niveau du CHU de Casablanca (45,2%) avec l'existence d'un lien significatif entre ces deux variables.

Pour expliquer ceci, on peut supposer que le stress de la vie quotidienne qui est connu atteindre son plafond dans cette ville, aurait une influence sur la majoration du stress au travail ; La haute densité démographique représentée par le taux élevé des demandeurs de soins drainés vers l'hôpital pourrait également justifier ces chiffres élevés.

B) Le Burn out chez les autres soignants :

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

1) En France :

Plusieurs régions ont été étudiées sous cet aspect :

♣ Bourgogne 2001, Champagne -Ardenne 2002et Poitou-Charentes 2004)
[37,38,40]

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[26], Rhône-Alpes 2004[41], Indre-et-Loire 2005[41], Cher 2006[43], Luxembourg 2007 [44]

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). [45]

2) Au canada :

27% des médecins généralistes et des médecins de Famille seraient victimes du Burn out selon une étude réalisée en 2008. [46]

3) En suisse :

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

Chez les médecins de premiers secours, 20% montraient des indices de Burn out et 35% ont admis avoir du mal à chercher de l'aide. [47]

4) Au Maroc :

Partant du principe que la situation devrait être encore plus délicate dans les pays en voie de développement (manque d'effectifs et 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. [48]

II. LES ETAPES DU BURN OUT : [9][49]

Il est rare que le syndrome d'épuisement professionnel s'installe d'emblée d'un seul tenant.

Comportant différents degrés d'intensité et suivant une progression étalée sur des mois ou même des années, l'épuisement est plutôt insidieux, si bien qu'il peut être, la plupart du temps, décrit en 4 phases successives : [49,50]

A) Phase d'enthousiasme idéaliste :

Il s'agit d'une allure qui caractérise le débutant, avec des attitudes chimériques, des espoirs irréalistes et un optimisme démesuré.

Tout paraît beau. Le soignant est plein d'énergie, il a de grands idéaux, il va transformer le monde, il va changer les patients et en guérir plusieurs, sinon tous.

Cela s'associe à un surinvestissement dans sa fonction propre : il se donne presque entièrement à son travail qui constitue sa source de gratification première.

Le professionnel se donne à l'impression que le travail va remplir sa vie et combler toutes ses carences. Il s'y investit pleinement, d'où cette notion de « brûlure ».

B) Phase de stagnation inefficace :

Le soignant commence à s'essouffler, les choses ne se passent pas comme prévues, les patients ne changent pas vite, l'administration ne coopère pas assez et les demandes de soins ne diminuent pas.

Même en décidant de consacrer plus de temps, d'énergie et d'efforts à son travail, ceci ne produit pas les résultats escomptés. Il a donc l'impression de « frapper contre un mur »

Le travail commence à perdre son aspect primordial et il se produit un désinvestissement progressif qui fait qu'il n'est plus vécu comme excitant. L'individu se replie ainsi dans sa « carapace »

C) Phase de désillusion, de frustration :

C'est à ce moment là que se développent classiquement les troubles physiques, comportementaux et émotionnels du syndrome.

Le sujet s'interroge sur le sens de son travail, remet en cause ses choix, se sent mal et n'a plus envie de travailler. « Ca sert à quoi ? Est-ce que ça en vaut vraiment la peine ? »

Il commence à douter de lui, de son jugement, de ses capacités et de son efficacité dans la relation d'aide.

Une période de questionnement sur la pertinence de ses choix professionnels s'installe alors. « Ce serait-il trompé, serait-il entrain de faire fausse route ? »

Les patients deviennent de plus en plus lourd à tolérer, le personnel n'offre pas l'appui désiré, les patients sont perçus comme ingrats et ennuyeux, même les confrères semblent manquer de respect professionnel.

Le médecin, de plus en plus dévalorisé et ne jouissant plus de la considération d'antan, se sent mal à la maison : il dort moins bien, est plus tendu, se sent moins près des siens, de son conjoint et de ses enfants ; Sa vie familiale ou intime s'en trouve appauvrie.

Apparaissent ensuite les problèmes de santé que le soignant tente de s'auto-traiter, maladroitement, en utilisant des médicaments ou d'autres substances (alcool, drogue). Des mesures n'ayant souvent pour effet que d'accélérer le processus qui suit.

L'envie de mutation ou de reconversion survient, associée à l'impression qu'il ne pourra rien faire d'autre, qu'il est un « bon à rien ».

C'est à ce moment crucial que la réaction dépressive le guette.

D) Phase d'apathie, de démoralisation :

Le candidat sur la voie du « Burn out » se sent alors nettement dépassé, incompetent et presque chroniquement frustré au travail.

Tout en reconnaissant qu'il n'en a besoin que pour des raisons purement économiques, il ne croit plus aucunement en son travail ; ce qui est quelque peu réducteur et lui renvoie une image dévalorisée de lui-même.

Une position de sécurité est recherchée en évitant les conflits et les relations humaines, il se met sur la touche et se protège de tout ce qui pourrait le mettre en danger.

Le sujet vit alors comme « en sursis », déteste son travail, arrive en retard, manque des rendez-vous, néglige ses dossiers et sa formation professionnelle : c'est l'impasse, le désespoir. Il veut tout lâcher et peut songer au suicide.

A cette phase, l'individu « brûlé » a besoin de soins spécialisés car si cet état se prolonge, il conduit sans doute à une dépression majeure classique.

Il est à signaler que, bien entendu, l'épuisement ne se développe pas toujours de façon univoque, progressive et linéaire. Néanmoins, la description

de ces 4 étapes illustre bien les processus dans leur dimension psychodynamique, notamment en décrivant les mécanismes de surinvestissement et de désinvestissement qui constituent les deux temps du narcissisme : le gonflement narcissique et la dévalorisation qui s'en suit.

III. LES PRÉSENTATIONS CLINIQUES DU BURN OUT [4][9][49]

Le vécu clinique de l'épuisement professionnel est complexe, impliquant diverses composantes.

L'ensemble des symptômes du Burn out, en phase plus ou moins installée, peuvent être regroupés sous 4 aspects : comportemental, somatique, émotionnel et cognitif.

Cependant, ces signes ne sont pas considérés comme étant propres à cet état d'épuisement. [4]

A) Sur le plan comportemental :

On pourrait noter chez le professionnel de santé :

- Un désintérêt de plus en plus accentué pour son travail.
- Une appréhension devant les responsabilités professionnelles, avec :
 - Evitement; ce comportement a été retrouvé chez 47% de nos soignants épuisés, avec des taux semblables en comparant les trois niveaux de Burn out.
 - Retards.
 - Absences subites et non planifiées, repérées chez 8,4% des sujets en Burn out.

- Une apparence négligée avec des signes évidents de relâchement vestimentaire et hygiénique.
- Un manque de professionnalisme.
- Une facilité de rentrer en conflit.
- Une aggravation des comportements d'addiction à des fins auto-thérapeutiques décelée chez **67,8%** de nos praticiens.

Une surconsommation d'alcool, de tabac, d'aliments ou de psychotropes pour tenter de diminuer la charge anxieuse ;

Cependant, la réalité des choses fait que cette dépendance augmente l'anxiété à cause de l'effet biphasique de ce type de surconsommation.

Selon nos résultats, il paraît que les sujets ayant un niveau bas à modéré d'épuisement professionnel avaient recours au tabac, à l'alcool et aux drogues, tandis que ceux qui en avaient un niveau élevé se retournaient plus vers les médicaments psychotropes.



- Les troubles fréquents du comportement alimentaire se retrouvent particulièrement dans une population jeune et essentiellement féminine : horaires aberrants, rythmes décalés, troubles anorexiques ou boulimiques, variations pondérales importantes.

Dans notre étude, le recours aux aliments en réponse au stress était observé chez 38,1% des soignants épuisés et restait le même quelque soit leur niveau d'épuisement.

B) Sur le plan somatique : [4]

Très diverses, les somatisations n'attirent pas d'attention particulière sur une cause précise, même si elles incitent le médecin traitant à des examens nombreux ou renouvelés. Elles sont donc de tout ordre :

- Une asthénie.
- Des algies variables et inexplicables, à type de lombalgies, de cervicalgies ou d'arthralgies.
- Des troubles du sommeil (chacune des phases du sommeil peut être affectée) ; plus que la moitié de nos soignants (59,6%) s'en plaignait.

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

- Le système digestif, cible privilégiée des somatisations : réactivation de douleur ulcéreuse, dyspepsies, vomissements, troubles du transit, douleurs abdominales, ballonnement, intolérances alimentaires diverses..
- Le système cardiovasculaire : palpitations, hypertension artérielle, douleur pseudo angineuse..

- Le système génito-urinaire : pollakiurie, dysurie psychogènes, dysménorrhées, troubles psychosexuels : dyspareunie, désintérêt sexuel
- Le système cutané : dermatoses de stress à type d'acné, de psoriasis, prurit, sensation de brûlures..
- Céphalées, migraine, bouffées de chaleur, tremblements..
- Episodes infectieux trainants ou récidivants (rhinopharyngites, syndrome pseudo-grippal)

C) Sur le plan émotionnel et affectif : [4]

Le sujet peut présenter:

- Une irritabilité, une colère.
- Un profond sentiment d'insatisfaction et de douleur morale.

Ces trois éléments se situaient en tête de série selon nos résultats descriptifs.

- Une humeur labile
- la tristesse allant même jusqu'au désespoir, avec des idées suicidaires
- De l'apathie
- Des difficultés conjugales, familiales ou relationnelles avec appauvrissement affectif, tension et insatisfaction

Le conjoint passe aussi par des phases de désillusionnement devant le partenaire qui s'isole, qui est de moins en moins présent et qui devient moins aimant et moins aimable.

Une situation pouvant facilement conduire à une séparation ou un divorce, si les mesures appropriées ne sont pas prises à temps.

58,9% de nos praticiens épuisés souffraient de problèmes relationnels avec leur entourage, manifestement présents quelque soit le niveau de Burn out.

- L'affect pourra prendre des colorations de méfiance, de distanciation interpersonnelle, de cynisme
- Le soignant pourra aussi exprimer son profond sentiment de frustration en blâmant les autres, l'administration, le système..

D) Sur le plan cognitif : [4]

Parmi les signes cognitifs, on retrouve chez le professionnel :

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



E) Les mécanismes de défense : [49]

Tous ces signes montrent une méfiance et une surcharge émotionnelle que le sujet essaye de fuir en mettant en place des mécanismes de défenses.

Ils sont de 4 types :

- La **rigidité et la résistance** au changement avec des attitudes négatives ou pessimistes.
- Un **pseudo-activisme** qui tente de masquer l'inefficacité du sujet qui se rend à peine compte de sa baisse de performance .Il tente de l'annuler en s'acharnant plus à son travail pour se maintenir à son poste, même s'il dit ne pas trouver de satisfaction au travail.
- Une **fuite du travail**, qui se caractérise à minima par un désir de changement de poste, au pire par un absentéisme progressif et répété, ou par un désir de mutation.
- A l'inverse, un équivalent a été décrit : le « **présentéisme** » paradoxal

IV. LES INSTRUMENTS DE MESURE DU BURN OUT :

On indiquera qu'à ce jour, il existe un nombre important d'outils de mesure du Burn out. [39,52] [51,52]

Toutefois, il semble que l'instrument MBI en 22 items de Maslach et Jackson [53,54] est la perspective dominante en matière d'évaluation de l'épuisement professionnel.

En effet, près de 90% des recherches empiriques utilisent cet instrument dont les propriétés psychométriques sont jugées satisfaisantes. [55]

A) 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. [55 bis]

◆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. [39,52]

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. [39]

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).

B) Burnout Measure (BM) ou Burnout Measure Short Version (BMS):

[56]

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*))

C) The Oldenburg Burn out Inventory (OLBI): [57]

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. [58]

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.

D) Areas of Work life Survey (AWLS): [59,60]

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.

E) Autres instruments de mesure du Burn out : [44]

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. [25,44]

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.

V) LES CAUSES DU BURN OUT :

A) Variables sociodémographiques :

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

1) L'âge :

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

Pour certains, il pourrait influencer l'apparition du syndrome, et donc les personnes les plus jeunes ont plus de risque de s'épuiser [61] ; il serait plus fréquent chez les jeunes anesthésistes [62,32] tandis que pour d'autres, les personnes entre 40 et 50 ans seraient plus menacées. [5]

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

Les résultats de notre étude ne révèlent pas d'association significative entre l'âge et le Burn out ($p=0,83$), même s'il paraît que les jeunes soignants semblent de loin être les plus atteints (48% des sujets épuisés se situaient dans la tranche d'âge de [20-30ans]).

2) Le sexe :

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

Cette donnée a été statistiquement significative en analyse univariée ($p=0,03$). Cependant, il n'existe pas de lien statistiquement significatif entre le sexe et le degré du Burn out (élevé, modéré ou bas) ($p=0,14$).

Il ressort de notre étude que les femmes sont plus touchées que les hommes. Ceci probablement à cause de leur vulnérabilité physique et émotionnelle, ou auraient elles une moindre maîtrise du travail à cause des autres contraintes sociales et ce souci permanent de pouvoir concilier leur vie professionnelle avec leur vie familiale, aussi importante l'une que l'autre, ou encore serait il tout simplement l'un des aspects de la « féminisation » de la médecine.

Ces mêmes résultats ont été retrouvés dans certaines études [63,35].

Une étude multivariée américaine montre que les femmes ont 60% plus de risque d'être en Burn out que les hommes, précisant que les femmes sont plus « intensément » atteintes que les hommes (26% des femmes ont un degré élevé de Burn out dans ses trois dimensions contre 21% des hommes) ; nos résultats vont dans le même sens avec 20,4% des femmes contre 10,6% des hommes.

Pour d'autres auteurs, comme Maslach, ce sont plutôt les hommes qui seraient plus atteints que les femmes. [64]

3) *La situation familiale :*

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

Le résultat est malheureusement rarement exploité et le cas échéant il est le plus souvent non significatif, le cas pour notre étude également ; bien qu'il ressort chez certains auteurs que la vie en famille ait un effet positif sur le moral [65] et soit corrélé à la satisfaction au travail [66].

B) Variables professionnelles :

Plusieurs recherches ont été effectuées sur la relation entre la formation, la fonction, les titres, le nombre d'années d'expérience et le Burn out.

Les résultats ont conclu qu'il n' y a pas de lien direct [5].

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

Selon certains auteurs, le Burn out (et en particulier la dépersonnalisation) diminuerait avec l'ancienneté professionnelle. [67] [68]

Il y aurait un pic d'incidence en début de carrière, précisé à moins de 5ans d'activité pour la plupart des études. [39] [66] [69]

Dans notre étude, il est vrai que le nombre d'années d'exercice n'influçait ni la survenue ni le degré de Burn out, mais si l'on se permet de comparer notre population à celle des médecins généralistes, nos résultats et les leurs semblent être sur la même voie, puisque ce sont les médecins résidents (ayant par définition moins de 5ans d'activité) qui sont les plus concernés par le syndrome. ($p=0,58$)

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

D'un autre côté et de façon surprenante, le nombre d'heures de travail par semaine n'a pas été retenu comme facteur de risque statistiquement significatif du Burn out ($p=0,79$), mais on a noté qu'il augmentait le degré de celui-ci ($p=0,05$ en analyse univariée).

2) Le lieu d'exercice :

Pour certains auteurs (enquêtes réalisées auprès des médecins généralistes), l'installation en milieu rural semble être une source particulière de stress [38] [70] et favoriserait l'émergence du Burn out [38][69][71] ,mais plusieurs autres études trouvent les résultats non significatifs.[39][42][67][72]

Pour ce qui est de notre enquête, la question ne s'est pas posée puisque l'on s'est limité au milieu urbain ; et même si l'on a pu établir un lien significatif entre le lieu d'exercice (CHU) et le degré de Burn out, cet élément a été rejeté en analyse multivariée.

3) Le statut professionnel :

Toute personne engagée au quotidien dans une relation d'aide avec autrui et soumise à un stress professionnel chronique est susceptible un jour d'être atteinte du syndrome d'épuisement professionnel.[6]

Sont ainsi concernés, en première position, le personnel soignant dans son ensemble et en particulier les infirmières. [73,74,75]

En effet, de nombreuses études épidémiologiques européennes et canadiennes montrent des résultats convergents : l'épuisement professionnel atteint environ le quart des infirmières d'hôpitaux généraux, tous services confondus. [77,78,79,11]

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

Le manque de participation dans la prise des décisions et la faible autonomie dans le travail sont aussi des sources de stress [11], notamment lorsqu'il s'agit d'une décision d'arrêt thérapeutique. [34]

Dans notre série, parmi les 202 sujets en Burn out, on a dénombré 103 médecins et 99 infirmiers, soit 72,1% des infirmiers questionnés étaient en Burn out.

Il existe donc un lien statistiquement significatif entre le statut professionnel et le Burn out ($p=0,01$). Les infirmiers sont les plus exposés suivis par les médecins résidents.

Nos résultats sont en partie conformes à ces données, du moment que l'on a pu retenir ce facteur comme significativement associé au Burn out et « indépendant » et que les Infirmiers en étaient les plus touchés.

Ce sont les pressions administratives, les exigences des patients et de leur famille, la peur de l'erreur médicale et de la poursuite judiciaire mais aussi le rapport salaire/effort insuffisant qui semblent influencer la survenue du Burn out chez nos infirmiers. Ces facteurs ont été retenus comme statistiquement significatifs en analyse statistique univariée ($p=0,01$; $p=0,007$; $p=0,01$; $p=0,04$).

Cependant, chez les médecins résidents, les causes statistiquement significatifs en analyse univariée étaient la mauvaise organisation du service ($p=0,006$) et le manque de communication ($p=0,006$).

Notre étude n'a cependant pas retrouvé de lien significatif entre le statut professionnel et le degré de Burn out (bas, modéré ou élevé) ($p=0,08$ et $p=0,14$)

C) Le Burn out : un phénomène multifactoriel :

[9][11][38][49][63][79][80][81][82][87]

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

Cependant, on admet qu'un certain nombre de facteurs ayant trait à l'individu et au milieu de travail semblent favoriser l'apparition du syndrome d'épuisement professionnel.

On peut dire du Burn out qu'il se définit au niveau de l'interaction de l'individu et de son environnement ; et plus précisément de l'interaction du fonctionnement psychosomatique de l'individu et de son environnement physique et psychosocial.

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

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

1) Les causes externes :

Il s'agit de l'ensemble des agents « stressseurs » au travail, que l'on peut englober sous le nom de « conditions de travail », incluant la présence de conditions négatives et l'absence de conditions positives. [83,9]

Notre analyse univariée a retenu 6 facteurs de risque significatifs :

- Les pressions administratives ($p=0,03$).
- La mauvaise organisation du service ($p=0,02$).
- Le manque de reconnaissance ($p=0,04$).
- La peur de l'erreur médicale et de la poursuite judiciaire ($p=0,003$).
- Le manque de communication ($p=0,03$).
- Le rapport salaire /effort insatisfaisant ($p=0,02$).

La régression logistique a retenu les trois facteurs suivants comme statistiquement indépendants à la survenue du Burn out :

- La mauvaise organisation du service (RR=1,88).
- La peur de l'erreur médicale et de la poursuite judiciaire (RR=2,09).
- Le rapport salaire/effort insatisfaisant (RR=1,93).

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

La surcharge de travail ($p=0,02$).

Les exigences des patients et de leur famille ($p=0,01$).

Le manque de respect de la part des patients ($p=0,007$).

En analyse multivariée, aucun facteur indépendant n'a été retenu comme déterminant le niveau du Burn out, suggérant ainsi que cette évolution n'est que la résultante de tout un ensemble de facteurs liés les uns aux autres.

a) L'environnement physique :

C'est le « système des **5M** » selon Canoui: [63]

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

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

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



a-1) La charge du travail : [11][38]

Un volume de travail excessif peut être estimé à travers :

- le nombre d'heures de travail par jour
- le nombre de jours de travail par an
- le nombre de patients par soignant
- le nombre de tâches journalières ou d'actes techniques à réaliser.
- la lourdeur des responsabilités attribuées, telle que la sollicitation pour l'enseignement et la recherche.

Cependant, on signalera que cette notion de surcharge reste tout de même très subjective : « un soignant peut saturer à quinze patients par jours tandis qu'un autre peut en voir facilement trente. »

La surcharge du travail était mentionnée par 87,1% de nos praticiens ; L'analyse univariée l'a reconnue comme étant significativement associée au degré de Burn out sans pour autant la retenir comme facteur « indépendant » en analyse multivariée.

Ceci pourrait aller dans le sens de l'idée que le Burn out n'est pas synonyme de « quantité de travail ». Pour reprendre la vision « existentielle » de Pines, le Burn out serait donc secondaire à une difficulté à trouver du sens à son travail. [11]

a-2) L'organisation du travail : [11][79][82]

Il ne s'agit donc plus du volume des tâches, mais de la manière dont elles sont exécutées ou envisagées.

La défaillance peut être secondaire à :

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



- Une interruption des tâches.
- Une mauvaise gestion du temps.
- Un manque de participation lors des prises de décision.

Selon nos données, l'absence d'organisation du travail doublerait pratiquement le risque de survenue du Burn out (RR=1,88), indépendamment des autres facteurs.

On peut ainsi parler d'une « surcharge qualitative » du travail.

a-3) La demande continue de services : [9][11]

Soigner des personnes atteintes de façon grave et/ou chronique constitue une source de stress continu et prolongé mettant à l'épreuve les mécanismes d'adaptation du professionnel concerné.

Cette difficulté est encore plus accentuée par :

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

Selon nos résultats, ce facteur augmenterait de façon significative le niveau de Burn out chez l'ensemble des soignants et est responsable de son émergence chez les infirmiers en particulier.

b) L'environnement psychologique : [63][79][80][81]

- La relation d'aide fait partie intégrante de la profession du soignant. Cependant, une implication trop importante serait plutôt source de stress.
- Le contact permanent avec la mort, la morbidité, la peur et la souffrance.
- La gestion de cas difficiles ou traumatisants .Ce facteur n'influence pas la survenue du Burn out selon notre enquête.
- L'impuissance face à certaines situations.
- L'absence de guérison rapide, voire même l'absence de guérison.
- L'incertitude des décisions thérapeutiques prises et la peur de l'erreur médicale

- La confrontation quotidienne à des questionnements éthiques (exemple de l'acharnement thérapeutique).
- Les situations conflictuelles entre les intervenants auprès d'un même patient alourdissent les journées de travail et génèrent du stress.
- Le manque d'échange, de communication, de soutien émotionnel et informatif :

*Le cloisonnement ou l'absence de communication dans une équipe liée à la hiérarchie ou au grade fait que chacun s'isole et se sent débordé.

Dans notre enquête, ce manque de communication était relié de façon significative à la survenue du Burn out, notamment chez les Médecins Résidents, qui trouvent apparemment du mal à partager ce qu'ils pensent avec leurs collègues et leurs seignors.

*La loi du silence : le soignant s'engage à tenir le secret professionnel et, de ce fait, n'a pas le droit de parler des situations rencontrées à d'autres personnes qu'à l'équipe soignante.

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

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

s'adapter au milieu qui évolue. De ce fait, ils peuvent remettre en question leurs capacités professionnelles.

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

c) L'environnement social :

c-1) Le manque de reconnaissance [80]

Lorsque le soignant choisit de s'investir dans un métier purement relationnel et humain, il s'attend en premier lieu, à une appréciation positive de la part du malade mais aussi de la société.

« Le merci d'un malade dont je me suis occupé est la plus belle récompense dans le métier, récompense à laquelle il s'attend est la reconnaissance du malade et de la société. »

Or, entre cet idéal et la réalité, les écarts sont parfois cruels et la déception à l'égard des malades et de la société s'installe.

L'acuité du soignant est ainsi mise en doute ou suscite méfiance et réprobation, des comptes lui sont même demandés.

Ce facteur a été rapporté par 45,5% de nos soignants ; Il s'associe de façon significative à l'apparition Burn out sans en être une cause indépendante.

c-2) Le sentiment d'insécurité : [61][80][82]

****Physique ou verbale :***

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

*Psychique :

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

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

Au Maroc, nous ne sommes peut être pas encore à ce stade et pourtant il nous a été prouvé à travers les résultats de notre enquête que cette peur doublerait également le risque de survenue de l'épuisement professionnel (RR=2,09)

*Financière :

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

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

Il ne serait pas surprenant d'annoncer aux praticiens Marocains que ce facteur est responsable de leur Burn out en doublant également le risque de sa survenue (RR=1,93)

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

c-3) Une situation professionnelle figée : [49]

Ou encore, l'absence de possibilité de promotion.

Les motivations dans le travail sont amoindries quand le soignant a l'impression d'être dans une impasse : celle de l'impossibilité d'avancement qui laisserait entrevoir de nouvelles responsabilités ou d'autres perspectives et de la stagnation dans le travail qui est alors vécu comme répétitif.

d) Les causes institutionnelles :[79]

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

d-1) Le dysfonctionnement de la structure de soins :

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

d-2) L'inadéquation du système de formation :

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

d-3) L'inadéquation du modèle hospitalier :

De même, l'image actuelle du premier contact des futurs médecins et des futurs paramédicaux avec l'hôpital dans leurs stages de services hospitalo-universitaires est très loin d'une médecine personnalisée, faite d'écoute et de relation impliquante.

2) Les causes internes :

Parmi les causes intérieures reliées à la personne, nous pouvons encore une fois distinguer entre la *vulnérabilité personnelle* au Burn out, *la conception du travail* et *l'absence de ressourcement* affectif et du personnel adéquat.

a) Profil du candidat au Burn out : [11]

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

La réponse à cette question est la même que pour tous les états de mal-être, comme pour toutes les maladies physiques ou psychiques. Dans le Burn-out, comme dans la plupart des maladies de civilisation, les facteurs psychiques sont décisifs. Ils concernent notamment la conception et l'attitude par rapport au travail, le sens de la "vocation", la volonté de se maintenir à la hauteur d'une certaine image de soi et une trop grande recherche de réussite sociale ou de pouvoir personnel.

Ces positions de vie et ces comportements apparaissent décisionnels dans le type de réponse au stress et par conséquent dans l'apparition de ce syndrome d'épuisement professionnel.

C'est ainsi que le candidat au Burn-out contribue à créer son état de mal-être, le plus souvent à son insu. Bien qu'il soupçonne parfois être engagé par sa faute dans un processus irréversible. Mais il préfère ne pas en prendre vraiment conscience - ce qui remettrait trop de choses en question.

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

a-1) L'anxiété :

Le candidat au Burn-out vit souvent dans un état d'anxiété, avec l'impression qu'il n'y arrivera pas, qu'il devrait s'y prendre autrement, qu'il s'engage dans une impasse. Un type d'anxieux pourra par exemple se rendre au travail et se sentir trop agité pour fonctionner, n'accomplir pratiquement rien et pourtant se retrouver complètement épuisé en fin de journée. Un autre type d'anxieux accomplira au contraire beaucoup de travail, mais n'en continuera pas moins à entretenir l'impression qu'il aurait pu faire mieux, qu'il devrait à l'avenir travailler d'avantage, obtenir de meilleurs résultats.

Tout le monde souffre relativement d'anxiété. Mais ceux qui se définissent comme des anxieux, chez qui cet état prédomine, éprouvent un constant sentiment d'inquiétude, d'insécurité. Ce qui a pour effet à long terme de les rendre inefficaces, car les états anxieux drainent leur énergie.

a-2) L'esprit d' « entreprise » poussé à outrance :

L'esprit d'entreprise est louable en soi. Mais il s'agit ici de ceux qui sont trop entreprenants: les compulsifs de l'action, les ambitieux excessifs, les hyperactifs. Ceux dont l'emploi du temps ne leur laisse pour ainsi dire aucun répit pour les six mois à venir.

Ces candidats au Burn-out sont très exigeants pour eux-mêmes: ils entreprennent tout ce qui se présente à eux, tout ce qui offre le moindre intérêt. Cela tient souvent à ce que leur évaluation d'eux-mêmes dépend, non pas de ce qu'ils sont, mais de ce qu'ils parviennent à accomplir.

Ils ont le sentiment de n'avoir aucune valeur s'ils ne sont pas en train d'accomplir quelque chose. L'idée de se relaxer ou simplement de se reposer leur apparaît comme une perte de temps, sous tendue par la peur du vide.

a-3)Le désir de plaire à tout le monde :

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

a-4)Le sens d'autocritique trop poussé :

Ceux qui sont enclins à l'autocritique ressentent souvent de la nervosité ou entretiennent une certaine culpabilité si leur fonctionnement n'est pas optimal, car ils ont souvent une opinion négative d'eux-mêmes, dont ils sont rarement conscients. Ils estiment qu'ils doivent travailler avec opiniâtreté, comme pour se racheter à leurs propres yeux, sans tenir compte du travail déjà accompli. Ces

candidats au Burn out n'ont pas le sens de l'équilibre: ils se vident de leur énergie sans se préoccuper d'en recevoir. Ils travaillent comme des forcenés, sans prendre le temps de jouir de ce qui a été accompli. Le résultat n'est jamais assez bon pour eux.

a-5)Le « vouloir tout faire soi même » :

Certaines personnes ont tendance à ne pas faire confiance aux autres qu'elles estiment incapables de réaliser correctement la tâche ... On retrouve derrière cette attitude la vieille pensée que « si on veut qu'une chose soit bien faite, on doit la faire soi-même. »

Curieusement, il arrive qu'elles s'entourent professionnellement de personnes peu rigoureuses ou peu fiables. En projetant leur méfiance sur les autres, ces candidats se retrouvent souvent dans l'obligation de tout faire eux-mêmes. Et cet effort, accompli dans de telles conditions négatives, les pousse au Burn-out.

a-6)La mentalité de sauveur :

On trouve ce type surtout dans les professions de relation d'aide.

Un besoin de réassurance se dissimule parfois derrière un sentiment altruiste. Ces professions exigent au départ un goût de servir les autres et un certain renoncement à soi.

Dans ce cas, le plaisir de vivre dépend dans une trop grande mesure du bien-être, du plaisir, de la satisfaction qu'ils apportent aux autres au détriment de leur capacité à être et de leur identité propre.

Globalement, situation paradoxale que de constater que les candidats au Burn out se recrutent parmi les éléments les plus valables de la société, tant au

niveau de leurs intérêts, que de leurs capacités professionnelles et leurs qualités personnelles.



b) Le choix de la profession :[49]

Certaines motivations inconscientes ayant présidé au choix d'une profession d'aide sont également incriminées.

En effet même si le besoin conscient d'aider autrui prime, il peut exister inconsciemment une problématique narcissique :

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

c) *Le manque de réalisme* : [9][11][49]

Certains cliniciens mettent en avant l'importance d'un excès d'idéalisation de la profession. En effet, le Burn out serait une pathologie de l'idéal professionnel.

Il semble alors que le jeune professionnel en cause a une vision idéaliste de son travail, mal adaptée aux dures réalités de la pratique.

Le désir de guérir à tout prix, de « se donner » à la tâche, d'intervenir de façon déterminante dans la vie des patients, de croire à un soulagement immédiat pour des troubles évoluant depuis longtemps, a une fonction plutôt décourageante, avec en outre un manque tangible de succès pour de nombreux patients.

Il y a lieu de se situer entre l'idéalisme rêveur désincarné et la désillusion mortifère.

Il s'agirait probablement d'une forme d'« idéal du moi », acquise auprès de parents particulièrement exigeants pour leur enfant. [8,50,83,84]

Il est vrai que pour devenir médecin, il faut une bonne dose d'idéalisme, de compulsivité, une sensibilité particulière à la misère humaine ; mais ces qualités poussées à l'excès pourraient devenir des handicaps à une carrière réussie et augmenter la propension à développer un épuisement professionnel.

Ceci amène certains auteurs à énoncer l'idée selon laquelle le « Burn in » est le lit du « Burn out » : « *la flamme* » motivationnelle du patient comporte donc, du point de vue préventif, son danger intrinsèque à savoir celui de l'obligatoire « *extinction* », à un moment ou l'autre de la carrière

professionnelle : le soignant idéal s'éteindra ,l'idéal du soignant s'éteindra ;D'où tout l'intérêt d'éteindre ,à l'heure ,l'idée du soignant idéal.

d) L'obsession du travail : [49]

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

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

e) Les limites des capacités d'adaptation: [49]

Le seuil de tolérance au stress varie d'un individu à l'autre : pour la même situation pénible, certains auront des réactions psychiques, émotionnelles et fonctionnelles, d'autres non.

Il est donc important de reconnaître ses propres capacités d'adaptation et ses limites par rapport aux difficultés inhérentes au travail.

f) La notion de « hardiness » : [63]

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

g) L'absence de ressourcement affectif et social : [9]

Comme autres causes reliées à la personne, notons l'absence en général d'un réseau affectif et social adéquat chez le professionnel épuisé.

En effet, le soignant en voie d'épuisement ne s'accorde ni repos, ni loisirs, ni soins corporels.

Il consacre peu de temps à l'affection de ses proches, de ses enfants ; il néglige de se recréer avec les amis, de prendre des vacances, etc.

On pourra arguer ici qu'il s'agit de l'effet plutôt que la cause ; or les choses ne sont pas si simples car comme le soulignent certains auteurs, la façon dont le soignant gère sa vie privée, sa vie familiale et sa vie sociale, contribue de façon significative à l'épuisement ou au ressourcement de ses énergies. Dans ce sens, le Burn out pourrait être conçu quoique de façon partielle et incomplète, comme une faillite dans la gestion des énergies personnelles.

h) La vulnérabilité biologique :

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

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

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

Des niveaux bas de BDNF pourraient contribuer à la neurobiologie du *Burnout*. [85]

L'étude de taux circulant de cytokines pro- et anti-inflammatoires a montré que le Burn out était associé à une augmentation des cytokines de l'inflammation. [86]

Il s'agit cependant d'études dont les résultats doivent être interprétés prudemment, devant l'aspécificité de ces facteurs impliqués d'une manière générale dans le stress.

On rappellera que l'ensemble de ces facteurs intrinsèques, difficiles à évaluer rien qu'à travers un auto-questionnaire, n'a pas pu faire partie de notre travail pratique.

D) Particularités en milieu d'Anesthésie – Réanimation :

1) Conditions de fatigue chronique : [87]

L'obligation constante de travailler dans des conditions de fatigue chronique, du fait de la privation de sommeil (gardes et astreintes) et à cause d'une ergonomie des sites de travail particulièrement médiocre (froid des salles d'opération, bruit, place réduite, absence de confort du poste) est un facteur important d'épuisement professionnel. [88][89]

On notera que l'absence de la récupération post garde a été mentionné par plus que la moitié de nos praticiens (56,6%). Cependant, cet aspect particulièrement important en milieu de réanimation, ne figure pas parmi les facteurs influençant le Burn out, ni sa survenue ni son degré, selon les résultats de nos analyses.



2) Absence de contrôle des tâches et du temps : [87]

On citera :

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

3) Relations avec les autres médecins et chirurgiens: [87]

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

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

4) Relation avec le patient : [11][87]

Les modalités de relation avec le patient restent particulières et des difficultés se posent devant :

- La gestion, en consultation anesthésique notamment, de l'angoisse des patients face à des expériences antérieures, personnelles ou familiales, vécues négativement.

- L'absence de réciprocité dans la relation de soins qui est un facteur de « débit émotionnel » pour le praticien, notamment dans les situations de souffrance chronique. [90,87]
- La rencontre fréquente de situations limites, extrêmes, choquantes, tragiques et transgressives de lois humaines universelles.[11]

5) La confrontation avec la mort : [11][91][92]

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

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

Le praticien est donc constamment « obligé de lutter contre l'idée qu'il n'est pas capable de faire d'avantage pour empêcher le malade de mourir ». [92]

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

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

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

VI) LES CONSEQUENCES DU BURN OUT :

Les conséquences du *Burn out* sont nombreuses tant au niveau individuel (état dysphorique, troubles somatiques atypiques, troubles du sommeil, asthénie, addiction, divorce, suicide...) qu'interindividuel (irritabilité, distanciation interpersonnelle, prise en charge défectueuse des patients, conflits...) et collectif (absentéisme élevé, inefficacité, appréhension devant les responsabilités...) [93]

A) Conséquences individuelles pour le soignant :

1) Sur le plan personnel :

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

► Lien entre fatigue et santé du médecin : [94]

Dans notre enquête, 59,7% des praticiens se plaignaient de troubles du sommeil et 43,3% de manifestations neurovégétatives à type de palpitations et de céphalées.

Les données suggérant un accroissement de la morbidité ou de la mortalité des médecins anesthésistes-réanimateurs par rapport aux autres spécialités médicales [95] sont très contestées [96,97]. Mais on sait que les médecins anesthésistes ont un risque augmenté de toxicomanie ou de suicide en comparaison à d'autres catégories de médecins [98].

Par ailleurs, des études ont montré une diminution de 15% d'espérance de vie chez les animaux soumis à une désorganisation de leur rythme circadien [99] et une vaste étude prospective menée par l'American Cancer Society sur plus

d'un million a constaté un lien troublant entre durée habituelle du sommeil et mortalité , confirmant s'il en était besoin la nature « vitale » du sommeil. [100]

De plus en plus d'études ont montré l'impact du travail à horaires décalés sur la santé et notamment une augmentation du risque cardiovasculaire.

Les sujets concernés ont ainsi un risque accru d'atteintes coronaires, mais aussi d'ulcère gastrique, d'insulinorésistance ou de syndrome métabolique ; victimes de manque de sommeil, ils le sont aussi de dépression et d'accidents liés à la somnolence.

Ces risques ont été corrélés à la longueur des périodes de garde. [101]

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

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

- Le Holter ECG a retrouvé une majoration du nombre des extrasystoles ventriculaires (ESV) la nuit (0-6h) pendant les gardes (0,5 contre 0,0 ; $p=0,047$).
- La pression artérielle (PA) diastolique moyenne était supérieure lors des gardes, qu'elle soit mesurée sur 24h (83,5 contre 80,2 mmHg, $p=0,025$)

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

- Les concentrations en TNF alpha étaient supérieures les nuits de garde (0,76 contre 0,05 pg/ml, $p=0,045$) de même que l'excrétion urinaire de noradrénaline (46,0 contre 36,0 $\mu\text{g}/24\text{h}$, $p=0,007$). [102]

2) Sur le plan professionnel:[87]

Le retentissement se traduit par la *diminution de la performance individuelle* :

L'erreur est un composant normal de la fonction cognitive humaine, et du reste, elle joue un rôle majeur dans l'apprentissage. La plupart des erreurs sont corrigées justement par celui qui les commet.

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

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

B) Conséquences pour le patient :

Un médecin réticent ou souffrant ne peut être un bon médecin. [93]

La baisse de la qualité des soins offerts est sans doute la plus redoutable des conséquences délétères du syndrome d'épuisement professionnel.

Deux aspects lui sont accordés :

- La dépersonnalisation et la perte d'empathie.

-Le taux d'erreurs plus important, occasionnant ou pas la mort. [87]

C) Conséquences institutionnelles :

Ce syndrome, qui présente une grande contagiosité, est à l'origine de demandes de mutations en série et d'abandon de postes, qui peuvent entraîner une véritable hémorragie de personnel accentuant le problème dans certains services. [49]

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

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

Outre ce retentissement sur la qualité, l'existence d'un fort taux d'épuisement professionnel a aussi des conséquences financières secondaires à l'arrêt de travail, dans le cadre d'incapacité temporaire ou de pension d'invalidité permanente (pour troubles psychiatriques, cardiovasculaires, neurologiques ...) [93]

D) Relation fatigue –erreur humaine : [94]

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

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

Les sujets concernés ont un risque accru d'ulcère gastrique, d'atteintes coronaires, d'insulinorésistance ou de syndrome métabolique ; victimes de manque de sommeil, ils le sont aussi de dépression et d'accidents liés à la somnolence.

Ces risques ont été corrélés à la longueur des périodes de garde. [101]

Les médecins en formation paraissent les plus concernés, mais en réalité, le problème s'étend aux infirmiers et aux médecins séniors. [103,104]

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

Les médecins effectuaient au moins trois gardes sur une période de 15 jours. L'actimétrie, méthode validée pour l'identification des périodes veille-sommeil, montrait, comme attendu, une réduction du temps de sommeil moyen (4h37min), mais surtout que c'est la qualité même du sommeil, fragmenté et peu réparateur, qui est altéré par la situation de garde. [105]

2) Fatigue et risque d'erreur:

a) Résultats des études expérimentales :

Dans la pratique anesthésique, où 80% des incidents seraient liés à une défaillance humaine [106], la fatigue a été incriminée dans 83% des accidents liés à la sécurité des patients [107] et dans 95% des accidents impliquant une défaillance matérielle. [108]

La relation entre baisse de performance dans les activités cliniques et charge de travail a pu être démontrée par certaines études, dont une qui a prouvé que la privation de sommeil détériore rapidement les capacités décisionnelles au cours de tâches monotones effectuées au lendemain d'une garde [109] ; et une autre ayant montré une nette dégradation du test de surveillance d'un moniteur le lendemain d'une garde. [110]

On rapporte également une étude selon laquelle des internes privés de sommeil commettaient plus d'erreurs dans l'interprétation de tracés électrocardiographiques que leurs homologues reposés. [111]

L'intubation est moins rapide et plus laborieuse lors d'une garde qu'au cours du travail diurne. [112]

Le risque de brèches dure-mériennes au cours de la réalisation d'une anesthésie péridurale est augmenté d'un facteur 6 entre 19h et 8h du matin. [113]

Une autoévaluation fait apparaître une diminution de vigilance qui persiste 48h après une garde, bien que ce facteur s'améliore entre le lendemain et le surlendemain de la garde [114]. Et si 4 heures de sommeil en garde semblent préserver une certaine synchronisation des rythmes circadiens, en revanche, la répétition des gardes la compromet. [115]

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

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

Les sensations subjectives des praticiens en post-garde étaient affectées par la fatigue, avec une sensation de mal-être et d'irritabilité améliorée seulement dans le groupe qui avait pu bénéficier d'une sieste. [116]

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

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

Dans le groupe reposé, un seul des 12 résidents injectait à un patient allergique (simulé) l'antibiotique auquel il était intolérant, contre trois dans le groupe des 12 résidents « fatigués ». [117]

b) Résultats des enquêtes épidémiologiques :

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

Il s'agissait essentiellement d'erreurs portant sur la nature ou sur la dose du produit injecté, survenant préférentiellement entre 19h et 6h du matin, avec un

pic au milieu de nuit. Ces erreurs étaient favorisées par l'inattention lors de l'induction anesthésique, suggérant une diminution de vigilance engendrée par la fatigue.

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

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

Toutefois en 2004, une revue de sept études publiées montrait que les données de la littérature sont pour le moment insuffisantes pour démontrer un lien entre fatigue et mise en danger des patients, il est notamment impossible actuellement d'affirmer un lien entre fatigue des médecins et mortalité des malades. **[118]**

VII) SOLUTIONS THERAPEUTIQUES DU BURN OUT :

La prise en charge du syndrome d'épuisement professionnel est essentiellement préventive.

Les facteurs de risque sont liés au milieu professionnel et à la structure psychique de la personne, ce qui suppose que les interventions préventives et thérapeutiques se concentrent, d'une part, sur l'organisation du travail et, d'autre part, sur la personne. Elles permettent de réduire le stress en situation, d'augmenter les ressources personnelles, de reprendre le contrôle de soi et de développer des stratégies de management du stress, de relaxation et de récréation de soi. [119]

A) La reconnaissance du problème :

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

Néanmoins, avant de prendre les mesures appropriées pour traiter son Burn out, il est d'abord nécessaire de l'admettre et de reconnaître son existence ; or ce n'est pas toujours facile et les faux fuyants sont nombreux (alcool, drogue, automédication). [9]

Il est intéressant de constater le déni de ce problème de la part des soignants. En effet, si 47% des anesthésistes n'admettent pas le fait que la fatigue entraîne une moins bonne efficacité dans le travail, ce taux monte à 70% chez les chirurgiens. [120]

L'aveu de cette fatigue est ressenti comme un signe de faiblesse. La lutte contre la fatigue et les difficultés d'organisation sont vécues comme un défi que beaucoup de praticiens sont fiers de réussir à relever, car l'image qu'ils veulent

donner (et qu'ils ont) d'eux-mêmes est celle de la force, de la puissance et, en tout cas, de capacités supérieures aux autres. [87]



B) Les différentes stratégies thérapeutiques :

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

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

Essentiellement, le traitement visera à développer un nouvel équilibre dynamique entre les « dépenses » représentées par la production de soins

professionnels, et les « revenus » qui sont les ressourcements professionnels et personnels. [9]



1) L'amélioration du contexte de travail : [11][45][87]

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

► Une approche de l'ergonomie des sites du travail, en assurant : [87]

- une dotation suffisante en matériel (outils diagnostiques et thérapeutiques) ainsi qu'en personnel.
- un confort dans le travail (salle de repos, repas équilibré..), tout en sachant que ce n'est pas un luxe, mais plutôt d'un élément de sécurité.

Certains facteurs doivent alors être pris en considération :

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

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

*La température et l'humidité jouent un rôle non négligeable ; la réalisation d'une tâche complexe est détériorée par une température basse et humide [121], de même que la lumière ambiante.

► **Une organisation optimale du travail**, avec :

- Une bonne gestion du temps.
- Une planification des tâches avec une répartition préalable des rôles.
- Une répartition de l'effectif en fonction des besoins réels.

Tout ceci permettrait de diminuer la charge globale de travail. On citera aussi :

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

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



2) Des interventions centrées sur l'individu :

Elles ont comme objectif de modifier la vie personnelle.

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

a) Sur le plan personnel : [9,11]

✓ Nécessité de prendre soin de soi :

- Prendre meilleur soin de sa santé, de son corps, de son alimentation et de son sommeil.
- S'assurer de périodes de repos, de relaxation, de vacances.
- Savoir s'accorder des moments de détente sans culpabiliser.
- Devenir plus sensible à ses limites, à ses capacités ; Savoir écouter son corps.
- Développer des compétences dans d'autres domaines que la médecine.

- S'adonner à des activités récréatives de loisirs et de divertissement (arts, sports..).
- Découvrir des passions extérieures permettant de se déconnecter et de s'épanouir en dehors du travail.
- ✓ **Augmenter son estime de soi :**
 - Reconnaître la qualité de ce que l'on fait et s'en féliciter.
 - Accroître son niveau de compétence et s'assurer du renouvellement régulier de ses connaissances par des lectures, des rencontres et des journées scientifiques.
 - Etre soi même, s'accepter tel qu'on est, avec tous défauts: l'estime personnelle ne doit pas dépendre de l'avis des autres.
- ✓ **Augmenter son niveau de hardinesse :**

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

- ✓ **Eviter le perfectionnisme** et apprendre à définir des objectifs plus Réalistes.
- ✓ **Oser déléguer** et Oublier l'idée que ce qu'on fait soit même sera mieux fait.

b) Sur le plan familial : [9]

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

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

c) Sur le plan social :[9]

Le soignant est appelé à :

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

d) Psychothérapie ou psychanalyse : [49]

Si l'individu souhaite un changement plus radical et désire s'interroger sur ses choix, une psychothérapie ou une psychanalyse sont alors indiquées.

Ce type de thérapie permettra de découvrir les causes profondes du malaise ressenti.

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

3) L'amélioration de la communication :

a) Savoir parler de son malaise :

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

colère qui est exprimée pèsera beaucoup moins sur la personne et le stress sera diminué. [61]

Ces séances de soutien peuvent être organisées de façon régulière « groupes de paroles ponctuels » ou encore en « debriefing » ayant lieu au cœur de l'événement (décès mal vécu, accompagnement d'un patient mourant..) [45]

Il convient de souligner l'importance de la revalorisation de l'expression et des échanges lors des réunions et des congrès pour mieux partager ses difficultés et surtout sortir de son isolement.

Ce partage interpersonnel, informel, animé par un intervenant extérieur (un psychiatre ou un psychothérapeute le plus souvent), doit avoir plusieurs objectifs.

Outre la communication centrée sur la circulation de l'information, la concertation et la réflexion ; ce partage offre la possibilité d'évoquer, pour ceux qui le souhaitent, les difficultés professionnelles et d'éviter que des situations difficiles d'un point de vue relationnel ne se transforment en problème personnel. [49]

b) Apprendre à travailler en équipe : [9] [122]

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 SEP.

4) Les mesures organisationnelles : [14][123]

Même s'il peut exister des situations spécifiques, le Burn out est aussi une affaire collective.

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

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

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

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

- L'instauration d'une médecine du travail pour les médecins.

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

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

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

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

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

C) Autres mesures préventives :

1) L'intérêt du repos de sécurité : [94][124][125]

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* ». [124]

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.[125]

2) La formation des jeunes médecins : [11][123]

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

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

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

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

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

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

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

3) Le Stress Management : [119]

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

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

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

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

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

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

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

☺ **Si le sourire est contagieux, le rire, c'est la santé [126,127]**

L'humour est l'antithèse même du stress. Le travail a beau être une chose sérieuse, rien n'empêche pourtant de rire.

Physiologiquement, le rire diminue la production de cortisol et procure un sentiment de bien-être immédiat. Il augmente la température corporelle, la sécrétion d'enzymes protégeant des ulcères de l'estomac, et favorise l'oxygénation des tissus. Il provoque une augmentation de la production d'endorphines. Une bonne période de rire procure deux heures de sommeil et un bon fou rire vaut dix minutes de relaxation totale !

Le rire permet plus d'échanges respiratoires, facilite l'oxygénation du sang et libère les poumons, stabilise les battements du cœur et diminue la pression artérielle, provoque une relaxation musculaire, détend le visage, l'abdomen, les bras et les jambes...

Le rire dissipe les tensions et les inhibitions, permet d'abandonner temporairement la logique, la rigidité, le trop sérieux.

Le rire renforce l'efficacité du système immunitaire, augmente le nombre de globules blancs dans notre sang. Les personnes dotées d'un bon sens de l'humour sont moins souvent malades et elles se rétablissent plus rapidement.

En nous amenant à voir nos problèmes d'un autre œil, il nous permet de prendre le recul nécessaire pour trouver une solution. L'humour stimule la

créativité et fait naître de nouvelles idées. Il peut nous aider à aborder les problèmes avec une approche novatrice. Et l'humour est un art qui s'apprend. Nous ne naissons pas avec le sens de l'humour, mais nous apprenons à savoir comment nous voulons percevoir la réalité.

L'humour renforce l'esprit d'équipe : il fait éclater les stéréotypes et favorise un sentiment de cohésion au sein du personnel. Il crée des références communes qui rappellent aux individus qu'ils font tous partie de la même équipe. Et les équipes qui rient ensemble travaillent bien ensemble. [127]

VIII) LE SYNDROME D'EPUISEMENT PROFESSIONNEL ET LA QUESTION ETHIQUE : [14]

L'étude du Burn out en réanimation conduit à rencontrer la question éthique à plusieurs niveaux. Le travail collectif et pluridisciplinaire mené en réanimation, nécessite de forcer des a priori de pensées et des habitudes de comportements.

A) Au niveau individuel :

Le syndrome d'épuisement professionnel pose le problème de l'éthique de la relation d'aide. Comment être vis-à-vis d'autrui? Quelle distance établir pour apporter l'aide tout en étant respectueux de la personne et ne pas se consumer soi-même? Jusqu'où donner de soi-même? Dans quel esprit d'équité ? Le syndrome d'épuisement professionnel pose la question de la responsabilité et de la justice. Il appelle nécessairement des réflexions psychologiques et philosophiques.

B) Sur un plan collectif :

En mettant en évidence des dysfonctionnements dans le travail, le Burn out conduit à soulever des questions éthiques fondamentales.

C'est une éthique à penser par les soignants eux-mêmes. "Il n'y a pas d'éthique en général ".

Il est indispensable que les soignants eux-mêmes s'engagent et participent à l'élaboration de l'éthique médicale.

Le Burn out permet de reconnaître que le monde médical devient un monde d'exception. Assumer plusieurs décès par semaine, poser des décisions d'arrêts

thérapeutiques, être tout simplement confrontés à des accidents de vie, participer aux progrès de la médecine et en vivre les échecs est lourd de conséquences.

Le travail autour de la mort révèle combien la science elle-même ne peut proposer de repère éthique.

Pour aborder le Burn out des soignants, il faudrait tenter de donner un sens à « la mort » et comprendre le sens de l'effort des philosophes de l'appivoiser ; Car contrairement à Montaigne , il ne suffit pas "pour appivoiser la mort... de s'en avoisiner" . Les soignants l'avoisinent et ne l'appivoisent pas.

Il décrit un phénomène psychologique particulier en décrivant la pathologie de la relation d'aide et il permet de signifier au soignant que le sens de son action, c'est l'autre, l'humain. Ce n'est pas seulement dans la technique que réside la valeur de l'acte, c'est aussi dans la relation.

Le syndrome d'épuisement professionnel permet d'induire une réflexion sur le fonctionnement psychique de la relation d'aide et déconstruit le mythe du don gratuit de soi pour poser le problème en termes de justice et d'équité. Il permet d'affirmer qu'aller vers l'autre ne va pas de soi.

Ce syndrome nous ramène au cœur de la fonction soignante, la relation d'aide. C'est la relation à l'autre qui fait la grandeur et la difficulté de la profession de soignant.

Il met aussi en valeur un paradoxe actuel : Notre médecine tremble devant l'économie et l'équilibre budgétaire. Et voici un état dont les conséquences coûtent vraisemblablement très cher en termes d'absentéisme et d'inefficacité au travail.

Le Burn out révèle un malaise existentiel singulier et social. En le posant ainsi il pose la question du sens de la vie.

IX) LES LIMITES DE L'ETUDE :

A) Le concept du Burn out :

Sur le plan scientifique, le terme Burn out est encore considéré avec prudence voire méfiance tant dans les milieux psychiatriques qu'en médecine de travail.

Une des raisons réside peut être dans la double origine du concept :

Il est d'une part issu de l'analyse de la relation d'aide, des difficultés des enjeux qui y sont attachés, et d'autre part de l'étude du stress professionnel et de ses effets sur l'organisation du travail. [14]

Entre la reconnaissance d'une entité nosographique, d'une souffrance réelle, symptôme de l'évolution du monde de travail et de la société en générale, le risque de victimisation et de médicalisation des problèmes sociaux, l'équilibre à trouver semble délicat.

Assurément, nous sommes loin d'un concept aussi manifeste qu'il parait à la lecture des signes de Maslach.

Le Burn out est donc 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.

B) Les modalités d'enquête

♦L'étude transversale :

Etant donné la nature transversale de notre étude, il ne nous est pas possible d'établir de manière absolument formelle des liens de causalité entre les différentes variables.

L'enquête à un jour donné peut refléter le vécu du soignant à un instant T seulement ; d'où l'intérêt à concevoir le Burn out sur la durée et non à un instant donné, via des études longitudinales.

♦Le questionnaire :

Pour l'évaluation du Burn out, nous n'avons utilisé qu'une seule échelle : la version française du MBI.

On signalera que le MBI n'investigue pas les facteurs individuels mais uniquement ceux liés au travail.

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).

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

Néanmoins, l'anonymat du questionnaire a pu favoriser l'honnêteté des réponses et serait compté plutôt parmi les points positifs de notre enquête.

◆ Le biais de sélection :

Il est possible que des soignants ayant un Burn out élevé n'aient pas répondu au questionnaire (par manque d'énergie, de motivation, par évitement, ou encore par le fait d'être débordé par le travail tout simplement) ; et inversement, certains participants auraient pu participer activement. Nos résultats seraient ainsi sous ou sur exprimés.

◆ La relation cause-effet :

Il n'est pas toujours possible de prouver cette relation.

Exemple : L'épuisement a pu favoriser la détérioration des relations au sein de l'équipe mais inversement, de mauvaises relations ont pu favoriser l'épuisement professionnel.



CONCLUSIONS

En réalisant cette enquête sur le Burn out, **notre premier objectif** était de soulever l'existence et l'importance de ce problème en milieu d'Anesthésie-Réanimation.

Ce n'est plus un mythe ni une prédiction, mais une réalité palpable chez les praticiens, Médecins et Infirmiers, puisque nos résultats annoncent que **69,65%** de nos soignants sont en Burn out.

Un soignant sur trois présente un niveau bas d'épuisement professionnel, un soignant sur cinq en présente un niveau modéré et un sur dix souffre du plus haut niveau de Burn out, associant un épuisement émotionnel élevé, une forte dépersonnalisation à l'autre et un accomplissement professionnel faible.

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 Infirmiers et les Médecins Résidents sont au premier rang de l'épuisement et 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) et du sentiment d'insécurité éprouvé par les praticiens. Une insécurité financière, distinguant nos résultats de ceux des autres pays où le soignant est plus valorisé, mais aussi psychique, illustrée par cette peur de l'erreur médicale et ce fantôme de la poursuite judiciaire.

Nous avons, par la suite, choisi de comparer les deux groupes de praticiens ayant différents niveaux de Burn out (*niveau bas à modéré VS niveau élevé*), afin d'en déduire les facteurs conditionnant l'évolution de ces trois niveaux.

N'ayant retenu aucun comme facteur « indépendant », nos résultats d'analyse multivariée suggère que cette aggravation serait plutôt la résultante de tout un réseau de facteurs liés l'un à l'autre.

Enfin, et dans le cadre de **notre troisième objectif**, 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.

Nos données indiquent qu'il faudrait insister sur l'optimisation de l'organisation du travail et sur la motivation du personnel en assurant une rémunération à la hauteur de son engagement personnel dans une profession aussi particulière.

Toutefois, dans une optique d'anticipation de l'aggravation du degré de Burn out, une des pistes préventives se situerait au niveau de la combinaison des différentes approches thérapeutiques (individuelles, collectives et organisationnelles) détaillées dans notre travail.

Ainsi, une bonne communication s'avère nécessaire et urgente, aussi bien à un niveau horizontal (entre collègues) qu'à un niveau vertical (avec les chefs de services et les responsables administratifs). Le but étant d'aboutir à une charte d'équipe adaptée aux besoins de chaque service.

L'élaboration d'un programme d'amélioration des conditions de travail peut être, dans un second temps, proposé aux décideurs administratifs et financiers.

En réalité, il semble plus facile et moins coûteux de changer les personnes plutôt que les conditions de travail. **[128]**

C'est pour cela que la plupart des programmes de prévention sont centrés sur l'individu qui doit apprendre, en dépit de toutes ces contraintes externes, à se connaître, à s'adapter aux différentes situations (Coping), à gérer son stress et à augmenter ses ressources.



Résumé

Titre : “Le Burn out en milieu de Réanimation : Enquête auprès des praticiens”

Auteur : Salma AZZAOU

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

Introduction

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.

Objectifs de l'étude

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

Matériel et méthodes

Enquête multicentrique, transversale à visée analytique, réalisée auprès des praticiens de certains services d'Anesthésie –Réanimation des quatre CHU du Maroc (Rabat, Casablanca, Fès et Marrakech).

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

Résultats

Sur une population composée de 290 soignants (154 Médecins et 136 Infirmiers), **48,27%** avaient un score d'épuisement émotionnel élevé, **21,38%** un score de dépersonnalisation élevé et **42,75%** un score d'accomplissement professionnel bas.

Le syndrome d'épuisement professionnel était retrouvé chez **69,65%** de nos soignants : **38,62%** d'entre eux présentaient un niveau bas d'épuisement professionnel ; **20,34%** en présentaient un niveau modéré et **10,68%** souffraient du plus haut niveau de Burn out.

En analyse multivariée, les Médecins Résidents et les Infirmiers étaient les plus exposés au risque de Burn out.

L'organisation défaillante des services, la peur de l'erreur médicale et de la poursuite judiciaire ainsi que le salaire non satisfaisant multipliaient le risque d'épuisement professionnel respectivement de 1,88 ; 2,09 et 1,93.

Quant à l'évolution des différents degrés de Burn out, il semble qu'elle serait la résultante de l'ensemble des facteurs liés l'un à l'autre.

Discussion et conclusions

L'épuisement professionnel apparaît comme une réalité menaçante en milieu de Réanimation. Il peut avoir des conséquences graves tant sur le plan personnel que collectif ou sur le rendement professionnel de l'institution de santé.

Ces résultats alarmants doivent amener à entreprendre une véritable démarche d'amélioration des pratiques, avec la mise en place de stratégies préventives propres à chaque service, tout en insistant sur l'intérêt de l'organisation du travail et de la valorisation du soignant Marocain.

Abstract

Title: “Burnout in intensive care unit: survey of practitioners”

Author: Salma AZZAOU

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

Introduction

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.

Purpose of the study

Our objective is to assess the prevalence and identify risk factors for Burn out among the medical and paramedical staff in intensive care unit.

Material and methods

Multicenter analytical cross-sectional survey, conducted among practitioners of certain services of Anesthesia and Intensive Care Medicine at the four Moroccan University Hospitals (Rabat, Casablanca, Fez and Marrakech).

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

Results

Among 290 practitioners (154 doctors and 136 nurses), **48.27%** had a high score for emotional exhaustion, **21.38%** had a high score for depersonalization and **42.75%** had a low score for professional accomplishment.

The burnout was found in **69.65%** of our caregivers: 38.62% of them showed a low level, 20.34% had a moderate level and **10.68%** were suffering from the highest level of Burn out.

In multivariate analysis, resident physicians and nurses were most at risk of Burn out. Disorganization of work, fear of malpractice and lawsuit and the unsatisfactory salaries multiplied the risk of burnout respectively by 1.88, 2.09 and 1.93.

As for the evolution of different degrees of Burn out, it seems to be the result of all factors related to each other.

Discussion and conclusions

Burnout appears to be a reality in intensive care unit. It can have serious consequences on both personal and collective sides, and also on job performance of the health institute. These alarming results should lead to undertake a serious process improvement of practices, with the introduction of preventive strategies specific to each department, while underlining the importance of work organization and of giving more value to our Moroccan practitioners.

ملخص

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

من طرف: سلمى عزوي

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

مقدمة

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

هدف الدراسة

تقييم مدى انتشار الاستنفاد المهني و تحديد العوامل المسببة له لدى الأطباء و الممرضين العاملين في وحدة الإنعاش و التخدير.

أداة و كيفية البحث

دراسة تحليلية مستعرضة متعددة المراكز بشأن ممارسي خدمات الإنعاش و التخدير العاملين في المراكز الاستشفائية الجامعية الأربعة (الرباط, الدار البيضاء, فاس ومراكش) و ذلك عبر استبيان ذاتي ملئ بحرية و دون كشف للهوية, يشمل متغيرات ديمغرافية و مهنية و صيغة ملائمة لجراد MBI وكذا تقييما لأسباب و عواقب الإجهاد في العمل.

النتائج

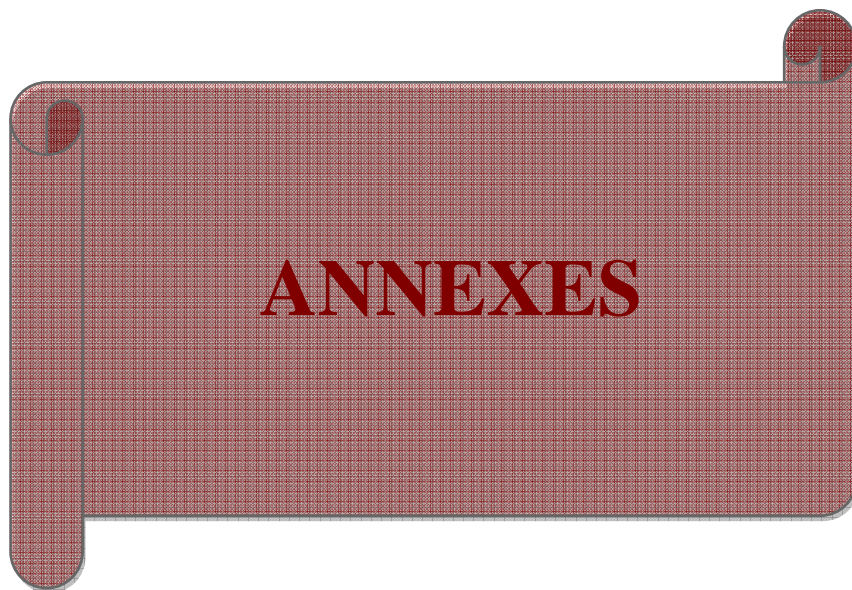
ضمن مجموعة مكونة من 290 مهنيا (154 طبيب و 136 ممرض) 48,2% كانوا على درجة عالية من الإجهاد العاطفي, 21,38% على درجة عالية من فقدان الإنسانية و 42,7% يعانون من انخفاض في الأداء المهني.

69,65% من أطباء و ممرضين وحدات الإنعاش يعانون من متلازمة الاستنفاد المهني: 38,62% كانوا على درجة منخفضة منها 20,34% على درجة متوسطة بينما تم العثور على المتلازمة في أعلى درجاتها عند 10,68% منهم.

و يمثل سوء التنظيم في العمل, الخوف من الخطأ الطبي و المتابعة القضائية, و كذا الأجور غير المرضية أبرز الأسباب, حيث تضاعف هذه العوامل خطر الاستنفاد بنسب 1,88 ; 2,09 و 1,93 على التوالي. أما فيما يخص تطور درجات المتلازمة, فيبدو أنها نتيجة لمجموعة عوامل مترابطة فيما بينها.

مناقشة و استنتاجات

يظهر الاستنفاد المهني كحقيقة في وحدات الإنعاش و التخدير يمكن أن يكون له عواقب وخيمة سواء على الصعيد الشخصي أو الجماعي, أو كذلك على الأداء الوظيفي في منظومة الصحة. هذه النتائج المقلقة تدعو إلى ضرورة وضع نهج لتحسين بعض الممارسات, و تبني الاستراتيجيات الوقائية اللازمة لكل وحدة, مع التأكيد على أهمية حسن تنظيم العمل, ومنح الأطباء و الممرضين المغاربة ما يستحقونه من قيمة.



**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 : Critères d'un épisode de dépression majeure selon le DSM IV [22]

Au moins cinq des symptômes suivants doivent avoir été présent pour une durée d'au moins deux semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur.

Au moins un de ces symptômes est soit une humeur dépressive, soit une perte d'intérêt ou de plaisir :

1. Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet ou observée par les autres.
2. diminution de l'intérêt et du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités.
3. perte d'appétit et de poids d'au moins 5% par mois en l'absence de régime
4. insomnie ou hypersomnie.
5. agitation ou ralentissement psychomoteur,
6. fatigue et perte d'énergie,
7. sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée

Dépression majeure : >5critères

Dépression mineure : <5critères

Annexe 3 : Notre questionnaire d'autoévaluation du Burn out

ETUDE SUR LE SYNDROME D'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL

Responsables : Pr BALKHI. Mlle AZZAOU

-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

Variables sociodémographiques

-Sexe masculin féminin

-Ageans

-Situation familiale

Célibataire marié(e) divorcé(e) veuf/veuve

- Nombre d'enfants à charge :

- Statut professionnel :

Médecin enseignant Médecin spécialiste Médecin en formation

Infirmier

-Nombre d'années d'exercice :

-Lieu d'exercice :

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

Echelle MBI (Maslach Burn out Inventory)

1) Je me sens émotionnellement fatigué(e) à cause de mon travail.

Jamais

Quelques fois/an

Une fois/mois

Quelques fois/mois

Une fois/semaine

Quelques fois/semaine

Tous les jours

2) Je me sens épuisé(e) à la fin d'une journée de travail.

- Jamais
- Quelques fois/an
- Une fois/mois
- Quelques fois/mois
- Une fois/semaine
- Quelques fois/semaine
- Tous les jours

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

- Jamais
- Quelques fois/an
- Une fois/mois
- Quelques fois/mois
- Une fois/semaine
- Quelques fois/semaine
- Tous les jours

4) Travailler toute la journée avec des gens me fatigue.

- Jamais
- Quelques fois/an
- Une fois/mois
- Quelques fois/mois
- Une fois/semaine
- Quelques fois/semaine
- Tous les jours

5) Je me sens usé(e) par mon travail.

- Jamais
- Quelques fois/an
- Une fois/mois
- Quelques fois/mois
- Une fois/semaine
- Quelques fois/semaine
- Tous les jours

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

- Jamais
- Quelques fois/an
- Une fois/mois

- Quelques fois/mois
- Une fois/semaine
- Quelques fois/semaine
- Tous les jours

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

- Jamais
- Quelques fois/an
- Une fois/mois
- Quelques fois/mois
- Une fois/semaine
- Quelques fois/semaine
- Tous les jours

8) Le fait que mon travail me mette en contact direct avec d'autres personnes me stresse trop.

- Jamais
- Quelques fois/an
- Une fois/mois
- Quelques fois/mois
- Une fois/semaine
- Quelques fois/semaine
- Tous les jours

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

- Jamais
- Quelques fois/an
- Une fois/mois
- Quelques fois/mois
- Une fois/semaine
- Quelques fois/semaine
- Tous les jours

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

- Jamais
- Quelques fois/an
- Une fois/mois
- Quelques fois/mois
- Une fois/semaine
- Quelques fois/semaine

Tous les jours

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

- Jamais
- Quelques fois/an
- Une fois/mois
- Quelques fois/mois
- Une fois/semaine
- Quelques fois/semaine
- Tous les jours

12) Je crains que mon travail me rende moins compatissant(e).

- Jamais
- Quelques fois/an
- Une fois/mois
- Quelques fois/mois
- Une fois/semaine
- Quelques fois/semaine
- Tous les jours

13) Je ne suis pas vraiment intéressé(e) à ce qui arrive à certains patients.

- Jamais
- Quelques fois/an
- Une fois/mois
- Quelques fois/mois
- Une fois/semaine
- Quelques fois/semaine
- Tous les jours

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

- Jamais
- Quelques fois/an
- Une fois/mois
- Quelques fois/mois
- Une fois/semaine
- Quelques fois/semaine
- Tous les jours

15) Je comprends facilement ce que mes patients pensent de certaines questions.

- Jamais
- Quelques fois/an
- Une fois/mois
- Quelques fois/mois
- Une fois/semaine
- Quelques fois/semaine
- Tous les jours

16) Je traite avec succès les problèmes de mes patients.

- Jamais
- Quelques fois/an
- Une fois/mois
- Quelques fois/mois
- Une fois/semaine
- Quelques fois/semaine
- Tous les jours

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

- Jamais
- Quelques fois/an
- Une fois/mois
- Quelques fois/mois
- Une fois/semaine
- Quelques fois/semaine
- Tous les jours

18) Je me sens plein(e) d'énergie.

- Jamais
- Quelques fois/an
- Une fois/mois
- Quelques fois/mois
- Une fois/semaine
- Quelques fois/semaine
- Tous les jours

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

- Jamais
- Quelques fois/an
- Une fois/mois
- Quelques fois/mois

- Une fois/semaine
- Quelques fois/semaine
- Tous les jours

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

- Jamais
- Quelques fois/an
- Une fois/mois
- Quelques fois/mois
- Une fois/semaine
- Quelques fois/semaine
- Tous les jours

21) J'ai atteint beaucoup d'objectifs valorisants dans mon travail.

- Jamais
- Quelques fois/an
- Une fois/mois
- Quelques fois/mois
- Une fois/semaine
- Quelques fois/semaine
- Tous les jours

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

- Jamais
- Quelques fois/an
- Une fois/mois
- Quelques fois/mois
- Une fois/semaine
- Quelques fois/semaine
- Tous les jours

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

- La surcharge de travail
- L'absence de récupération post garde
- Les pressions administratives
- 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

.....

Conséquences, en réponse au stress

Face à ces situations stressantes

* Vous vous sentez plutôt

- En colère irritable triste insatisfait(e)
- Coupable bloqué(e) indifférent (e)

* Sur le plan physique, ceci pourrait coïncider avec des

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

* Vous avez tendance à vous tourner vers

- Le tabac l'alcool la drogue les aliments les psychotropes

- Vous essayez d'éviter la source de ce stress
- Vos absences sont de plus en plus fréquentes
- Vous sentez que votre rendement professionnel est en baisse
- Ce stress retentit sur votre relation avec votre conjoint, famille et

entourage

- Vous regrettez d'avoir choisi ce métier
- Le désir de reconversion ou de mutation de travail vous vient à l'esprit
- Vous avez eu déjà eu des pensées suicidaires

Orientation de la carrière

** Initialement, le travail était pour vous

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

****Actuellement, vous le considérez comme étant**

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

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-

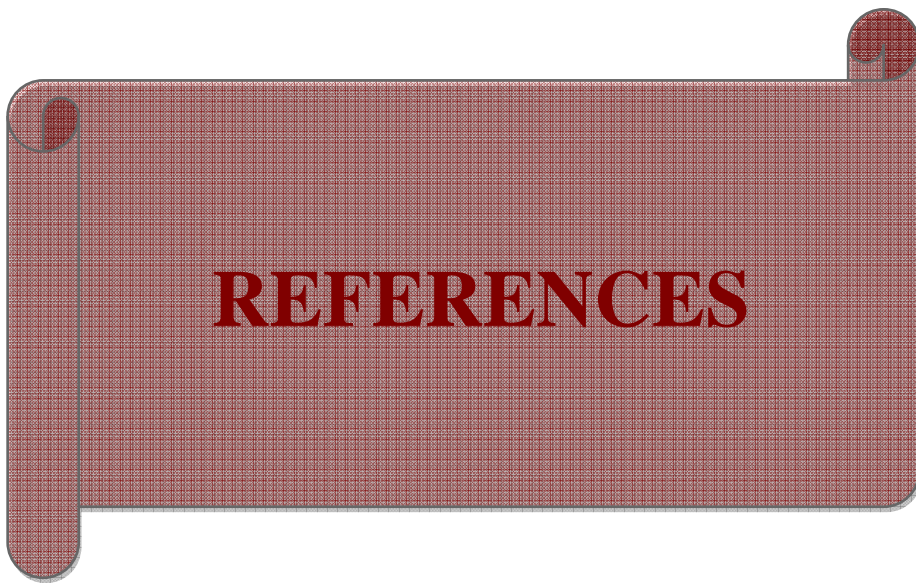
Annexe 4 : Burn out Measure Short Version (BMS)

Entourez le chiffre correspondant le mieux à votre sentiment afin de répondre à la question posée.

● 1 : jamais ● 2 : presque jamais ● 3 : rarement ● 4 : parfois ● 5 : souvent ● 6 : très souvent ● 7 : toujours.

En pensant à votre travail, globalement...

	jamais	Presque jamais	rarement	parfois	souvent	Très souvent	Toujours
Vous êtes vous senti(e) fatigué(e)							
vous êtes-vous senti(e) déçu(e) par certaines personnes							
vous êtes vous senti (e) désespéré (e)							
Vous êtes vous senti (e) « sous pression »							
vous êtes-vous senti(e) physiquement faible ou malade							
vous êtes-vous senti(e) « sans valeur » ou « en échec »							
avez-vous ressenti(e) des difficultés de sommeil							
vous êtes-vous senti(e) délaissé(e)							
vous êtes-vous senti(e) déprimé(e)							
pouvez-vous dire « J'en ai assez »/« Ca suffit »							



REFERENCES

- [1] **Martin Winckler** , La maladie de Sachs, POL,1998
- [2] **Letonturier P.**,
Le syndrome d'épuisement professionnel du soignant, une nouvelle maladie professionnelle, *La presse médicale* ; 33:393 ,27 mars 2004, tome 33,n°6
- [3] **Maslach C. and Jackson S.E.**,
Burn out in health professions: a social psychological analysis, In *SANDERS G.S. and SULS J.(Eds),Social Psychology of Health and Illness, London, Laurence Erlbaum Associates,1982*”
- [4] **Canoui P.,Mauranges A.**,
Le Burn out à l'hôpital : le syndrome d'épuisement professionnel des soignants, 4^{ème} édition, *Masson 2008*
- [5] **Bugel P.**,
Le Burn out, *Cahier du Burn out, Santé conjugulée - Avril 2005 - n° 32, p33-36*
(Article paru dans la revue Patient care de juillet 2003)
- [6] **Hoffman A.**,
Burn out : biographie d'un concept, *Cahier du Burn out, Santé conjugulée -Avril 2005-n°32, p37-38*

- [7] **Freudenberg H.,**
L'épuisement professionnel : la brûlure interne, *Québec: Gaëtan Morin Éditeur, 1987*
- [8] **Feudenberg HJ.,**
Staff Burn out , *Journal of Social Issues, 1974*
- [9] **Larouch Léon M.,**
Manifestations cliniques du Burn out chez les médecins, *Santé mentale au Québec, 1985, X, 2, 145-150*
- [10] **Uehata T.,**
A medical Study of Karoshi, National Defense Counsel for Victims of Karoshi, *Karoshi, 1990, Mado-sha.*
- [11] **Delbrouck M.,**
Le Burn out du soignant - Le syndrome d'épuisement professionnel, *2^{ème} édition, de Boeck, 2008*
- [12] **Pines A.M. and Aronson E.,**
Career Burn out: causes and cures, *Free Press, New York, 1988*
- [13] **Galam E.,**
Université Paris 7, *Association d'Aide Professionnelle aux Médecins Libéraux (AAPML)*

- [14] **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.carnetspsy.com/Archives/Recherches/Items/p37.htm>
- [15] **Bimes-Arbus S.,Lazorthes Y.,Rougé D.,**
Sciences humaines et sociales, *PCEMI, MASSON*
- [16] **Selye H.,**
The physiology and pathology of the exposure to stress. *Montreal: Inc. Medical Publishers", 1950.*
- [17] **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
- [18] **Corten P.,**
« Mettre les mots sur mes maux », *Le Burn out, Santé conjugulée –avril 2005-n°32*

- [19] **Lazarus RS, Folkman S.,**
Stress, Appraisal and Coping, *New York: Springer Publishing Compagny;*
1984
- [20] **Hoffman A.,**
Questions réponses sur le Burn out, *Cahier Burn out, Santé conjugée –*
avril 2005-n° 32, p84-93
- [21] **Raffaitin F.,**
Dépression : de l'épisode aiguë à la maladie chronique, *L'encéphale, Vol.*
34, issu1, January 2008, 101-104
- [22] « Classification Internationale des troubles mentaux », *Manuel*
Diagnostique et statistique des troubles mentaux, Paris, Masson 1996
- [23] **Caplan R.P.,**
stress, anxiety, and depression in hospital consultants, general practitioners
and senior health service managers , *BMJ, London, 1994, 309*
- [24] **Maslach C., Jackson S.E, Leiter MP.,**
The Maslach Burnout Inventory, *Consulting Psychologists Press*
Inc, Palo. Alto, 1996, 3ème édition
- [25] **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*

- [26] **Catbébras P., Begon A., Laporte S., Bois C., Truchot D.,**
Epuisement professionnel chez les médecins généralistes, La presse médicale 2004, tome 33, n°22, 1569 -74
- [27] **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
- [28] **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
- [29] **Giorgio MT.,**
Epuisement professionnel, Burn out chez les médecins : en région parisienne 53% des médecins souffrent du Burn out, *Version 28. Knol.2009Nov11*
Disponible à l'adresse :
<http://Knol.google.com/k/marie-thérèse-giorgio,épuisement-professionnel-burn-out-chez/3sjey8969uegh/17>
- [30] Burn out chez les anesthésistes réanimateurs. *Santé Médecine*
Disponible à l'adresse :
<http://santé-medecine.commentcamarche.net/news/109325-breve-burn-out-chez-les-anesthésistes-réanimateurs>

[31] **www.sfar.org**

[32] **Mérat F. ,Mérat S.,**

Risques professionnels liés à la pratique de l'anesthésie, *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation* 27(2008) 63-73

[33] **Morais A.,Maia PA.,Azevedo A.,Amarel C.,Tavares J.,**

Stress and burnout among Portuguese anesthesiologists . *Eur J Anaesthesiol* 2006 ; 23; 433-9

[34] **Embriaco N.,**

Burn out chez les réanimateurs, *Am J Respir Crit Care Med* 2007 ; 175; 698 – 704

[35] **Poncet MC.,**

Infirmier(e)s en réanimation : un corps de métier combustible, *Am J Respir Crit Care Med* 2007 ; 175 ; 698-704

[36] **Brugiroux A. ,Baccialone L., Dufour C.,Souvignet S.,Dubreuil S.,Grandcolas, Andréa C.,Staikowsky F.,**

Incidence du Burn out (syndrome d'épuisement professionnel) et démarche de prise en charge du stress au travail (aux urgences)

Service d'Urgences, smur, GHSR, CHR de la réunion, Saint- denis, Réunion

- [37] **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
- [38] **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
- [39] **Truchot D.,**
Epuisement professionnel et Burn out : concepts, modèles, interventions.
Paris :Dunod ;2004.
- [40] **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
- [41] **Philippon C.,**
Syndrome d'épuisement professionnel (Burn out) : étude descriptive et recherche de facteurs associés chez 189 médecins généralistes Rhône – Alpines
Th: Med: Lyon2004, N°147,116p

[42] Jarry C.,

Etude du Burn out chez les médecins généralistes d'Inde et Loire. *Th : Med : Tours 2005, N°12 ,52p*

[43] 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*

[44] Mangen M.H.,

Etude du Burn out chez les médecins généralistes luxembourgeois. *Th : Med : Paris 2007, N°2007 PAOG019, 95p*

[45] Grandjean C.,Villadieu R.,

Souffrance cachée des soignants : quelles réponses ?
Médecine Palliative,Septembre 2005 ;N°4 :190-198

[46] Tucker,Miriam E.,

Physician Burn out takes toll on quality of care, *Family Practice News*
38 .9 (May1, 2008):p4 (1)

[47] Lazor-Blauchet C.,Gonik V.,

Le Burn out concerne 20% de la population active ; Le portail Suisse des ressources humaines.*HR Today 04/2006/F*

Disponible sur :

http://hrtoday.ch/hrtoday/fr/themen/archiv/501076/le_burnout_concerne_20_pour_cent_de_la_population_active

[48] 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

[49] Barbier D.,

Le syndrome d'épuisement du soignant, *La presse Médicale 2004, tome 33, n°6 ,394-8*

[50] Edelwich F.,Brodsky A.,

Burn out, Stages of Desillusionment in the Helping Professions, *Human Services Press, 1980*

[51] Girault-Lidvan N.,

Méthodes d'évaluation de l'épuisement professionnel : limites et perspectives. *Psychiatr fr 1996 ; 2:30-9*

- [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] **Maslach C., Jackson SE.,**
The Maslach Burnout inventory: research edition. *Palo Alto, CA:*
Consulting Psychologists Press; 1981
- [54] **Maslach C., Jackson SE.,**
The Maslach Burnout Inventory: manual edition .*Palo Alto, CA:*
Consulting Psychologists Press; 1986
- [55] **Schaufeli WB, Enzmann D.,**
The Burnout companion to study and practice: a critical analysis. *London :*
Taylor and Francis;1998
- [55 bis] **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
- [56] **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

- [57] **Chasseigne G.,**
Cognition, santé et vie quotidienne, vol 2, stress : conceptions, mesures, implications professionnelles
Sciences Humaines et Sociales, Psychologie, Edition Publibook
- [58] **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
- [59] **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*
- [60] **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*
- [61] **Canoui P., Mauranges A.,**
Le syndrome d'épuisement professionnel du soignant : de l'analyse du Burn out aux réponses ; 2ème édition, *Paris Masson, 2001*
- [62] **Nyssen AS., Hansez I., Baele P., Lamy M., De Keyser V.,**
Occupational stress and Burn out in anaesthesia . *Br J Anaesth* 2003; 90:333-7

- [63] **Mc Murray JE., Linzer M., Konrad TR., Douglas J., Shugerman R., Nelson K.,**
The work lives of women Physicians results from the physician work life study. *The SGIL Career Satisfaction Study Group; J Gen Intern Med* 2000 Jun; 15(6) : 372-80
- [64] **Maslach C and Jackson S.,**
The measurement of experienced Burn out; Journal of occupational Behaviour, Vol 2,p 99-113;1981
- [65] **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
- [66] **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
- [67] **Chan Lin-Chauteau S.,**
Le Burn out des médecins généralistes libéraux de Tahiti. *Thèse de Médecine Générale,Université Paris 5 .2006*
- [68] **Grau A., Suner R., Garcia MM.,**
Buen out syndrome in health workers and relationship with personal and environmental factors. *Gac Sanit.*2005 Nov-Dec ; 19(6) :463-70

[69] Robert E.,

L'épuisement professionnel : enquête auprès des médecins de l'arrondissement de Dinan (22). *Thèse de Médecine Gén, Université Rennes 1.2002*

[70] Combot A.,

La santé des médecins generalists du Finistère. *Thèse de Médecine Gén.2004 ; 39:96*

[71] Goehring C.,Bouvier Gallacchi M.,Kunzi B.,Bovier P.,

Psychosocial and professional characteristics of Burnout in Swiss primary care practitioners: a cross-sectional survey .*Swiss Med Wkly.2005 Feb 19; 135 (7-8): 101-8*

[72] Truchot D.,

Le Burn out des médecins libéraux de Poitou-Charentes, *Rapport de recherche pour l'URML Poitou-Charentes ; 2004 : 99*

[73] Belfer R.,

Une infirmière sur quatre épuisée. Analyse d'une étude préoccupante : la preuve par le stress. *L'INFIRMIERE MAGAZINE Juin 1993; 73*

[74] Stordeur S., Vanderberghe C.,D'Hoore W.,

Predictors of nurses' professional Burn out: a study in a university hospital. *Rech Soins Infirm .1999 Dec (59) :57-67*

[75] Vaquin C.,Flahault A.,

« Le Maslach Burn out Inventory qui quantifie le Burn out ou syndrome d'épuisement professionnel montre que les médecins généralistes français en souffrent », *Protocole d'étude épidémiologique Sentinelles Burn out, Code de l'étude (Burn out 2006.2)*

[76] Estyren-Behar et al.,

Guide des risques professionnels des services de soins, *Paris, Lamarre, 1991*

[77] Saint-Arnaud et al. 1992 ; Landau-1992 ; Rotary et al., 1993 ;Bedart, 1998; Janssens ,1999

[78] Duquette A. et Delmas PL.,

Le travail menace-t-il la santé mentale des infirmières? , *Soins-cadres 38(mai 2001) 39(sept 2001) 40(déc 2001)*

[79] Pronost AM.,

Souffrance des soignants ; *GRASSPHO : Groupe de Réflexion sur l'Accompagnement et les Soins de Support pour les Patients en Hématologie et en Oncologie, 2007*

Disponible sur :

http://www.graspho.org/?-Souffrance-des-soignants-etid_article=66

- [80] **Lutz A.,**
Le Burn out chez le médecin, *Cahier Burn out, Santé conjugée –Avril 2005-n°32, p63-66*
- [81] **Loriol M.,**
La fatigue, le stress et le travail émotionnel de l’infirmière, *Cahier Burn out, Santé conjugée –Avril 2005-n°32, p 39-43*
- [82] **Galam E.,**
Burn out des médecins libéraux : une identité professionnelle remise en question (2^{ème} partie)
Médecine, Volume 3, Numéro 10, 474-7, Décembre 2007, Vie professionnelle
- [83] **Pines A.,Kanner A.D.,**
Nurses’ burnout: lack of positive conditions and presence of negative positions as two independent sources of stress, *Journal of Psychosoc. Nurs. Mental Health Serv., 20, n°8, 30-35, 1982*
- [84] **Dato D.,**
Le Burn out dans les affaires, *Stress, 3, n°1, 1982*
- [85] **Sertoz O. O., Binbay I. T., Koylu E., Noyan A., Yildirime E., Mete H. E.,**
The role of BDNF and HPA axis in the neurobiology of burnout syndrome.
Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry 2008

- [86] **Von Kanel R., Bellingrath S., Kudielka B. M.,**
Association between burnout and circulating levels of pro- and anti-inflammatory cytokines in schoolteachers.
J Psychosom Res 2008; 65(1): 51-9.
- [87] **Marty J., Lamraoui M.,**
Epuisement professionnel : risques pour le patient et le médecin. Implications organisationnelles ; *Traité d'anesthésie générale* « Dalens », Chapitre 11, Groupe Liaison, Décembre 2003
- [88] **Gaba DM ,Howard SK, Jump B.,**
Production pressure in the work environment. California anesthesiologists' attitudes and experiences. *Anesthesiology* 1994; 81: 488-500.
- [89] **Grander PH., Merry A., Millar MM., Weller J.,**
Hours of work and fatigue-related error: a survey of New Zealand anaesthesists. *Anaesth Intensive Care* 2000; 2(vol.28):178-83
- [90] **Leak JA.,**
Stress Management: Slaying the Dragon. *American Society of Anesthesiologists Newsletter* 2000; 10 (vol.64)

[91] Quenot JP.,

L'impact d'une procédure de collégialité et d'accompagnement des patients et des familles sur le stress et la dépression de l'équipe soignante dans le cadre de la fin de vie en réanimation, COLLEREA, *Master recherche éthique médicale, Université René Descartes (Paris V)*, 2007

[92] Logeais P, Gadbois C.,

L'agression psychique de la mort dans le travail infirmier, in *Psychopathologie du travail, Paris, Entreprise Moderne d'Editions, 1985*

[93] Galam E.,

Burn out des médecins libéraux : des conséquences pour le médecin, mais aussi pour ses patients (3^{ème} partie)
Médecine, Volume 4, Numéro 1, 443-6, Janvier 2008

[94] Mion G., Ricouard S.,

Repos de sécurité : quels enjeux ? , *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation, volume 26 (2007) 638-648*

[95] Wright DJM. , Roberts AP.,

Which doctors die first?, *Analysis of BMJ obituary columns. BMJ 1996; 313: 1581-2*

[96] Ekbom A.,

Do anesthesiologists die younger? *Acta Anesthesiol Scand 2002; 46: 1185-6*

[97] Katz DJ.,

Do anesthesiologists die at a younger age than other physicians? Age-adjusted death rates. *Anesth Analg* 2004; 98:1111-3

[98] Alexander BH., Checkoway H., Nagahama SI., Domino KB.,

Cause-specific mortality risks of anesthesiologists. *Anesthesiology* 2000; 93:922-30

[99] Gambarana C., Masi F., Tagliamonte A., Scheggi S., Ghiglieri O., De Montis MG.,

A chronic stress that impairs reactivity in rats also decreases dopaminergic transmission in the nucleus accumbens: a microdialysis study. *J Neurochem* 1999; 72:2039-46

[100] Howard SK., Rosekind MR., Katz JD., Berry AJ.,

Fatigue in anesthesia: implications and strategies for patient and provider safety. *Anesthesiology* 2002; 97: 1281-94

[101] Basner RC.,

Shift-work disorder –the glass is more than half empty. *N Engl J Med* 2002;347:1249-55

[102] Tyl B., Rauchenzaumer M. et Coll,

Arrhythmias and increased neuro-endocrine stress response during physicians' night shifts: a randomized cross over trial. *Eur Heart J.*, 2009 30: 2606 – 2613

[103] Muecke S.,

Effects of rotating night shifts: literature review. *J adv Nurs* 2005; 50:433-9

[104] Castledine G.,

Nurses are overtired and not getting enough sleep. *Br J Nurs* 2005; 14:183

[105] Dru M., Bruge P.,

Le repos de sécurité est-il souhaitable ? In: *MAPAR, editor. Paris: Mapar, 2003.p311-9*

[106] Cooper JB., Newbower RS., Long CD. and McPeck B.,

Preventable anesthesia mishaps: a study of human factors, *Anesthesiology* 49(1978) , pp. 399–406

[107] Williamson JA.,Webb RK., Sellen A., Runciman WB. and Van der Walt JH,

The Australian Incident Monitoring Study. Human failure: an analysis of 2000 incident reports, *Anaesth. Intensive Care* 21 (1993), pp. 678–683

[108] Gander PH., Merry A.,Millar M. and Weller J.,

Hours of work and fatigue-related error: a survey of New Zealand anaesthetists, *Anaesth. Intensive Care* 28 (2000), pp. 178–183

[109] Petitjeans F.,

Sécurité en anesthésie et facteur humain. Étude expérimentale de l'altération du sommeil et de ses conséquences lors d'une nuit de garde en réanimation. *Thèse de Medecine 1995; Lyon.*

[110] Martiflich J., Petitjeans F., Combourieu E., Ceyrat A., Dailler F. and Leroy P. et al.,

Sommes-nous performants après une nuit de garde ?, *Ann. Fr. Anesth. Reanim. 15 (1996), p. 901 (R301)*

[111] Friedman RC., Bigger TJ. and Kornfeld DS.,

The intern and sleep loss, *N. Engl. J. Med. 285 (1971), pp. 201–203*

[112] Smith-Coggins R., Rosekind MR., Hurd S. and Buccino KR.,

Relationship of day versus night sleep to physician performance and mood, *Ann. Emerg. Med. 24 (1994), pp. 928–934*

[113] Aya AG., Mangin R., Robert C., Ferrer JM. and Eledjam JJ.,

Increased risk of unintentional dural puncture in night-time obstetric epidural anesthesia, *Can. J. Anaesth. 46 (1999), pp. 665–669*

[114] Ringot E., Perret Vaille E., Vaille JL., Saurel D., Cluytens V. and Gillart T. et al.,

Autoévaluation du retentissement d'une garde en réanimation , *Réanimation 11 (Suppl. 3) (2002), p. 185s.*

- [115] **Bruge P., Dru M., Auger H., Bourgeois S., Jbeili C. and Benoît O. et al.,**
Influence de l'activité de garde sur la chronobiologie, *Ann. Fr. Anesth. Reanim.* 22 (Suppl. 2) (2003), p. 144s (R091)
- [116] **Frey R., Decker K., Reinfried L., Klösch G., Saletu B. and Anderer P. et al.,**
Effect of rest on physicians' performance in an emergency department, objectified by electroencephalographic analyses and psychometric tests, *Crit. Care Med.* 30 (2002), pp. 2322–2329
- [117] **Howard SK., Gaba DM., Smith BE. , Weinger MB., Herndon C. and Keshavacharya S. et al.,**
Simulation study of rested versus sleep-deprived anesthesiologists , *Anesthesiology* 98 (2003), pp.1345-1355
- [118] **Morris GP. and Morris RW.,**
Anaesthesia and fatigue: an analysis of the first 10 years of the Australian incident monitoring study 1987–1997, *Anaesth. Intensive Care* 28 (2000), pp. 300–304
- [119] **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*

[120] Sexton BJ., Thoma EJ., Helmreich RL.,

Error, stress and teamwork in medicine and aviation: cross sectional survey. *Br Med J* 2000; 320: 745-9

[121] Fine BJ., Kobric JL.,

Effect of heat and chemical protective clothing on cognitive performance. *Aviat Space Environ Med* 1987

[122] Brzychcy 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*

[123] 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

[124] 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

[125] Landrigan CP.,Rothschild JM.,Cronin JW., Kaushal R., Burdick E.,Katz JT. Et al.,

Effect oof Reducing Interns' Work Hours on Serious Medical Errors in Intensive Care Units. *N Engl J Med* 2004; 351: 1838-48

[126] Bellenger L.,

Rire et faire rire : pourquoi l'humour change la vie. *Collection « Formation permanente », Séminaires Mucchielli. Issy-les-Moulineaux: ESF Éditeur; 2008.*

[127] Griner-Abraham V.,

Le bon stress : parlons-en !, *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie ,Volume 9, Issues 53-54, _October-December 2008, p256-260*

[128] Maslach C., Schaufelli WB.,Leiter MP.,

Job Burn out, *Annuel Reviews of Psycholgy, 2001, 52, 1.p397-422*

[129] Le journal du Médecin, n°1130,2mars 2001, p.10

Serment

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

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

قسم ابقر اط

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 بوازع من ضميري وشرفي جاعلا صحة مريضي هدفي الأول.
 - ◀ وأن لا أفشي الأسرار المعهودة إلي.
 - ◀ وأن أحافظ بكل ما لدي من وسائل على الشرف والتقاليد النبيلة لمهنة الطب.
 - ◀ وأن أعتبر سائر الأطباء إخوة لي.
 - ◀ وأن أقوم بواجبي نحو مرضاي بدون أي اعتبار ديني أو وطني أو عرقي أو سياسي أو اجتماعي.
 - ◀ وأن أحافظ بكل حزم على احترام الحياة الإنسانية منذ نشأتها.
 - ◀ وأن لا أستعمل معلوماتي الطبية بطريق يضر بحقوق الإنسان مهما لاقيت من تهديد.
 - ◀ بكل هذا أتعهد عن كامل اختيار ومقسما بشرفي.
- والله على ما أقول شهيد.

أطروحة رقم: 26

سنة : 2010

" الاستنفاذ المهني في وحدة الإنعاش والتخدير:
بحث بشأن الأطباء والمرضى "

أطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم :

من طرف

الآنسة : سلمى عزاوي
المزودة في 03 يوليوز 1984 بفاس

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية: الاستنفاذ المهني – الإنعاش والتخدير – عوامل الخطر – التوتر في العمل.
تحت إشراف اللجنة المكونة من الأساتذة

رئيس

مشرف

أعضاء

السيد: شرقي حيمر

أستاذ في الإنعاش والتخدير

السيد: هشام بلخي

أستاذ في الإنعاش والتخدير

السيد: محمد زكرياء بشرا

أستاذ مبرز في الطب النفسي

السيد: عبد الواحد بايت

أستاذ مبرز في الإنعاش والتخدير

السيد: هشام أزندور

أستاذ مبرز في الإنعاش والتخدير