

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



LE BURN OUT EN MILIEU HOSPITALIER A LA VILLE DE FES : ENQUETE AUPRES DES MEDECINS

MEMOIRE PRESENTE PAR :

Docteur FATIMA LAHLOU
née le 04 Mars 1983 à Fès

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

Sous la direction de :
Professeur RAMMOUZ ISMAIL

Juin 2013

PLAN

ETUDE THEORIQUE.....	4
► INTRODUCTION.....	5
► HISTORIQUE	7
► CADRE NOSOLOGIQUE	10
A) Termes	10
B) Définitions	12
C) Description du syndrome	13
D) Epidémiologie.....	17
E) Le concept du stress	18
F) Les limites du syndrome	22
► ASPECTS CLINIQUES DU BURN OUT	27
I. Les étapes du Burnout	27
A) Phase d'enthousiasme idéaliste	27
B) Phase de stagnation inefficace.....	27
C) Phase de désillusion, de frustration	28
D) Phase d'apathie, de démoralisation	29
II. Les présentations cliniques du Burn out	30
A) Sur le plan comportemental.....	30
B) Sur le plan somatique.....	31
C) Sur le plan émotionnel et affectif.....	32
D) Sur le plan cognitif.....	32
E) Les mécanismes de défense	33
III. Les conséquences du Burn out	34
A) Conséquences individuelles pour le soignant.....	34
B) Conséquences pour le patient	36

C) Conséquences institutionnelles	36
D) La relation fatigue – erreur humaine	37
► FACTEURS ASSOCIES AU BURN OUT	40
A) Variables sociodémographiques.....	40
B) Variables professionnelles	41
C) Le Burn out : Un phénomène multifactoriel.....	42
NOTRE ETUDE	56
► INTRODUCTION.....	57
► CONTEXTE DE L'ETUDE.....	57
I. Importance du sujet	57
II. Problématique	58
► OBJECTIFS DE L'ETUDE	58
► MATERIEL ET METHODES	59
I. Matériel d'étude	59
A) Présentation de l'étude	59
B) Population étudiée	59
II. Méthodologie de l'étude.....	59
A) Elaboration d'un questionnaire.....	59
B) Diffusion du questionnaire	60
C) Recueil des réponses.....	60
III. Méthodologie de statistique	61
► RESULTATS	61
I. Résultats descriptifs	61
II. Résultats analytiques.....	80
A) Les facteurs influençant les trois degrés du Burn out	80
B) Tableau récapitulatif des résultats analytiques.....	86

►DISCUSSION	87
A) Variables sociodémographiques.....	87
B) Variables professionnelles	89
►CONCLUSIONS.....	98
►RESUME	101
►ANNEXES	103
►REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	108

ETUDE THEORIQUE

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]

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 en milieu hospitalier et en identifiant ses principaux facteurs de risque.

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

HISTORIQUE

« 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 « communitybasedtreatment for youngadultoffenders » publié dans « Crime and Delinquency » ou 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]

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 NOSOGRAPHIQUE

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 Aronsonle 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 «consumé », 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 apparaît 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 en 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.

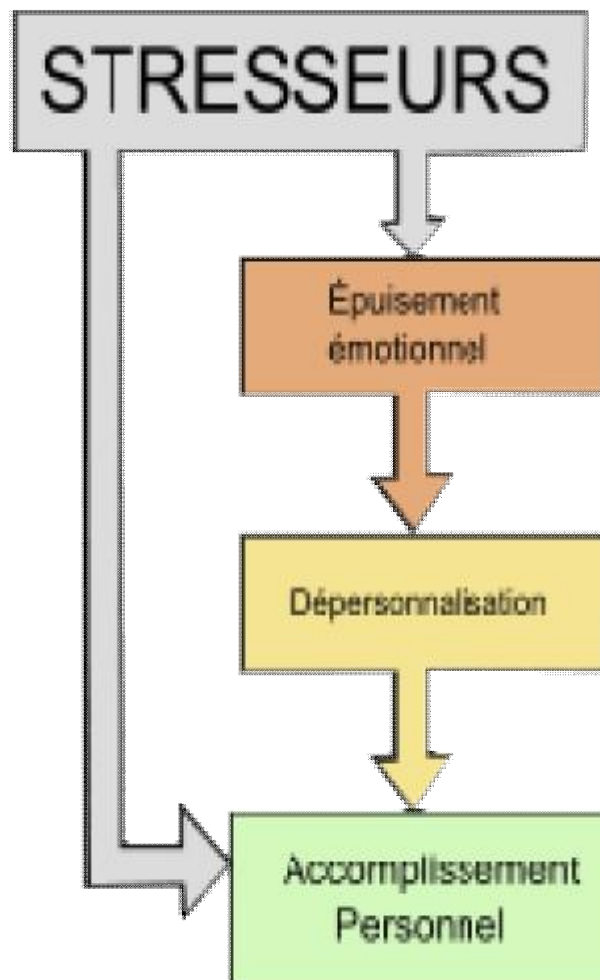


Schéma 1 : Les 3 composantes du syndrome d'épuisement professionnel

D) . EPIDEMIOLOGIE

A) Le Burn out chez les médecins

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 : 31,3% avec un Burn out bas, 26,9% avec un Burn out modéré et 22,4% avec 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 de détresse psychologique ; si élevé que 59% étaient classés comme « cas pathologiques », médecins et infirmiers étant à pied d'égalité. [48]

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

La même symptomatologie était systématiquement retrouvée en résultat.

Le stress correspond aux réponses non spécifiques de l'organisme, se produisant lorsque ce dernier est soumis à des agents non spécifiques. [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 trois phases 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 où vont paraître des réactions non spécifiques de l'organisme pour s'adapter (phase au dessus du niveau de résistance normal)

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

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

b) L'approche psychologique du stress : [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.

F. 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'ya 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 *manuel 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.

ASPECTS CLINIQUES DU BURN OUT

I. 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.

II. 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..

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.

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 inexpliquées, 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.

44% de nos praticiens épuisés souffraient d'une instabilité familiale, manifestement présente avec un niveau important à moyen du 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.

III) 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 médecins se plaignaient de troubles du sommeil et 43,3% de fatigue physique (céphalées, asthénie...)

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, 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 : 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]

FACTEURS ASSOCIES AU 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 médecins [62,32] tandis que pour d'autres, les personnes entre 40 et 50 ans seraient plus menacées.[5]

2) Le sexe :

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

Il ressort de quelques études [63,35] 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.

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).

Dans notre étude, le sexe n'était pas un paramètre significatif.

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 ; 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 diminuerait avec l'ancienneté professionnelle.[67] [68]

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

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.

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]

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]

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 « stresseurs » 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 questionnaire met en évidence plusieurs points :

- La spécialité
- Le choix du service
- Le temps et le moyen de transport au milieu du travail
- Les conditions du travail
- Les horaires du travail
- La présence et le nombre de gardes de nuit
- L'évaluation des tâches quotidiennes
- Le climat avec les médecins, les infirmiers et le chef de service
- Les critiques du chef de service

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 66,9% de nos praticiens ; 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.

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 non significative le niveau de Burn out chez l'ensemble des médecins (comparaison du degré du burn out en réanimation, en spécialité médicale et chirurgicale avec $p=0,3$)

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.
- 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.

*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.

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.

*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. c-3)

Une situation professionnelle figée : [49]

Où 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 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.

NOTRE ETUDE

► INTRODUCTION

Depuis quelques années, le stress grandissant dans notre société atteint de plus en plus les milieux de travail et particulièrement le secteur de la santé. C'est la raison pour laquelle nous avons voulu savoir ce qu'il en était dans notre ville, Fès. Nous allons donc étudié le stress professionnel chez les médecins en milieu hospitalier à travers une enquête dont le but est de dresser un constat sur la réalité du phénomène pour faciliter le dépistage du burn out, d'en comprendre les circonstances de survenue et d'en mesurer les conséquences, ainsi de connaître les facteurs de risques afin de permettre une meilleure prise en charge, une meilleure prévention à travers une sensibilisation du personnel médical et savoir s'il s'agit d'un véritable risque professionnel pour ce type de personnel soignant.

► CONTEXTE DE L'ETUDE

I. Importance du sujet

Le stress est un phénomène normal et inévitable, c'est la façon de le gérer et son évolution qui vont être décisives : s'il dépasse les capacités d'adaptation de la personne, il rentre dans le domaine de la pathologie. Cette dernière se divise en deux pôles : les troubles anxieux dont l'état de stress post-traumatique est la complication la plus grave et les troubles dépressifs dont le Burn out syndrome est la forme la plus répandue chez le personnel soignant. Le Burn out ou épuisement professionnel est dû à l'ardeur au travail et affecte généralement le lot de professionnels qui ont, le plus souvent, la responsabilité de personnes et qui poursuivent généralement des objectifs difficiles à atteindre, notamment les médecins qui sont la cible de notre enquête et plus particulièrement en milieu hospitalier.

II. Problématique :

Diagnostiqué souvent trop tard, mal pris en charge, le burn out syndrome peut avoir des conséquences physiques, psychologiques et socio familiales dramatiques. Ces troubles ne sont pas sans répercussions sur le travail engendrant ainsi une baisse des capacités de travail, une démotivation, une altération des relations interpersonnelles et une augmentation des accidents de travail

De nos jours on remarque le flux plus important des consultations en psychiatrie par le personnel soignant, étudiants en médecine, médecin internes et résidents.

Au Maroc, on note peu d'études au niveau de ce thème, voire une absence d'étude exhaustive hospitalière, ainsi ce syndrome reste mal évalué.

Pour toutes ces raisons, on a mené le travail du burn out en milieu hospitalier à la ville de Fès.

► OBJECTIFS DE L'ETUDE

L'objectif principal de notre étude est de décrire le burn out chez les médecins dans la ville de Fès : médecins exerçant en milieu hospitalier.

Objectifs secondaires :

- Estimer la prévalence du stress professionnel
- Identifier les facteurs associés à ce syndrome.
- Déterminer les caractéristiques sociodémographiques et professionnelles afin d'établir les corrélations entre ces paramètres et le burn out.
- Contribuer à une meilleure compréhension des éléments intervenant dans le burn out des médecins en espérant d'améliorer les moyens permettant de le repérer.
- Evaluer la nature symptomatique et clinique du Stress professionnel.

► MATERIEL ET METHODES

I. MATERIEL D'ETUDE :

A) Présentation de l'étude :

Il s'agit d'une enquête analytique transversale et multicentrique réalisée, sur quatre années de 2009 à 2013, au sein des hôpitaux de la ville de Fès : Centre Hospitalier Universitaire Hassan II, hôpital Ibn Alkhatib, hôpital Alghassani, hôpital Ibn Albaytar, hôpital Omar al Idrissi et hôpital Ibn Alhassan.

B) Population étudiée :

158 questionnaires ont été remplis par les médecins exerçant au niveau des hôpitaux de la ville de Fès.

● Critères d'inclusion

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

- Médecins enseignants
- Médecins spécialistes
- Médecins généralistes
- Médecins en formation (Résidents et internes)

● Critères d'exclusion

Nous avons exclu de cette étude les externes du CHU.

II) METHODOLOGIE D'ETUDE :

A) 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 4 grandes parties : (*Annexe*)

- La première partie concernait les variables sociodémographiques (sexe, âge, statut matrimonial)
- La seconde partie concernait les variables professionnelles relatives à l'organisation du travail (statut, nombre d'années d'exercice, lieu d'exercice et nombre d'heure de travail).(réponses fermées et ouvertes).
- La troisième partie correspondait à l'impact de conditions de travail, elle envisageait des conséquences éventuelles de ce stress (réponses fermées et ouvertes).
- La quatrième partie indiquait des facteurs éventuellement responsables du stress en dehors du travail
- Enfin, les soignants étaient invités à suggérer des solutions au problème et à nous faire part de leurs commentaires sur le sujet.

B) Diffusion du questionnaire :

Après obtention de l'accord des chefs de départements concernés, directeur du CHU et délégué du ministre de la santé, sous la guidance de chef du service de recherche et d'épidémiologie au CHU, les questionnaires ont été distribués aux médecins des différents services, en leur demandant de les remplir.

C) Recueil des réponses :

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

III) METHODOLOGIE DE STATISIQUE :

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.

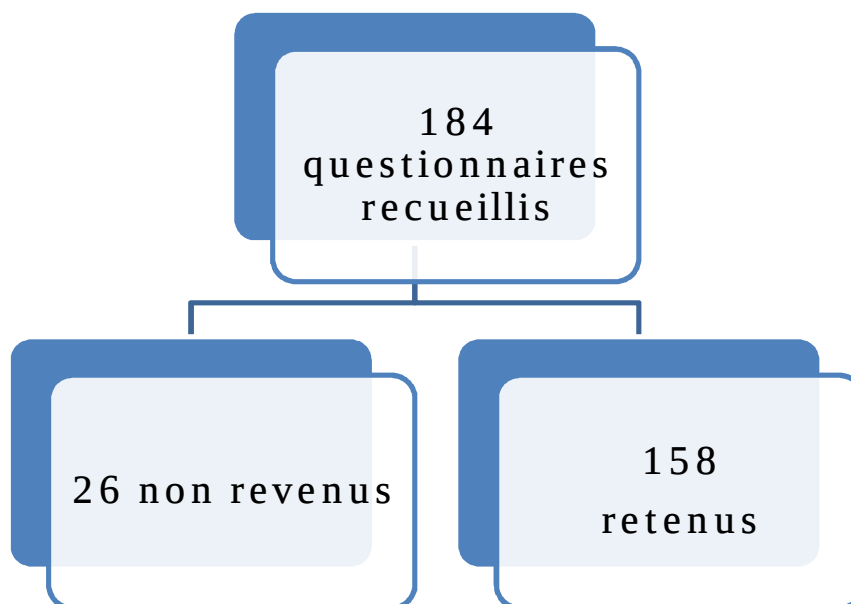
Les variables quantitatives ont été comparées par une analyse univariée en utilisant le test de T.STUDENT et le Chi-2 pour les variables qualitatives.

L'analyse statistique a été réalisée par le Logiciel SPSS 13.

► RESULTATS

I) RESULTATS DESCRIPTIFS

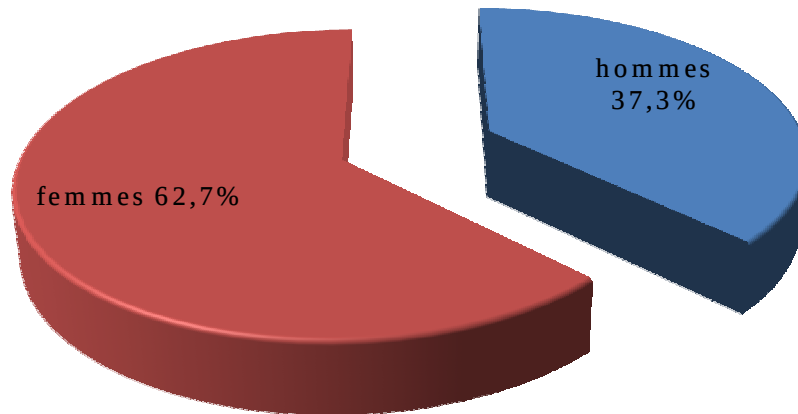
Sur 184 questionnaires distribués, 158 ont été retenus et 26 non revenus,
Tous étaient exploitables.



A) Variables sociodémographiques :

1) Sexe :

Le sexe ratio est de 99 femmes (62,7%) pour 59 hommes (37,3%)

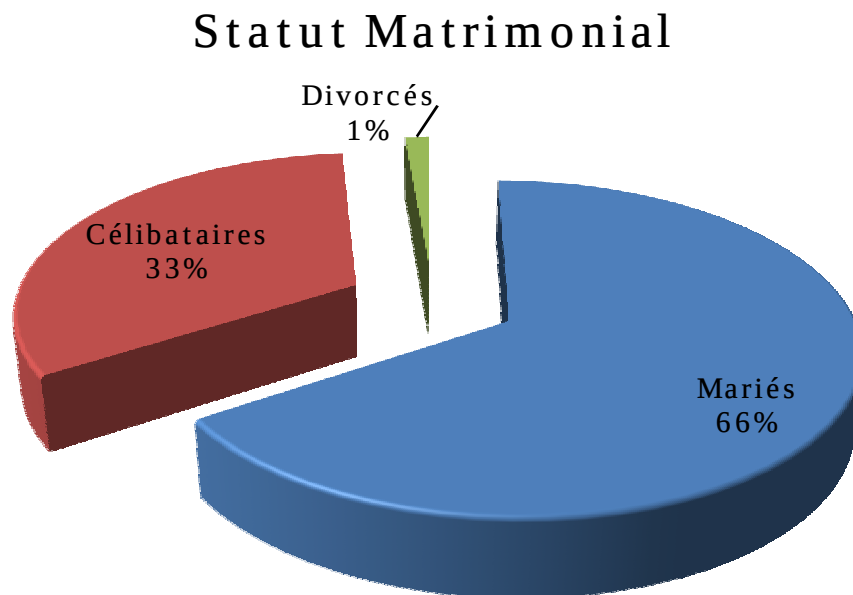


2) Age :

L'âge moyen des médecins était de $32,73 \pm 6,18$ ans avec des extrêmes de 24 et 59ans.

3) Situation familiale :

52 médecins (32,9%) étaient célibataires, 104 (65,8%) marié(e)s et 2 médecins (1,3%) étaient divorcé(e)s.



4) Le temps passé à remplir le questionnaire

Les 158 médecins mettaient 8,58 +/- 3,94 min avec un minimum de 3 min et un maximum de 20 min

B) Variables professionnelles

1) Statut professionnel :

La majorité titrée à 157 médecins avait précisé leurs fonctions alors qu'un seul ne l'avait pas fait.

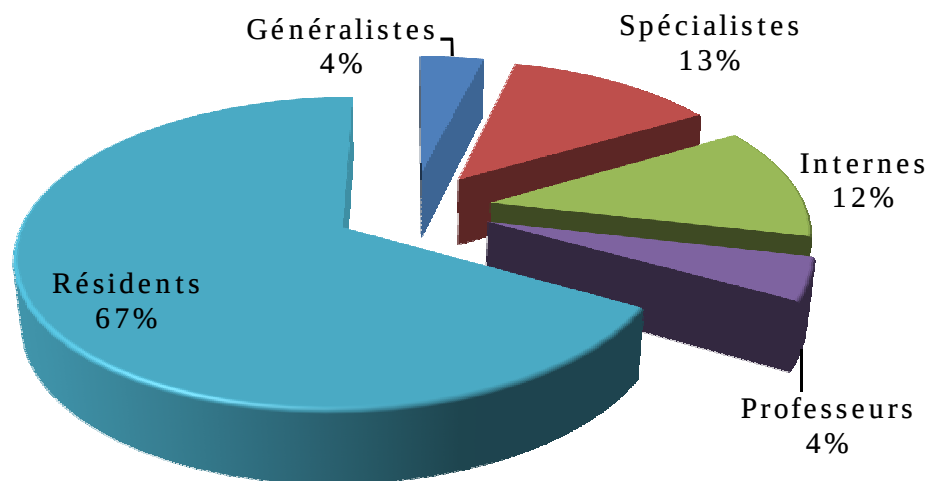
Notre échantillon comporte :

- ◆ 7 Médecins enseignants (3,8%)
- ◆ 20 Médecins spécialistes (12,7%)
- ◆ 105 Médecins en formation (Résidents) (66,9%)
- ◆ 19 médecins internes (12,1%)

◆6 médecins généralistes (3,8%)

Soit un total de 158 Médecins

Répartition des medecins selon le statut professionnel



2) Spécialité :

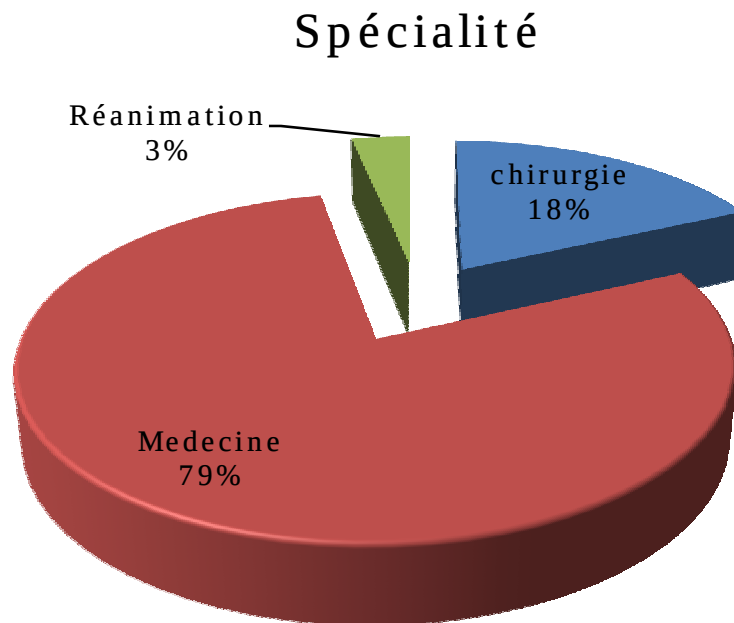
On note que 38 médecins n'avaient pas précisé leur spécialité, et pour ceux qui l'avaient fait, la répartition était comme telle :

Service	N	%
Anatomopathologie	12	7,6
Bactériologie	1	0,6
Biologie	3	1,9
Chirurgie - maxillo faciale	1	0,6
Chirurgie pédiatrique	3	1,9
Chirurgie viscérale	3	1,9
Dermatologie	11	7
Endocrinologie	5	3,2
Gastro entérologie	4	2,6
Génétique	2	1,3
Gynéco obstétrique	5	3,2
Hématologie	1	0,6
Médecine interne	6	3,7
Néphrologie	11	6,9
Médecine nucléaire	1	0,6
Neurologie	5	3,2
Oncologie	5	3,2
Ophthalmologie	3	1,9
ORL	6	3,8
Pédiatrie	9	5,7
Pneumologie	5	3,2
Psychiatrie	18	11,4
Radiologie	4	2,5
Réanimation	5	3,1
Rhumatologie	5	3,2
Toxicologie	1	0,6
Traumatologie	5	3,2
Urgence	11	7
Urologie	7	4,4

3) Type de spécialité

28 médecins exerçaient une spécialité chirurgicale (18,2%), contre 121 pour une spécialité médicale (78,6%), alors que 3,2 % en réanimation.

On note que 4 personnes n'avaient pas remplis l'item de spécialité.

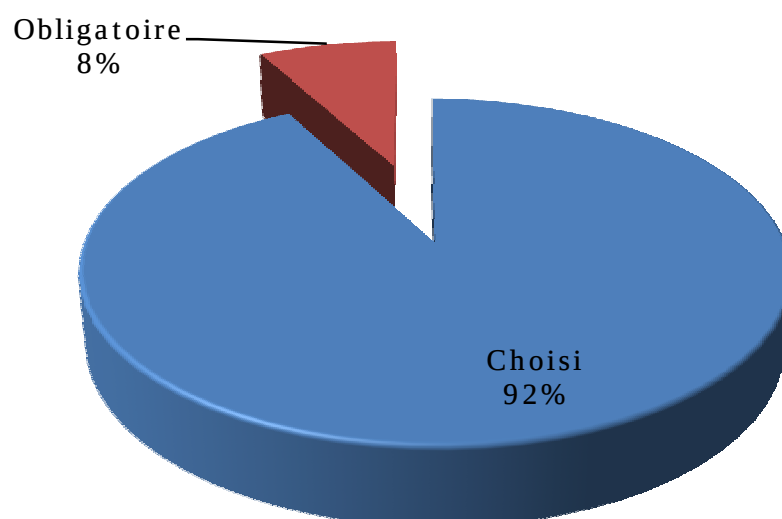


4) Choix du service :

141 médecins avaient déclaré que le service où ils exercent était choisi (92,2%), contre 12 qui étaient obligatoirement affectés dans leur service soit 7,8%.

On note que 5 personnes n'avaient pas répondu à cette question.

Choix du service



5) Ancienneté dans le service :

La moyenne d'années d'exercice était de 3,34 ans, avec un minimum de 1 mois et un maximum de 20 ans. Pour un total de 146 médecins qui avaient précisé cette donnée contre 12 qui ne l'avaient pas fait.

La moyenne de l'ancienneté d'exercice dans le service était 3,34 +/- 3,89 années avec un minimum de 1 mois et un maximum de 20 ans.

6) Temps de transport du domicile au lieu du travail:

96 médecins avaient répondu à cette question avec un taux de non réponse de 62 médecins.

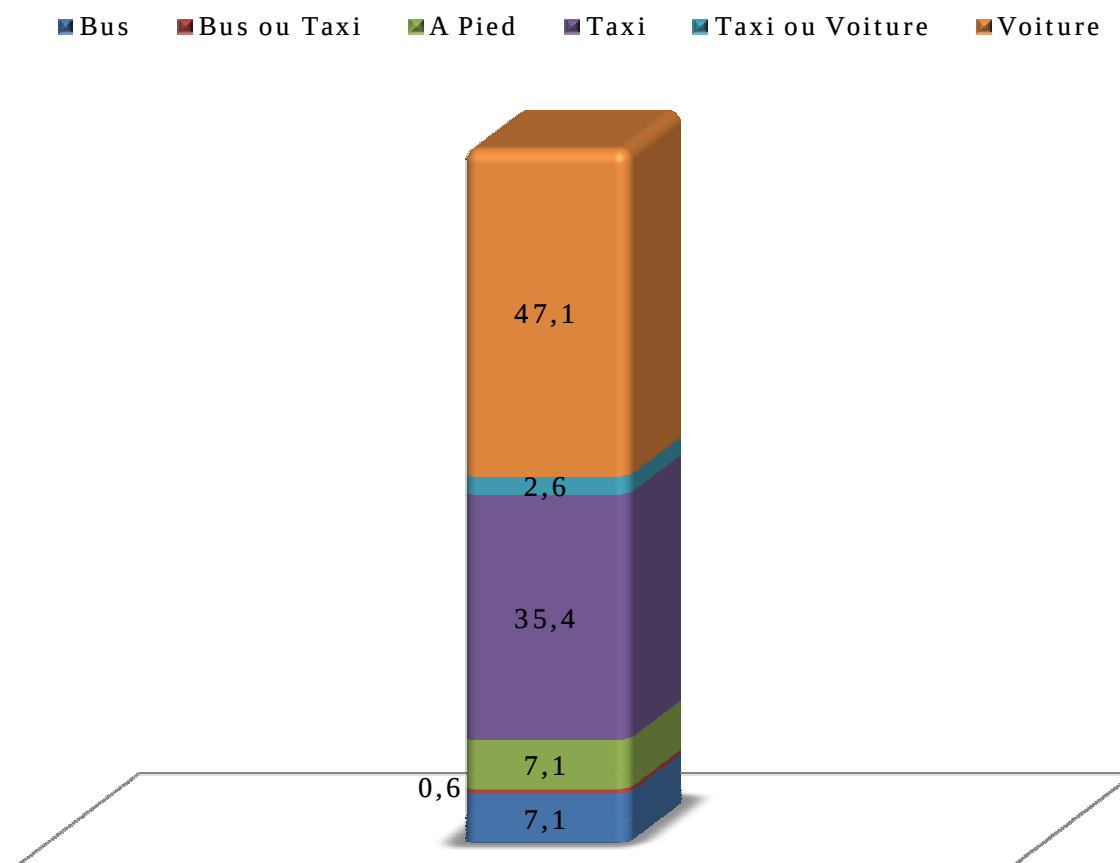
Le temps approximatif de transport entre le domicile et le lieu de travail était en moyenne de 17,30 +/- 10,42 min avec un minimum de 5 min et un maximum de 90 min.

7) Moyen de transport :

3 médecins n'avaient pas répondu à cette question, équivalent de 1,9%, contre 155 comme taux de réponse (98,1%).

Le moyen régulier de transport était la voiture pour 73 médecins (47,1%), le taxi pour 55 médecins (34,8%), et un taux équivalent pour le transport à pied ou par bus pour 11 médecins (7,1%)

Moyen de transport

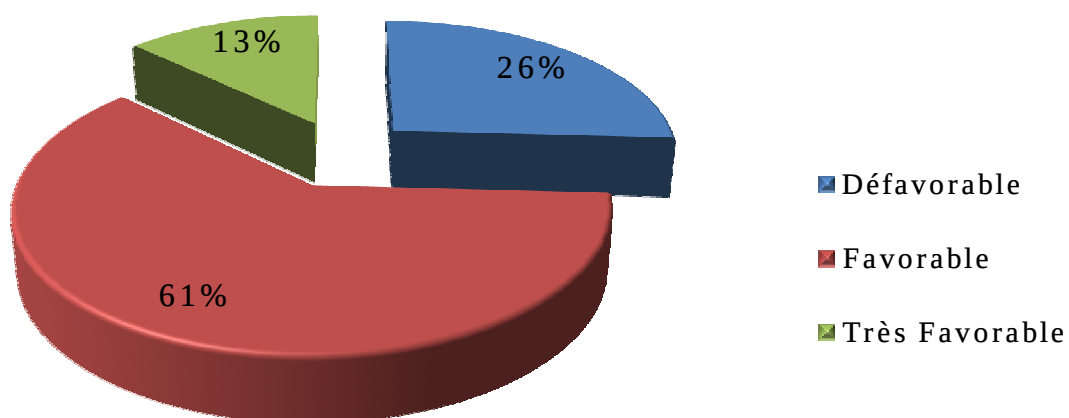


C) Organisation du travail

1) Conditions de travail

40 médecins, soit 25,8% avaient trouvé que les conditions de travail étaient défavorables, 95 (61,3%) l'avaient trouvé favorable, contre 20 (12,9%) qui pensaient que les conditions étaient très favorables.

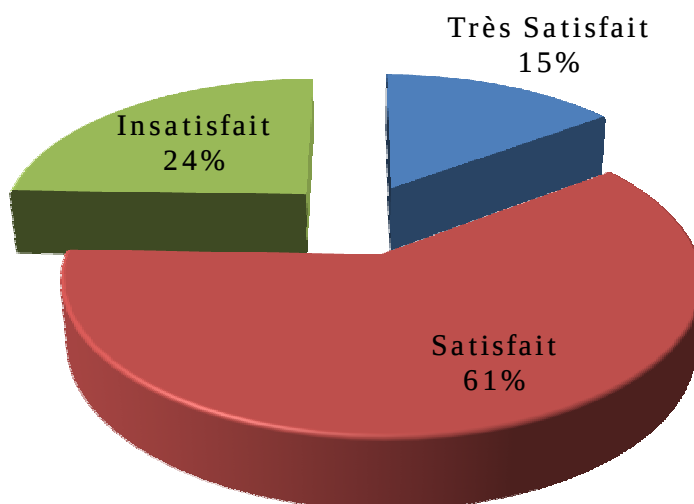
Conditions de travail



2) Horaire de travail :

Les médecins qui ont jugé l'horaire de travail comme insatisfaisant étaient de 38 (24,5%), alors que 94 (60,6%) l'avaient jugé satisfaisant, et 23 (14,6%) avaient répondu très satisfaisant.

Horaire de travail



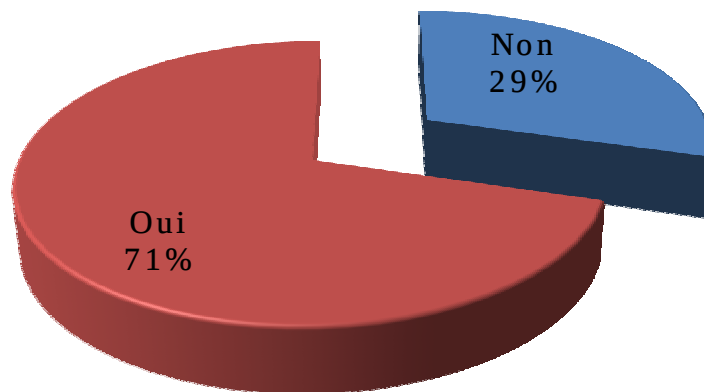
3) Volume horaire de travail par jour :

Les médecins déclaraient travailler $7,99 \pm 1,795$ heures par jour en moyenne, avec des extrêmes de 4 et 12 heures.

4) Gardes de nuit

110 médecins (70,5%) faisaient des gardes le soir contre 46 (29,5%)

Gardes de nuit



5) Volume horaire par garde :

La moyenne du volume horaire par garde était de $17,96 \pm 9,409$ heures, allant de 0 à 20 heures.

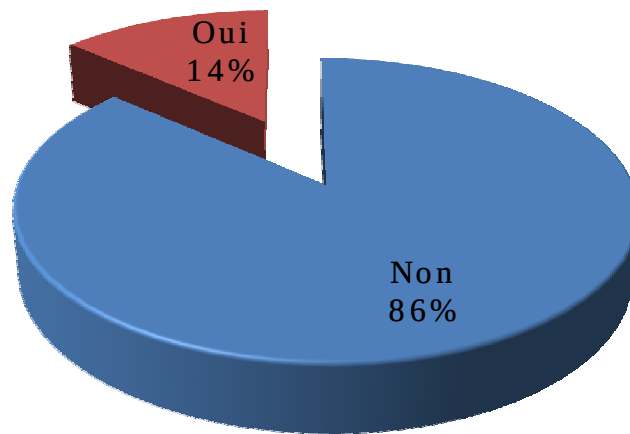
6) Nombre de garde par mois

La moyenne de nombre de garde était de $3,37 \pm 2,497$ gardes par mois, avec un maximum de 14 gardes par mois.

7) Prime

134 (84,8%) des médecins déclaraient ne pas recevoir de prime de gardes contre 21 (13,3%), avec 1,9% qui n'avaient pas répondu à cet item.

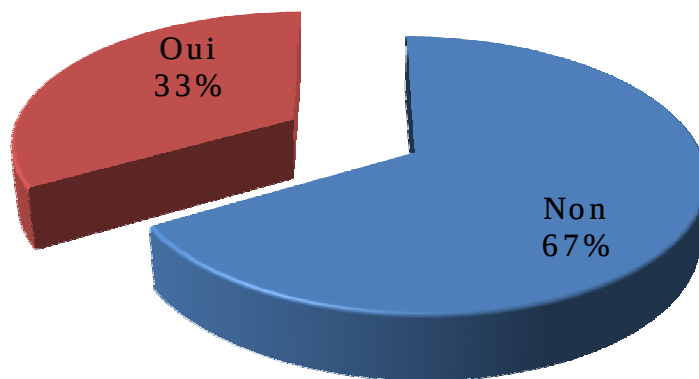
Prime



8) Tâches quotidiennes :

51 médecins (33,1%) trouvaient que les tâches quotidiennes qu'ils effectuent correspondent à leurs attentes contre 103 (66,9%) qui trouvaient le contraire

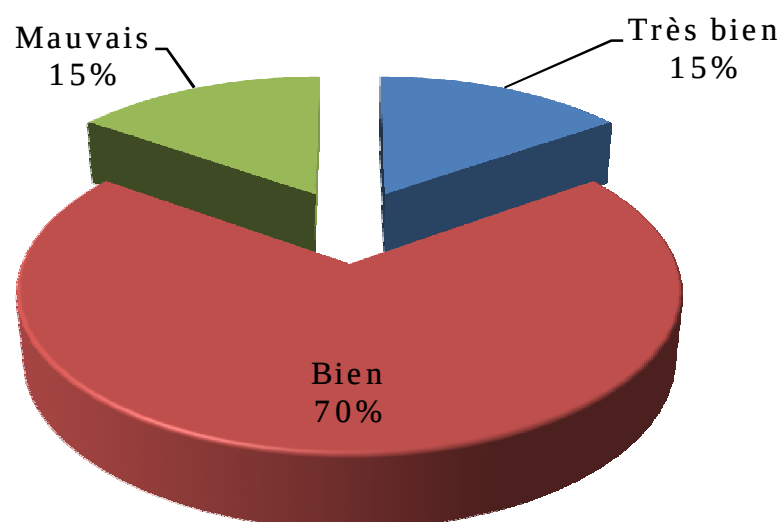
Taches quotidiennes



9) Climat de travail avec les médecins :

Seulement 24 (15,2%) médecins estimaient la relation avec leurs collègues comme très bien, alors que le même nombre l'avaient trouvé mauvaise contre 110 (69,6%) qui l'avaient trouvé bien.

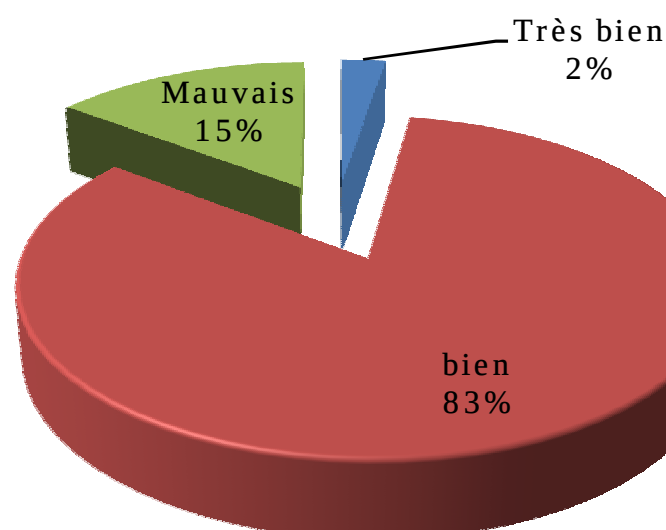
Climat avec médecins



10) Climat de travail avec les infirmiers

Seulement 4 médecins (2,5%) estimaient que la relation avec les infirmiers décrite comme très bien, alors que 131 (82,9%) l'estimaient bien avec un taux de 23 (14,6%) qui l'avaient décrite comme mauvaise

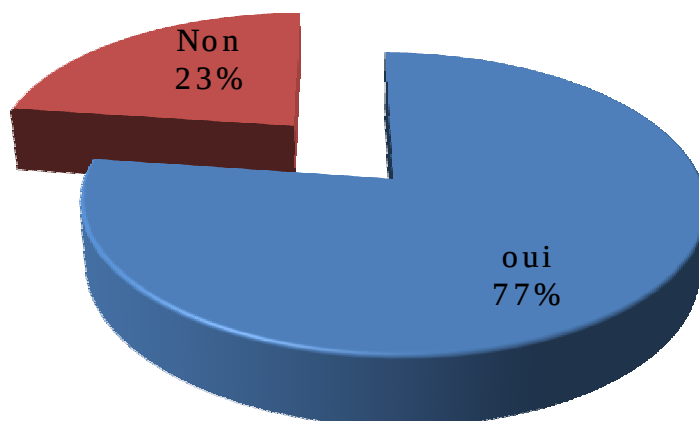
Climat avec infirmiers



11) Les critiques du chef :

36 (22,8%) médecins ont confirmés qu'ils étaient critiqué ou humilié par leur chef, alors que 122 (77,2%) confirmaient le contraire.

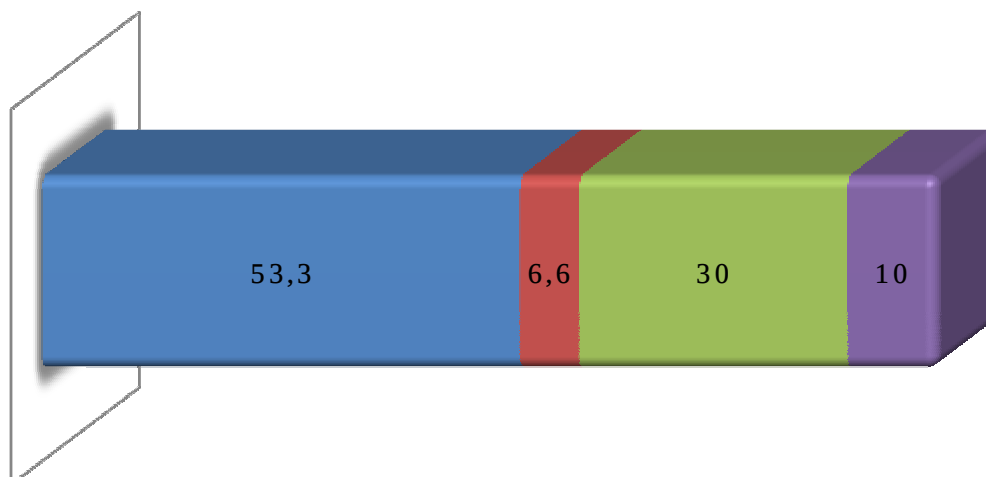
Critique du chef



12) Le fait d'être critiqué devant d'autres personnes

Pour les 36 médecins qui avaient confirmé qu'ils étaient critiqués par le chef de service, 16 d'entre eux l'étaient devant les médecins, malades et infirmiers.

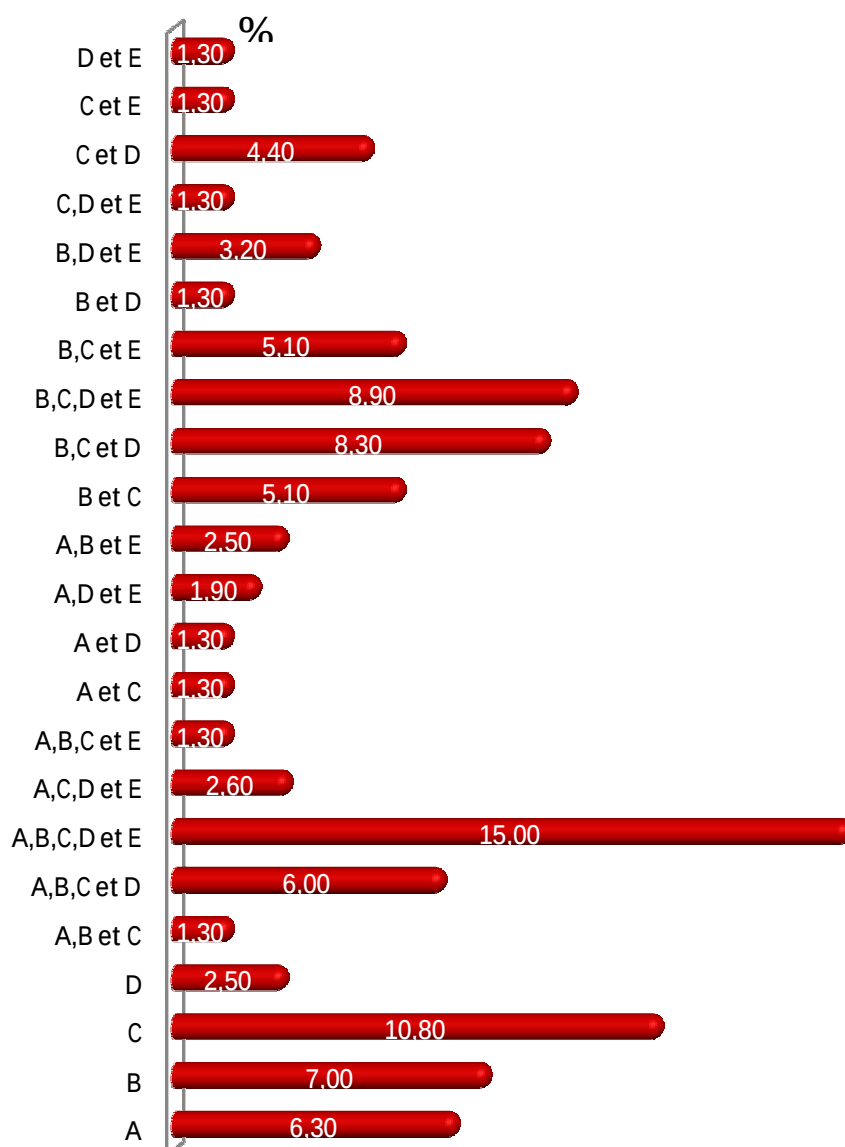
■ Malades, Medecins et Infirmiers ■ Malades et medecins
■ medecins ■ Infirmiers



D) Impact de conditions de travail

1) Conséquences négatives du travail

24 médecins soit 15% de notre population avaient les cinq conséquences négatives issues des conditions de travail : insatisfaction, stress, fatigue, répercussion sur la vie familiale et troubles du sommeil.



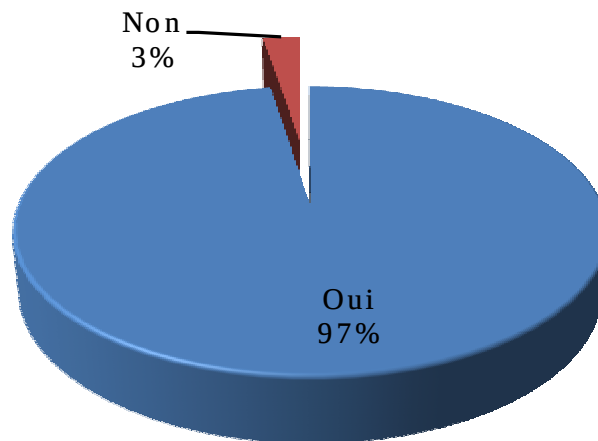
NB :

A	Insatisfaction
B	Stress
C	Fatigue
D	Répercussions sur la vie familiale
E	Trouble de sommeil

2) Stress professionnel :

154 médecins (97,5%) avaient confirmé avoir un stress dans leur vie professionnelle, contre 4 (2,5%) qui l'avaient infirmé.

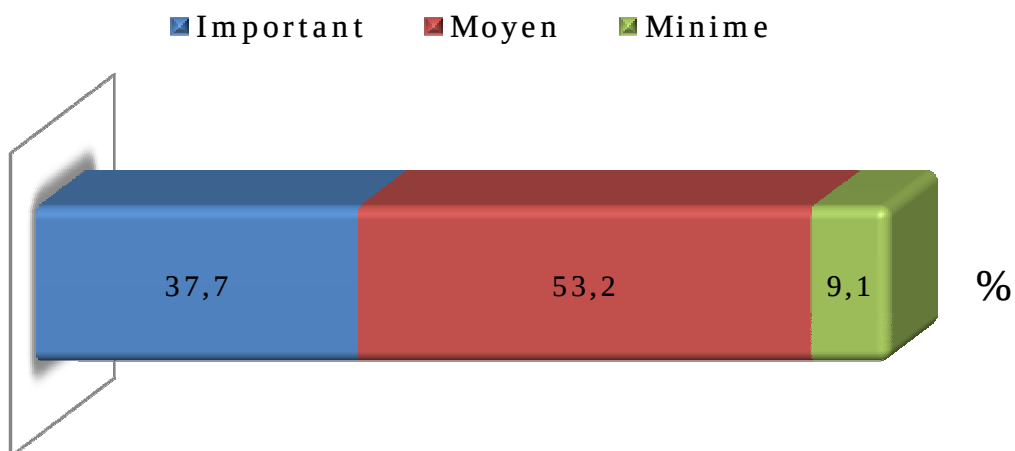
Stress professionnel



3) Intensité du stress professionnel :

Sur les 154 médecins qui avaient confirmé la présence de stress professionnel, 58 d'entre eux soit 37,7% l'estimaient important.

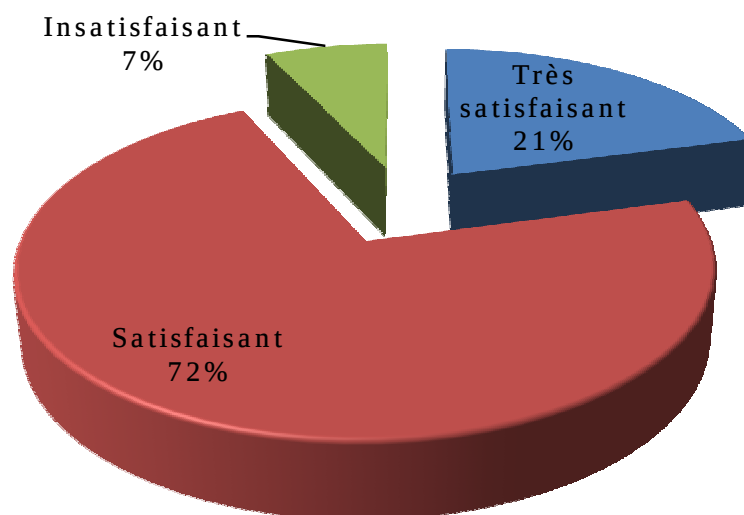
Intensité du stress



4) Relation avec le chef

33 médecins (20,9%) avaient jugé que la relation avec leur chef était très satisfaisante, pour 114 (72,2%) satisfaisante, et pour 11 (7%) était insatisfaisante.

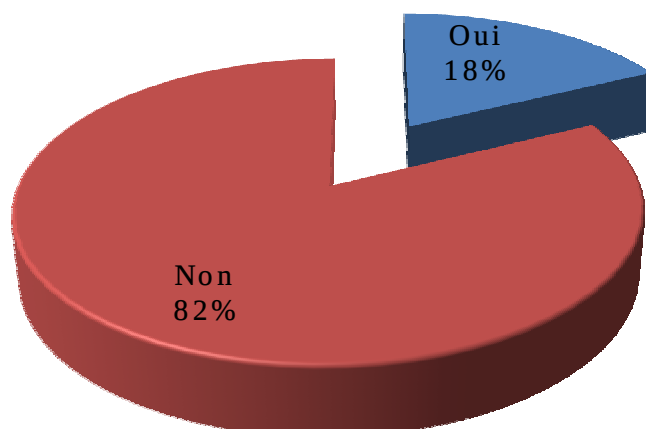
Relation avec le Chef



5) Changement de service

28 médecins (17,7%) étaient prêts à quitter leur service, s'ils avaient la possibilité de le changer contre 130 (82,3%) qui n'étaient pas prêts.

Changement de service

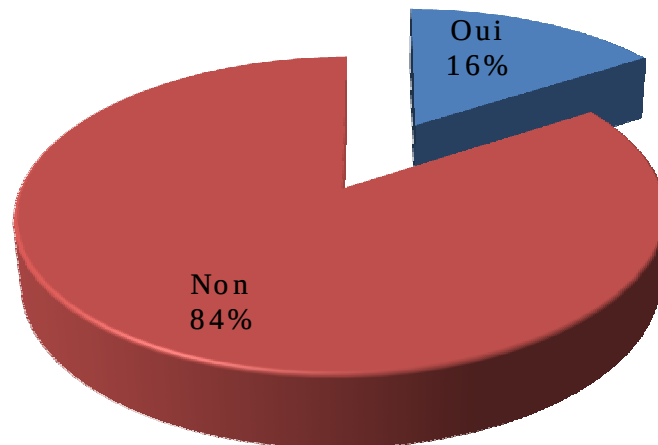


E) Autres facteurs:

1) Stabilité familiale :

133 médecins (84,2%) confirmaient avoir une bonne stabilité familiale contre 25 soit 15,8%.

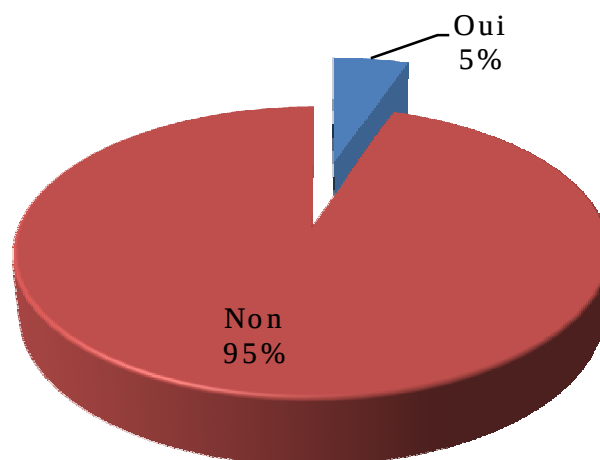
Stabilité familiale



2) Antécédent de consultation psychiatrique

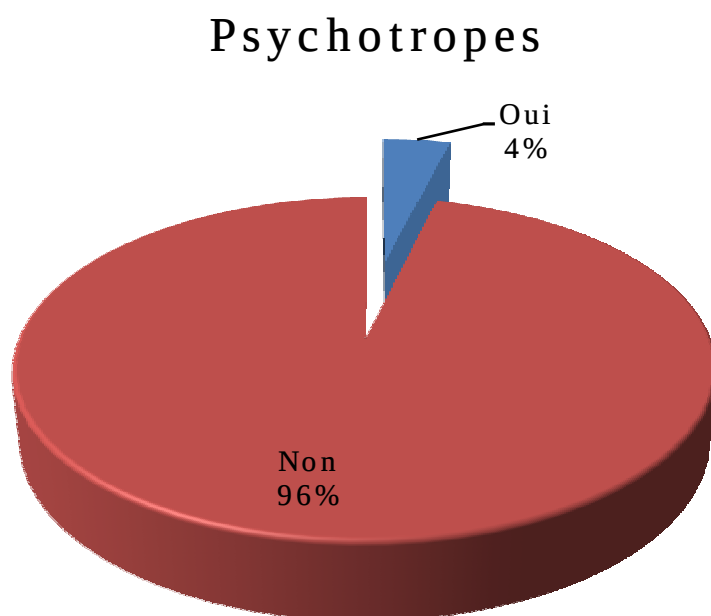
Seulement 8 médecins (5,1%) avaient un antécédent de consultation psychiatrique contre 150 (94,9%)

Antécédent consultation Psychiatrique



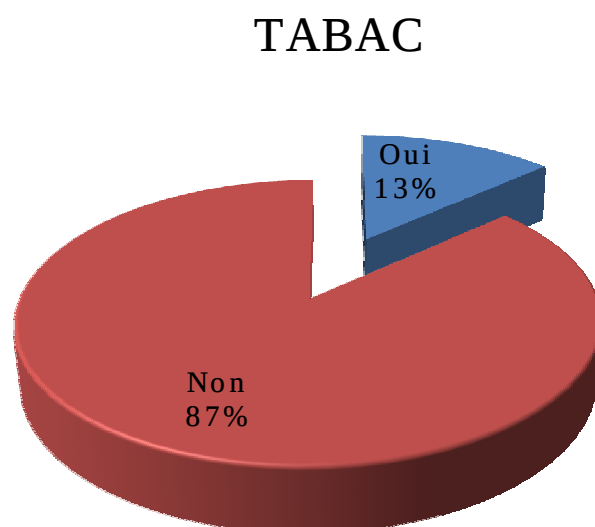
3) Prise de médicaments psychotropes

3,8% de notre population (6 médecins) avaient un suivi psychiatrique avec prise de psychotropes contre 152 (96%)



4) Tabagisme

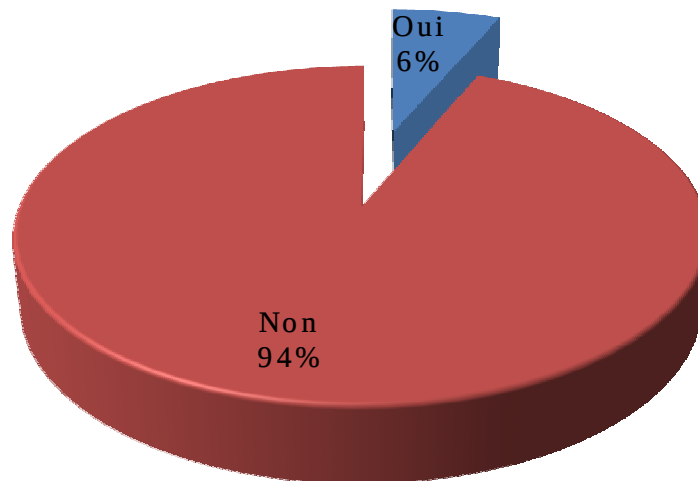
21 médecins (13,3%) avaient une notion de tabagisme, contre 137 (86,7%).



5) Alcoolisme

10 médecins (6,3%) avaient une notion d'alcoolisme contre 148 (93,7%) qui ne l'avaient pas.

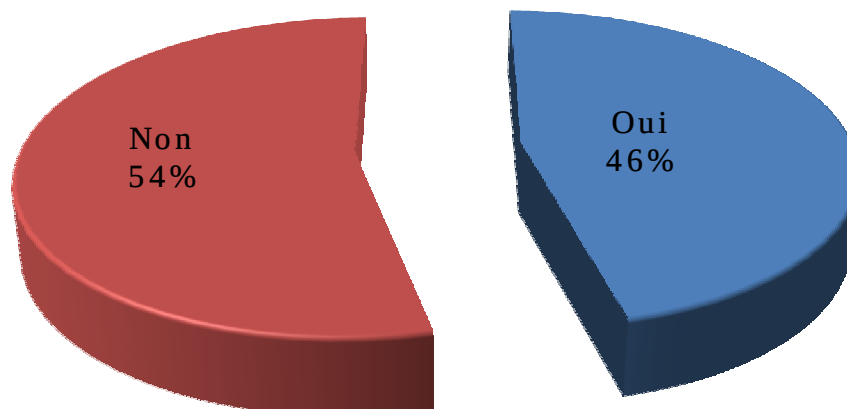
Alcool



6) Moyen d'évacuation de stress

72 médecins (46,2%) avaient un moyen pour évacuer le stress contre 84 (53,8%) qui ne l'avaient pas.

Moyen d'évacuation du stress



II) RESULTATS ANALYTIQUES :

Dans notre population composée de 158médecins :

154 (soit 97,5%) présentaient un stress professionnel et 4 (soit 2,5%) en étaient indemnes.

Parmi ces 154 sujets épuisés, on a fait l'analyse de ces différents paramètres avec l'intensité du stress :

- Sexe
- Fonction
- Etat matrimonial
- Spécialité
- Choix du service
- Critique du chef
- Stabilité familiale
- Antécédent de consultation psychiatrique.

A)Facteurs influençant les trois degrés de Burn out :

A-1) Influence des variables sociodémographiques :

1) Sexe :

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

- Les hommes représentaient 37,66% des sujets qui avaient un syndrome d'épuisement professionnel et 62,33% de ceux qui ne l'avaient pas.
- Les femmes représentaient 62,33% des sujets épuisés et 37,66% des sujets non épuisés.

Sur les 58 sujets présentant un niveau élevé de Burn out, 35 (36,5%) étaient des femmes et 23 (soit 39,7%) étaient des hommes.

Il n'existe pas de lien significatif entre le sexe et le degré élevé, modéré ou bas du Burn out. ($p=0,2$)

Tableau : Influence du sexe sur le degré de Burn out

	<i>Degré de Burn out</i>			<i>p</i>
	<i>important</i>	<i>Modéré</i>	<i>Bas</i>	
	<i>n=58</i>	<i>n=82</i>	<i>n=14</i>	
Sexe	23(39,7%)/35(36,5%)	27(46,6%)/55(57,3%)	8(13,8%)/6(6,3%)	0,2
<i>Masculin/Féminin</i>				

2) Situation familiale :

Sur les 154 personnes en Burn out, 51 sont célibataires et 101 sont marié(e)s et 2 sont divorcé(e)s.

37,3% des praticiens présentant un niveau élevé d'épuisement professionnel et 51,0% 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. ($p=0,6$)

Tableau : 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=58</i>	<i>n=82</i>	<i>n=14</i>	
<i>Célibataire</i>	19(37,3%)	26(51,0%)	6(11,8%)	0,6
<i>Marié(e)</i>	39(38,6%)	54(53,5%)	8(7,9%)	
<i>Divorcé(e)</i>	0	2(100%)	0	
<i>Situation familiale</i>				

A-2) Influence des variables professionnelles :

1) Statut professionnel :

Parmi les 154 sujets en Burn out, on compte :

◆120 Médecins exerçant une spécialité médicale

◆25 exerçant une spécialité chirurgicale

Sur les 56 médecins ayant un degré élevé de Burn out, 11(soit 44,0%) avaient une spécialité chirurgicale, 41 médecins avaient une spécialité médicale (soit 34,2%) et 4 étaient des médecins en réanimation (soit 80%) ; ceci correspond à 37,3% de l'ensemble des médecins.

Sur les 80 sujets présentant un niveau modéré de Burn out, 12(soit 48,0%) avaient une spécialité chirurgicale, 67 médecins avaient une spécialité médicale (soit 55,8%) et 1 était en réanimation (soit 20%) ; Ceci correspond à 53,3% de l'ensemble des médecins.

Cependant, on ne retrouve pas de lien significatif entre le statut professionnel et le degré de Burn out ($p=0,3$)

Tableau : Influence de la spécialité sur le degré de Burn out :

		<i>Burn out</i>			<i>P</i>
		<i>Elevé</i>	<i>Modéré</i>	<i>Minimal</i>	
		<i>n=56</i>	<i>n=80</i>	<i>n=14</i>	
<i>Spécialité</i>	<i>Spécialité médicale</i>	41(34,2%)	67(55,8%)	12(10,0%)	<i>0,14</i>
	<i>Spécialité chirurgicale</i>	22(44,0%)	12(48,0%)	2(8,0%)	
	<i>Médecin en réanimation</i>	4(80,0%)	1(20,0%)	0	

2) choix du service

Sur les 56 médecins ayant un degré élevé de Burn out, 47 (soit 34,3%) avaient un service choisi et 9 médecins avaient un service obligatoire (soit 75,0%); ceci correspond à 37,6% de l'ensemble des médecins.

Sur les 80 sujets présentant un niveau modéré de Burn out, 77 (soit 56,2%) avaient un service choisi et 3 médecins avaient un service obligatoire (soit 25,0%); Ceci correspond à 53,7% de l'ensemble des médecins.

Donc, on retrouve un lien significatif entre le choix du service et le degré de Burn out ($p=0,01$)

		Burn out			P
		Elevé	Modéré	Minimal	
		n=56	n=80	n=34	
Service	<i>choisi</i>	47(34,3%)	77(56,2%)	13(9,5%)	0,01
	<i>obligatoire</i>	9(75,0%)	3(25,0%)	0%	

3) Critiques du chef

Sur les 58 médecins ayant un degré élevé de Burn out, 20(soit 55,6%) étaient critiqué par leur chef, 38 médecins ne l'étaient pas (soit 32,2%); ceci correspond à 37,7% de l'ensemble des médecins.

Sur les 82 sujets présentant un niveau modéré de Burn out, 16 (soit 44,4%) étaient critiqué par leur chef, 66 médecins ne l'étaient pas (soit 55,9%); ceci correspond à 53,2% de l'ensemble des médecins. Donc, on retrouve un lien significatif entre les critiques du chef et le degré de Burn out ($p=0,003$)

		<i>Burn out</i>			<i>P</i>
		<i>Elevé</i>	<i>Modéré</i>	<i>Minimal</i>	
		<i>n=58</i>	<i>n=82</i>	<i>n=14</i>	
<i>Critiques du chef</i>	<i>oui</i>	20(55,6%)	16(44,4%)	0%	0,003
	<i>Non</i>	38(32,2%)	66(55,9%)	14(11,9%)	

A-3) Influence des facteurs personnels du stress

1) stabilité familiale

Sur les 58 médecins ayant un degré élevé de Burn out, 47 (soit 36,4%) avaient une stabilité familiale et 11 médecins ne l'avaient pas (soit 44,0%); ceci correspond à 37,7% de l'ensemble des médecins.

Sur les 82 sujets présentant un niveau modéré de Burn out, 72 (soit 55,8%) avaient une stabilité familiale et 10 médecins ne l'avaient pas (soit 40,0%); Ceci correspond à 53,2% de l'ensemble des médecins.

Donc on retrouve un lien significatif entre la stabilité familiale et le degré de Burn out ($p=0,02$)

		<i>Burn out</i>			<i>P</i>
		<i>Elevé</i>	<i>Modéré</i>	<i>Minimal</i>	
		<i>n=58</i>	<i>n=82</i>	<i>n=14</i>	
<i>Stabilité familiale</i>	<i>oui</i>	47(36,4%)	72(55,8%)	10(7,8%)	0,02
	<i>Non</i>	11(44,0%)	10(40,0%)	4(16,0%)	

2) Antécédent de consultation psychiatrique

Sur les 58 médecins ayant un degré élevé de Burn out, 4 (soit 50%) avaient un antécédent de consultation psychiatrique et 54 médecins ne l'avaient pas (soit 37,0%); ceci correspond à 37,7% de l'ensemble des médecins.

Sur les 82 sujets présentant un niveau modéré de Burn out, 4 (soit 50,0%) avaient un antécédent de consultation psychiatrique et 78 médecins ne l'avaient pas (soit 53,4%);Ceci correspond à 53,2% de l'ensemble des médecins.

Cependant, on ne retrouve pas de lien significatif entre l'antécédent de consultation psychiatrique et le degré de Burn out ($p=0,5$).

		<i>Burn out</i>			<i>P</i>
		<i>Elevé</i>	Modéré	<i>Minimal</i>	
		n=58	n=82	n=14	
<i>Antécédent de consultation psychiatrique</i>	<i>oui</i>	4(50,0%)	4(50,0%)	0%)	0,5
	<i>Non</i>	54(37,0%)	78(53,4%)	14(9,1%)	

B. Tableau récapitulatif des résultats analytiques :

		Degré de Burn out			P
		Elevé n=56	Modéré n=80	Minimal n=14	
Sexe		23(39,7%)/35(36,5%)	27(46,6%)/55(57,3%)	8(13,8%)/6(6,3%)	0,2
Situation familiale	Célibataire	19(37,3%)	26(51,0%)	6(11,8%)	0,6
	Marié(e)	39(38,6%)	54(53,5%)	8(7,9%)	
	Divorcé(e)	0	2(100%)	0	
Spécialité	Spécialité médicale	41(34,2%)	67(55,8%)	12(10,0%)	0,14
	Spécialité chirurgicale	22(44,0%)	12(48,0%)	2(8,0%)	
	Médecin en réanimation	4(80,0%)	1(20,0%)	0	
Service	Choisi	47(34,3%)	77(56,2%)	13(9,5%)	0,01
	obligatoire	9(75,0%)	3(25,0%)	0%	
Critiques du chef	Oui	20(55,6%)	16(44,4%)	0%	0,003
	Non	38(32,2%)	66(55,9%)	14(11,9%)	
Stabilité familiale	Oui	47(36,4%)	72(55,8%)	10(7,8%)	0,02
	Non	11(44,0%)	10(40,0%)	4(16,0%)	
Antécédent de consultation psychiatrique	Oui	4(50,0%)	4(50,0%)	0%	0,5
	Non	54(37,0%)	78(53,4%)	14(9,1%)	

► DISCUSSION

Notre travail avait comme objectif prédominant la description du phénomène de stress professionnel chez les médecins dans le milieu hospitalier de la ville de Fès, qui a révélé une prévalence de 97,5% avec une intensité importante chez 37,7%, on va discuter par la suite quelques données de résultats descriptifs par rapport aux données nationales et internationales telles, l'âge, le nombre d'années et le lieu d'exercice, et le statut professionnel. Et, en fin on va discuter quelques données analytiques comme le sexe, la situation familiale, la prévalence du stress professionnel et son intensité par rapport aux données de la littérature.

A) Variables sociodémographiques :

1) Le sexe :

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

Il ressort de quelques études [63,35] 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.

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).

Dans notre étude, le sexe n'était pas un paramètre significatif. ($p=0,2$)

Pour Massou et al., 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.($p=0,14$)(128].

2) L'âge :

Le rôle de l'âge est très discuté dans la littérature, dans l'apparition du Burn out

Pour certains auteurs, 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 médecins [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 $32,73 \pm 6,18$ ans, avec des extrêmes de 24 et 59 ans.

Dans une étude portugaise, ils ont trouvé que 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 n'y a pas de lien significatif entre cette variable et les différents degrés de Burn out. ($p=0,97$)[32]

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.

Dans notre étude, 53 médecins (32,9%) étaient célibataires, 104 (65 ,8%) étaient marié(e)s et 2 médecins (1,3%) étaient divorcé(e)s.

Une étude marocaine en milieu de réanimation, rapportait que 61,3% des praticiens présentant un niveau élevé d'épuisement professionnel et 50,8% de ceux

présentant un niveau modéré étaient célibataires. Il n'y a pas de lien significatif entre la situation familiale et la gravité du Burn out. ($p=0,22$)(128).

Le résultat est malheureusement rarement exploité et le cas échéant il est le plus souvent non significatif ; 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 :

1) Stress professionnel

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 une conséquence à un stress au travail. [27,26]

Quant à notre travail, nous avons choisi la définition la plus large dans laquelle la présence d'un stress au cours du travail pour parler de Burn out en définissant ses trois intensités (bas, modéré, élevé)

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

On signalera aussi que, quelque soient les pays étudiés, les scores de Burn out restent préoccupants .Cependant, Schaufelli a montré qu'il existe des variabilités culturelles de ce syndrome[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 quelques spécialités comme l'Anesthésie Réanimation avoisinée par la Psychiatrie et la Médecine Générale)[29], soient réputée être l'une des spécialités les plus touchées par le syndrome, 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 menées auprès des médecins, des infirmiers et agents paramédicaux de façon séparée dans un service, soit auprès de médecins dans des services différents, 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.

► Selon un rapport de la SFM (La Société Française de Médecins), le syndrome d'épuisement professionnel concernerait actuellement 20 à 50% des Médecins.[30]

La majorité des études concernant des effectifs faibles, la SFM 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 67,5% des médecins en milieu hospitalier sont en Burn out, dépasseraient de loin ceux inclus dans la marge de la SFM 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.

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

2) L'intensité du stress professionnel :

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 158 médecins en milieu hospitalier dont 67,5% ont affirmé avoir ressenti les signes du Burn out.

37,7% souffraient d'un niveau élevé de Burn out, 53,2% en avaient un niveau modéré et 9,1% avaient un niveau bas.

Une étude menée dans la région parisienne, avait montré que 53% des médecins souffrent de burn out en milieu rural.

Pour expliquer ceci, on peut supposer que le stress de la vie quotidienne qui est connu atteindre son plafond dans une ville plus que le milieu rural, 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.

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

Selon certains auteurs, le Burn out 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, la moyenne de l'ancienneté d'exercice dans le service était 3,34+/- 3,89 années avec un minimum de 1 mois et un maximum de 20 ans.

Dans une enquête au Maroc, 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).[128]

Dans notre étude, il est vrai que le nombre d'années d'exercice dans le service n'était pas analysé dans la survenue ou dans 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.

4) 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 plus spécialement en milieu hospitalier.

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)

Une enquête chez les personnels d'anesthésie réanimation de quatre hopitaux universitaires marocains[128], on retrouve ainsi les séquences suivantes :

A Casablanca : élevé > modéré > bas

A Rabat : bas > modéré > élevé

A Fès : élevé > bas > modéré

A Marrakech : bas > élevé > modéré

5) 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]

Dans notre série, on a dénombré 33,3% de médecins généralistes avec un degré important du burn out, 39,8% des résidents et 47,4% des internes et 26,3% de spécialistes.

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

Massou et al. , rapportait que 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 . 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 $p=0,14$)

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].

I) Recommandations pratiques :

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 recreation de soi. [119]

1. La reconnaissance du problème

2. 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]

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

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

- *Une approche de l'ergonomie des sites du travail,*
- *Une organisation optimale du travail,*

- Des interventions centrées sur l'individu :

Elles ont comme objectif de modifier la vie personnelle.

ü 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, ainsi sur le plan personnel, elle passe par la nécessité de prendre soin de soi, d'augmenter son estime de soi et d'augmenter son niveau de hardinesse.

L'amélioration de la communication par le fait de savoir parler de son malaise et d'apprendre à travailler en équipe [9] [122]

- Les mesures organisationnelles : [14][123]

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

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

Autres mesures préventives :

- L'intérêt du repos de sécurité : [94][124][125] notion à la base du concept de « *sieste prophylactique* ». [124]

1) La formation des jeunes médecins : [11][123]

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.

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

2) Le Stress Management: [119]

Les techniques de gestion du stress sont diverses, mais elles restent propres à chacun, telles la relaxation, la méditation, le yoga ou encore le Shiatsu.

II) 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.

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'existence d'un stress professionnel ou pas, n'offre d'ailleurs pas de score qui tranche entre absence ou présence de Burn out. Il est ainsi difficile de faire une enquête épidémiologique sur ce sujet.

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 médecin 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 :

Le 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)

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 médecins 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.

CONCLUSION

En réalisant cette enquête sur le Burn out, notre premier objectif était de soulever l'existence et l'importance de ce problème en milieu hospitalier à la ville de Fès. Ce n'est plus un mythe ni une prédiction, mais une réalité palpable chez les Médecins, puisque nos résultats annoncent que le un tiers de nos médecins présentent un niveau élevé de Burn Out.

Un médecin sur deux présente un niveau moyen d'épuisement professionnel, et un soignant sur dix souffre du plus bas niveau de Burn out.

Des chiffres alarmants situés parmi les plus hauts niveaux 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 Médecins Résidents sont au premier rang de l'épuisement et que les principaux facteurs associés au Burn out relèvent essentiellement de l'instabilité familiale, du choix du service et de critiques du chef de service

Enfin, et dans le cadre de notre troisième objectif, nous avons souhaité dépasser le cadre du constat pour évoluer dans une discussion détaillée 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 : le Médecin.

Les données de littérature 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.

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.

RESUME

Titre : "Le Burn out en milieu hospitalier à la ville de Fès : Enquête auprès des médecins"

Auteur : Fatima LAHLOU

Mots clefs : Burn out, hôpital, facteurs de risque, stress-

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 les médecins en milieu hospitalisé

Matériel et méthodes

Enquête multicentrique, transversale à visée analytique, exhaustive, réalisée auprès des médecins exerçant dans les différents hôpitaux de la ville de Fès, (au nombre de cinq)

Résultats

Sur une population composée de 158 Médecins, 37,7% avaient une intensité de stress professionnel élevée, 53,2% une intensité moyenne.

Le stress professionnel était retrouvé chez 97,5% de nos médecins.

En descriptive, les Médecins Résidents étaient majoritaires dans notre population 67%, avec une prédominance de spécialité médicale pour 79%.

L'organisation défailante des conditions de travail, le manque de prime spéciale (84,8%), les tâches quotidiennes assurées par 67% de médecins ne correspondaient pas à leurs attentes.

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 conclusion

L'épuisement professionnel apparait comme une réalité menaçante en milieu hospitalier. 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.

ANNEXES

QUESTIONNAIRE SUR LE STRESS AU TRAVAIL DES MEDECINS AU SECTEUR PUBLIC ET UNIVERSITAIRE

Cher Docteur, suite à une demande croissante de soins relatifs au stress professionnel, nous vous prions de bien vouloir répondre à ce questionnaire.

N.B : anonymat et confidentialité assurées

Temps passé à remplir le questionnaire :min

(Merci de répondre après avoir terminer)

QUESTIONNAIRE

I. DONNEES SOCIO - DEMOGRAPHIQUES :

- A. Votre fonction : Médecin interne Médecin résident Professeur Spécialiste Généraliste
- B. Sexe : Masculin Féminin
- C. Age : ans
- D. Etat matrimonial : Célibataire Marié(e) Divorcé(e) ou veuf (ve)
- E. Spécialité:
- F. Service : Choisi Obligatoire
- G. Ancienneté dans le service
- H. Temps approximatif du domicile au lieu du travail :min
- I. Moyen régulier de transport : Bus Taxi Voiture A pied

II. QUESTIONS RELATIVES A L'ORGANISATION DU TRAVAIL :

1/ Comment jugez-vous les conditions de travail au sein de votre service?

Très favorable Favorable Défavorable

Justifier votre réponse

.....
.....

2/ Comment jugez-vous votre horaire de travail ?

Très satisfaisant Satisfaisant Insatisfaisant

3/ Combien travaillez-vous par jour (approximativement) ?

.....Heures

4/ Faites-vous des gardes la nuit ? Oui Non

5/ Si oui, combien travaillez-vous par garde ? Heures

6/ Combien de garde de nuit par mois ?

7/ Existe-t-il un système de prime particulier pour avoir accompli un travail avec un effort particulier ? Oui Non

Commentez :.....
.....
.....

8/ Les tâches quotidiennes que vous effectuez correspondent-elles à vos attentes?

Oui Non

Commentez :.....
.....
.....

9/ Comment jugez-vous le climat de travail avec les médecins ?

Très bien Bien Mauvais

10/ Comment jugez-vous le climat de travail avec les infirmiers ?

Très bien Bien Mauvais

11/ Vous arrive-t-il d'être critiquer ou humilié par le chef ? Oui Non

Si oui : en présence des malades à la présence des autres médecins à la présence des infirmiers

III. QUESTIONS RELATIVES A L'IMPACT DE CONDITIONS DE TRAVAIL

12/ Quelles sont les conséquences négatives issues de vos conditions de travail ?

(Numéroter selon la priorité)

Insatisfaction Stress Fatigue Répercussion sur la vie familiale

Trouble du sommeil Autre à préciser :.....

13/ Etes-vous stressé dans votre vie professionnelle ? oui non

14/ Si oui Comment jugez-vous l'intensité de ce stress?

- Important - Moyen - Minime

15/ Comment décrivez-vous le relationnel avec votre chef de service ?

Très satisfaisant Satisfaisant Insatisfaisant

Commentez
.....
.....

16/ S'il vous avez la possibilité de changer de service, êtes-vous prêt à quitter le votre?

Oui Non

Pourquoi?.....
.....
.....

17/ Quelles seraient vos suggestions à proposer à votre chef en vue d'améliorer les conditions de travail du personnel soignant et particulièrement les médecins en formation ?

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

IV. AUTRES FACTEURS DE STRESS :

18/ Avez-vous une stabilité familiale ? Oui Non

19/ Antécédent de consultation psychiatrique Oui Non

20/ Prise de médicaments psychotropes Oui Non

Si oui précisez.....

21/ Tabac Oui Non

22/ Alcool Oui Non

23/ Moyens d'évacuer le stress Oui Non

Si oui précisez ...

Veillez mentionner le temps (question au début du questionnaire)

Merci de votre collaboration,

BIBLIOGRAPHIE

- [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 SULLS 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] Freudenberg H.,
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.carnetpsy.com/Archives/Recherches/Items/p37.htm>
- [15] Bimes-Arbus S.,LazorthesY.,Rougé D.,
Sciences humaines et sociales, *PCEM1, MASSON*
- [16] Selye H.,
The physiology and pathology of the exposure to stress. *Montreal: Inc. MedicalPublishers", 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 assessmentamonghealth 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 conjugulée –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 M.P.,
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 BehavSci 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/3sje8969uegh/17](http://Knol.google.com/k/marie-thérèse-giorgio,épuisement-professionnel-burn-out-chez/3sje8969uegh/17)
- [30] Burn out chez les anesthésistes réanimateurs. *Santé Médecine*
Disponible à l'adresse :
[http:// santé-medicine.commentcamarche.net/news/109325-breve-burn-
out-chez-les-anesthésistes-réanimateurs](http://santé-medicine.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 P.A., 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 M.C.,
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., Souvignat 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 Champagne-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 9P419-421
- [41] Philippon C.,
Syndrome d'épuisement professionnel (Burn out) : étude descriptive et recherche de facteurs associés chez 189 médecins généralistes Rhône – Alps
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. *Psychiatrfr 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. OxfordUK: 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., Hansezi., 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.,TennantCC,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). *AtenPrimaria*. 2003
Mars 15;31(4) :227-33
- [67] Chan Lin-Chateau 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.,BouvierGallacchi 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.grasphe.org/?-Souffrance-des-soignants-etid_article=66
- [80] Lutz A.,
Le Burn out chez le médecin, *Cahier Burn out, Santé conjugulée –Avril 2005-n°32, p63-66*
- [81] Lorient M.,
La fatigue, le stress et le travail émotionnel de l'infirmière, *Cahier Burn out, Santé conjugulée –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 PsychosomRes 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 anaesthetists. *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] Ekblom A.,
Do anesthesiologists die younger? *ActaAnesthesiolScand* 2002; 46: 1185-6
- [97] Katz DJ.,
Do anesthesiologists die at a younger age than other physicians? Age-
adjusted death rates. *AnesthAnalg* 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 advNurs* 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 Médecine* 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 J.L., 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 S.K., Gaba D.M., Smith B.E. , Weinger M.B., Herndon C. and
Keshavacharya S. *et al.*,
Simulation study of rested versus sleep-deprived anesthesiologists ,
Anesthesiology 98 (2003), pp.1345-1355
- [118] Morris G.P. and Morris R.W.,
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. *AviatSpace 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., L    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] LandriganCP.,RothschildJM.,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   diteur; 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] S. Massou,
Enquête sur le syndrome d'épuisement t professionnel chez les personnels
d'anesthésie réanimation de quatre hôpitaux universitaires marocains,
Annales médico-psychologiques 2012