



ROYAUME DU MAROC
UNIVERSITE SIDI MOHAMMED BEN ABDELLAH
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
FES



BURN OUT SYNDROME CHEZ LES MÉDECINS DES SERVICES DES URGENCES ET D'ANESTHÉSIE RÉANIMATION

MEMOIRE PRESENTE PAR :
Docteur MOUCHRIF ISSAM
Né le 16 octobre 1986 à FES

POUR L'OBTENTION DU DIPLOME DE SPECIALITE EN MEDECINE
OPTION : ANESTHESIE REANIMATION

Sous la direction de :
Professeur KHATOUF MOHAMMED

Session Juin 2016

Remerciement

A nos maîtres ;

Professeur Kanjaa Nabil

Professeur khatouf Mohammed

Professeur Harandou Mustapha

Nous avons eu le privilège de travailler parmi vos équipes et d'apprécier vos qualités et vos valeurs. Votre sérieux, votre compétence et votre sens du devoir nous ont énormément marqués. Veuillez trouver ici l'expression de notre respectueuse considération et notre profonde admiration pour toutes vos qualités scientifiques et humaines.

À tous nos chers professeurs, à nos chers maîtres, vous nous avez guidé, orienté et illuminé le début de notre chemin vers le savoir. Nous vous resterons à jamais reconnaissants, sincèrement respectueux et toujours vos disciples dévoués.

PLAN

INTRODUCTION	4
CONCEPT DU BURN OUT	6
I. DEFINITION	7
II. DESCRIPTION DU SYNDROME D'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL.....	8
A. L'épuisement émotionnel	8
B. La dépersonnalisation ou la déshumanisation de la relation à l'autre	9
C. La diminution de l'accomplissement professionnel.....	10
MATERIEL ET METHODES	11
I. Type et but de l'étude	12
II. Période et lieu de l'étude	12
III. Population étudiée	12
IV. Variables mesurées	15
V. METHODOLOGIE D'ANALYSE	15
RESULTATS	16
I. RESULTATS DESCRIPTIFS	17
A. CONNAISSANCES INITIALES	17
B. VARIABLES SOCIODEMOGRAPHIQUE	17
C. VARIABLES PROFESSIONNELLES	18
D. ECHELLE MBI (MASLACH BURN OUT INVENTORY)	19
E. LES CAUSES DE L'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL	20
F. LES CONSEQUENCES DE CE STRESS	20
G. L'ORIENTATION DE LA CARRIERE	22
H. CONSTATATION PERSONNELLE	23
I. SOLUTIONS ET COMMENTAIRES	23

II. RESULTATS ANALYTIQUES	25
A. Facteurs influençant la survenue du Burn out	26
B. Facteurs influençant les trois degrés de Burn out	29
DISCUSSION	32
I. Les limites et points fort de l'étude	33
II. EPIDEMIOLOGIE	34
III. LES CAUSES DU BURN OUT	35
A. Variables sociodémographiques et professionnelles	35
B. Le Burn out: un phénomène multifactoriel	37
C. Particularités des services des urgences et d'anesthésie réanimation	47
IV. LES CONSEQUENCES DU BURN OUT	48
A. Conséquences individuelles pour le soignant	48
B. Conséquences pour le patient	49
C. Conséquences institutionnelles	49
V. SOLUTIONS THERAPEUTIQUES DU BURN OUT	50
CONCLUSION.....	52
BIBLIOGRAPHIQUE	54

INTRODUCTION

Le syndrome d'épuisement professionnel est consécutif à l'exposition à un stress professionnel chronique. Il traduit une intense souffrance du soignant et concerne les professions à fortes sollicitations mentales, émotionnelles et affectives. Bien que les médecins des services des urgences et d'anesthésie réanimation soient réputés d'être les plus touchés par ce syndrome le nombre d'enquêtes réalisées auprès des soignants reste relativement faible et les études sont majoritairement descriptives. Le Maslach Burn out Inventory (MBI) est l'outil de mesure le plus couramment utilisé. (1),(2), (3),(4), (5),(6)

Divers facteurs, à la fois intrinsèques, reliés aux qualités individuelles et extrinsèques reliés à l'atmosphère du travail, contribuent à l'apparition de ce syndrome. Le dénominateur commun étant l'existence de cette discordance entre une exigence professionnelle accrue face à la réalité d'une capacité individuelle parfois limitée. Les conséquences du Burn out sont également nombreuses, tant au niveau individuel (soignant), qu'inter individuel (relation soignant/ entourage). Le retentissement est aussi bien perçu chez le soignant que chez le patient (diminution de la qualité des soins) et par conséquent sur le système de santé dans sa globalité ; d'où l'intérêt d'une prise en charge multidisciplinaire.

Le but de notre étude est d'objectiver et évaluer la prévalence du burn out syndrome chez le personnel médical en milieu de Réanimation et du service des urgences et de déterminer les facteurs de risque de ce syndrome et rechercher des solutions adéquates essentiellement préventives pour ce phénomène afin de limiter son retentissement négatif sur le personnel et sur la qualité de soin.

CONCEPT

DU BURN OUT

I. DEFINITION : (7, 8, 9, 10, 11, 12,13)

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

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

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

Une autre définition de Christina MASLACH et Susan JACKSON avec l'aide de Michel LEITER, regroupe les différents points de vue des professionnels : « Le burn out est lié, de toute évidence, au milieu professionnel, engendré principalement par une accumulation de stress au travail et est une expérience psychologique interne négative. Pour terminer ce chapitre, voici les critères se rapprochant le plus du burn out selon la classification internationale des maladies dixième version (= CIM 10). Ils se situent dans :

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

II. DESCRIPTION DU SYNDROME D'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL

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

A. L'épuisement émotionnel : (6) (14) (15)

Il s'agit d'une fatigue, autant physique que psychique, qui se distingue des autres types de fatigue par le fait qu'elle ne s'améliore que peu ou pas par le repos. Cet épuisement est marqué par un manque de motivation et d'entrain au travail et une sensation que tout est difficile, voire insurmontable. Le sujet ressent qu'il est « vidé » intérieurement, comme si la source à laquelle il puise sa résistance émotionnelle est tarie, et trouve une difficulté à être en relation avec les émotions de l'autre si bien que travailler avec certains malades devient de plus en plus difficile. Extérieurement, on va donc assister à des explosions émotionnelles (crises de larmes, de colère), à des difficultés cognitives (troubles de concentration, oublis, refus d'agir

à des demandes même anodines), mais aussi à une véritable sensation d'abattement associé à des troubles somatiques divers et non spécifiques. Dans le monde médical, on sait que cet épuisement se heurte assez souvent à l'incapacité d'exprimer toute souffrance.

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

B. La dépersonnalisation ou la déshumanisation de la relation à l'autre :

(6) (14)

Conséquence directe du premier volet, c'est le « noyau dur » du syndrome, marqué par un détachement, une sécheresse relationnelle s'apparentant au cynisme. On observe alors une perte d'intérêt vis-à-vis des patients, considérés non plus comme des individus, mais comme des objets impersonnels (un cas, un organe, un numéro de chambre ou de lit). Le soignant peut faire un usage abusif et trop constant d'un humour grinçant et noir qui devient le mode d'échange journalier. C'est parfois une description tellement « scientifique » du corps du malade qu'elle ne tient plus compte de l'état de santé de la personne dans sa globalité « on soigne l'organe avant l'homme ». Cette transformation en « look déshumanisé » représentant le point-clé du diagnostic, n'est pas toujours facile à observer, car elle s'installe insidieusement, à l'insu du soignant et pourrait-on dire malgré lui. Comme s'il se protégeait d'une « carapace » afin de préserver une certaine intégrité psychique lui permettant de réaliser le travail relationnel.

C. La diminution de l'accomplissement professionnel : (6) (14) (15)

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.

MATERIEL ET

METHODES

I. Type et but de l'étude :

Il s'agit d'une enquête analytique transversale. Et dont l'objectif est évaluer la prévalence du burn out syndrome chez les médecins des services des urgences et d'anesthésie réanimation, déterminer les facteurs de risque du Burn out syndrome en réanimation et rechercher des solutions adéquates essentiellement préventives pour ce phénomène afin de limiter son retentissement négatif sur les praticiens et sur leurs qualités de soin.

II. Lieu et période d'étude :

C'est une étude réalisée en 2016, au sein du département d'Anesthésie-Réanimation et du service des urgences du CHU Hassan II de Fès.

III. Population étudiée :

86 questionnaires ont été remplis par les médecins des services de réanimation et des urgences exerçant au niveau du CHU de Fès.

- Critères d'inclusion : Ont été inclus dans l'étude tous les médecins actifs des services de réanimation du CHU de Fès (Réanimation A1 ; Réanimation A4 ; et Réanimation mère et enfant) : Médecins spécialistes, Médecins en formation (Résidents et Internes), et les internes faisant les gardes au service des urgences.

- Critères d'exclusion : Nous avons exclu de cette étude les médecins exerçant depuis moins de 6 mois en réanimation, ainsi que les externes du CHU.

Nous nous sommes essentiellement basé sur le MBI : Maslach Burn out Inventory (16) dans sa version originale (MBI^Rhuman services Survey MBI-HSS) pour la réalisation de ce travail.

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 (16) (17) que de sa version française. (17) (18) 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 :
 - ü L'épuisement émotionnel (neuf items)
 - ü La dépersonnalisation (cinq items)
 - ü L'accomplissement personnel au travail (huit items)
- 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. (16).

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

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

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

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

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

IV. Variables mesurées :

Après distribution des questionnaires auprès du personnel médical des différents services, en leur demandant de les remplir, on a recueilli les réponses d'une façon anonyme.

Le questionnaire ainsi élaboré se subdivise en 7 grandes parties :

La première partie évaluait la connaissance initiale des médecins sur la notion du Burn out.

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

V. METHODOLOGIE D'ANALYSE :

Les variables ont été exprimées en Moyenne et Ecart Type (ET) ou en Pourcentages. Une valeur de $p \leq 0,05$ est considérée comme statistiquement significative. Les variables quantitatives ont été comparées par une analyse uni variée en utilisant le test de T.STUDENT et le Chi-2 pour les variables qualitatives. La distribution des variables quantitatives a été vérifiée par le test de KOLMOGOROV-SMIRNOV. L'analyse statistique a été réalisée par le Logiciel SPSS 20.0

RESULTATS

I. RESULTATS DESCRIPTIFS

Au terme de ce travail 86 personnes ont été interrogé.

A. CONNAISSANCES INITIALES :

Le pourcentage des personnes affirmant avoir déjà entendu parler du Burn out était de 51.2%.

72.1% affirment même avoir ressenti les signes de l'épuisement professionnel.

B. VARIABLES SOCIODEMOGRAPHIQUE :

1. LE SEXE :

Le sexe ratio est de 35 femmes (40.7%) pour 51 hommes (59.3%)

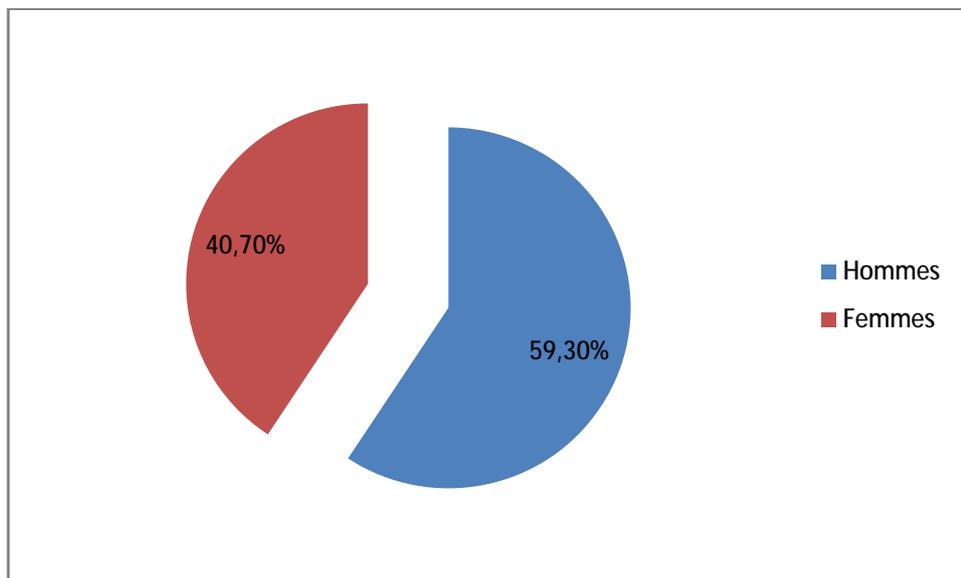


Figure 1 : répartition des médecins selon le sexe

2. L'AGE :

L'âge moyen des soignants était de 26,7 ans \pm 3.03 avec des extrêmes de 23 et 41ans.

3. LA SITUATION FAMILIALE :

- 59 soignants sont célibataires soit 68.6%
- 27 soignants sont marié(e)s soit 31,4%

C. VARIABLES PROFESSIONNELLES :

1. STATUT PROFESSIONNEL :

Notre échantillon comporte : 86 Médecins (100%) dont : 5 Médecins spécialistes (5,8%), et 81 Médecins en formation (Résidents et internes) (94.2%).

2. NOMBRE D'ANNEES D'EXERCICE :

La moyenne d'années d'exercice était de 2.22 ans, avec un minimum de 5 mois et un maximum de 5 ans.

3. LIEU D'EXERCICE :

49 soit 57% aux urgences.

17 soit 19,8% des soignants interrogés exerçaient en réanimation A1.

12 soit 14% en réanimation A4.

8 soit 9,3% en réanimation mère et enfant.

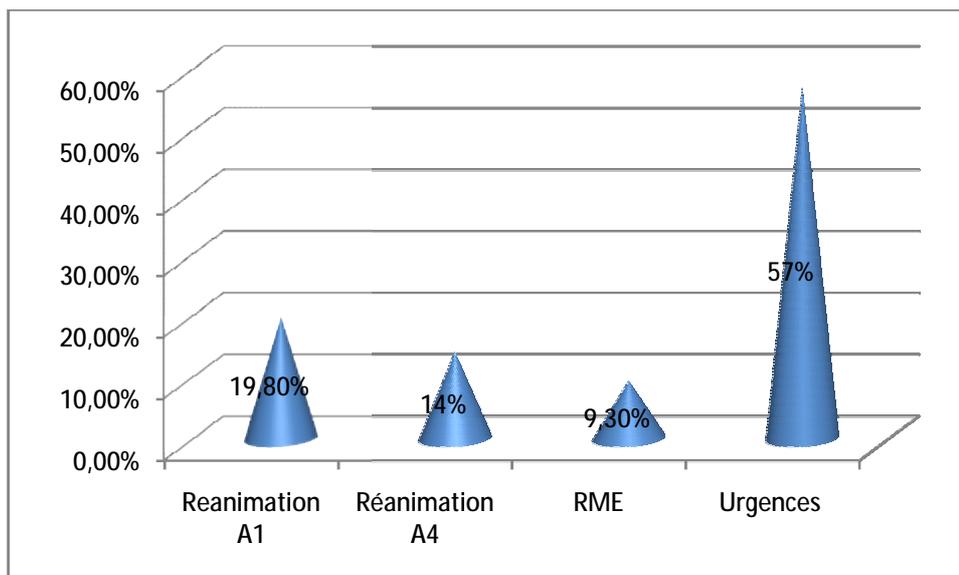


Figure 2 : REPARTITION DES SOIGNANTS SELON LE LIEU D'EXERCICE

4. HEURES DE TRAVAIL :

La moyenne de travail des soignants était de 57,8 heures \pm 7.16 par semaine, avec des extrêmes de 40 et 76 heures.

D. ECHELLE MBI (MASLACH BURN OUT INVENTORY) :

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

- Épuisement émotionnel: 28 médecins (32.6%) avaient un niveau élevé d'épuisement émotionnel, alors que 38 (44,2%) avaient un score modéré et que 20 soit (23.3%) n'exprimaient pas d'épuisement émotionnel.
- La dépersonnalisation : elle touche à un niveau élevé 18 soignants (20,9%), à un niveau modéré 36 soignants (41,9%) et épargnait 32 soignants soit (37,2%).
- l'accomplissement professionnel : était très bas pour 24 soignants (27,9%), modéré pour 39soignants (45, 3%) et bon pour 23 soignants soit (26,7%).

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

	BAS	MODERE	ELEVE
Epuisement émotionnel	23,3%	44,2%	32,6%
Dépersonnalisation	37,2%	41,9%	20,9%
Diminution de l'accomplissement professionnel	26,7%	45,3%	27,9%

E. LES CAUSES DE L'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL :

Les causes de l'épuisement et leurs fréquences sont représentées par le tableau ci-dessous :

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

Causes	Fréquence (%)
La surcharge du travail	90,7
L'effectif réduit du personnel	86
Le rapport salaire/effort insatisfaisant	40,7
Les conflits avec les collègues	48,8
Les pressions administratives	62,8
L'absence de récupération post garde	61,6
La mauvaise organisation du service	37,2
Certains cas complexes difficiles à prendre en charge	39,5
Le manque de moyens (outils diagnostiques et thérapeutiques)	38,4
Le manque de reconnaissance de la part de la société	43
Le manque de communication au sein du corps médical	54,7
Les exigences des patients et de leur famille	33,7
Le manque de temps consacré aux patients	16,3
La peur de l'erreur médicales et de la poursuite judiciaire	37,2
Le manque de respect de la part des patients	66,3

F. LES CONSEQUENCES DE CE STRESS :

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

1. Sur le plan émotionnel:

34,9% étaient insatisfaits,

45,3% se sentaient en colère,

12,8% des soignants devenaient irritables,

29,1% se sentaient tristes,

15,1% se trouvaient bloqué(e)s,

15,1%étaient indifférents,

16,3%se sentaient coupables.

2. Sur le plan physique :

15,1% ressentait des douleurs inexplicables.

50% des soignants se plaignaient de troubles du sommeil,

26,7% présentaient des manifestations neurovégétatives à type de palpitations et de céphalées,

Les autres manifestations recueillies en réponse à une question ouverte étaient les suivantes :

- une fatigue (3,5%),
- un ulcère de stress, une anorexie, des nausées (1 ,1% chacun).

3. Sur le plan comportemental et relationnel :

63 médecins (73.3%) avaient développé des conduites addictives :

L'addiction la plus fréquente était aux aliments (46,5%)

19personnes (22.1%) avaient une tendance à se retourner vers le tabac, 3 personnes soit (3,5%) se retourne vers l'alcool, et une personne (1.2%) vers la drogue.

41,9% des répondeurs ont choisi un comportement d'évitement en fuyant la source de stress en cause ; 16, 3% s'absentaient de plus en plus fréquemment.

47,7% des soignants sentaient que leur rendement professionnel était en baisse.

51,2% 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 36% des soignants.

Le désir de reconversion ou de mutation de travail venait à l'esprit de 34,9% d'entre eux.

7 personnes (8,1%) avouent avoir déjà eu des pensées suicidaires.

1. Orientation initiale :

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

- D'une part le modèle du carriériste (52.3%), 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 (46,5%), 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 1,2% des soignants.

2. Orientation actuelle :

Le modèle de l'activisme social représente un pourcentage de 38,4% , suivi du modèle du carriériste chez 34,9% des participants.

Et si seulement 1.2% de soignants se considéraient comme égoïstes à l'entrée de la profession, ils sont maintenant à 26,7%.

G. L'ORIENTATION DE LA CARRIERE :

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

H. CONSTATATION PERSONNELLE :

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

- 46,5 % des soignants croyaient vraiment l'être, contre 10,5% qui trouvaient qu'ils ne l'étaient « certainement pas ».
- Tandis que 43% semblaient incertains et se sont contentés de répondre : peut être

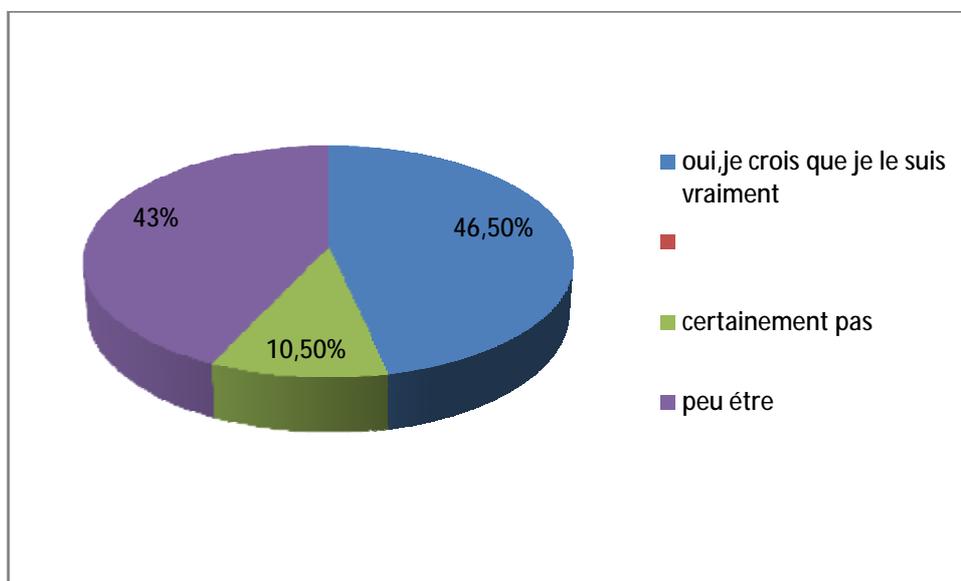


Figure 3 : Pensez-vous être " professionnellement épuisé(e)" ?

I. SOLUTIONS ET COMMENTAIRES :

1. Solutions :

La dernière partie de notre questionnaire était consacrée aux solutions proposées par les soignants eux-mêmes pour faire face au burn out dans leurs services, ainsi qu'à leurs commentaires à propos du sujet de l'étude. Une vaste gamme de solutions nous ont été proposées par les soignants et portaient sur la diminution de la charge du travail avec une réduction des heures de travail,

l'adaptation de l'effectif à l'activité du service, ainsi que des périodes de repos régulières. Ils proposaient également d'interdire les gardes de 48 heures, avec une récupération post-garde, et l'amélioration des conditions de garde. Les soignants réclamaient l'amélioration des conditions de travail en mettant à leur disposition du matériel suffisant et adapté, l'amélioration de la formation en assurant un encadrement des médecins en formation l'organisation du travail avec une planification et une bonne répartition des tâches. La motivation du personnel visait les trois volets moral, financier et social.

2. Commentaires

Les critiques formulées par les soignants ayant choisi de commenter le sujet portaient essentiellement sur l'échelle MBI et la difficulté parfois rencontrée, pour certains d'entre eux, à répondre à certaines questions (la graduation de l'échelle). Mais d'une façon générale, on peut dire que la majorité des soignants ont apprécié le fait d'avoir pensé à traiter ce sujet. Certains ont trouvé l'enquête intéressante et répondant à plusieurs questions rencontrées dans l'exercice quotidien, notamment lorsqu'il s'agit de ce côté psychique souvent négligé. D'autres se sont contentés de se plaindre de la situation actuelle, et d'exprimer leur insatisfaction profonde et leur vision pessimiste en matière d'éventuel changement des conditions de travail au Maroc. Enfin, on signalera que deux éléments faisaient l'objet des demandes d'un grand nombre de participants :

1. Le désir d'être informé des résultats de notre enquête (Feed Back).
2. La nécessité d'apporter de vraies solutions « en pratique » à ce problème vécu.

II. Résultats analytiques

Dans notre population composée de 86 soignants : 76 (soit 88,4%) présentaient un syndrome d'épuisement professionnel et 10 (soit 11.6%) en étaient indemnes.

Parmi ces 76 sujets épuisés:

- 9 (soit 10,5%) avaient un niveau bas de Burn out ;
- 28 (soit 32,6%) en avaient un niveau modéré ;
- 39 (soit 45,3%) en avaient un niveau élevé.

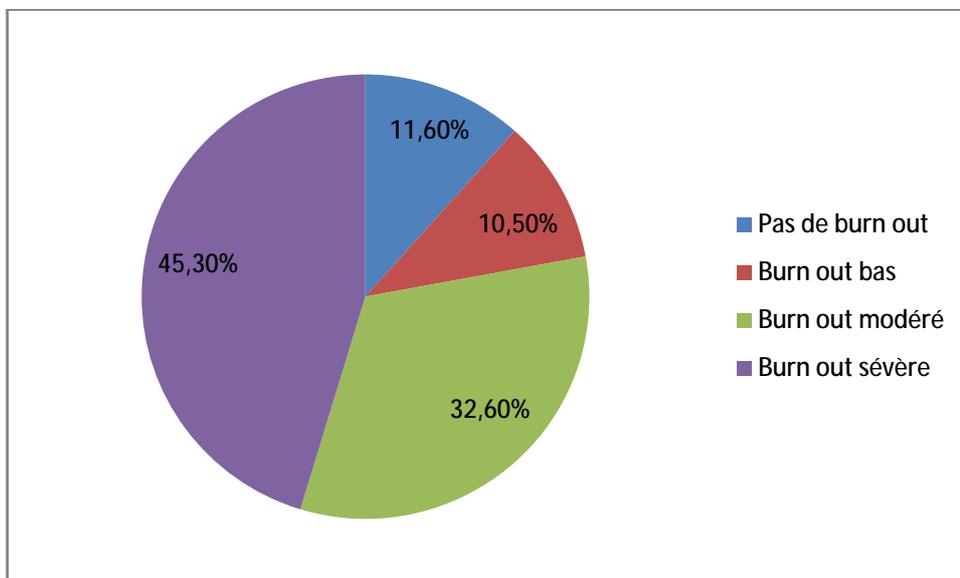


Figure 4 : répartition du différent degré du burn out parmi nos soignants

A. Facteurs influençant la survenue du Burn out

1. Influence des variables sociodémographiques

a. Le sexe

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

- Les hommes représentaient 59,2% des sujets qui avaient un syndrome d'épuisement professionnel (ce qui correspond à 88,2% de notre population de praticiens hommes) et 60% des sujets non épuisés.
- Les femmes représentaient 40,8% des sujets épuisés (ce qui correspond à 88,6% de notre population de praticiennes femmes) et 40% des sujets non épuisés.

Cette association entre la survenue du Burn out et le sexe dans notre population est non significative ($p=0.62$).

b. l'âge

La médiane d'âge des soignants épuisés est de 26,62. Il n'existe pas d'association significative entre l'âge et l'apparition du Burn out ($p=0,44$).

c. La situation familiale

Sur les 76 personnes qui ont le Burn out 52 (soit 68,4%) d'entre eux sont célibataires et 24 sont marié(e)s (soit 31,6%). La survenue du Burn out n'est pas significativement liée à la situation familiale du soignant ($p=0,25$).

2. Influence des variables professionnelles

a. Lieu d'exercice

Sur les 76 médecins touchés par l'épuisement professionnel :

ü 13 (17,1%) exerçaient en réanimation A1, représentant 76.5% des médecins étudié de la réanimation A1.

ü 10 (13.2%) en réanimation A4, soit 83.3% des médecins de la Réa A4.

ü 7(9,2%) en réanimation mère et enfant, soit 87,5% des médecins étudiés.

ü 46 (60,5%) aux urgences, soit 93,9 % des médecins

Le risque de survenue du Burn out n'est pas significativement lié au lieu d'exercice ($p=0,25$) quand il s'agit du service de réanimation. Mais il est significatif comparé au service des urgences avec ($p=0,048$).

b. Le nombre d'années d'exercice

La médiane d'années d'exercice des sujets épuisés est de 2 ans et 2 mois avec un minimum de 6 mois et un maximum de 31 ans. Le nombre d'années d'exercice n'a pas de lien significatif avec la survenue du syndrome d'épuisement professionnel ($p=0,6$).

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

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

Ø La mauvaise organisation du service ($p=0,042$)

Ø Les exigences des patients et de leur famille ($p=0,048$)

Ø Le manque de respect de la part des patients ($p=0.024$)

Ø Le manque de reconnaissance de la part de la société ($p=0.03$)

Ø Le rapport salaire/effort insatisfaisant ($p=0,015$)

Tableau 3 : Influence des différents facteurs de stress au travail sur le Burn out

(Analyse uni varié)

	Burn out(%)		p
	Oui N76	NON N=10	
Surcharge du travail	92,1	80	0,23
Absence de Récupération post garde	88,2	70	0,14
Pressions administratives	43,4	20	0,14
Mauvaise Organisation du service	52,6	20	0,042
Effectif réduit du personnel	65,8	40	0,1
Manque de moyens	61,8	60	0,58
Manque de temps	39,5	20	0,2
Cas complexes	40,8	30	0,38
Exigences des patients et leurs familles	43,4	0	0,048
Manque de respect	47,4	10	0,024
Manque de reconnaissance	60,5	10	0,03
Peur de l'erreur médicale	36,8	10	0,086
Conflits	18,4	0	0,15
Manque de communication	38,2	30	0,44
R: Salaire/effort insatisfaisant	71,1	30	0,015

B. Facteurs influençant les trois degrés de Burn out :

1. Facteurs sociodémographiques :

a. Sexe

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

b. L'âge :

La médiane d'âge des soignants ayant respectivement des degrés élevé, modéré et bas de Burn sont de 24.4 ans (± 5.1) ; 25.4 ans (± 3.1) et 28.7ans ($\pm 3,8$). On ne retrouve pas de lien significatif entre cette variable et les différents degrés de Burn out. ($p=0,4$).

c. La situation familiale :

69.2% des praticiens présentant un niveau élevé d'épuisement professionnel et 30.8% 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. ($p=0,9$).

2. Variables professionnelles et Burn out:

a. Le lieu d'exercice:

C'est comme pour la survenue du burn out ; le lieu d'exercice n'a pas de lien significatif avec le degré de burn out ($p=0.07$), quand il s'agit du service de réanimation. Mais le degré du burn out est plus élevé chez les médecins des urgences avec ($p=0,048$).

b. Le nombre d'années d'exercice :

Il n'ya pas d'association significative entre le nombre d'années d'exercice et le degré d'épuisement professionnel ($p=0,6$).

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

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

- ü La mauvaise organisation du service (p=0,04)
- ü Les exigences des patients et de leurs familles (p=0,02)
- ü Le manque de reconnaissance (p=0,04)
- ü Le rapport salaire/effort insatisfaisant (p=0,01)

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 4: Les conséquences perçues selon le degré du Burn out

	Degré du Burn out		
	Elevé n=39	Modéré n=28	Bas n=9
Consommation de tabac	7 (17,9%)	6(21,4%)	4(44,4%)
Consommation d'alcool	2(5,12%)	1(3,57%)	1(11,1%)
Consommation de drogues	1(2,56%)	2(7,14%)	
Consommation d'aliments	9(23%)	8(28,5%)	5 (55,5%)
Consommation de psychotropes			
Eviction de la source de stress	15(38,4%)	10(35,7%)	8(88,8%)
Absentéisme	1(2,56%)		
Baisse du rendement professionnel	4(10,25%)	3(10,7%)	2(22,2%)
Retentissement relationnel	6(15,3%)	5(17,85%)	3(33,3%)
Regret du choix de métier	5(12,8%)	3(10,7%)	
Désir de reconversion/mutation	3(7,69%)	5(17,85%)	
Pensées suicidaires	1(2,56%)		

5.

Conclusion:

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

- La mauvaise organisation du service
- Les exigences des patients et de leur famille.
- Le manque de respect de la part des patients.
- Le manque de reconnaissance de la part de la société.
- Le rapport salaire / effort insatisfaisant.
- Ainsi que le lieu d'exercice : la survenue et la sévérité du burn out sont plus fréquents chez les médecins qui exercent au sein du service des urgences.

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

- Le mauvaise organisation du service.
- Les exigences des patients et de leur famille.
- Le manque de reconnaissance de la part de la société.
- Le rapport salaire / effort insatisfaisant.

DISCUSSION

Le burn out est un mal-être que la société ressent. Ce mal-être est complexe tant au niveau de ses racines, de son évolution par rapport à chaque individu et de son traitement. Dans ce chapitre de discussion on va aborder ce phénomène dans sa globalité, tout en analysant les résultats obtenus sur le terrain par rapport aux différents résultats de la littérature traitant le sujet. On va également traiter la partie des solutions qui sont essentiellement préventives pour ce phénomène.

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

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

ü Notre étude a cependant quelques limites :

Il s'agit, comme toutes les études publiées, d'une étude purement descriptive, le lien statistique ne doit pas être confondu avec une relation de causalité entre BOS et covariables analysées. Comme le déplore Maslach, les méthodologies manquent pour établir des relations de cause à effet dans ce domaine où il est difficile d'imaginer des conditions expérimentales vis-à-vis de certains facteurs.

√ La subjectivité des réponses :

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

ü Mais notre étude a aussi des points positifs.

√ L'honnêteté des réponses :

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

▼ L'intérêt pour le sujet :

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

II. EPIDEMIOLOGIE :

Notre enquête a porté sur 86 médecins d'Anesthésie-Réanimation et des urgences dont 88,4% ont affirmé avoir ressenti les signes du Burn out ; 45,3% souffraient d'un niveau élevé de Burn out, 32,6% en avaient un niveau modéré et 10,5% avaient un niveau bas. Un niveau élevé d'épuisement émotionnel était retrouvé chez 32,6% des praticiens ; Il est élevé à modéré chez 44,2% d'entre eux. Un niveau élevé de dépersonnalisation existait chez 20,9% ; il est élevé à modéré chez 41,9%.

Un niveau très bas d'accomplissement professionnel se voyait chez 26,7% ; il est élevé à modéré chez 45,3% d'entre eux.

Cela est en conformité avec les études qui ont démontré que ce syndrome est retrouvé dans les métiers à forte implication interpersonnelle affective (19)

Il concernerait actuellement de 20 % à 50 % des médecins anesthésistes réanimateurs [20] ; ce taux est légèrement inférieur à celui retrouvé par notre étude, et cette différence pourrait s'expliquer par les différences socioéconomiques entre les pays, notamment en matière de rémunération et de conditions de travail. Dans le contexte marocain, on notera la modestie des infrastructures de base, la vétusté et l'inconfort des locaux, le problème de valorisation du travail, ainsi que le faible revenu salarial

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

III. LES CAUSES DU BURN OUT

A. Variables sociodémographiques et professionnelles :

L'implication des variables sociodémographiques et professionnelles dans la survenue du burn out a été évaluée par plusieurs auteurs et le rôle de l'âge reste encore discuté. Il serait plus fréquent chez les jeunes anesthésistes (19,20)

L'âge moyen de nos praticiens a été de $26,7 \pm 3,03$ ans, avec des extrêmes de 23 et 41 ans. Les résultats de notre étude ne révèlent pas d'association significative entre l'âge et le Burn out ($p=0,44$).

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

Il ressort de notre étude que les femmes sont moins touchées que les hommes en ce qui concerne le burn out ainsi que tous ses volets, mais on ne trouve pas de lien significatif entre le sexe et la survenue du burn out ($p=0,62$).

Cela est probablement dû au fait qu'elles cumulent d'autres facteurs de stress extraprofessionnels, avec la difficulté à concilier les contraintes de travail et les charges familiales.

Pour d'autres auteurs (21), comme Maslach, ce sont plutôt les hommes qui seraient plus atteints que les femmes. Et contrairement à d'autres études(22) ; comme l'étude multi variée américaine qui montre que les femmes ont 60% plus de risque d'être en Burn out que les hommes, précisant que les femmes sont plus «

intensément » atteintes que les hommes (26% des femmes ont un degré élevé de Burn out dans ses trois dimensions contre 21% des hommes)

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

Le résultat est malheureusement rarement exploité, et le cas échéant il est le plus souvent non significatif lié au burn out, le cas pour notre étude également, bien qu'il ressorte chez certains auteurs que la vie en famille a un effet positif sur le moral [23] et est corrélé à la satisfaction au travail [24,25].

Dans notre étude, il est vrai que le nombre d'années d'exercice n'influençait ni la survenue ni le degré de Burn out, mais si l'on se permet de comparer notre population à celle des médecins généralistes, nos résultats et les leurs semblent être sur la même voie, puisque ce sont les médecins en formation (ayant par définition moins de 4ans d'activité) qui sont les plus concernés par le syndrome.

Cela peut être expliqué par plusieurs facteurs dont le manque d'encadrement, un sentiment d'abandon face aux situations difficiles, une surcharge de travail, un manque de sommeil et de temps libre

Nos résultats rejoignent ceux de la littérature ; le Burn out (et en particulier la dépersonnalisation) diminuerait avec l'ancienneté professionnelle. (23) (26)

Pour certains auteurs (enquêtes réalisées auprès des médecins généralistes), l'installation en milieu rural semble être une source particulière de stress (27) et favoriserait l'émergence du Burn out (28) (29), mais plusieurs autres études trouvent les résultats non significatifs(30) (31).

Pour ce qui est de notre enquête, le travail au service des urgences favorise l'apparition du Burn out avec ($p : 0,048$) comparé aux différents services de réanimation.

B. Le Burn out: un phénomène multifactoriel: (14) (21) (32) (33) (34) (35)
(36) (37) (38)

Comme l'ensemble des risques psycho-sociaux (stress au travail, violences au travail, etc.), le syndrome d'épuisement professionnel provient de la rencontre entre un individu et une situation de travail dégradée. Il peut s'expliquer à la fois par des caractéristiques liées au travail et à l'individu. Les premières dépendent de l'entreprise, de la structure privée ou publique, sur lesquelles il est possible d'agir en prévention.

Il est vrai que les enquêtes épidémiologiques réalisées jusque là n'ont pas mis en évidence de « personnalité pré-morbide » bien définie, ce qui laisse entendre que le Burn out syndrome peut toucher chacun d'entre nous. Cependant, on admet qu'un certain nombre de facteurs liés à l'individu ou à son milieu de travail semblent favoriser l'apparition du syndrome d'épuisement professionnel. On peut dire alors, que le Burn out se définit au niveau de l'interaction de l'individu et de son environnement ; et plus précisément de l'interaction du fonctionnement psychosomatique de l'individu et de son environnement physique et psychosocial.

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

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

1. Les causes liées au travail :

Plusieurs facteurs peuvent contribuer à l'émergence du burnout. Ils ont fait l'objet d'une classification en six axes par le Collège d'expertise sur le suivi statistique des risques psycho sociaux

Il s'agit de l'ensemble des agents « stressants » 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. (33) (39)

Notre analyse unie variée a retenu 5 facteurs de risque significatifs :

- Ø La mauvaise organisation du service (p=0,042)
- Ø Les exigences des patients et de leur famille (p=0,048)
- Ø Le manque de respect de la part des patients (p=0.024)
- Ø Le manque de reconnaissance de la part de la société (p=0.03)
- Ø Le rapport salaire/effort insatisfaisant (p=0,015)

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

- Ø La mauvaise organisation du service (p=0,04)
- Ø Les exigences des patients et de leurs familles (p=0,02)
- Ø Le manque de reconnaissance (p=0,04)
- Ø Le rapport salaire/effort insatisfaisant (p=0,01)

a. Les exigences au travail (intensité et temps de travail)

L'intensité et la complexité du travail se traduisent notamment par des délais et objectifs irréalistes ou mal définis, des interruptions fréquentes, une quantité de travail et des horaires excessifs. L'importance de la charge de travail (incluse dans cette catégorie de facteurs) apparaît particulièrement déterminante. La surcharge sous-entend non seulement la question de la prescription, de l'adéquation entre

objectifs et moyens, des facultés et des outils dont dispose le manager pour apprécier cette adéquation (comment le manager prescrit-il le travail, quelle latitude laisse-t-il au travailleur ?), mais aussi, et avant tout, une représentation partagée de ce qu'est la charge de travail. En effet, la charge de travail est toujours plus large qu'une simple prescription: il y a la charge réelle qui rend compte du travail concret, de ce que chacun fait, mais aussi la charge subjective qui dépend du vécu du travail de chacun.

b. Les exigences émotionnelles (21) (32) (35) (36)

Certaines relations avec le public peuvent s'avérer émotionnellement exigeantes pour le travailleur: • contacts difficiles avec le public (clients venant faire valoir leur mécontentement, personnes en détresse venant chercher une aide en dernier recours, etc.); • violences verbales (propos désagréables, insultants, humiliants, etc.) ou physiques ; • le fait d'afficher vis-à-vis du public des émotions en contradiction avec son ressenti (devoir sourire à un client qui suscite un certain énervement, par exemple)

§ 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.

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

§ Le premier est sans nul doute l'augmentation impressionnante des connaissances médicales au cours de ces dernières années. Les publications scientifiques évoluent à une vitesse telle que le praticien ne peut jamais être sûr d'être à la pointe.

§ L'apparition de nouvelles technologies est également un facteur de stress important lorsqu'on est incapable de les maîtriser. Les « anciens » praticiens doivent alors se remettre au niveau demandé et s'adapter au milieu qui évolue. De ce fait, ils peuvent remettre en question leurs capacités professionnelles.

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

c. Le manque d'autonomie et de marges de manœuvre

Le manque d'autonomie se traduit notamment par de faibles marges de manœuvre dans la manière de faire son travail, des contraintes de rythme de travail auxquelles le travailleur ne peut se soustraire et même la « sous-utilisation » des compétences qui peut aller de pair. Toutefois, accorder une certaine autonomie ne signifie pas pour autant laisser les travailleurs « se débrouiller » ou leur donner des objectifs flous.

d .Les mauvais rapports sociaux et relations de travail et l'insécurité au travail

La qualité des rapports sociaux et des relations de travail reposent, notamment,

sur:

- la clarté des objectifs (vision claire des tâches à accomplir, absence de contradictions dans ce qui est demandé, etc.);
- l'existence d'un collectif de travail et la solidarité entre collègues (entraide dans le travail, disponibilité du supérieur, qualité de la communication interne, etc.);
- l'expression des travailleurs (animation des instances représentatives du personnel, instauration d'espaces de discussion, etc.);
- l'absence de violence en interne (agressions physiques, comportements blessants, conduisant à l'isolement ou l'exclusion d'un collègue, etc.);
- le rôle de l'encadrement de proximité (organisation des tâches, animation d'une équipe, résolution des difficultés, etc.).
- Le manque de reconnaissance (35)

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

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

Dans notre étude ce facteur s'associe de façon significative à l'apparition Burn out ($p=0.03$).

- Le sentiment d'insécurité : (35) (37)

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

Psychique : Les patients sont de plus en plus exigeants vis-à-vis du corps médical, leurs attentes ne sont plus modérées et l'erreur est inadmissible. Le nombre de procès intentés aux médecins est donc en nombre croissant ; la peur de la poursuite judiciaire ne fait que s'accroître par conséquent.

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

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

Il ne serait donc pas surprenant d'annoncer que ce facteur est fortement lié à la survenue du Burn out ($p : 0,015$) et à l'augmentation de son degré ($p=0.01$).

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

e. Les conflits de valeur et la qualité empêchée

Perdre le sens de son travail ou ne pas en trouver, avoir l'impression de faire un travail inutile, peuvent être provoqués ou amplifiés par le fait de ne pas pouvoir échanger avec les collègues ou l'encadrement sur les objectifs et les manières de faire son travail.

Ce qui est flagrant ici, c'est le déni du conflit pouvant exister sur la qualité du travail. Aucune discussion n'est possible. Le plus difficile pour le travailleur est donc de se voir imposer une définition unilatérale de la qualité du travail («un vrai professionnel c'est...»), sans possibilité de discussion entre professionnels sur les critères de qualité du travail effectué.

2. Les causes liées à l'individu :

a. Profil du candidat au Burn out : (14)

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

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

Ø L'anxiété :

Ø 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.

Ø 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.

Ø Le sens d'autocritique trop poussé :

Ø Le « vouloir tout faire soi même » :

Ø La mentalité de sauveur :

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 : (34)

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 : (14) (33) (34)

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.

Il s'agirait probablement d'une forme d'« idéal du moi », acquise auprès de parents particulièrement exigeants pour leur enfant. (39) (40) (41) (42)

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

d. L'obsession du travail : (34)

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: (34)

Le seuil de tolérance au stress varie d'un individu à l'autre : pour la même situation pénible, certains auront des réactions psychiques, émotionnelles et fonctionnelles, d'autres non. Il est donc important de reconnaître ses propres capacités d'adaptation et ses limites par rapport aux difficultés inhérentes au travail.

f. La notion de « hardiesse » : (33)

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

g. L'absence de ressourcement affectif et social : (33)

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.

h. La vulnérabilité biologique :

Quelques enquêtes explorent les mécanismes physiopathologiques du stress et du Burn out. Concernant le cortisol et l'axe hypothalamo-corticosurrénalien, les

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

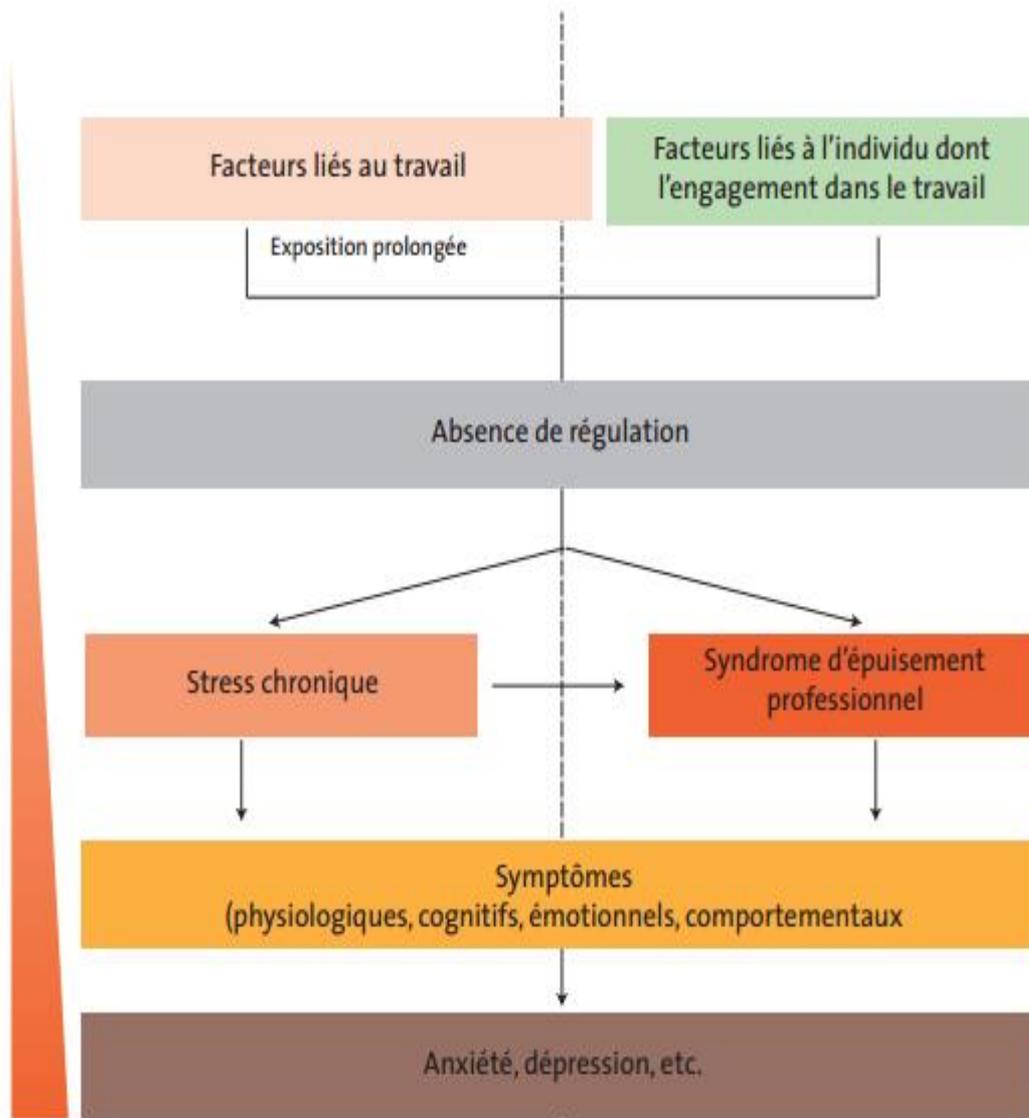
Des niveaux bas de BDNF pourraient contribuer à la neurobiologie du Burn out.

(43)

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.

(44)

◆ Le burnout: à la croisée de l'engagement dans le travail et des facteurs de RPS



C. Particularités des services d'anesthésie réanimation et des urgences

1. Conditions de fatigue chronique : (38)

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. (45) (46)

On notera que l'absence de la récupération post garde a été mentionné par la plupart des médecins.

2. Absence de contrôle des tâches et du temps : (38)

- ✓ 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: (38)

Le service des urgences, de même pour le service d'Anesthésie-Réanimation sont en interface avec pratiquement tous les autres services ou structures d'un établissement de soins, ce qui multiplie les zones de friction et de tension psychologique. Tel n'est pas le cas d'autres spécialités qui sont en interaction faible, ou très indirecte, avec les autres services.

4. La confrontation avec la mort : (14) (47) (48)

-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 ».

-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.

IV. LES CONSEQUENCES DU BURN OUT

Les conséquences du burn out sont nombreuses, tant au niveau individuel qu'interindividuel et collectif (49).

A. Conséquences individuelles pour le soignant :

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

Les données suggérant un accroissement de la morbidité ou de la mortalité des médecins anesthésistes-réanimateurs par rapport aux autres spécialités médicales (50) (51) sont très contestées (52) (53).

Dans notre étude, 73,3 % des soignants avaient développé des conduites addictives ; 8,1 % ont eu des pensées suicidaires. Une vaste étude prospective menée par l'American Cancer Society sur plus d'un million a constate un lien troublant entre durée habituelle du sommeil et mortalité⁷, confirmant la nature « vitale » du sommeil (54). Le travail a horaires décalés entraine une augmentation du risque

cardiovasculaire, 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 (55).

B. Conséquences pour le patient :

47,7% de nos médecins évoquaient une baisse du rendement professionnel. La baisse de la qualité des soins offerts est la plus redoutable des conséquences délétères du burn out. Deux aspects lui sont accordés : la dépersonnalisation ; la perte d'empathie, et le taux d'erreurs plus important, occasionnant ou non la mort. Dans la pratique anesthésique, la fatigue a été incriminée dans 83 % des accidents liés à la sécurité des patients (56) et dans 95 % des accidents impliquant une défaillance matérielle (46).

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. (34)

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 ...) (49)

V. SOLUTIONS THERAPEUTIQUES DU BURN OUT

Les interventions préventives et thérapeutiques se concentrent, d'une part, sur l'organisation du travail, et, d'autre part, sur la personne. Néanmoins, il est d'abord nécessaire de reconnaître l'existence du burn out, ce qui n'est pas toujours facile, et les faux fuyants sont nombreux (alcool, drogue. . .). 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. La réduction des agents de stress 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 une dotation suffisante en personnel et en matériel, un confort dans le travail, une organisation optimale du travail (gestion du temps, planification des tâches et une répartition préalable des rôles). On citera aussi l'adoption d'un modèle décisionnel horizontal avec une réelle participation aux décisions, et la gestion des conflits (57).

Dans notre contexte et en réponse à la menace des facteurs de risques 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. Sur le plan personnel, le soignant est appelé à prendre soin de lui-même, de s'assurer des périodes de repos, de relaxation, de vacances, à devenir plus sensible à ses limites, à augmenter son estime de soi et éviter le perfectionnisme (définir des objectifs plus réalistes). Sur le plan social, le professionnel qui vit un burn out doit retisser des liens affectifs intimes avec son conjoint, ses enfants, ses parents et ses proches, et à avoir et maintenir des liens amicaux. Une psychothérapie ou une psychanalyse peut lui permettre découvrir les causes profondes du malaise ressenti (34). L'amélioration de la communication

par la mise en place de groupes de parole dans les services (34) et l'établissement de relations d'entraide avec ses confrères permettent de constituer une forme de réseau de soutien, d'échange, de camaraderies, où l'on peut exprimer ses frustrations professionnelles. La création d'une charte de l'équipe permet de définir ces bases essentielles et de contribuer à prévenir le burn out (58). Les mesures organisationnelles 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 et d'une médecine du travail pour les médecins, semblent importantes. La question de l'arrêt de travail de courte durée se pose en cas de burn out, certains l'estiment indispensable (37). 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 (59) (60). D'autres mesures sont proposées telles que la formation des jeunes médecins (37), le stress management (61), et enfin le rire qui a des bienfaits sur la santé et renforce l'esprit d'équipe (62).

CONCLUSION

Le syndrome de burn-out touche une frange importante des professionnels de santé, toute catégorie professionnelle confondue. Cette très large proportion peut être mise en rapport avec les mutations que connaît, à l'heure actuelle, le monde de la santé et qui se traduisent, entre autres, par la diminution du nombre de lits hospitaliers par habitant, la réduction du temps de séjours des patients hospitalisés avec pour conséquence la densification des soins, l'augmentation de la technicité de certains traitements, et plus largement, la tendance à vouloir transformer l'hôpital en un plateau médico-technique au détriment de l'humain.

Les résultats de notre étude sont très alarmants et soulignent la nécessité d'une prise en charge du syndrome de burn-out.

L'abord de cette question en soulève une autre : celle de la considération de la santé au travail et du maintien de la capacité professionnelle. Or, à ce sujet, on voit poindre à l'heure actuelle un paradoxe : celui du décalage entre une politique de santé qui semble s'orienter vers une approche comptable et le manque de prise en compte d'un syndrome qui coûte probablement très cher à la collectivité. Ce paradoxe est d'autant plus marqué que l'on dispose de moyens de prévention efficaces.

BIBLIOGRAPHIQUE

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

13. CIM 10. <http://taurus.unine.ch/icd10> (Consulté le 9 October 2014).
14. M. Delbrouck. Le Burn out du soignant. 2008. Le syndrome d'épuisement professionnel, 2ème édition, de Boeck.
15. E. Galam. Université Paris 7, Association d'Aide Professionnelle aux Médecins Libéraux (AAPML): s.n.
16. Maslach C., Jackson S.E, Leiter MP. The Maslach Burnout Inventory, Consulting Psychologists Press Inc, Palo. Alto. 1996. 3ème édition.
17. 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.
18. 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.
19. Halayem-Dhouib S, Zaghdoudi L, Zremdini R, Maalej I, Ben Bechir M, Labbene R. Burn out en psychiatrie : une expérience tunisienne. Rev Epidemiol Sante Publique 2010;58:403-8
20. Mérat F, Mérat S. Risques professionnels liés à la pratique de l'anesthésie. Ann Fr Anesth Reanim 2008;27:63-73
21. 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.
22. S. Maslach C and Jackson. The measurement of experienced Burn out; Journal of occupational Behaviour. 1981. Vol 2, p 99-113.
23. Grau A., Suner R., Garcia MM. Burn out syndrome in health workers and relationship with personal and environmental factors. Gac Sanit.c. 2005 Nov-De. 19(6) :463-70.

24. Ratanawongsa N, Wright SM, Carrese JA. Well-being in residency: a time for temporary imbalance? *Med Educ* 2007;41:237-80.
25. Sobreques J, Cebria J, Segura J, Rodriguez C, Garcia M, Juncosa S. Job satisfaction and burn out in general practitioners. *Aten Primaria* 2003;31:227-33.
26. S. Chan Lin-Chateau. Le Burn out des médecins généralistes libéraux de Tahiti. Thèse de Médecine Générale, Université Paris 5. 2006.
27. E. Robert. , L'épuisement professionnel : enquête auprès des médecins de l'arrondissement de Dinan (22).Thèse de Médecine Gén, Université Rennes 1. 2002.
28. A. Combot. La santé des médecins generalists du Finistère. Thèse de Médecine Gén.2004. 39:96.
29. 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.
30. Jarry.C. Etude du Burn out chez les médecins généralistes d'Inde et Loire. Th : *Med* : Tours 2005. N°12 ,52p.
31. D. Truchot. Le Burn out des médecins libéraux de Poitou-Charentes, Rapport de recherche pour l'URML Poitou-Charentes. 2004. 99.
32. AM. Pronost. Souffrance des soignants ; GRASSPHO : Groupe de Réflexion sur l'Accompagnement et les Soins de Support pour les Patients en Hématologie et en Oncologie. 20087.
33. M. Larouch Léon. Manifestations cliniques du Burn out chez les médecins, Santé mentale au Québec. 1985. X, 2, 145-150.

34. D. Barbier. Le syndrome d'épuisement du soignant. La presse Médicale 2004. Tome 33, n°6 ,394-8.
35. A. Lutz. Le Burn out chez le médecin, Cahier Burn out, Santé conjugulée. Avril 2005-. n°32, p63-66.
36. M. Loriol. La fatigue, le stress et le travail émotionnel de l'infirmière, Cahier Burn out, Santé conjugulée. Avril 2005-n°32. p 39-43.
37. E. Galam. Burn out des médecins libéraux : une identité professionnelle remise en question (2ème partie). Médecine, Volume 3, Numéro 10, 474-7, Décembre 2007, Vie professionnelle.
38. Marty J., Lamraoui M. Epuisement professionnel : risques pour le patient et le médecin. Implications organisationnelles ; Traité d'anesthésie générale « Dalens ». Décembre 2003. Chapitre 11, Groupe Liaison.
39. Pines A., Kanner A.D.,. Nurses" burnout: lack of positive conditions and presence of negative positions as two independent sources of stress, Journal of Psychosoc. Nurs. Mental Health Serv. 1982. 20, n°8, 30-35.
40. Edelwich F., Brodsky A. Burn out, Stages of Desillusionment in the Helping Professions, Human Services Press. 1980.
41. HJ. Feudenberg. Staff Burn out, Journal of Social Issues. 1974.
42. D. Dato. Le Burn out dans les affaires. 1982. Stress, 3, n°1.
43. 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.
44. 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.

45. Gaba DM, Howard SK, Jump B. Production pressure in the work environment. California anesthesiologists' attitudes and experiences. *Anesthesiology* 1994. 488-500.
46. Grander PH., Merry A., Millar MM.,Weller J. Hours of work and fatigue-related error: a survey of New Zealand anaesthetists. *Anaesth Intensive Care* 2000. 2(vol.28):178-83.
47. JP, Quenot. L'impact d'une procédure de collégialité et d'accompagnement des patients et des familles sur le stress et la dépression de l'équipe soignante dans le cadre de la fin de vie en réanimation, COLLEREA. 2007.
48. Logeais P, Gadbois C. L'agression psychique de la mort dans le travail infirmier, in *Psycho-pathologie du travail*. Paris : Entreprise Moderne d'Editions, 1985.
49. E, Galam. Burn out des médecins libéraux : des conséquences pour le médecin, mais aussi pour ses patients (3ème partie) *Médecine*. Janvier 2008. Volume 4, Numéro 1, 443-6.
50. Mion G., Ricouard S. Repos de sécurité : quels enjeux ? , *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*. Volume 26 (2007) 638-648.
51. Wright DJM., Roberts AP. Which doctors die first?, *Analysis of BMJ obituary columns*. *BMJ* 1996. 313: 1581-2.
52. A., Ekbom. Do anesthesiologists die younger? *Acta Anesthesiol Scand* 2002. 46: 1185-6.
53. DJ, Katz. Do anesthesiologists die at a younger age than other physicians? Age-adjusted death rates. *Anesth Analg* 2004. 98:1111-3.
54. Howard SK, Rosekind MR, Katz JD, Berry AJ. Fatigue in anesthesia : implications and strategies for patient and provider safety. *Anesthesiology* 2002;97: 1281-94.

55. Basner RC. Shift-work sleep disorder-the glass is more than half empty. *N Engl J Med* 2005;353:519-21.
56. 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.
57. Grandjean C, Villadieu R, Christiann F. Souffrance cachée des soignants : quelles réponses ? *Med Palliat* 2005;4:190-8.
58. Brzychcy C. Comment faire émerger l'âme d'une équipe ? *Med Palliat* 2004;3: 19-21.
59. Landrigan CP, Rothschild JM, Cronin JW, Kaushal R, Burdick E, Katz JT, et al. Effect of reducing interns' work hours on serious medical errors in intensive care units. *N Engl J Med* 2004;351:1838-48.
60. Lockley SW, Cronin JW, Evans EE, Cade BE, Lee CJ, Landrigan CP, et al. Effect of reducing interns' weekly work hours on sleep and attentional failures. *N Engl J Med* 2004;351:1829-37.
61. Hazif-Thomas C, Roulleaux J, Thomas P. Quelles stratégies thérapeutiques adopter face au burn out des soignants ? *NPG* 2008;9:251-5.
62. Griner-Abraham V. Le bon stress : parlons-en ! *NPG* 2008;9:256-60.