



كلية الطب  
والصيدلة - مراكش  
FACULTÉ DE MÉDECINE  
ET DE PHARMACIE - MARRAKECH

Année 2022

Thèse N° 340

# Stress et Burnout en médecine d'urgence : Enquête auprès du personnel soignant de la région Souss–Massa

---

## THÈSE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 12/12/2022

PAR

**Mlle. Nohaila Syrine EL HIJAZI**

Née le 19 Mars 1994 à Agadir

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

---

## MOTS–CLÉS :

Burnout – Médecine d'urgence – Personnel soignant  
MBI – Coping mechanisms

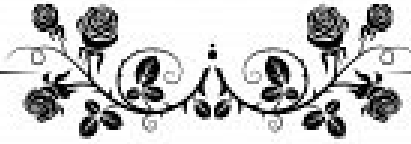
---

## JURY

|      |   |            |
|------|---|------------|
| Mme. | <b>F. MANOUDI</b><br>Professeur de Psychiatrie                  | PRÉSIDENTE |
| M.   | <b>H. NASSIK</b><br>Professeur d'Anesthésie–Réanimation         | RAPPORTEUR |
| M.   | <b>A. R. EL ADIB</b><br>Professeur d'Anesthésie–Réanimation     | } JUGES    |
| M.   | <b>T. ABOU EL HASSAN</b><br>Professeur d'Anesthésie–Réanimation |            |



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



إِقْرَأْ بِاسْمِ رَبِّكَ الَّذِي خَلَقَ ۝ خَلَقَ الْإِنْسَانَ  
مِنْ عَلَقٍ ۝ إِقْرَأْ وَرَبُّكَ الْأَكْرَمُ ۝ الَّذِي  
عَلَّمَ بِالْقَلَمِ ۝ عَلَّمَ الْإِنْسَانَ مَا لَمْ يَعْلَمُ ۝  
صدقة الله العظيم





## Serment d'Hippocrate

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

**Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.**

**Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.**

**Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.**

**Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.**

**Les médecins seront mes frères.**

**Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.**

**Je maintiendrai strictement le respect de la vie humaine dès sa conception.**

**Même sous la menace, je n'userai pas mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.**

**Je m'y engage librement et sur mon honneur.**

**Déclaration de Genève, 1948**



**LISTE DES PROFESSEURS**



**UNIVERSITE CADI AYYAD**  
**FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE**  
**MARRAKECH**

Doyens Honoraires : Pr. Badie Azzaman MEHADJI  
: Pr. Abdelhaq ALAOUI YAZIDI

**ADMINISTRATION**

Doyen : Pr Mohammed BOUSKRAOUI  
Vice doyen à la Recherche et la coopération : Pr. Mohamed AMINE  
Vice doyen aux affaires pédagogiques : Pr. Redouane EL FEZZAZI  
Vice doyen chargé de la Pharmacie : Pr. Said ZOUHAIR  
Secrétaire Général : Mr. Azzeddine EL HOUDAIGUI

**Professeurs de l'enseignement supérieur**

| Nom et Prénom          | Spécialité                                | Nom et Prénom       | Spécialité                           |
|------------------------|---|---------------------|--------------------------------------|
| ABKARI Imad            | Traumato-orthopédie                       | ELOMRANI Abdelhamid | Radiothérapie                        |
| ABOUCHADI Abdeljalil   | Stomatologie et chirurgie maxillo faciale | ESSAADOUNI Lamiaa   | Médecine interne                     |
| ABOU EL HASSAN Taoufik | Anesthésie-réanimation                    | FADILI Wafaa        | Néphrologie                          |
| ABOULFALAH Abderrahim  | Gynécologie-obstétrique                   | FAKHIR Bouchra      | Gynécologie-obstétrique              |
| ABOUSSAIR Nistrine     | Génétique                                 | FAKHRI Anass        | Histologie-embryologie cytogénétique |
| ADALI Imane            | Psychiatrie                               | FOURAIJI Karima     | Chirurgie pédiatrique                |
| ADMOU Brahim           | Immunologie                               | GHANNANE Houssine   | Neurochirurgie                       |

|                          |   |                             |   |
|--------------------------|---|-----------------------------|---|
| AGHOUTANE<br>El Mouhtadi | Chirurgie<br>pédiatrique                      | GHOUNDALE<br>Omar           | Urologie  |
| AISSAOUI Younes          | Anesthésie-<br>réanimation                    | HACHIMI<br>Abdelhamid       | Réanimation médicale                            |
| AIT AMEUR Mustapha       | Hématologie                                   | HAJJI Ibtissam              | Ophthalmologie                                  |
| AIT BENALI Said          | Neurochirurgie                                | HAROU Karam                 | Gynécologie-<br>obstétrique                     |
| AIT BENKADDOUR<br>Yassir | Gynécologie-<br>obstétrique                   | HOCAR Ouafa                 | Dermatologie                                    |
| AIT SAB Imane            | Pédiatrie                                     | JALAL Hicham                | Radiologie                                      |
| ALJ Soumaya              | Radiologie                                    | KAMILI El Ouafi El<br>Aouni | Chirurgie pédiatrique                           |
| AMAL Said                | Dermatologie                                  | KHALLOUKI<br>Mohammed       | Anesthésie-<br>réanimation                      |
| AMINE Mohamed            | Epidemiologie<br>clinique                     | KHATOURI Ali                | Cardiologie                                     |
| AMMAR Haddou             | Oto-rhino-<br>laryngologie                    | KHOUCANI<br>Mouna           | Radiothérapie                                   |
| AMRO Lamyae              | Pneumo-<br>phtisiologie                       | KISSANI Najib               | Neurologie                                      |
| ANIBA Khalid             | Neurochirurgie                                | KRATI Khadija               | Gastro-entérologie                              |
| ARSALANE Lamiae          | Microbiologie-<br>virologie                   | KRIET Mohamed               | Ophthalmologie                                  |
| ASMOUKI Hamid            | Gynécologie-<br>obstétrique                   | LAGHMARI Mehdi              | Neurochirurgie                                  |
| ATMANE El Mehdi          | Radiologie                                    | LAKMICH<br>Mohamed<br>Amine | Urologie  |
| BAIZRI Hicham            | Endocrinologie et<br>maladies<br>métaboliques | LAKOUICHMI<br>Mohammed      | Stomatologie et<br>chirurgie maxillo<br>faciale |
| BASRAOUI Dounia          | Radiologie                                    | LAOUAD Inass                | Néphrologie                                     |
| BASSIR Ahlam             | Gynécologie-<br>obstétrique                   | LOUHAB Nissrine             | Neurologie                                      |
| BELBARAKA Rhizlane       | Oncologie médicale                            | LOUZI<br>Abdelouahed        | Chirurgie générale                              |
| BELKHOU Ahlam            | Rhumatologie                                  | MADHAR Si<br>Mohamed        | Traumato-orthopédie                             |



|                                    |                                    |                               |   |
|------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------|---|
| BENALI Abdeslam                    | Psychiatrie                        | MANOUDI Fatiha                | Psychiatrie                               |
| BENCHAMKHA Yassine                 | Chirurgie réparatrice et plastique | MANSOURI Nadia                | Stomatologie et chirurgie maxillo faciale |
| BEN DRISS Laila                    | Cardiologie                        | MAOULAININE Fadl mrabih rabou | Pédiatrie                                 |
| BENELKHAÏAT<br>BENOMAR Ridouan     | Chirurgie générale                 | MATRANE<br>Aboubakr           | Médecine nucléaire                        |
| BENHIMA Mohamed<br>Amine           | Traumato-orthopédie                | MOUAFFAK<br>Youssef           | Anesthésie-réanimation                    |
| BENJELLOUN HARZIMI<br>Amine        | Pneumo-phtisiologie                | MOUDOUNI Said<br>Mohammed     | Urologie                                  |
| BENJILALI Laila                    | Médecine interne                   | MOUFID Kamal                  | Urologie                                  |
| BENZAROUEL Dounia                  | Cardiologie                        | MOUTAJ Redouane               | Parasitologie                             |
| BOUCHENTOUF Rachid                 | Pneumo-phtisiologie                | MOUTAOUAKIL<br>Abdeljalil     | Ophthalmologie                            |
| BOUKHANNI Lahcen                   | Gynécologie-obstétrique            | MSOUGAR Yassine               | Chirurgie thoracique                      |
| BOUKHIRA<br>Abderrahman            | Biochimie-chimie                   | NAJEB Youssef                 | Traumato-orthopédie                       |
| BOUMZEBRA Drissi                   | Chirurgie Cardio-vasculaire        | NARJIS Youssef                | Chirurgie générale                        |
| BOURRAHOUE Aïcha                   | Pédiatrie                          | NEJMI Hicham                  | Anesthésie-réanimation                    |
| BOURROUS Monir                     | Pédiatrie                          | NIAMANE<br>Radouane           | Rhumatologie                              |
| BOUSKRAOUI<br>Mohammed             | Pédiatrie                          | OUALI IDRISSE<br>Mariem       | Radiologie                                |
| BSISS Mohammed Aziz                | Biophysique                        | OUBAHA Sofia                  | Physiologie                               |
| CHAFIK Rachid                      | Traumato-orthopédie                | OULAD SAIAD<br>Mohamed        | Chirurgie pédiatrique                     |
| CHAKOUR Mohammed                   | Hématologie                        | QACIF Hassan                  | Médecine interne                          |
| CHELLAK Laila                      | Biochimie-chimie                   | QAMOUSS Youssef               | Anesthésie-réanimation                    |
| CHERIF IDRISSE EL<br>GANOUNI Najat | Radiologie                         | RABBANI Khalid                | Chirurgie générale                        |

|                             |   |                                   |                             |
|-----------------------------|---|-----------------------------------|-----------------------------|
| CHOULLI Mohamed<br>Khaled   | Neuro<br>pharmacologie                          | RADA Noureddine                   | Pédiatrie                   |
| DAHAMI Zakaria              | Urologie  | RAIS Hanane                       | Anatomie<br>pathologique    |
| DAROUASSI Youssef           | Oto-rhino-<br>laryngologie                      | RAJI Abdelaziz                    | Oto-rhino-<br>laryngologie  |
| DRAISS Ghizlane             | Pédiatrie                                       | ROCHDI Youssef                    | Oto-rhino-<br>laryngologie  |
| EL ADIB Ahmed<br>Rhassane   | Anesthésie-<br>réanimation                      | SAMKAOUI<br>Mohamed<br>Abdenasser | Anesthésie-<br>réanimation  |
| ELAMRANI Moulay<br>Driss    | Anatomie  | SAMLANI Zouhour                   | Gastro-entérologie          |
| EL ANSARI Nawal             | Endocrinologie et<br>maladies<br>métaboliques   | SARF Ismail                       | Urologie                    |
| EL BARNI Rachid             | Chirurgie générale                              | SORAA Nabila                      | Microbiologie-<br>virologie |
| EL BOUCHTI Imane            | Rhumatologie                                    | SOUMMANI<br>Abderraouf            | Gynécologie-<br>obstétrique |
| EL BOUIHI Mohamed           | Stomatologie et<br>chirurgie maxillo<br>faciale | TASSI Noura                       | Maladies infectieuses       |
| EL FEZZAZI Redouane         | Chirurgie<br>pédiatrique                        | TAZI Mohamed<br>Illias            | Hématologie clinique        |
| ELFIKRI Abdelghani          | Radiologie                                      | YOUNOUS Said                      | Anesthésie-<br>réanimation  |
| EL HAOURY Hanane            | Traumato-<br>orthopédie                         | ZAHLANE Kawtar                    | Microbiologie-<br>virologie |
| EL HATTAOUI<br>Mustapha     | Cardiologie                                     | ZAHLANE Mouna                     | Médecine interne            |
| EL HOUDZI Jamila            | Pédiatrie                                       | ZAQUI Sanaa                       | Pharmacologie               |
| EL IDRISSE SLITINE<br>Nadia | Pédiatrie                                       | ZEMRAOUI Nadir                    | Néphrologie                 |
| EL KARIMI Saloua            | Cardiologie                                     | ZIADI Amra                        | Anesthésie-<br>réanimation  |
| EL KHADER Ahmed             | Chirurgie générale                              | ZOUHAIR Said                      | Microbiologie               |

|                          |   |                |                  |
|--------------------------|---|----------------|------------------|
| EL KHAYARI Mina          | Réanimation médicale                    | ZYANI Mohammad | Médecine interne |
| EL MGHARI TABIB Ghizlane | Endocrinologie et maladies métaboliques |                |                  |

### Professeurs Agrégés

| Nom et Prénom       | Spécialité  | Nom et Prénom          | Spécialité                           |
|---------------------|---|------------------------|--------------------------------------|
| ABDOU Abdessamad    | Chirurgie Cardio-vasculaire   | HAZMIRI Fatima Ezzahra | Histologie-embryologie-cytogénétique |
| ABIR Badreddine     | Stomatologie et chirurgie maxillo faciale                               | JANAH Hicham           | Pneumo-phtisiologie                  |
| ADARMOUCH Latifa    | Médecine communautaire (Médecine préventive, santé publique et hygiène) | KADDOURI Said          | Médecine interne                     |
| AIT BATAHAR Salma   | Pneumo-phtisiologie   | LAFFINTI MahmoudAmine  | Psychiatrie                          |
| ALAOUI Hassan       | Anésthésie-réanimation  | LAHKIM Mohammed        | Chirurgie générale                   |
| ALJALIL Abdelfattah | Oto-rhino-laryngologie  | MARGAD Omar            | Traumato-orthopédie                  |
| ARABI Hafid         | Médecine physiqueet réadaptation fonctionnelle                          | MESSAOUDI Redouane     | Ophtalmologie                        |
| ARSALANE Adil       | Chirurgie thoracique  | MLIHA TOUATI Mohammed  | Oto-rhino-laryngologie               |
| ASSERRAJI Mohammed  | Néphrologie   | MOUHSINE Abdelilah     | Radiologie                           |
| BELBACHIR Anass     | Anatomie pathologique   | NADER Youssef          | Traumato-orthopédie                  |
| BELHADJ Ayoub       | Anesthésie-réanimation  | NASSIM SABAH Taoufik   | Chirurgie réparatrice et plastique   |
| BOUZERDA Abdelmajid | Cardiologie   | RHARRASSI Issam        | Anatomie pathologique                |
| CHRAA Mohamed       | Physiologie   | SALAMA Tarik           | Chirurgie pédiatrique                |
| EL HAOUATI Rachid   | Chirurgie Cardio-vasculaire   | SEDDIKI Rachid         | Anésthésie-réanimation               |
| EL KAMOUNI Youssef  | Microbiologie-virologie   | SERGHINI Issam         | Anésthésie-réanimation               |

|                           |                         |                                 |                                       |
|---------------------------|-------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|
| EL MEZOUARI<br>El Mostafa | Parasitologie–mycologie | TOURABI Khalid                  | Chirurgie réparatrice et<br>plastique |
| ESSADI Ismail             | Oncologie médicale      | ZARROUKI Youssef                | Anesthésie–réanimation                |
| GHAZI Mirieme             | Rhumatologie            | ZIDANE<br>Moulay<br>Abdelfettah | Chirurgie thoracique                  |
| HAMMOUNE Nabil            | Radiologie              |                                 |                                       |

### Professeurs Assistants

| Nom et Prénom          | Spécialité                                     | Nom et Prénom                | Spécialité                                 |
|------------------------|--|------------------------------|--|
| AABBASSI Bouchra       | Psychiatrie                                    | EL JADI Hamza                | Endocrinologie et maladies<br>métaboliques |
| ABALLA Najoua          | Chirurgie pédiatrique                          | EL–QADIRY Rabiya             | Pédiatrie                                  |
| ABDELFETTAH<br>Youness | Rééducation et réhabilitation<br>fonctionnelle | FASSI Fihri<br>Mohamed Jawad | Chirurgie générale                         |
| ABOUDOURIB<br>Maryem   | Dermatologie                                   | FDIL Naima                   | Chimie de coordination<br>bio–organique    |
| ABOULMAKARIM<br>Siham  | Biochimie                                      | FENANE Hicham                | Chirurgie thoracique                       |
| ACHKOUN<br>Abdessalam  | Anatomie                                       | GEBRATI Lhoucine             | Chimie physique                            |
| AHBALA Tariq           | Chirurgie générale                             | HAJHOUI Farouk               | Neurochirurgie                             |
| AIT ERRAMI Adil        | Gastro–entérologie                             | HAJJI Fouad                  | Urologie                                   |
| AKKA Rachid            | Gastro–entérologie                             | HAMRI Asma                   | Chirurgie Générale                         |
| AMINE Abdellah         | Cardiologie                                    | HAZIME Raja                  | Immunologie                                |
| ARROB Adil             | Chirurgie réparatrice et<br>plastique          | IDALENE Malika               | Maladies infectieuses                      |
| AZAMI Mohamed<br>Amine | Anatomie pathologique                          | KHALLIKANE Said              | Anesthésie–réanimation                     |
| AZIZ Zakaria           | Stomatologie et chirurgie<br>maxillo faciale   | LACHHAB Zineb                | Pharmacognosie                             |
| AZIZI Mounia           | Néphrologie                                    | LAHLIMI Fatima<br>Ezzahra    | Hématologie clinique                       |
| BAALLAL Hassan         | Neurochirurgie                                 | LAHMINE Widad                | Pédiatrie                                  |
| BABA Hicham            | Chirurgie générale                             | LAMRANI HANCI<br>Asmae       | Microbiologie– virologie                   |

|                       |                                      |                         |   |
|-----------------------|--------------------------------------|-------------------------|---|
| BELARBI Marouane      | Néphrologie                          | LOQMAN Souad            | Microbiologie et toxicologie environnementale                           |
| BELFQUIH Hatim        | Neurochirurgie                       | JALLAL Hamid            | Cardiologie   |
| BELGHMAIDI Sarah      | Ophthalmologie                       | MAOUJOURD Omar          | Néphrologie   |
| BELLASRI Salah        | Radiologie                           | MEFTAH Azzelarab        | Endocrinologie et maladies métaboliques                                 |
| BENAMEUR Yassir       | Médecine nucléaire                   | MILOUDI Mouhcine        | Microbiologie-virologie   |
| BENANTAR Lamia        | Neurochirurgie                       | MOUGUI Ahmed            | Rhumatologie  |
| BENCHAFAI Ilias       | Oto- rhino- laryngologie             | MOULINE Souhail         | Microbiologie-virologie   |
| BENNAOUI Fatiha       | Pédiatrie                            | NASSIH Houda            | Pédiatrie   |
| BENYASS Youssef       | Traumatologie- orthopédie            | OUEIAGLI NABIH Fadoua   | Psychiatrie   |
| BENZALIM Meriam       | Radiologie                           | OUMERZOUK Jawad         | Neurologie  |
| BOUHAMIDI Ahmed       | Dermatologie                         | RAGGABI Amine           | Neurologie  |
| BOUTAKIOUTE Badr      | Radiologie                           | RAISSI Abderrahim       | Hématologie clinique  |
| CHAHBI Zakaria        | Maladies infectieuses                | REBAHI Houssam          | Anesthésie-réanimation  |
| CHEGGOUR Mouna        | Biochimie                            | RHEZALI Manal           | Anesthésie-réanimation  |
| CHETOUI Abdelkhalek   | Cardiologie                          | ROUKHSI Redouane        | Radiologie  |
| CHETTATI Mariam       | Néphrologie                          | SAHRAOUI Houssam Eddine | Anesthésie-réanimation  |
| DAMI Abdallah         | Médecine légale                      | SALLAHI Hicham          | Traumatologie- orthopédie   |
| DARFAOUI Mouna        | Radiothérapie                        | SAYAGH Sanae            | Hématologie   |
| DOUIREK Fouzia        | Anesthésie réanimation               | SBAAI Mohammed          | Parasitologie-mycologie   |
| DOULHOUSNE Hassan     | Radiologie                           | SBAI Asma               | Informatique  |
| EL-AKHIRI Mohammed    | Oto- rhino- laryngologie             | SEBBANI Majda           | Médecine Communautaire (Médecine préventive, santé publique et hygiène) |
| EL AMIRI Moulay Ahmed | Chimie de coordination bio-organique | SIRBOU Rachid           | Médecine d'urgence et de catastrophe                                    |
| ELATIQUI Oumkeltoum   | Chirurgie réparatrice et plastique   | SLIOUI Badr             | Radiologie  |

|                       |                         |                        |                             |
|-----------------------|-------------------------|------------------------|-----------------------------|
| ELBAZ Meriem          | Pédiatrie               | WARDA Karima           | Microbiologie               |
| EL FADLI<br>Mohammed  | Oncologie médicale      | YAHYAOUI Hicham        | Hématologie                 |
| EL FAKIRI Karima      | Pédiatrie               | YANISSE Siham          | Pharmacie galénique         |
| EL GAMRANI<br>Younes  | Gastro-entérologie      | ZBITOU<br>Mohamed Anas | Cardiologie                 |
| EL HAKKOUNI<br>Awatif | Parasitologie-mycologie | ZIRAOUI Oualid         | Chimie thérapeutique        |
| ELJAMILI<br>Mohammed  | Cardiologie             | ZOUIA Btissam          | Radiologie                  |
| EL KHASSOUI<br>Amine  | Chirurgie pédiatrique   | ZOUIZRA Zahira         | Chirurgie Cardio-vasculaire |
| ELOUARDI Youssef      | Anesthésie-réanimation  |                        |                             |

**LISTE ARRETEE LE 03/03/2022**



**DEDICACES**



*“Gratitude is the fairest blossom which springs from the soul.”*  
- Henry Ward Beecher.



*Je dédie cette thèse ...*





## **To ALLAH**

I'm grateful for all the experiences, be they good or bad, You've put in my path. They shaped me into the person I am today, and made me realize how much one needs to work on themselves because perfection is something we can only aspire to but never really get a grip on.

I'm grateful for the people You sent my way, too. Some turned into family, others I lost touch with, but they all taught me things I live by nowadays.

There were days where I questioned my own abilities, but never did I question Your benevolence nor did my faith in You falter. This is probably what gave me a sense of peace during the dreadful days where I found no energy in me to strive.

I'm infinitely grateful. I will always be.

الحمد لله الذي بنعمته تتم الصالحات

### *À ma chère maman, Raihana El Berhichi*

You poured your whole heart in raising us. I will always be grateful for your presence through every phase of my life. You were the true enactment of the Oh so famous « in sickness and in health ».

You encouraged me to be the best version of myself, believed in me when it was hard to do so myself, and held my hand when I needed it most.

I always wondered, over the years, if those efforts were not too tiring and if you could have led a more relaxed existence, had it not been for us. May your dedication never take a toll on your health, and may you stand in the face of all hardships like the amazing warrior that you are.

Your brave heart and your kind nature were the best thing you got from my grandparents and you passed it down to us so diligently.

Your efforts didn't go in vain; I love you with all that I am.

### *À mon cher papa, Mohamed El Hijazi*

Aucun mot ne saurait traduire la reconnaissance que j'ai pour ta présence. C'est grâce à maman et toi que j'ai lu mes premiers romans, que j'ai appris à aimer les mots, à déguster chaque pensée, chaque nouvelle histoire qu'il m'était donné de lire. Je vous racontais avec un enthousiasme non feint ce que j'avais appris de telle ou telle œuvre, la décision que j'avais prise d'écrire mes premiers mots.

Tu as toujours veillé à notre épanouissement, et tu as instillé en nous cet amour que nous avons toutes pour l'art et le savoir. Deux entités si différentes mais qui trouvaient, pourtant, tout leur sens grâce à toi. Merci pour tout.

*À la mémoire de ma grand-mère maternelle,*

*Keltouma Goghroud*

Imminou, un an sans toi, un an de prières pour ta belle âme. Ton départ a laissé un grand vide dans notre vie, mais ton souvenir renaît, depuis, entre deux réunions de famille. Nous veillons à perpétuer ces réunions dès que possible et en profitons pour prier pour toi, pour tout le bien que ta présence a apporté dans la vie de chacun de nous. Aurais-je su que tu nous quitterais, je serais restée plus longtemps à ton chevet et je t'aurais demandé de me compter le récit de ta vie. Tu avais tellement de sagesse que nous ne comprenons qu'avec beaucoup de recul. Merci pour toutes tes prières, pour tous les sacrifices que tu as fait pour ta famille et ce sourire qui ne te quittait pas.

Tu m'appelais toujours Docteurs Syrine. Qu'Allah m'aide à te rendre fière, de là où tu es.

*À la mémoire de mon grand-père maternel,*

*Sidi Abdellah El Berhichi*

Je n'ai pas eu l'honneur de vous connaître, vous êtes parti quelques mois avant ma naissance. Mais on m'a dit tellement de bien de vous que ce fût comme si vous aviez toujours été là. Vous avez veillé à l'instruction de vos enfants et n'avez ménagé aucun effort pour bâtir leur avenir et les voir heureux. Qu'Allah vous récompense pour tous ces sacrifices consentis, et qu'Il ait votre âme en sa Sainte miséricorde.

*À la mémoire de mon grand-père paternel,*

*Abdeslam El Híjazi*

J'admiraais votre sens de l'organisation, votre savoir et cette manière de toujours voir la vie sous un beau jour. Vous n'êtes, hélas, pas là pour témoigner de l'aboutissement de mon long parcours, mais sachez que je vous garde constamment dans mes prières. Paix à votre âme.

### *À ma grand-mère paternelle, Nafissa El Berhíchi*

Tu as toujours exprimé à quel point tu étais fière de moi. Merci pour tes prières constantes et tes encouragements. Voici enfin le jour que tu attendais avec tant d'impatience pour célébrer ces longues années de dur labeur. Puisses-tu trouver, dans ce travail, l'expression de ma grande affection. Qu'Allah t'accorde santé et longue vie.

### *À ma précieuse petite sœur, Hala*

S'il m'arrivait de tout recommencer et d'avoir à choisir ma petite sœur, mon choix se porterait, sans hésitation, sur toi. Tu as été mon pilier le plus solide des années durant. Je t'ai vu naître puis t'épanouir au fil des ans, pour devenir la merveilleuse personne que tu es aujourd'hui. Mon affection pour toi n'a pas d'égale, et tu le sais. Nous avons grandi au-delà de nos différences et de nos différends (désormais inexistantes), et quoique nos vies soient disparates au vu de nos carrières respectives, il y aura toujours ce repère où nous nous retrouverons pour partager une agréable conversation, un jeu, un grand fou rire, un bon livre, ou nous repâtrons d'un silence apaisant. Merci d'être là pour moi comme je promets de toujours l'être pour toi.

À Miss M., notre nouvelle meilleure amie, merci d'égayer notre quotidien.

### *À ma chère sœur aînée Mariya et à mon beau-frère Ayoub*

Merci pour votre bienveillance et votre soutien. Vous avez toujours vu le meilleur en moi et avez veillé à le nourrir. Que le Tout Puissant vous aide à accomplir tout ce à quoi vous aspirez. Que votre futur soit le reflet de vos ambitions et que le bonheur, le succès et la bonne santé soient vos alliés durant ce long trajet qu'est la vie.

### *À mon adorable neveu, Mohammed Jibril*

Voilà déjà un an que tu es parmi nous, une année riche en émotions (et beaucoup de fous rires partagés). J'espère que tu resteras cette personne attachante, curieuse et pleine de vie. Que cette étincelle que tu as ne se voie pas tamisée par les ténèbres que la vie mettra sur ton chemin. Je t'aime infiniment.

### *À mon oncle Jabir et à ses adorables enfants :*

Depuis toute petite, vous m'avez encouragée à aller à la poursuite de mes rêves et étiez convaincus que je pouvais atteindre bien plus que je ne le pensais. Votre foi en moi n'a jamais failli; c'est sûrement l'une des choses qui m'ont aidée à aller de l'avant quand je ne trouvais pas le courage, parfois, d'avancer. Qu'Allah vous accorde bonheur et santé; que votre vie soit dénuée de désagréments.

### *À mes tantes Rabiaa, Aïcha, Fatima, Najia, Hanane, Latifa, Aïcha, Fatima, à leurs époux*

### *À mes oncles Ahmed, Abdelouahed, Mokhtar, Bachir, Omar, Abdellah, Hassan, à leurs adorables épouses*

### *À mes merveilleux cousins et cousines*

Il m'arrive souvent de m'arrêter et de sourire en pensant à vous.

Il n'y a de bénédiction plus grande que celle d'avoir une famille nombreuse et aimante, de baigner dans cet amour inconditionnel dont vous me comblez depuis des années, de célébrer tous nos succès ensemble et de nous épauler lors des temps orageux.

Je ne peux qu'espérer que tous vos nobles sentiments vous soient retournés et que vous n'ayez jamais à endurer le moindre périple.

À Oumáïma Bounar, Nada Essini, Mourad Bighrman, Islam  
Elaaskri, Alia Sabir, Asma Elgasmí

I've known each one of you under different circumstances, at times where I had yet to understand that some life events were actually a blessing in disguise. Thank you for the enlightening conversations, the motivational talks, the many smiles and the great memories.

Votre amitié m'est très précieuse. Vous semez le bien partout où vous allez et sans une once d'hésitation; une vertu qui se perd mais que vous avez su conserver. Je ne m'étalerai pas sur vos qualités car vous êtes déjà conscients de toute l'estime que je vous porte. J'espère être là pour vous comme vous l'êtes et l'avez été pour moi.

Que votre avenir soit le reflet de votre âme, et que tous les aspects de votre vie soient comblés.

À la famille KIRAMI :

À mes très chères Soukaïna, Hajar, Nada et Salsabíl

Mon estime envers vous remonte à mes années de primaire et s'étend bien au-delà, par la grandeur de votre cœur, la pureté de votre âme, votre attachement aux mœurs et votre amour pour le savoir.

En votre compagnie, j'ai le sentiment d'être avec mes sœurs ; vous avoir dans ma vie est l'une des meilleures bénédictions qui m'aient été offertes. Je prie de tout cœur que ces bons moments passés ensemble et les liens solides qui nous unissent perdurent à jamais.

À mes chers amis:

*Hasna Eddaoualline, Ouïjdane Bououzrou, Oumaima Drissi Ettahiri, Hanane Eddaoualline, Hafsa Jamaledine, Safia Elgourany, Sara Ouzar, Hasna Syakh, Sophia Yahyaoui, Taoufik Nidouahmane, Soumaya et Imane El Ouafri, Salma Hajjam, Fatima Zahra Hamouch, Halima Eljazouli, Hanaa Elqannaa, Majda et Oumaima Ouahmane, Adnane Elmachkour, Hasnaâ et Asmaâ Hadiri, Nayla Hanane Essaidi, Saïd Ouassi, Hafsa Nikssi, Zineb Salehddine, Manal El Morjani, Zaynab Zbiri, , Salma Soussi, Naïma El Matal, Yassine Kherchettou, Douae El Ouazzani, Meryem Elkouchi, Hajar Ennaïmi, Mohamed Elannaoui, Yasmïn Haïda, ...*

Je ne peux tous vous mentionner par crainte d'être exhaustive. Mais si nos chemins se sont croisés à un certain moment et que notre amitié a survécu à l'aridité du temps, c'est que ces mots vous concernent aussi.

Suis-je en droit de dire qu'en votre présence, je ne compte plus les années? Je m'estime chanceuse d'avoir connu en vous des ami(e)s, des sœurs et des frères précieux, d'avoir des souvenirs aussi riches et aussi heureux grâce à vous.

J'ai pour vous la plus haute estime, que votre avenir soit radieux.

À mes très chers Gryffondors : *Malak Afifi, Saad Boughalem, Abla Berrada, Katr-Ennada Hmamed, Outmane Elmaataoui, Salim Guebbas, Sahar Bouslikhane, Oumaima Kanali, Othmane Ibnousina et l'adorable Meryem.*

Pyglar nous a réunis en Juin 2020 et depuis, j'ai trouvé en vous des amis inestimables. Nul ne se serait douté que toutes ces périodes où nous avons étudié ensemble et où nous préparer pour les différentes étapes de la compétition auraient, à côté, scellé notre amitié.

Je vous le dis toujours : vous êtes de merveilleuses personnes. Que tous vos rêves se concrétisent.

À la famille Docs Voice :

*Nourchene Chartaoui, Salim Guebbas, Amr Moubad, Saad Mazouni, Mohamed Nazih Assabbane, Ayoub Gharafi, Rajae Taji, Wafae Toufella, Amal Aoiar, Khaoula Idsaïd, Imane Selassi, Salma Zahir, Aya Zeroual, Ghada Chakir,...*

Je n'ai pas eu le bonheur de passer beaucoup de temps en votre compagnie. Pas plus de 2 années, mais en ce bref laps de temps, j'ai réalisé à quel point vous étiez uniques.

Vous aviez, chacun(e), un talent qui ne cherchait pas à être reconnu mais qui transparaissait dans toutes vos actions. Je me souviens de ce bonheur que nous avons eu à écrire, assembler, mettre en page puis imprimer notre premier magazine, REMED. J'en garde toujours une copie que je préserverai longtemps encore, telle une relique. Tous les événements, les couvertures des journées, et tellement de souvenirs font que la famille Docs Voice gardera toujours une place mémorable dans mon esprit.

À mes amis de l'Association Internationale des Etudiants en Médecine (A.I.E.M):

*Nebghouha Vadhily, Mohamed Abdallah Boubakar, Asma Boussouab, Fatima Oulhouss et à mes très chers amis du comité de rédaction*

J'admire grandement votre ambition et votre volonté à faire profiter les étudiants en médecine de tout ce qui sera utile à leur épanouissement autant personnel que professionnel. Que tous ces efforts soient récompensés, vous méritez ce qu'il y a de meilleur, merci pour tout.



À mes ami(e)s du groupe de pédiatrie au CHR Hassan II :

*Oumaïma Bounar, Rania Chakhmae, Soukaina Bousakri,  
Meryem Cehkderrouh, Doha Elbekkaoui, Oualid Bou-sekri,  
Mustapha Bouhia, Lamia Bizrane, Oumaïma Elkaddouri,  
Basma Khetto, Jihane Ahmidi, Souhaïla Ziani, Mourad  
Bighrman, Ossama Bellaoui, Naïma Belasri, Nisrine Baïmouh,  
Ibtissam Bamaarouf, Zakaria Benhammi, Abdellah Bijaouane,  
Kaoutar Tikouch,...*

Nous avons passé une période pour le moins éprouvante avec COVID, les gardes, l'amoncellement de tâches et j'en passe. Votre compagnie a beaucoup allégé la charge mentale. J'admire grandement votre gentillesse à toute épreuve et votre motivation. Trouvez, dans ce modeste travail, l'expression de mon amitié la plus sincère.

À mes ami(e)s de la FMPA:

Vous êtes ces amis que l'on rencontre brièvement mais dont le souvenir reste marqué pour une longue période. Votre gentillesse est sans égale ; votre motivation et votre dévouement au service des autres sont remarquables. A vous voir, je ne peux qu'espérer le meilleur pour vous.

À mes ami(e)s d'enfance

La BP (comme on se plaît à l'appeler) n'est malheureusement plus, mais les souvenirs cultivés en son sein ont été si marquants, si vifs que des années plus tard, nous nous retrouvons pour en parler, pour raviver ces merveilleux moments de notre enfance.

Garder un contact avec vous, me réjouir de vos succès et être témoin de votre épanouissement personnel est une source de joie intarissable. Que notre amitié et nos liens fraternels durent éternellement, et que votre avenir soit brillant (quoique je n'aie aucun doute là-dessus).

À mes professeurs et à tout le personnel de la BP, je ne tarirai d'éloges à votre égard, merci pour tout. Qu'Allah vous récompense pour votre dévouement et que les belles âmes qui nous ont quittés reposent en paix.

*À notre maître Professeur Laïla Lahlou*  
*Professeur assistante d'épidémiologie clinique et de santé*  
*publique*  
*à la Faculté de Médecine et de Pharmacie d'Agadir*

Dès le premier jour, vous avez fait preuve d'une bienveillance sans égale. Vous veilliez toujours à me consacrer un créneau horaire malgré votre planning surchargé, et preniez le temps de me guider au mieux dans la phase analytique de mon étude que je n'aurais pas pu mener à bien sans vos précieux conseils.

Vous m'accueilliez avec le sourire et je vous en suis infiniment reconnaissante. J'aspire, à l'avenir, atteindre votre sagesse et votre modestie, et œuvrer avec le même dévouement et amour pour ce noble métier.

Veillez accepter, chère maître, l'assurance de ma reconnaissance et de ma plus haute estime.

*À tous mes enseignants de la FMPM :*

Vous nous avez tous impacté de manière positive à un certain moment de notre vie, par votre méthodologie d'enseignement et vos qualités humaines remarquables.

Nous n'oublions pas de prier pour les âmes de nos regrettés professeurs (à l'âme de Professeur Fikri et de toutes ces personnes admirables qui nous ont quittées). Puissiez-vous trouver, dans ce modeste travail, l'expression de notre plus haute estime.

*A tout le personnel de la FMPM :*

Merci pour tout ce que vous faites. On n'en parle pas si haut, mais on vous voue énormément de respect.

*À toutes les personnes qui ont participé à cette étude :*

Merci d'avoir pris le temps de répondre à notre questionnaire, et de nous avoir communiqué vos craintes mais aussi vos espoirs. Sans vous, ce travail n'aurait certainement pas vu le jour.

*À tout le personnel médical et paramédical du CHP et du centre de santé d'Inezgane:*

J'ai appris beaucoup de choses à vos côtés durant mon année de périphérie. Vous m'avez épaulée du mieux que vous pouviez malgré vos emplois du temps astreignants, et avez fait preuve de beaucoup de bienveillance à mon égard. Puissiez-vous trouver, dans ce modeste travail, l'expression de ma plus haute estime.

*À tous ceux et celles qui donnent et continuent à donner de leur temps, de leur énergie afin de venir en aide à leur prochain :*

À ceux qui peinent à poursuivre leur idéal, à ceux qui se sacrifient pour les autres, mais aussi à ceux dont les mœurs autrefois innocentes ont été dissolues par l'égoïsme, la jalousie, et par le plus grand mal: la haine. Que vos souffrances soient allégées. Puissiez-vous, dans un avenir proche, trouver le réconfort et la reconnaissance dont vous avez besoin.

*À toutes les personnes qui combattent un mal physique ou mental :*

Que vos maux s'estompent, puissiez-vous recouvrer la santé et mener une vie paisible.



**REMERCIEMENTS**



*A NOTRE MAITRE ET PRESIDENTE DE THESE*

*Professeur MANOUDI Fatima*

*Professeur de l'enseignement supérieur de psychiatrie à la  
faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech*

*Vous avez accepté de présider notre jury de thèse avec  
beaucoup de bienveillance, et vous m'en voyez honorée.  
J'admire grandement l'étendue de votre savoir et vos qualités  
humaines dont j'ai été témoin durant mes études et lors de mon  
stage de 5<sup>ème</sup> année. Veuillez trouver, dans ce travail,  
l'expression de mon estime.*

*A NOTRE MAITRE ET RAPPORTEUR DE THESE*

*Professeur NASSIK Hicham*

*Professeur de l'enseignement supérieur d'anesthésie-  
réanimation à la faculté de Médecine et de Pharmacie d'Agadir*

*Professeur, je ne saurais vous exprimer mon immense gratitude  
pour la confiance que vous m'avez accordée en acceptant  
d'encadrer ce travail. Je vous suis infiniment reconnaissante  
pour tout le temps que vous m'avez accordé et tous les  
compromis que vous avez dû faire aux dépens de votre emploi  
du temps chargé et vos obligations. Merci également pour vos  
encouragements constants et votre aptitude à voir le meilleur  
en vos étudiants. Veuillez croire en l'expression de mon respect  
et de ma reconnaissance les plus sincères.*

*A NOTRE MAITRE ET JUGE DE THESE*

*Professeur ABOU EL HASSAN Taoufik*

*Professeur de l'enseignement supérieur d'anesthésie-  
réanimation à la faculté de Médecine et de Pharmacie de  
Marrakech*

*Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de faire part de cet  
honorabile jury. Je vous remercie infiniment de la confiance que  
vous m'avez accordée. Pour vos grandes qualités autant  
scientifiques qu'humaines, veuillez accepter ma reconnaissance  
et l'assurance de ma plus haute estime.*

*A NOTRE MAITRE ET JUGE DE THESE*

*Professeur EL ADIB Ahmed Rhassane*

*Professeur de l'enseignement supérieur en réanimation gynéco-  
obstétrique à la faculté de Médecine et de Pharmacie de  
Marrakech*

*Pour le grand honneur que vous me faites en acceptant de juger  
ce modeste travail. J'ai énormément de respect pour votre sens  
du devoir, votre sérieux, et votre volonté à montrer ce noble  
métier sous son meilleur jour. Veuillez trouver ici, Professeur,  
l'expression de mon profond respect pour toutes vos qualités  
aussi bien scientifiques qu'humaines.*



**LISTE DES FIGURES**



## Liste des figures

- Figure 1 : Répartition des soignants selon l'âge
- Figure 2 : Répartition des soignants selon le genre
- Figure 3 : Répartition des soignants selon le statut matrimonial
- Figure 4 : Répartition des soignants selon le logement
- Figure 5 : Répartition selon la nature des pathologies psychiatriques
- Figure 6 : Fréquence de consommation d'alcool
- Figure 7 : Fréquence de consommation de cannabis
- Figure 8 : Fréquence de consommation de drogues illicites
- Figure 9 : Fréquence de consommation de Tabac
- Figure 10 : Schéma récapitulatif des habitudes toxiques des soignants
- Figure 11 : Répartition des soignants selon le secteur d'exercice
- Figure 12 : Répartition selon la province d'exercice
- Figure 13 : Répartition selon la fonction occupée aux urgences
- Figure 14 : Répartition des soignants selon la durée des gardes
- Figure 15 : Répartition du personnel soignant selon les services d'affectation
- Figure 16 : Répartition des soignants selon la satisfaction au travail
- Figure 17 : Degré d'épuisement émotionnel chez les soignants
- Figure 18 : Degré de dépersonnalisation chez les soignants
- Figure 19 : Degré d'accomplissement personnel chez les soignants
- Figure 20 : Répartition des soignants selon les 3 dimensions du burnout
- Figure 21 : Schéma représentatif des 3 composantes du Burnout
- Figure 22 : Répartition des soignants selon les degrés de stress perçu
- Figure 23 : Répartition des soignants selon le temps consacré à l'entourage



- Figure 24** : Répartition selon le nombre d'heures/semaine consacrées aux loisirs
- Figure 25** : Répartition des soignants selon la nature des loisirs pratiqués
- Figure 26** : Répartition des scores du stress perçu selon le genre
- Figures 27** : Répartition des scores du stress perçu selon la pratique de loisirs
- Figures 28** : Corrélation entre l'âge et le burnout
- Figure 29** : Corrélation entre l'âge et le burnout
- Figure 30** : Représentation des trois phases du syndrome général d'adaptation selon Selye
- Figure 31** : Courbe de Yerkes et Dodson
- Figure 32** : Représentation des risques psychosociaux au travail
- Figure 33** : Intervenants dans la phase d'alerte du stress
- Figure 34** : Phase d'équilibre du stress
- Figure 35** : Phase d'épuisement
- Figure 36** : Récapitulatif des facteurs de risque favorisant le burnout
- Figure 37** : Représentation des conséquences du burnout



**LISTE DES TABLEAUX**



## Liste des tableaux

|                     |   |  |
|---------------------|---|--|
| <b>Tableau I</b>    | : | Interprétation des scores des trois dimensions du burnout        |
| <b>Tableau II</b>   | : | Répartition des soignants selon leurs pathologies chroniques     |
| <b>Tableau III</b>  | : | Récapitulatif des caractéristiques sociodémographiques           |
| <b>Tableau IV</b>   | : | Récapitulatif des caractéristiques professionnelles              |
| <b>Tableau V</b>    | : | Corrélation entre le genre et le burnout                         |
| <b>Tableau VI</b>   | : | Corrélation entre l'âge et le burnout                            |
| <b>Tableau VII</b>  | : | Corrélation entre le statut matrimonial et le burnout            |
| <b>Tableau VIII</b> | : | Corrélation entre la présence d'enfants et le burnout            |
| <b>Tableau IX</b>   | : | Corrélation entre les pathologies chroniques et le burnout       |
| <b>Tableau X</b>    | : | Corrélation entre les pathologies psychiatriques et le burnout   |
| <b>Tableau XI</b>   | : | Corrélation entre les habitudes toxiques et le burnout           |
| <b>Tableau XII</b>  | : | Corrélation entre l'ancienneté et le burnout                     |
| <b>Tableau XIII</b> | : | Corrélation entre la durée des gardes et le burnout              |
| <b>Tableau XIV</b>  | : | Corrélation entre le secteur d'activité et le burnout            |
| <b>Tableau XV</b>   | : | Corrélation entre la fonction occupée aux urgences et le burnout |
| <b>Tableau XVI</b>  | : | Corrélation avec la satisfaction par rapport à l'effectif        |
| <b>Tableau XVII</b> | : | Récapitulatif des données analytiques                            |



**PLAN**

|   |           |
|---|-----------|
| <b>INTRODUCTION</b>                                 | <b>1</b>  |
| <b>MATERIEL ET METHODES</b>                         | <b>4</b>  |
| <b>I. Type de l'étude</b>                           | <b>5</b>  |
| <b>II. Population cible</b>                         | <b>5</b>  |
| <b>III. Questionnaire (Annexe 1)</b>                | <b>5</b>  |
| <b>IV. Déroulement de l'enquête</b>                 | <b>8</b>  |
| <b>V. Critères d'inclusion et d'exclusion</b>       | <b>8</b>  |
| <b>VI. Méthode statistique</b>                      | <b>8</b>  |
| <b>RESULTATS</b>                                    | <b>10</b> |
| <b>I. Résultats descriptifs :</b>                   | <b>11</b> |
| 1. Données sociodémographiques :                    | 11        |
| 2. Données professionnelles                         | 18        |
| 3. Evaluation psychométrique :                      | 23        |
| 4. Retentissement sur le quotidien des soignants :  | 27        |
| 5. Solutions proposées :                            | 29        |
| <b>II. Résultats analytiques :</b>                  | <b>31</b> |
| 1. Etude de l'association au stress :               | 31        |
| 2. Etude de l'association au burnout :              | 33        |
| 3. Etude de l'association stress–burnout :          | 42        |
| <b>DISCUSSION</b>                                   | <b>43</b> |
| <b>I. Concepts et définitions :</b>                 | <b>44</b> |
| 1. Historique :                                     | 44        |
| 2. Définitions:                                     | 48        |
| 3. Burnout dans les classifications internationales | 49        |
| <b>II. Dimensions du burnout</b>                    | <b>51</b> |
| 1. Epuisement émotionnel                            | 51        |
| 2. Dépersonnalisation (ou cynisme)                  | 52        |
| 3. Réduction de l'accomplissement personnel         | 52        |
| <b>III. Etapes du burnout</b>                       | <b>53</b> |
| 1. Enthousiasme idéaliste                           | 53        |
| 2. Stagnation inefficace/plafonnement               | 53        |

|  |           |
|--|-----------|
| 3. Désillusion, frustration            | 54        |
| 4. Apathie, démoralisation             | 54        |
| <b>IV. Présentations cliniques</b>     | <b>55</b> |
| 1. Stress                              | 55        |
| 2. Burnout                             | 57        |
| 3. Mécanismes de défense               | 58        |
| <b>V. Facteurs associés au burnout</b> | <b>59</b> |
| 1. Facteurs individuels                | 59        |
| 2. Facteurs professionnels             | 62        |
| 3. Facteurs interindividuels           | 64        |
| <b>VI. Conséquences du burnout</b>     | <b>66</b> |
| 1. Individuelles                       | 66        |
| 2. Relationnelles                      | 67        |
| 3. Organisationnelles                  | 69        |
| <b>VII. Solutions envisagées</b>       | <b>70</b> |
| 1. Solutions préventives               | 70        |
| 2. Solutions thérapeutiques            | 74        |
| <b>LIMITES ET FORCES DE L'ETUDE</b>    | <b>76</b> |
| <b>I. Limites de l'étude</b>           | <b>77</b> |
| <b>II. Force de l'étude</b>            | <b>77</b> |
| <b>CONCLUSION</b>                      | <b>78</b> |
| <br>                                   |           |
| <b>RESUMES</b>                         | <b>80</b> |
| <br>                                   |           |
| <b>ANNEXES</b>                         | <b>87</b> |
| <br>                                   |           |
| <b>BIBLIOGRAPHIE</b>                   | <b>94</b> |



# **INTRODUCTION**



Les avancées qu'ont connues les systèmes de santé au cours des dernières années sont indéniables. Outre les innovations scientifiques, de plus en plus de recherches s'intéressent à l'aspect humain de la relation soignant-malade, et à ce qui fait qu'un soignant soit exemplaire. Ces patients définissent ce dernier comme étant compétent, doté d'empathie et à l'écoute en toutes circonstances (1).

Toutefois, il arrive que les soignants croulent sous les attentes des patients, les exigences imposées par leur métier et la difficulté à concilier vies professionnelle et familiale (2). En découle une tension aussi bien physique que mentale qui, passées les capacités d'adaptation, se traduisent par un stress pathologique (3). Tout ceci, à long terme, évolue tout naturellement vers un épuisement professionnel plus connu sous le nom de « burnout ».

Le burnout est évoqué devant l'une des dimensions mesurées par le questionnaire Maslach Burnout Inventory (MBI) : **épuisement émotionnel, dépersonnalisation** (ou cynisme), et **baisse de l'accomplissement personnel** ou dévalorisation de soi. L'apparition de la dépersonnalisation est corrélée à l'épuisement émotionnel, raison pour laquelle ces deux entités sont souvent associées. La personne épuisée émotionnellement n'a plus de ressources pour confronter autrui, et finit donc par se détacher de son entourage et à être passive vis-à-vis de leur souffrance (4).

Ceci se manifeste chez les personnes impliquées professionnellement auprès des autres, d'où tout l'intérêt d'attribuer au burnout le terme de « phénomène lié au travail » comme le décrit l'OMS dans la onzième édition de la Classification Internationale des maladies (CIM) parue en Janvier 2021 : « L'épuisement professionnel est un syndrome conceptualisé comme résultant d'un stress professionnel chronique qui n'a pas été géré avec succès. [...] Le burnout se réfère spécifiquement à des phénomènes dans le contexte professionnel et ne devrait pas être appliqué pour décrire des expériences dans d'autres domaines de la vie. » (5)



*T*outefois, il est important de faire la part entre burnout et dépression. Pendant que le premier est une crise dans la relation de la personne avec son milieu professionnel, la dépression est, quant à elle, une pathologie qui envahit tous les aspects de la vie de l'individu, et qui ne se résout pas si l'on distancie la personne qui en souffre de son travail. Le burnout est donc un syndrome associant 3 dimension imbriquées l'une à l'autre plus qu'à toute autre entité clinique. (4)

Ce syndrome se voit d'autant plus dans les services des urgences où la charge de travail est non négligeable, les ressources humaines en pénurie et les horaires contraignants. Viennent, d'autre part, la confrontation perpétuelle à la douleur, à l'angoisse voire à la mort et à la violence sous toutes ses formes (6). L'état psychique des praticiens est mis en épreuve face aux conditions pour le moins chaotiques de ces milieux.

*D*ans notre région de Souss-Massa, tous ces facteurs –ajoutons–y la pandémie COVID-19 et ses retombées– ont été responsables de la détérioration de la qualité de vie des professionnels de santé. (7)

*L'*impact du stress et du burnout se ressent aussi bien chez le personnel soignant, les patients (par détérioration de la qualité des soins) que sur l'ensemble du système de santé.

*N*ous tenterons de répondre, à l'issue de ce travail, aux différentes questions autour du concept de burnout, à savoir la prévalence du stress et du burnout, leurs facteurs de risque présumés, les dimensions de l'épuisement professionnel chez le personnel soignant des services des urgences de la région Souss-Massa, avant de proposer des solutions adaptées à notre contexte.



**MATERIEL ET METHODES**



## **I. Type de l'étude :**

Il s'agit d'une étude transversale descriptive, visant à analyser la prévalence du stress et du burnout chez les soignants des urgences, à en définir les différents facteurs et, enfin, de proposer des solutions adaptées à notre contexte.

Dans ce sens, une enquête a été menée auprès des soignants des services des urgences de la région Souss-Massa, en distribuant un questionnaire en messagerie directe à travers les plateformes de réseaux sociaux (LinkedIn, Gmail, Facebook, WhatsApp) et, à défaut, en distribuant personnellement le questionnaire aux soignants qui exerçaient aux urgences que nous avons pu joindre.

## **II. Population cible :**

Tout le personnel (médecins, infirmiers et aides-soignants) exerçant aux services d'admission des urgences adultes des différentes structures hospitalières de la région Souss-Massa.

## **III. Questionnaire (Annexe 1) :**

Afin de mener à bien cette étude, un questionnaire a été spécialement élaboré et validé. Il a été testé sur 4 soignants, choisis en fonction de la province d'exercice, de l'ancienneté et du statut, afin de tester l'ensemble des items.

Le questionnaire avait pour but de répondre aux objectifs fixés par notre étude. Il a été élaboré sur la plateforme Google Forms, et distribué aussi bien en ligne qu'en personne, vu l'échantillon large choisi, et le faible taux de réponses suite à la distribution du questionnaire électronique.

Il comprend 27 questions, réparties en 6 rubriques :

 **Première partie :**

- Données sociodémographiques des soignants : Sexe, âge, statut matrimonial, présence d'enfants à charge, logement.
- Antécédents de pathologie médicale chronique ou psychiatrique.

 **Seconde partie :**

Consacrées aux données professionnelles : secteur d'activité, province d'exercice, fonction au sein des urgences, nombre d'années d'exercice, durée des gardes, satisfaction par rapport aux conditions de travail.

 **Troisième partie :**

Visait à étudier la prévalence et les degrés du burnout à travers la version française du Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey (MBI–HSS) dont la traduction a été validée.

Le MBI est fait de 22 items cotés par échelle de Likert à 7 degrés de 0 (jamais) à 6 (chaque jour) comme suit :

- 0 : Jamais
- 1 : Quelques fois par an
- 2 : Une fois par mois
- 3 : Quelques fois par mois
- 4 : Une fois par semaine
- 5 : Quelques fois par semaine
- 6 : Tous les jours

Il permet d'explorer les trois dimensions du burnout :

- L'épuisement émotionnel (EE) : exploré par les items 01, 02, 03, 06, 08, 13, 14, 16, 20.
- La dépersonnalisation (DP) : exploré par les items 05, 10, 11, 15, 22 du MBI.
- L'accomplissement personnel : exploré par les items 04, 07, 09, 12, 17, 18, 19, 21.

L'étude du burnout s'est faite par la sommation des items correspondant à chaque dimension, classifiant ces dernières en 3 niveaux faibles, modérés ou élevés comme suit:

**Tableau I : Interprétation des scores des trois dimensions du burnout**

|                                  | Faible    | Modéré  | Elevé     |
|----------------------------------|-----------|---------|-----------|
| <b>Epuisement émotionnel</b>     | $\leq 17$ | 18 - 29 | $\geq 30$ |
| <b>Dépersonnalisation</b>        | $\leq 5$  | 6 - 11  | $\geq 12$ |
| <b>Accomplissement personnel</b> | $\leq 33$ | 34 - 39 | $\geq 40$ |

On parle de Burnout si, dans au moins une des trois dimensions du MBI, on est devant un niveau pathologique. Ce dernier est défini par un score élevé d'épuisement émotionnel (EE), un score élevé de dépersonnalisation (DP) ou un faible niveau d'accomplissement personnel (AP). Ceci permet d'individualiser :

- Un faible niveau de burnout si une des dimensions a un niveau pathologique.
- Un burnout modéré devant la présence de deux niveaux pathologiques sur trois.
- Un burnout sévère si présence de niveaux pathologiques dans les trois dimensions du MBI.

 **Quatrième partie :**

Pour ce qui est du stress, nous avons calculé la somme des résultats obtenus pour les 10 items de la version française validée de l'échelle du stress perçu de Cohen (PSS). Ceci nous a permis de distinguer des niveaux de stress bas (score  $\leq 13$ ), modérés (score de 14-26) ou élevés (score de 27 à 40).

 **Cinquième partie :**

Portait sur le déroulement de la vie sociale des soignants, la pratique de loisirs et les habitudes toxiques.

🚦 **Sixième et dernière partie :**

Les soignants y étaient invités à proposer des solutions qu'ils jugeaient adéquates et à nous faire part de leurs commentaires sur le sujet.

#### **IV. Déroulement de l'enquête :**

Nous avons commencé la distribution du questionnaire en Mars 2022. Tous les participants ont été informés sur les objectifs de l'étude, leur participation était volontaire avec respect de l'anonymat.

Le temps de réponse moyen, préalablement estimé à 10 minutes, leur a été accordé pour répondre au questionnaire.

3 relances ont, au total, été effectuées. Nous avons arrêté de recevoir les réponses au questionnaire le 30 Juin 2022. La distribution du questionnaire a duré au total 4 mois.

#### **V. Critères d'inclusion et d'exclusion :**

##### **1. Critère d'inclusion :**

- Tous les médecins, infirmiers et aides-soignants exerçant aux urgences durant la durée de l'étude.
- Soignants ayant accepté de participer à l'étude.

##### **2. Critères d'exclusion :**

Ont été exclus :

- Les soignants exerçant provisoirement (stagiaires, volontaires, etc.)
- Les participants dont les questionnaires ont été jugés inexploitables.

## **VI. Méthode statistique :**

- Les données ont été saisies sur Excel et analysées à l'aide des logiciels Epi-Info et Jamovi.
- Toutes les variables ont été résumées par l'utilisation de statistiques descriptives.
- Les paramètres qualitatifs ont été décrits sous forme de proportions.
- Les variables quantitatives ont été décrites sous formes de moyennes, valeurs extrêmes et écart-types.
- L'association entre deux variables qualitatives a été recherchée en utilisant les tests de Chi-deux ou de Fisher.
- L'association entre une variable qualitative et une quantitative a été recherchée en utilisant le test T de Student (T-test). Nous avons retenu comme seuil significatif un  $p < 0,05$ .
- La carte géographique a été conçue sur le logiciel Photoshop.



---

# **RESULTATS**

---





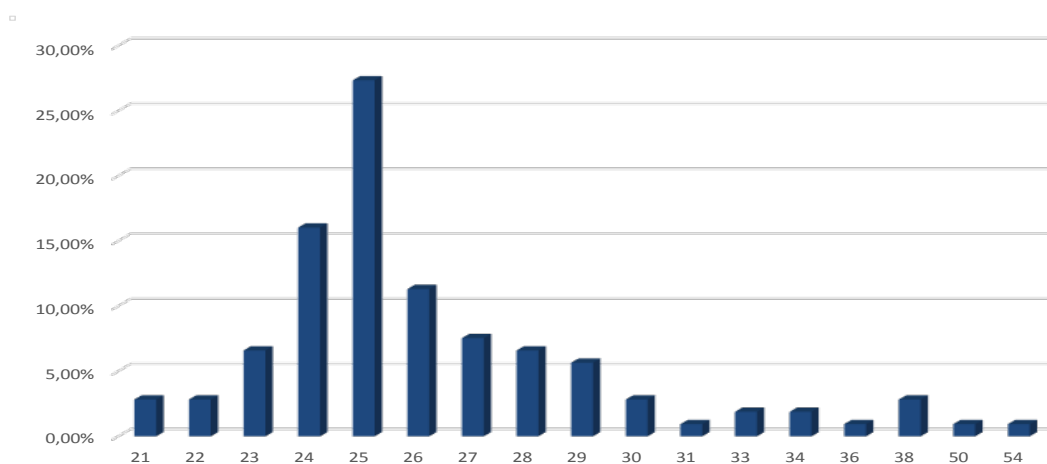
## **I. Résultats descriptifs :**

Un total de 106 soignants (taux de réponse 79.7%) a adhéré à notre étude.

### **1. Données sociodémographiques :**

#### **1.1. Âge :**

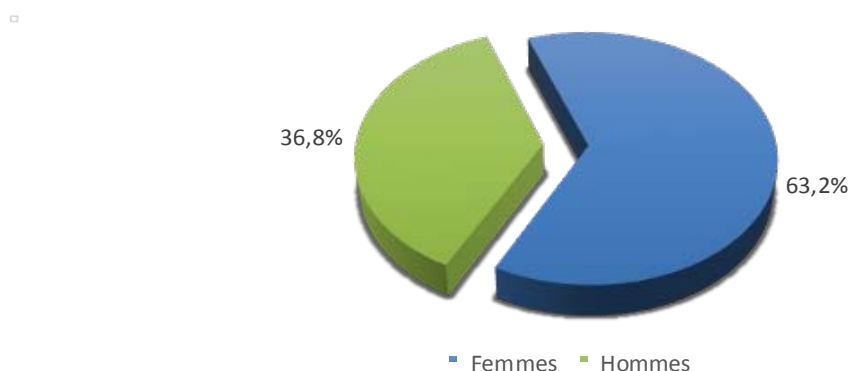
Notre échantillon était fait majoritairement d'une population jeune. La moyenne d'âge était de 26 ans  $\pm$  5 avec des extrêmes allant de 21 à 54 ans.



**Figure 1 : Répartition des soignants selon l'âge**

#### **1.2. Genre :**

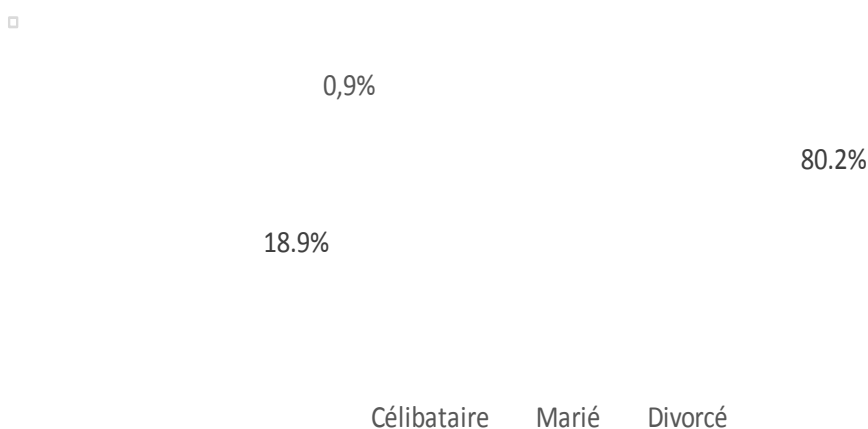
Sur les 106 participants à notre enquête, on a noté une prédominance féminine à 63,2% avec un sexratio H/F de 0,58.



**Figure 2 : Répartition des soignants selon le genre**

**1.3. Statut matrimonial :**

La majorité de notre échantillon était célibataire, à 80,2% (85). 1 était divorcé(e) (0,9%).



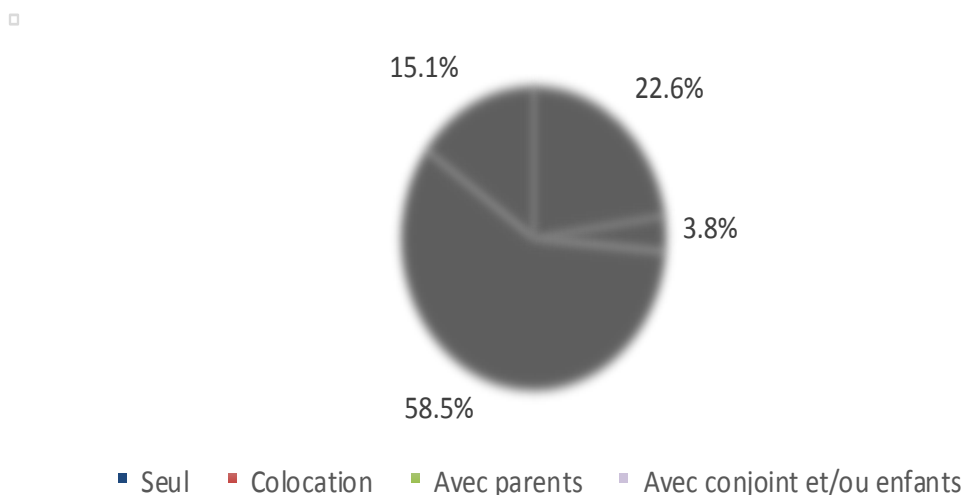
**Figure 3 : Répartition des soignants selon le statut matrimonial**

**1.4. Présence d'enfants à charge :**

Seuls 10,4% (11) ont des enfants à charge (N=106).

**1.5. Vie en collectivité :**

62 soignants vivaient avec leurs parents (58,5%), 24 seuls (22,6%), 16 avec leur conjoint et/ou les enfants (15,1%). 4 vivaient en colocation (3,8%).



**Figure 4 : Répartition des soignants selon la nature de vie en collectivité**

**1.6. Maladies chroniques :**

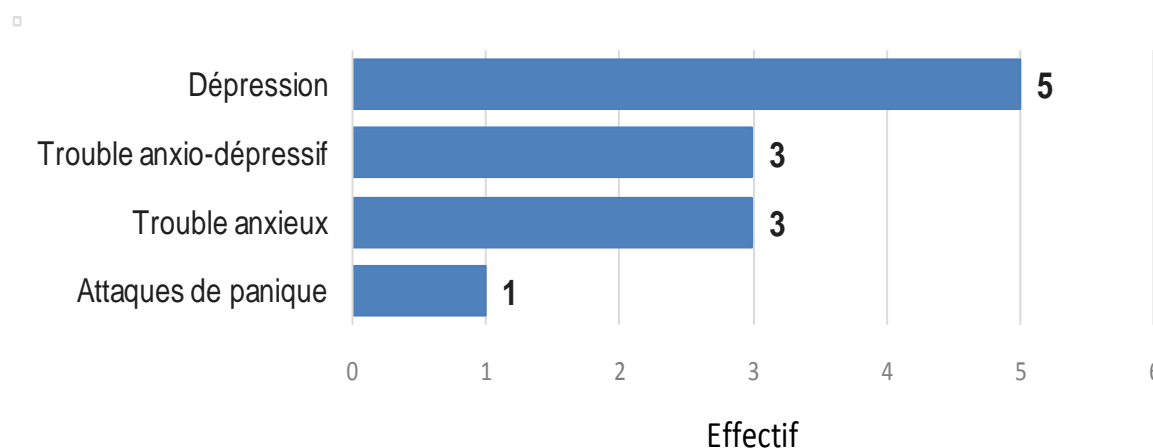
10 personnes (9,4%) ont rapporté être suivies pour des maladies chroniques, avec 2 personnes suivies pour asthme, 2 autres pour épilepsie. Viennent ensuite l'hypothyroïdie, l'HTA, l'arthrose, le diabète, la gastrite chronique, et la maladie cœliaque, représentées à part égale.

**Tableau II : Répartition des soignants selon leurs pathologies chroniques**

|                    |   |
|--------------------|---|
| Asthme             | 2 |
| Epilepsie          | 2 |
| Hypothyroïdie      | 1 |
| HTA                | 1 |
| Arthrose           | 1 |
| Diabète            | 1 |
| Gastrite chronique | 1 |
| Maladie cœliaque   | 1 |

**1.7. Pathologies psychiatriques :**

11,3% des soignants (N=12) sont suivis pour des pathologies psychiatriques dont 41,7% (n=5) sont suivis pour dépression, 25% (n=3) pour trouble anxieux, 25% (n=3) autres pour trouble anxio-dépressif. Des attaques de panique ont été recensées chez 8,3% (n=1).

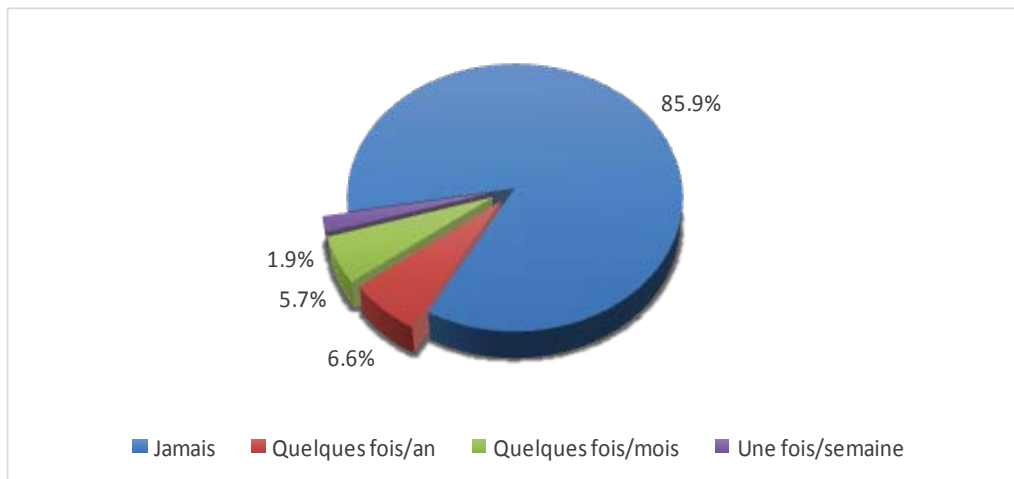


**Figure 5 : Répartition selon la nature des pathologies psychiatriques**

**1.8. Habitudes toxiques :**

**a. Alcool :**

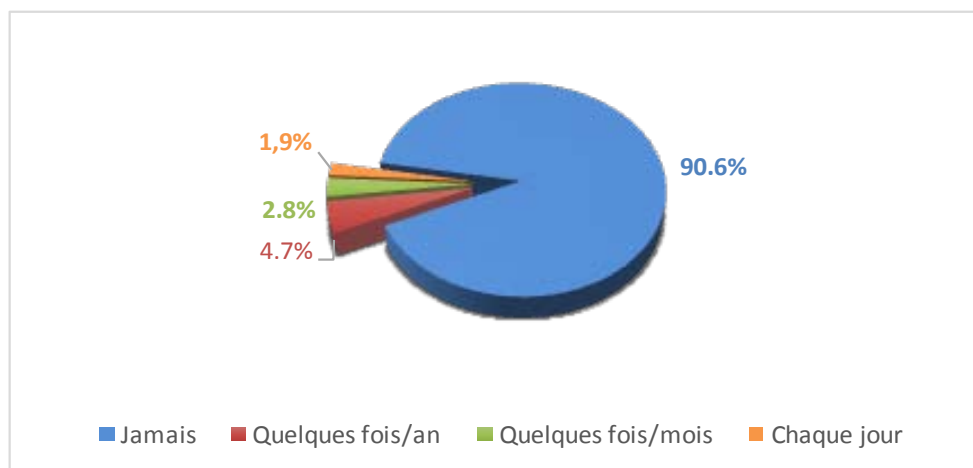
Dans notre échantillon, 15 soignants (14,2%) ont rapporté une notion de consommation d'alcool, dont 2 soignants en consomment régulièrement (1 fois par semaine), 6 mensuellement et 7 occasionnellement (quelques fois par an).



**Figure 6 : Fréquence de consommation d'alcool**

**b. Cannabis :**

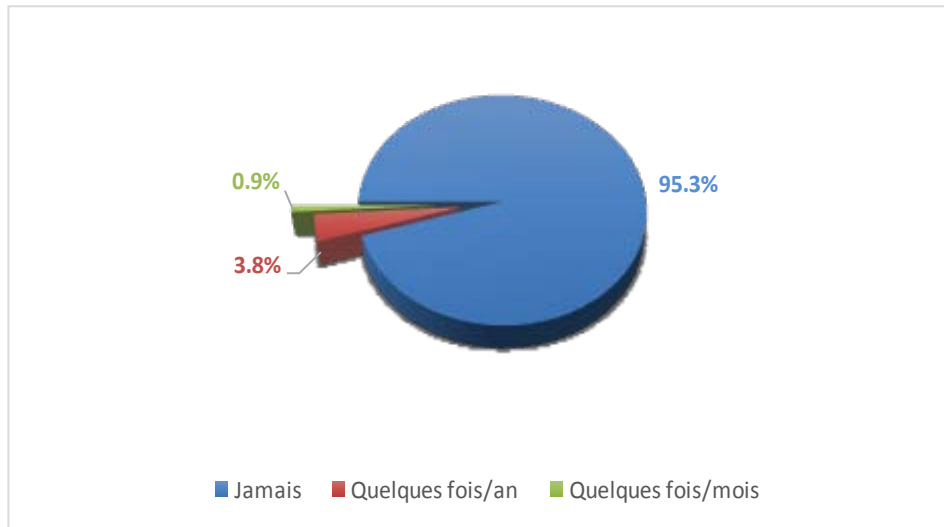
Une consommation de cannabis a été retrouvée chez 10 participants (9,4%), dont 5 en consommaient quelques fois par an, 3 de manière mensuelle et 2 en consommaient de manière quotidienne.



**Figure 7 : Fréquence de consommation de cannabis**

***c. Drogues illicites :***

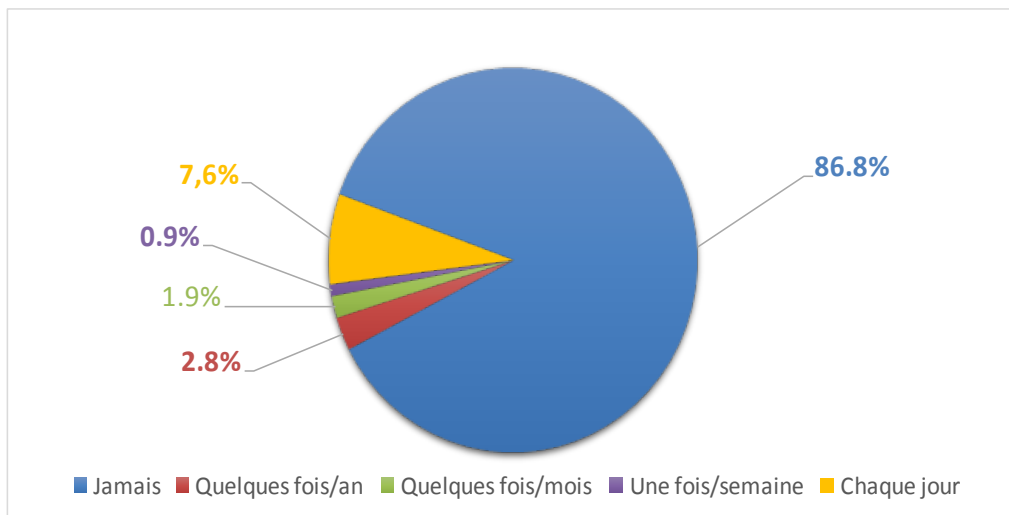
Parmi les sujets interrogés, 5 (4,7%) disaient s'adonner aux drogues illicites.



**Figure 8 : Fréquence de consommation de drogues illicites**

***d. Tabac :***

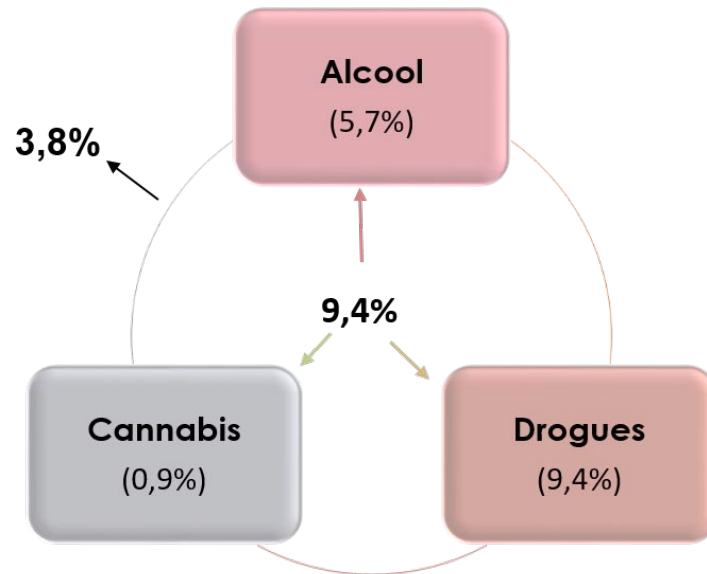
14 participants (13,2%) rapportaient une notion de tabagisme actif dont 8 fumaient quotidiennement.



**Figure 9 : Fréquence de consommation de Tabac**

Dans notre échantillon, 0,9% des soignants s'adonnaient au cannabis seul et 3,8% en association à l'alcool. 5,7% consommaient de l'alcool de manière isolée.

Une association de ces 3 substances a été retrouvée chez 9,4%.



**Figure 10 : Schéma récapitulatif des habitudes toxiques des soignants**

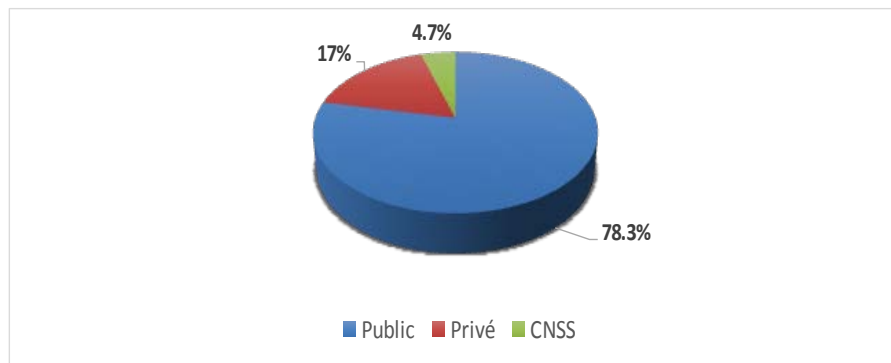
**Tableau III : Récapitulatif des caractéristiques sociodémographiques**

| Caractéristiques étudiées |                             | Effectif | Pourcentage |
|---------------------------|-----------------------------|----------|-------------|
| Genre                     | Femmes                      | 67       | 63,2%       |
|                           | Hommes                      | 39       | 36,7%       |
| Moyenne d'âge             |                             | 26 ± 4,9 |             |
| Statut matrimonial        | Célibataire                 | 85       | 80,2%       |
|                           | Marié                       | 20       | 18,9%       |
|                           | Divorcé                     | 1        | 0,9%        |
| Enfants à charge          |                             | 11       | 10,4%       |
| Logement                  | Avec parents                | 62       | 58,5%       |
|                           | Seul                        | 24       | 22,6%       |
|                           | Avec conjoint et/ou enfants | 16       | 15,1%       |
|                           | En colocation               | 4        | 3,8%        |
| Pathologie chronique      | Asthme                      | 2        | 1,9%        |
|                           | Epilepsie                   | 2        | 1,9%        |
|                           | Maladie cœliaque            | 1        | 0,9%        |
|                           | Hypothyroïdie               | 1        | 0,9%        |
|                           | Arthrose                    | 1        | 0,9%        |
|                           | HTA                         | 1        | 0,9%        |
|                           | Diabète                     | 1        | 0,9%        |
|                           | Gastrite chronique          | 1        | 0,9%        |
| Pathologie psychiatrique  | Dépression                  | 5        | 4,7%        |
|                           | Anxiété                     | 3        | 2,8%        |
|                           | Trouble anxio-dépressif     | 3        | 2,8%        |
|                           | Trouble panique             | 1        | 0,9%        |
| Habitudes toxiques        | Alcool                      | 15       | 14,2%       |
|                           | Tabac                       | 14       | 13,2%       |
|                           | Cannabis                    | 10       | 9,4%        |
|                           | Drogues                     | 5        | 4,7%        |

## **2. Données professionnelles :**

### **2.1. Secteur d'activité :**

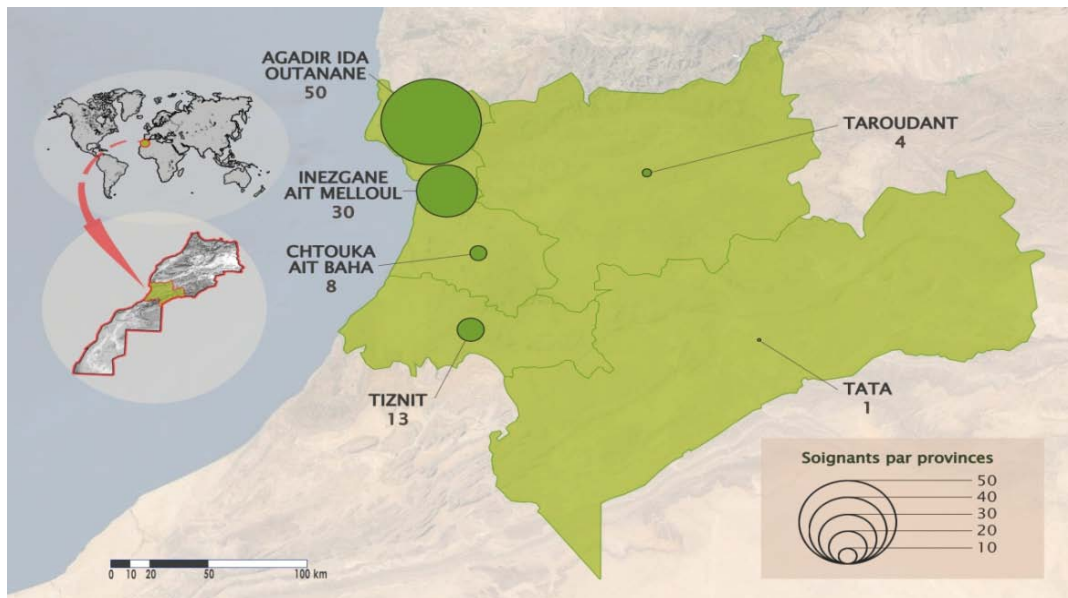
On note une nette prépondérance du secteur public, avec 78,3%. 17% exerçaient au secteur privé et 4,7% dans un établissement de la Caisse Nationale de la Sécurité Sociale (CNSS).



**Figure 11 : Répartition des soignants selon le secteur d'exercice**

### **2.2. Province d'exercice :**

Les différentes provinces étaient représentées de façon variable, avec une nette prédominance de celle d'Agadir Ida-Ou Tanane avec 47,2% (50). Tata est la province la moins représentée avec 0,9%.

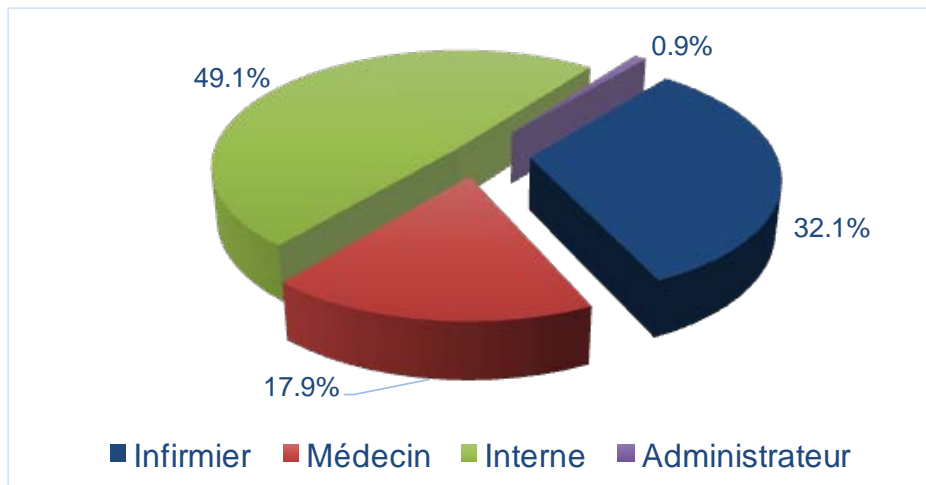


**Figure 12 : Répartition des soignants selon la province d'exercice**



**2.3. Fonction au sein des urgences :**

Notre échantillon comptait les internes de CHU et de CHP en majorité de 49,1% (n=52), suivis des infirmiers à 32,1% et des médecins à 17,9% (n=19).



**Figure 13 : Répartition selon la fonction exercée aux urgences**

**2.4. Nombre d'années d'exercice :**

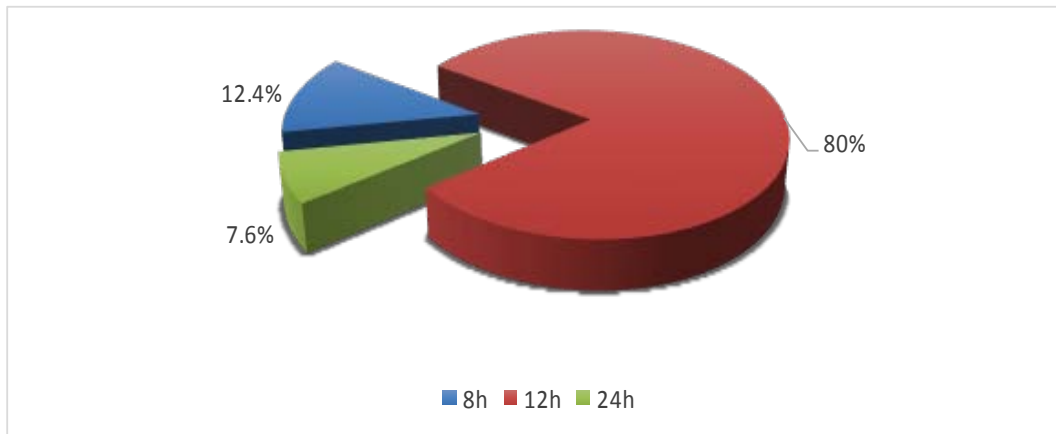
Notre population était essentiellement jeune. Nous avons noté une médiane de 1 an [1-3]. Le maximum était de 26 ans d'exercice.

**2.5. Horaires de travail :**

Le système de gardes est prépondérant dans notre échantillon, à 86,8% (n=92).

**2.6. Durée des gardes :**

80% des participants assuraient 12 heures de garde, une minorité de 7,6% assuraient des gardes de 24h.

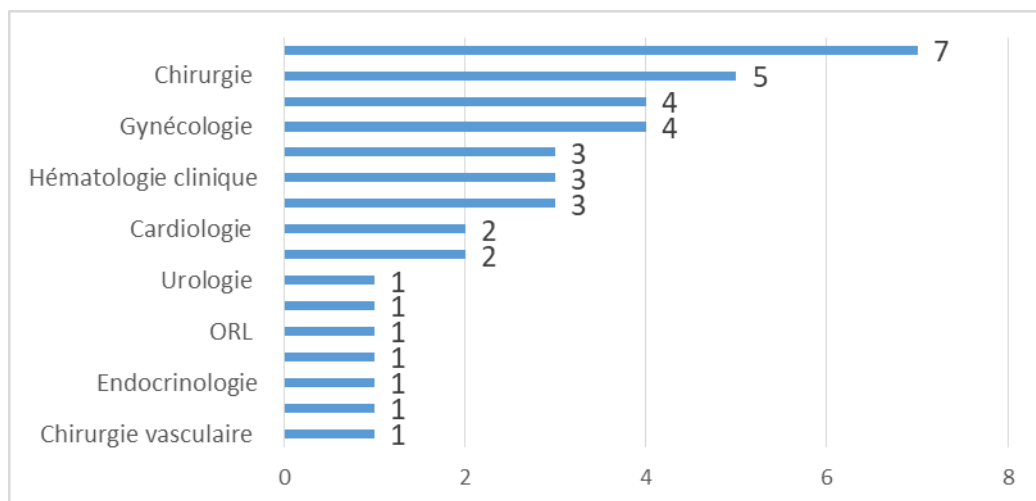


**Figure 14 : Répartition des soignants selon la durée des gardes**

**2.7. Service d'affectation :**

Parmi les 106 soignants ayant répondu à notre questionnaire, 40 (37,7%) étaient affectées en parallèle dans un service autre que celui des urgences.

Les services de réanimation sont les plus représentés avec 7 participants, suivis des services de chirurgie (n=5), de gynécologie obstétrique et de chirurgie viscérale à part égale (n=4).



**Figure 15 : Répartition du personnel soignant selon les services d'affectation**

**2.8. Satisfaction par rapport aux conditions de travail :**

**a. Qualité d'organisation :**

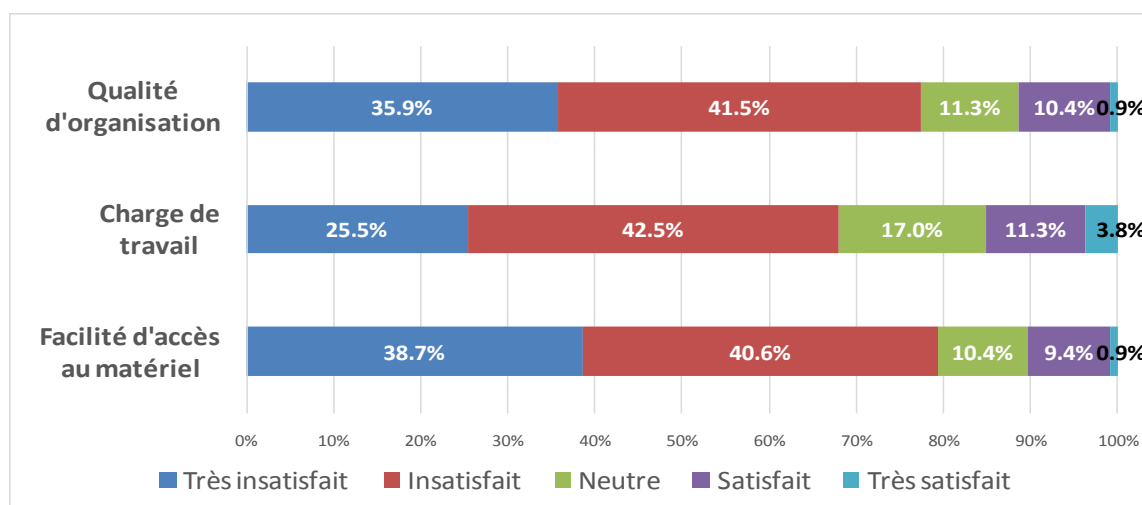
41,5% (n=44) et 35,8% (n=38) des soignants étaient, respectivement, insatisfaits ou très insatisfaits de la qualité d'organisation de leurs équipes et de la répartition des tâches au sein des urgences.

**b. Charge de travail par rapport à l'effectif :**

67,9% des soignants (n=72) étaient insatisfaits, à des degrés variables, de l'effectif de leur équipe par rapport à la charge de travail imposée par le travail aux urgences. Seuls 3,9% en étaient très satisfaits.

**c. Facilité d'accès au matériel :**

Parmi les personnes ayant répondu à notre questionnaire, 38,7% et 40,6% se disaient respectivement très insatisfaits ou insatisfaits de l'accès au matériel, ce qui en fait une grande majorité. Seuls 0,9% estimaient l'accès au matériel relativement facile.



**Figure 16 : Répartition des soignants selon la satisfaction au travail**

**Tableau IV : Récapitulatif des caractéristiques professionnelles**

| Caractéristiques étudiées      |                      | Effectif       | Pourcentage |
|--------------------------------|----------------------|----------------|-------------|
| Secteur d'activité             | Public               | 81             | 77,9%       |
|                                | Privé                | 18             | 17,3%       |
|                                | CNSS                 | 5              | 4,8%        |
| Province d'exercice            | Agadir Ida-Ou Tanane | 50             | 47,2%       |
|                                | Inezgane-Aït Melloul | 30             | 28,3%       |
|                                | Tiznit               | 13             | 12,3%       |
|                                | Chtouka Aït Baha     | 8              | 7,6%        |
|                                | Taroudant            | 4              | 3,8%        |
|                                | Tata                 | 1              | 0,9%        |
| Fonctions au sein des urgences | Internes             | 52             | 49,1%       |
|                                | Infirmiers           | 34             | 32,1%       |
|                                | Médecins             | 19             | 17,9%       |
|                                | Administrateur       | 1              | 0,9%        |
| Ancienneté                     |                      | < 1an ou > 1an |             |
| Durée des gardes               | 12h                  | 84             | 80%         |
|                                | 8h                   | 13             | 12,8%       |
|                                | 24h                  | 8              | 7,6%        |
| Service d'affectation          | Réanimation          | 7              | 6,6%        |
|                                | Chirurgie            | 5              | 4,7%        |
|                                | Gynécologie          | 4              | 3,8%        |
|                                | Médecine             | 4              | 3,8%        |
|                                | Chirurgie viscérale  | 3              | 2,8%        |
|                                | Hématologie clinique | 3              | 2,8%        |

|   |                            |    |       |
|---|----------------------------|----|-------|
|   | Pédiatrie                  | 3  | 2,8%  |
|   | Bloc opératoire            | 2  | 1,9%  |
|   | Cardiologie                | 2  | 1,9%  |
|   | Chirurgie vasculaire       | 1  | 0,9%  |
|   | Salles de déchocage        | 1  | 0,9%  |
|   | Endocrinologie             | 1  | 0,9%  |
|   | Hémodialyse                | 1  | 0,9%  |
|   | ORL                        | 1  | 0,9%  |
|   | Traumatologie              | 1  | 0,9%  |
|   | Urologie                   | 1  | 0,9%  |
| <b>Insatisfaction /<br/>conditions de travail</b> | Accès au matériel          | 84 | 79,3% |
|   | Qualité d'organisation     | 82 | 77,4% |
|   | Charge de travail/effectif | 72 | 67,9% |

### **3. Evaluation psychométrique :**

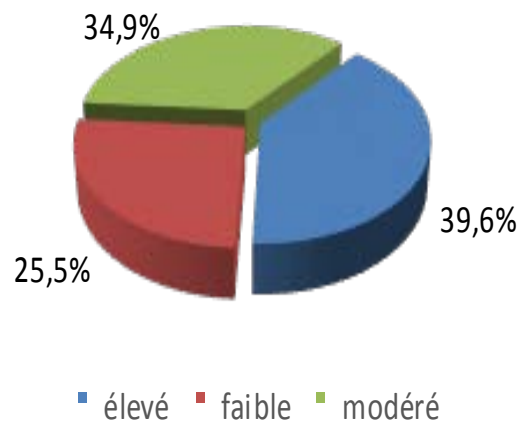
#### **3.1. Echelle de Maslach (Maslach Burnout Inventory) :**

Après analyse des résultats à partir de cette échelle, nous avons noté :

##### ***a. Epuisement émotionnel :***

42 soignants (39,6%) avaient un score d'épuisement émotionnel élevé, 37 (34,9%) avaient un score modéré alors que 27 (25,5%) avaient un score faible.

Le score moyen était de 26,8 ( $\pm 13$ ) avec un minimum de 2 et un maximum de 54.

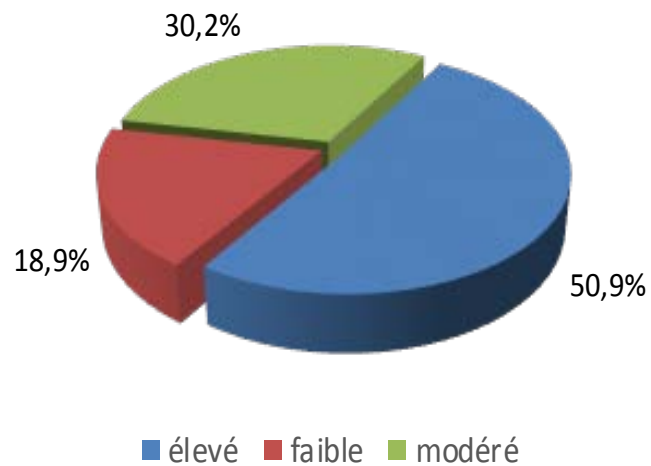


**Figure 17 : Degré d'épuisement émotionnel chez les soignants**

**b. Dépersonnalisation :**

54 soignants (50,9%) avaient un score de dépersonnalisation élevé, 32 (30,2%) avaient un score modéré alors que 20 (18,9%) avaient un score faible.

Le score moyen était de 11,8 ( $\pm 6,72$ ) avec un minimum de 0 et un maximum de 28.

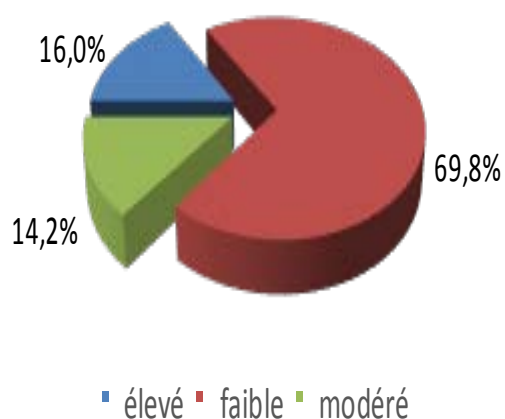


**Figure 18 : Degré de dépersonnalisation chez les soignants**

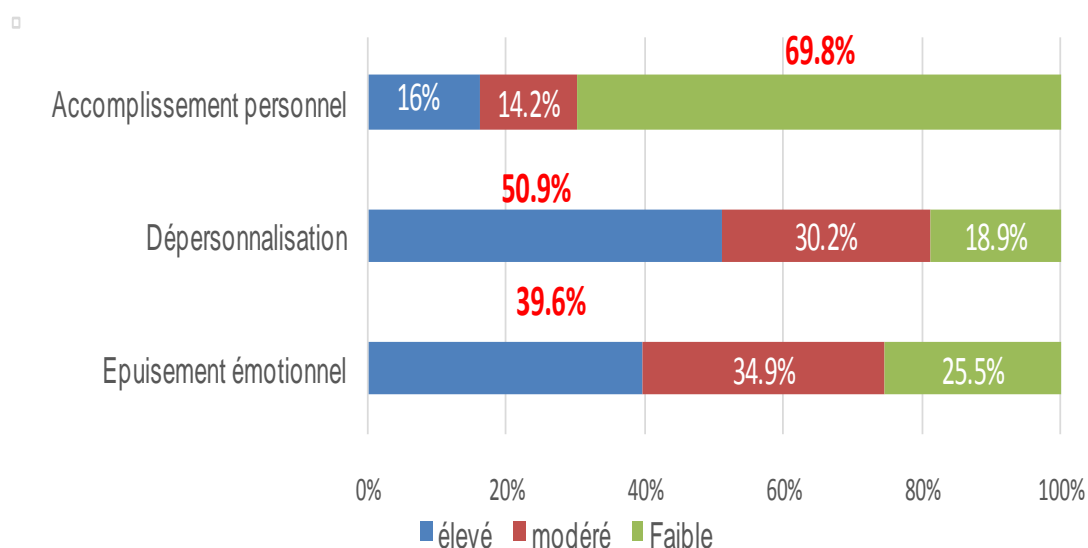
**c. Accomplissement personnel :**

74 soignants (69,8%) avaient un score d'accomplissement personnel faible, 15 (14,2%) avaient un score modéré alors que 17 (16%) avaient un score élevé.

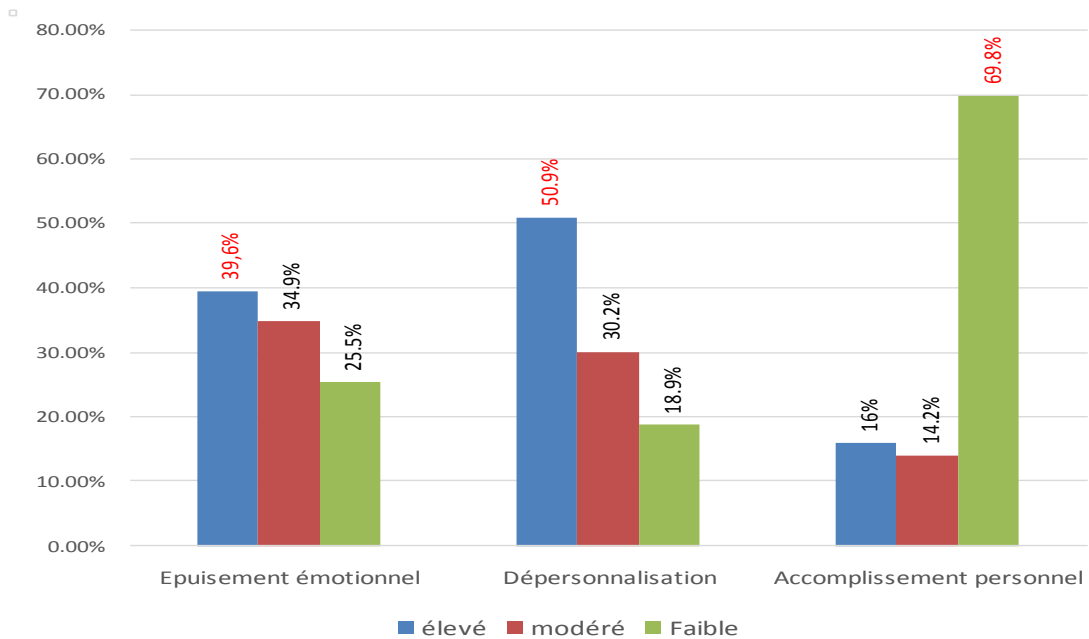
Le score moyen était de 26,3 ( $\pm 11,3$ ) avec un minimum de 0 et un maximum de 46.



**Figure 19: Degré d'accomplissement personnel chez les soignants**



**Figure 20: Répartition des soignants selon les 3 dimensions du burnout**



**Figure 21 : Schéma représentatif des 3 composantes du Burnout**

**d. Etude du burnout sévère :**

On parle de burnout sévère lorsque les 3 conditions suivantes sont remplies :

- Score d'épuisement émotionnel élevé.
- Score de dépersonnalisation élevé.
- Accomplissement personnel bas.

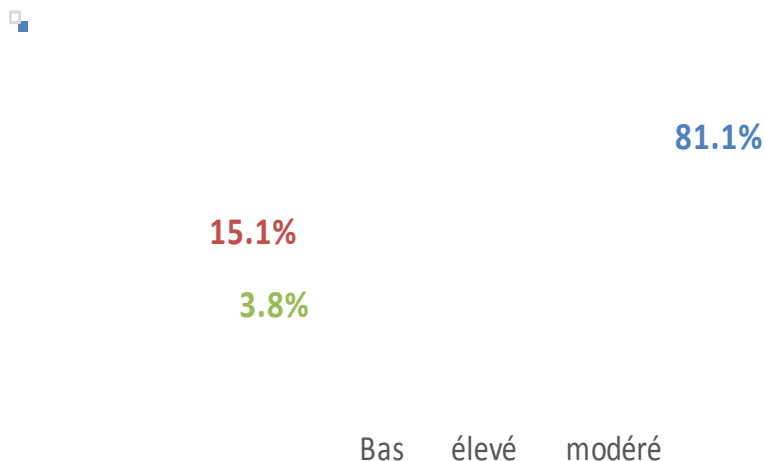
Un burnout sévère était présent chez 18,87% (n=20) des soignants de notre échantillon dont 12 femmes et 8 hommes.

**3.2. Echelle du Stress perçu de Cohen : (Perceived Stress Scale)**

D'après les réponses de nos participants sur la perception de leur stress, 81,1% (n=86) avaient des niveaux modérés de stress (score de 14-26). Viennent par la suite 15,1% (n=16) qui avaient des niveaux élevés (score de 27 à 40). Seuls 3,8% (n=4) avaient un faible niveau de stress (score  $\leq 13$ ).

Le score moyen était de 20,8 ( $\pm 5,7$ ), avec un minimum de 6 et un score maximal de 36.





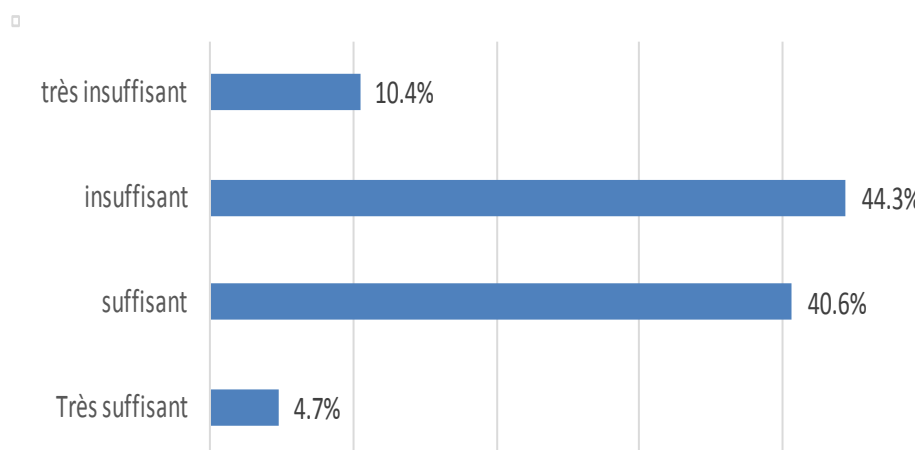
**Figure 22 : Répartition des soignants selon les degrés de stress perçu**

#### **4. Retentissement sur le quotidien des soignants :**

##### **4.1. Temps consacré à l'entourage :**

Dans notre échantillon, 44,3% (n=47) des soignants jugeaient le temps qu'ils consacraient à leurs proches insuffisant et 10,9% (n=11) très insuffisant.

45,3% (n=48) estimaient ce temps suffisant ou même très suffisant.

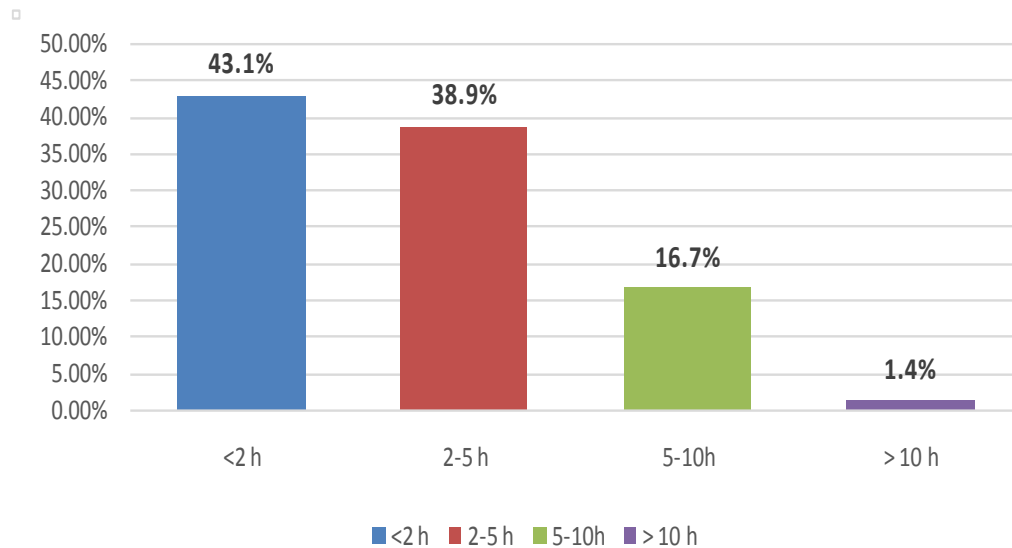


**Figure 23 : Répartition des soignants selon le temps consacré à l'entourage**

**4.2. Pratique de loisirs :**

67,9% (n=72), partie majoritaire de notre échantillon, pratiquait des loisirs.

43,1% leurs consacraient moins de 2h/semaine et 38,9% entre 2 et 5 heures.

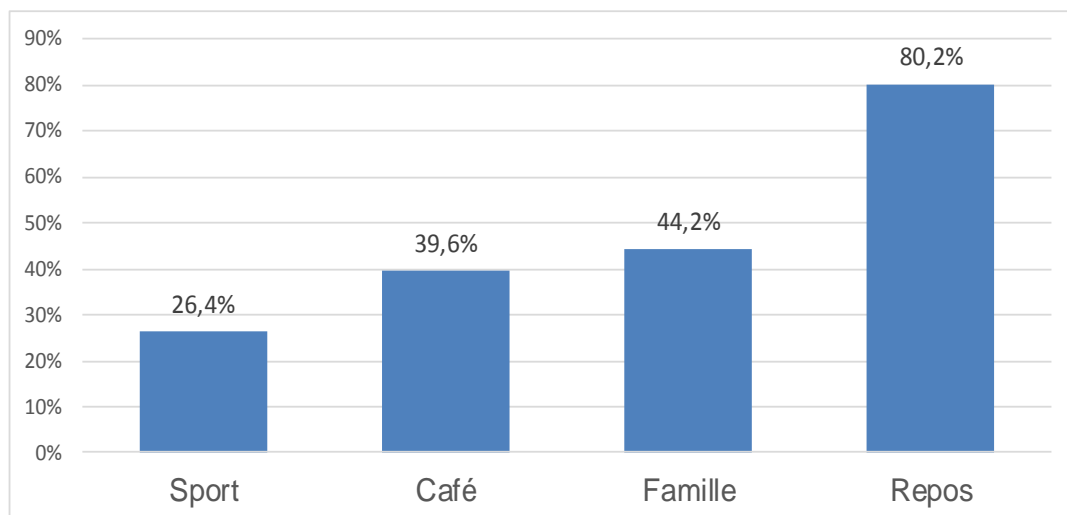


**Figure 24 : Répartition selon le nombre d'heures/semaine consacrées aux loisirs**

Nous avons noté une grande variété dans la nature de ces passe-temps, prédominés par des activités sédentaires et de repos (temps devant les écrans, lecture, musique, jeux vidéo...) chez 80,2% (n=85). Viennent ensuite le temps passé en famille chez 44,2% (n=46) et les rencontres avec les amis dans des cafés –entre autres– avec 39,6% (n=42).

Seuls 26,42% (n=28) pratiquaient une activité sportive.

Peu effectuaient des activités d'ordre professionnel (enseignement, organisation...) avec 4,7% de notre échantillon.



**Figure 25 : Répartition des soignants selon la nature des loisirs pratiqués**

## **5. Solutions proposées :**

Parmi les soignants recensés dans notre travail, 57 ont proposé nombre de solutions que nous aborderons, certaines avec varbatim exact telles qu'exprimées par les participants, comme suit :

### **5.1. Environnement professionnel favorable :**

#### **a. Amélioration des conditions de travail :**

- Matériel accessible et en quantité suffisante.
- Réforme du secteur public, le rendant attrayant aux yeux des soignants.
- Droit au congé administratif quand le soignant en éprouve le besoin.
- Organisation d'activités de groupe et amélioration de l'esprit du travail au sein du domaine.

#### **b. Amenuiser la charge de travail :**

- « *Déléguer une partie du travail, réduire le nombre d'heures travaillées. Augmenter les ressources : par exemple, obtenir un soutien humain supplémentaire pour faire baisser la quantité de travail* ».

- Recrutement de plus de personnel et avoir une équipe de garde plus nombreuse.
- Récupération suffisante après les gardes.

*c. Meilleure organisation des structures hospitalières :*

- *« Être réaliste et fixer clairement des objectifs pour chaque service ».*
- *« Revoir les tâches et l'organisation des services des urgences au Maroc et insister sur l'intérêt du triage ».*
- Etablissement de contrats de travail indiquant les droits et dus des soignants.
- *« Sensibiliser les profs et les enseignants sur les dégâts causés par la mal organisation au sein des services sur la santé physique et mentale des médecins et futurs médecins. Un milieu et entourage favorables loin de la hiérarchie ».*

*d. Les soignants en priorité :*

- Clubs de soignants en intra-hospitalier ou en extrahospitalier avec facilités de paiement.
- Création de cellules d'écoute pour les soignants au niveau de chaque hôpital ou au niveau provincial.
- Hausse des salaires et mise en place d'un système de suppléments d'honoraires.

*« La reconnaissance de l'administration/ augmentation du salaire/ augmenter la prime de risque ».*

- Mise à disposition d'une assurance maladie, beaucoup de soignants n'en bénéficiant pas.
- Demande d'avis spécialisé dès que le besoin se ressent.

*« S'éloigner pendant une période du milieu du travail, demander l'aide d'un psychiatre ou psychologue ».*

- Prévision d'entretiens psychologiques réguliers.

*e. Formations régulières :*

- « *Formation continue sur la gestion de situations difficiles aux urgences* ».
- Mise en exergue des dégâts causés par la mal organisation au sein des services sur la santé physique et mentale du personnel soignant en devenir (étudiants, stagiaires et fonctionnaires).
- « *Un milieu et entourage favorables loin de la hiérarchie* ».

**5.2. Sur le plan personnel :**

- Consacrer plus de temps à ses proches et se ressourcer auprès d'eux.
- Elargir son cercle de connaissances et s'entourer de personnes qui aident à aller de l'avant, en veillant à éviter celles dont la proximité nuit au bien-être.

*« Éliminer les gens toxiques de son entourage ».*

- Travailler sur sa personnalité (estime de soi, maîtriser ses émotions...).

*Selon un soignant : « L'anxiété, le stress, la panique et la dépression peuvent être très débilants. Ils épuisent votre énergie et rendent la vie plus difficile et vous empêchent de faire ce que vous voulez faire. Lorsqu'ils sont graves, le stress, l'anxiété et la dépression peuvent sérieusement compromettre votre capacité à mener une vie significative. Apprendre à pardonner et à se libérer de nombreuses causes de stress. Le pardon peut vous aider à vous libérer de l'anxiété et de la dépression et à réduire la tendance à la panique. Le pardon peut vous aider à gérer plus facilement les crises de panique, le TSPT et d'autres problèmes semblables».*

*Selon un autre soignant : « Ne pas se blâmer si on ne peut pas faire plus que ce que l'on a la capacité de faire ».*

- Veiller à maintenir une bonne hygiène (douches régulières, bon maintien...).
- Pratique régulière de loisirs (sports, musique, peinture...) ou en explorer de nouveaux.

*« Il faut ajuster son emploi du temps avec sa vie personnelle, se procurer des moments de pause pour se ressourcer et toujours faire des activités où on déstresse à côté, surtout le sport je trouve que c'est très bénéfique ».*

*« Personnellement quand je pratique un loisir, par exemple, quand je dessine un tableau, je me sens bien, et c'est pareil avec d'autres loisirs ».*

- Avoir accès à plus d'espaces où s'adonner à ses loisirs (Parcs, salles de jeu, conservatoires de musique, ateliers artistiques...).
- Alimentation saine et riche en nutriments.

## **II. Résultats analytiques :**

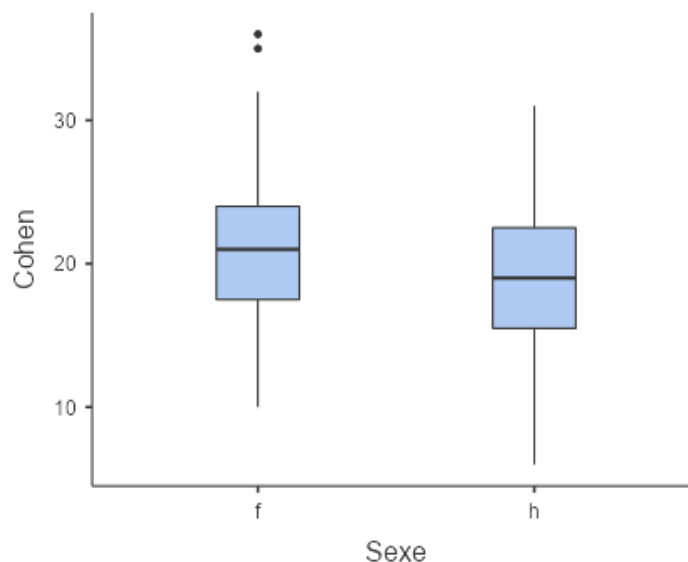
Cette analyse a pour but d'étudier la corrélation entre les caractéristiques générales des soignants et la survenue du stress et du burnout.

### **1. Etude de l'association au stress :**

#### **1.1. Genre :**

Les scores du stress perçu étaient presque similaires chez nos soignants, avec un score moyen légèrement plus élevé chez la gent féminine (21,6 contre 19,3).

Le test est statistiquement significatif ( $p=0,05$ )



**Figure 26 : Répartition des scores du stress perçu selon le genre**

#### **1.2. Âge :**

Dans notre série, nous avons retrouvé une corrélation négative faible entre l'âge et le degré de stress perçu (degré de stress perçu =  $- 0.04 \times \text{Âge}$ ).

Ce résultat est statistiquement non significatif ( $p=0,7$ ).

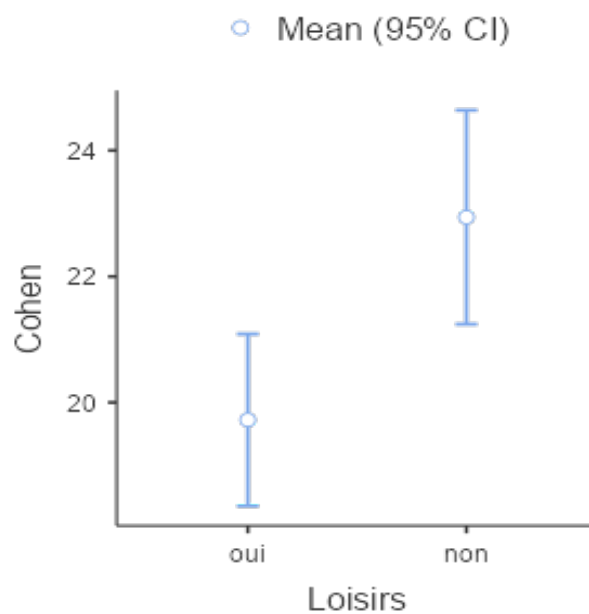
**1.3. Fonction au sein des urgences :**

Les internes ont rapporté plus de niveaux modérés à élevés par rapport aux autres soignants. Ce résultat est statistiquement significatif ( $p=0,04$ )

**1.4. Loisirs :**

Il existe une corrélation entre la pratique de loisirs et le stress. En effet, les soignants ayant des loisirs ont des niveaux plus faibles de stress.

Ce résultat est statistiquement significatif ( $p=0,004$ )



**Figure 27 : Répartition des scores du stress perçu selon la pratique de loisirs**

**2. Etude de l'association au burnout :**

Un état de burnout est dit pathologique lorsqu'il existe un niveau élevé d'épuisement émotionnel ou de dépersonnalisation, ou faible niveau d'accomplissement personnel.



Dans notre échantillon, le calcul des scores des différentes composantes du MBI a permis de déceler :

- Un niveau élevé d'épuisement émotionnel 42 (39,6%) soignants.
- Un niveau élevé de dépersonnalisation chez 54 (50,9%).
- Un faible niveau d'accomplissement personnel chez 74 (69,8%) soignants.

Seuls 7,5% (n=8) n'avaient aucun niveau pathologique pour les 3 dimensions. Ils ne souffraient donc pas de burnout.

A partir de ces données, notre analyse mettra en exergue la relation entre ces niveaux pathologiques et d'éventuels facteurs de causalité du burnout.

## **2.1. Influence des variables socioprofessionnelles :**

### **a. Burnout et genre :**

L'analyse de relation entre le genre et la survenue du burnout a montré :

- Un niveau élevé d'épuisement émotionnel chez 26 femmes (38,8% des femmes et 61,9% de l'ensemble des participants) et 16 hommes (41% des hommes). Cette corrélation est non significative ( $p=0,07$ )
- Un niveau élevé de dépersonnalisation chez 28 femmes (41,8% des femmes) et 26 hommes (66,7% des hommes). Cette corrélation était significative avec un  $p=0,05$
- Un niveau faible d'accomplissement personnel chez 49 femmes (73,1% des femmes) et 25 hommes (64,1% des hommes), avec une corrélation non significative ( $p=0,6$ )

Une approche quantitative a révélé, par T-test de Student, une différence statistiquement significative entre le genre et les niveaux élevés de dépersonnalisation ( $p=0,02$ ).

**Tableau V : Corrélacion entre le genre et le burnout**

|    | Femmes       | Hommes       | P value     |
|----|--------------|--------------|-------------|
| EE | 27.1 ± 12.45 | 26.1 ± 14.02 | 0.7         |
| DP | 10.7 ± 6     | 13.6 ± 6     | <b>0.02</b> |
| AP | 25.8 ± 11    | 27.1 ± 11    | 0.6         |

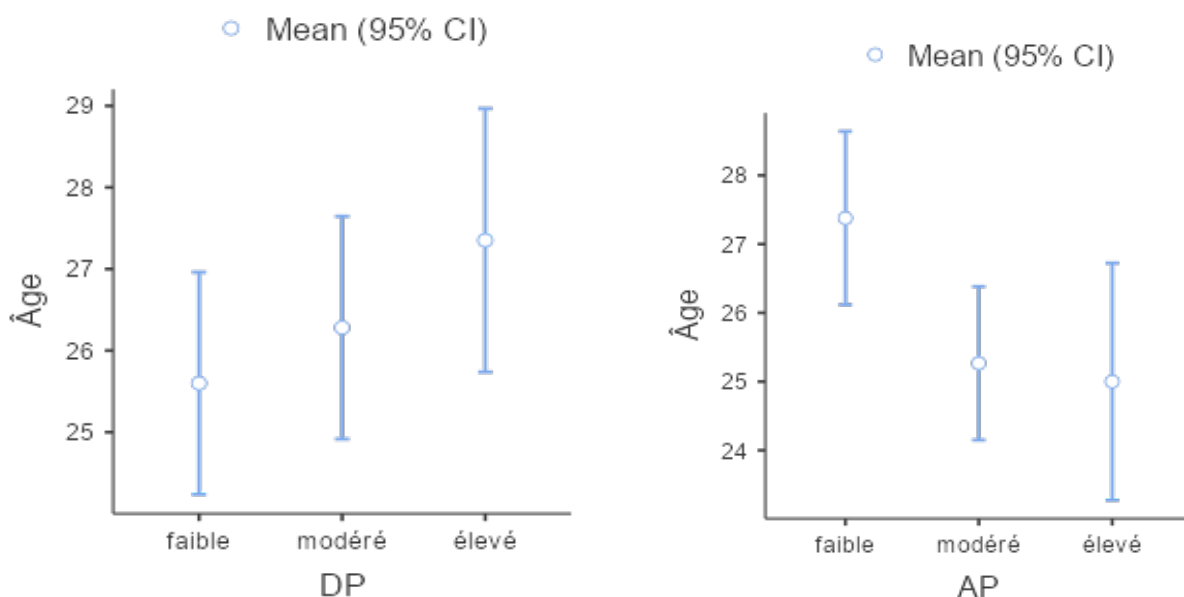
**b. Burnout et âge :**

Les soignants moins âgés étaient plus exposés au burnout. Ceux ayant des niveaux élevés d'accomplissement personnel avaient une moyenne d'âge de 25 ± 3 avec un lien significatif (p=0,03).

**Tableau VI : Corrélacion entre l'âge et le burnout**

|                       |    | Effectif | Pourcentage* | Moyenne d'âge | P value     |
|-----------------------|----|----------|--------------|---------------|-------------|
| Niveaux pathologiques | EE | 42       | 39,6%        | 26.2 ± 3      | 0.6         |
|                       | DP | 54       | 50,9%        | 27.4 ± 5      | 0.2         |
|                       | AP | 74       | 69,8%        | 25 ± 3        | <b>0.02</b> |

\* Pourcentages relatifs à la population étudiée (N=106)



**Figures 28 et 29 : influence de l'âge sur le burnout**

**c. Burnout et statut matrimonial :**

Dans notre échantillon, 50% des soignants mariés avaient un degré élevé d'épuisement émotionnel contre 37,6% des sujets célibataires. Cependant, il n'y avait pas de lien statistiquement significatif ( $p=0,4$ ). Il en va de même pour les deux autres composantes du burnout.

**Tableau VII: Corrélation entre le statut matrimonial et le burnout**

|                       |    | Statut matrimonial |            |          | P value |
|-----------------------|----|--------------------|------------|----------|---------|
|                       |    | Célibataire        | Marié      | Divorcé  |         |
| Niveaux pathologiques | EE | 32 (37,6%)         | 10 (50%)   | 0        | 0,4     |
|                       | DP | 41 (48.2%)         | 12 (60.0%) | 1 (100%) | 0,8     |
|                       | AP | 56 (65.9%)         | 17 (85.0%) | 1 (100%) | 0,5     |

*d. Burnout et présence d'enfants à charge :*

Les soignants n'ayant pas d'enfants avaient un niveau élevé d'épuisement émotionnel par rapport à ceux ayant des enfants à charge. Cependant, un lien statistiquement significatif n'a été retrouvé pour aucune des 3 dimensions du burnout.

**Tableau VIII : Corrélation entre la présence d'enfants et le burnout**

|                       |    | Présence d'enfants à charge |            | P value |
|-----------------------|----|-----------------------------|------------|---------|
|                       |    | Oui                         | Non        |         |
| Niveaux pathologiques | EE | 4 (36,4%*)                  | 38 (40%)   | 1       |
|                       | DP | 7 (13%)                     | 47 (87%)   | 0,7     |
|                       | AP | 9 (81,9%)                   | 65 (68,4%) | 0,5     |

\* Pourcentages exprimés par rapport aux soignants ayant ou non des enfants.

*e. Burnout et antécédents:*

Les patients n'étant suivis pour aucune pathologie chronique ont montré des niveaux pathologiques élevés par rapport aux porteurs de ces pathologies. Seulement, aucun lien significatif n'a été retrouvé.

**Tableau IX: Corrélation entre les pathologies chroniques et le burnout**

|                       |    | Présence de pathologie chronique |            | P value |
|-----------------------|----|----------------------------------|------------|---------|
|                       |    | Oui                              | Non        |         |
| Niveaux pathologiques | EE | 5 (11,9%*)                       | 37 (88,1%) | 0,19    |
|                       | DP | 4 (7,4%)                         | 50 (92,6%) | 0,68    |
|                       | AP | 9 (12,2%)                        | 65 (87,8%) | 0,28    |

\* Pourcentages relatifs aux soignants ayant le même niveau pathologique

Les mêmes constatations ont été notées du côté des pathologies psychiatriques, avec présence de niveaux pathologiques chez les soignants n'étant suivis pour aucune pathologie psychiatrique comparés à ceux qui le sont, sans lien significatif.

**Tableau X : Corrélation entre les pathologies psychiatriques et le burnout**

|                       |    | Présence de pathologie psychiatrique |            | P value |
|-----------------------|----|--------------------------------------|------------|---------|
|                       |    | Oui                                  | Non        |         |
| Niveaux pathologiques | EE | 7 (16,7%*)                           | 35 (83,3%) | 0,46    |
|                       | DP | 5 (9,3%)                             | 49 (90,7%) | 0,33    |
|                       | AP | 11 (14,9%)                           | 63 (85,1%) | 0,18    |

\* Pourcentages relatifs aux soignants ayant le même niveau pathologique

*f. **Burnout et addictions:***

Un pourcentage de 33% des participants qui consommaient de l'alcool rapportaient un niveau élevé d'épuisement émotionnel, pendant que 53,3% avaient un niveau élevé de dépersonnalisation et 66,7% avaient de faibles niveaux d'accomplissement personnel, sans lien significatif.

Des soignants consommateurs de cannabis, 30% avaient des niveaux élevés d'épuisement émotionnel avec un lien significatif ( $p=0,03$ ). 50% et 60% avaient des niveaux pathologiques de dépersonnalisation et d'accomplissement personnel.

**Tableau XI: Corrélation entre les habitudes toxiques et le burnout**

|                 | Niveaux pathologiques |             |           |     |            |     |
|-----------------|-----------------------|-------------|-----------|-----|------------|-----|
|                 | EE                    |             | DP        |     | AP         |     |
|                 | N (%)*                | P           | N (%)     | P   | N (%)      | P   |
| <b>Alcool</b>   | 5 (33%)               | 0,6         | 8 (53.3%) | 0,9 | 10 (66.7%) | 0,4 |
| <b>Cannabis</b> | 3 (30%)               | <b>0,03</b> | 5 (50%)   | 0,2 | 6 (60%)    | 0,4 |
| <b>Drogues</b>  | 2 (40%)               | 0,4         | 2 (40%)   | 0,4 | 3 (60%)    | 0,6 |
| <b>Tabac</b>    | 6 (42.9%)             | 1           | 8 (57.1%) | 0,7 | 10 (71.4%) | 0,1 |

\* : Pourcentages relatifs aux personnes consommant la même substance

***g. Burnout et ancienneté :***

Les soignants ayant une ancienneté supérieure à 1 an ont rapporté des niveaux élevés d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et un faible niveau d'accomplissement personnel par rapport à leurs pairs exerçant depuis moins de 1 an, sans lien statistiquement significatif.

**Tableau XII : Corrélation entre l'ancienneté et le burnout**

|                              |    | Ancienneté        |                   | P    |
|------------------------------|----|-------------------|-------------------|------|
|                              |    | Inférieure à 1 an | Supérieure à 1 an |      |
| <b>Niveaux pathologiques</b> | EE | 3 (7,1%*)         | 39 (92,9%)        | 0,9  |
|                              | DP | 2 (3,7%)          | 52 (96,3%)        | 0,09 |
|                              | AP | 1 (5,9%)          | 16 (94,1%)        | 0,7  |

\* : Pourcentages relatifs aux personnes ayant le même niveau pathologique

*h. Durée des gardes :*

Les soignants qui assuraient des gardes de 12 heures avaient des niveaux plus élevés d'épuisement émotionnel (81%), de dépersonnalisation (85,2%) et un accomplissement personnel plus bas (74,3%). Il n'y avait pas de lien significatif pour les trois dimensions.

**Tableau XIII: Corrélation entre la durée des gardes et le burnout**

|                       |    | Durée des gardes |            |           | P   |
|-----------------------|----|------------------|------------|-----------|-----|
|                       |    | 8 h              | 12 h       | 24 h      |     |
| Niveaux pathologiques | EE | 5 (11,9%)        | 34 (81%)   | 3 (7,1%)  | 0,8 |
|                       | DP | 4 (7,4%)         | 46 (85,2%) | 4 (7,4%)  | 0,4 |
|                       | AP | 11 (14,9%)       | 55 (74,3%) | 8 (10,8%) | 0,2 |

\* : Pourcentages relatifs aux personnes ayant le même niveau pathologique

*i. Secteur d'activité :*

43,4% des soignants exerçant au public ont rapporté des taux pathologiques d'épuisement émotionnel contre 33% pour le secteur privé. Il n'y avait pas de lien statistiquement significatif ( $p=0,2$ )

Pour la dépersonnalisation, des taux pathologiques ont été recensés chez 61,11% des soignants exerçant en libéral et 50,6% de ceux qui exerçaient dans le secteur public, sans lien significatif ( $p=0,1$ ).

Un faible niveau d'accomplissement personnel était retrouvé chez 69,9% des répondants exerçant en public et 66,7% de ceux exerçant en privé. La corrélation n'était pas significative ( $p=0,9$ ).

**Tableau XIV : Corrélation entre le secteur d'activité et le burnout**

|                       |    | Secteur d'activité |            |            | P   |
|-----------------------|----|--------------------|------------|------------|-----|
|                       |    | CNSS               | Privé      | Public     |     |
| Niveaux pathologiques | EE | 0 (0%)             | 6 (33%)    | 36 (43,4%) | 0,2 |
|                       | DP | 1 (20%)            | 11 (61,1%) | 42 (50,6%) | 0,1 |
|                       | AP | 4 (80%)            | 12 (66,7%) | 58 (69,9%) | 0,9 |

\* : Pourcentages relatifs aux soignants exerçant dans le même secteur

*j. Fonction au sein des urgences :*

Les internes étaient en tête de file pour un niveau pathologique d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et d'accomplissement personnel avec, respectivement, 52,4% et 50% et 47,3%, sans lien statistiquement significatif.

**Tableau XV : Corrélation entre la fonction occupée aux urgences et le burnout**

|                       |    | Fonction occupée aux urgences |            |            |               | P    |
|-----------------------|----|-------------------------------|------------|------------|---------------|------|
|                       |    | infirmier                     | interne    | médecin    | administratif |      |
| Niveaux pathologiques | EE | 14 (33,3%*)                   | 22 (52,4%) | 6 (14,3%)  | 0 (0%)        | 0,2  |
|                       | DP | 14 (25,9%)                    | 27 (50%)   | 13 (24,1%) | 0 (0%)        | 0,06 |
|                       | AP | 24 (32,4%)                    | 35 (47,3%) | 14 (18,9%) | 1 (1,4%)      | 0,5  |

\* : Pourcentages relatifs aux personnes ayant le même niveau pathologique

*k. Service d'affectation :*

Les soignants exerçant en gynécologie, en hématologie clinique et en réanimation rapportaient les taux les plus élevés d'épuisement émotionnel à proportions égales (3 soignants pour chaque spécialité). Un lien statistiquement significatif a été retrouvé (p=0,02).



Concernant les autres dimensions du burnout, des taux élevés de dépersonnalisation ont été retrouvés chez 6 soignants exerçant en réanimation sans lien statistiquement significatif ( $p=0,07$ ).

Les niveaux d'accomplissement personnel étaient faibles chez les soignants exerçant en réanimation ( $n=5$ ), suivis des services de chirurgie, de médecine (4 soignants par spécialité), d'hématologie ( $n=3$ ) et de pédiatrie ( $n=3$ ). Une différence significative a été notée ( $p=0,05$ )

***1. Satisfaction par rapport à l'effectif de l'équipe de garde :***

90% des soignants ayant un niveau élevé d'épuisement émotionnel étaient insatisfaits à des degrés variables de l'effectif de leur équipe par rapport à la charge de travail. Cette corrélation était statistiquement significative ( $p=0,03$ ).

***2.2. Association au Burnout sévère :***

***a. Satisfaction par rapport à l'effectif de l'équipe :***

Parmi les soignants ayant rapporté un burnout sévère, 85% était insatisfait à des degrés variables de l'effectif de leur équipe de garde au sein des urgences. Le test était statistiquement significatif ( $p=0,04$ ).

**Tableau XVI: Corrélation avec la satisfaction par rapport à l'effectif**

|                       | Satisfaction par rapport à l'effectif de l'équipe |             |        |           |                | P    |
|-----------------------|---|-------------|--------|-----------|----------------|------|
|                       | très insatisfait                                  | insatisfait | neutre | satisfait | très satisfait |      |
| <b>Burnout sévère</b> | 55%   | 30%         | 10%    | 5%        | 0%             | 0,04 |

***b. Temps passé en famille :***

Parmi les soignants passant du temps en famille, seuls 10,9% avaient un burnout sévère alors que 89,1% en étaient indemnes.

Le test était statistiquement significatif ( $p=0,04$ ).

### **3. Etude de l'association stress-burnout :**

#### **3.1. Stress et épuisement émotionnel :**

Des soignants qui avaient un niveau élevé de stress, 81,3% rapportaient également un niveau pathologique d'épuisement émotionnel.

Le test était statistiquement significatif ( $p < 0,001$ ).

#### **3.2. Stress et dépersonnalisation :**

62,5% des soignants ayant un niveau élevé de stress perçu ont également un niveau pathologique de dépersonnalisation.

Le test n'était pas significatif ( $p = 0,11$ ).

#### **3.3. Stress et accomplissement personnel :**

Tous les soignants ayant des niveaux élevés de stress ( $n = 16$ ) avaient un faible niveau d'accomplissement personnel.

Le test était significatif ( $p = 0,008$ )

#### **3.4. Stress et burnout sévère :**

56,3% des soignants qui avaient un niveau élevé de stress souffraient de burnout sévère.

Le lien était significatif ( $p < 0,001$ ).

**Tableau XVII : Récapitulatif des données analytiques:**

| Caractéristiques étudiées            |             | Niveaux pathologiques |      |            |      |            |      |
|--------------------------------------|-------------|-----------------------|------|------------|------|------------|------|
|                                      |             | EE                    |      | DP         |      | AP         |      |
|                                      |             | N (%)                 | p    | N (%)      | p    | N (%)      | p    |
| Genre                                | Féminin     | 26 (38,8%)            | 0,07 | 28 (41,8%) | 0,05 | 49 (73,1%) | 0,6  |
|                                      | Masculin    | 16 (41%)              |      | 26 (66,7%) |      | 25 (64,1%) |      |
| Statut matrimonial                   | Célibataire | 32 (37,6%)            | 0,4  | 41 (48,2%) | 0,8  | 56 (65,9%) | 0,5  |
|                                      | Marié(e)    | 10 (50%)              |      | 12 (60,0%) |      | 17 (85,0%) |      |
|                                      | Divorcé(e)  | 0                     |      | 1 (100%)   |      | 1 (100%)   |      |
| Présence d'enfants à charge          | Oui         | 4 (36,4%)             | 1    | 7 (13%)    | 0,7  | 9 (81,9%)  | 0,5  |
|                                      | Non         | 38 (40%)              |      | 47 (87%)   |      | 65 (68,4%) |      |
| Présence de pathologie chronique     | Oui         | 5 (50%)               | 0,2  | 4 (40%)    | 0,7  | 9 (90%)    | 0,3  |
|                                      | Non         | 37 (38,5%)            |      | 50 (52,1%) |      | 65 (67,7%) |      |
| Présence de pathologie psychiatrique | Oui         | 7 (58,3%)             | 0,46 | 5 (41,7%)  | 0,33 | 11 (91,7%) | 0,18 |
|                                      | Non         | 35 (37,2%)            |      | 49 (52,1%) |      | 63 (67%)   |      |
| Habitudes toxiques                   | Alcool      | 5 (33%)               | 0,6  | 8 (53,3%)  | 0,9  | 10 (66,7%) | 0,4  |
|                                      | Cannabis    | 3 (30%)               | 0,03 | 5 (50%)    | 0,2  | 6 (60%)    | 0,4  |
|                                      | Drogues     | 2 (40%)               | 0,4  | 2 (40%)    | 0,4  | 3 (60%)    | 0,6  |
|                                      | Tabac       | 6 (42,9%)             | 1    | 8 (57,1%)  | 0,7  | 10 (71,4%) | 0,1  |
| Ancienneté                           | < 1 an      | 3 (7,1%)              | 0,9  | 2 (3,7%)   | 0,09 | 1 (5,9%)   | 0,7  |
|                                      | > 1 an      | 39 (92,9%)            |      | 52 (96,3%) |      | 16 (94,1%) |      |

**Stress et burnout en médecine d'urgence : enquête auprès du personnel soignant de la région Souss-Massa**

|                                      |                      |             |      |            |      |            |     |
|--------------------------------------|----------------------|-------------|------|------------|------|------------|-----|
| <b>Durée des gardes</b>              | 8 h                  | 5 (11,9%)   | 0,8  | 4 (7,4%)   | 0,4  | 11 (14,9%) | 0,2 |
|                                      | 12 h                 | 34 (81%)    |      | 46 (85,2%) |      | 4 (7,4%)   |     |
|                                      | 24 h                 | 3 (7,1%)    |      | 55 (74,3%) |      | 8 (10,8%)  |     |
| <b>Secteur d'activité</b>            | CNSS                 | 0 (0%)      | 0,2  | 1 (20%)    | 0,1  | 4 (80%)    | 0,9 |
|                                      | Privé                | 6 (33%)     |      | 11 (61,1%) |      | 12 (66,7%) |     |
|                                      | Public               | 36 (43,4%)  |      | 42 (50,6%) |      | 58 (69,9%) |     |
| <b>Fonction occupée aux urgences</b> | Infirmier            | 14 (33,3%*) | 0,2  | 14 (25,9%) | 0,06 | 24 (32,4%) | 0,5 |
|                                      | Interne de CHP/CHU   | 22 (52,4%)  |      | 27 (50%)   |      | 35 (47,3%) |     |
|                                      | Médecin              | 6 (14,3%)   |      | 13 (24,1%) |      | 14 (18,9%) |     |
|                                      | Administratif        | 0 (0%)      |      | 0 (0%)     |      | 1 (1,4%)   |     |
| <b>Service d'affectation</b>         | Gynécologie          | 3 (18,8%)   | 0,02 | 3 (13%)    | 0,06 | 2 (7,4%)   | 0,1 |
|                                      | Hématologie clinique | 3 (18,8%)   |      | 2 (8,7%)   |      | 3 (11,1%)  |     |
|                                      | Réanimation          | 3 (18,8%)   |      | 6 (26,1%)  |      | 5 (18,5%)  |     |
|                                      | Chirurgie générale   | 3 (18,8%)   |      | 3 (13%)    |      | 4 (14,8%)  |     |
|                                      | Pédiatrie            | 1 (6,3%)    |      | 2 (8,7%)   |      | 3 (11,1%)  |     |
|                                      | Bloc opératoire      | 1 (6,3%)    |      | 1 (4,3%)   |      | 1 (3,7%)   |     |
|                                      | Déchocage            | 1 (6,3%)    |      | 0 (0%)     |      | 0 (0%)     |     |
|                                      | Traumatologie        | 1 (6,3%)    |      | 1 (4,3%)   |      | 0 (0%)     |     |
|                                      | Cardiologie          | 0 (0%)      |      | 1 (4,3%)   |      | 2 (7,4%)   |     |
|                                      | Endocrinologie       | 0 (0%)      |      | 1 (4,3%)   |      | 1 (3,7%)   |     |

**Stress et burnout en médecine d'urgence : enquête auprès du personnel soignant de la région Souss-Massa**

|  |                      |            |             |            |     |            |     |
|--|----------------------|------------|-------------|------------|-----|------------|-----|
|  | ORL                  | 0 (0%)     |             | 1 (4,3%)   |     | 0 (0%)     |     |
|  | Hémodialyse          | 0 (0%)     |             | 0 (0%)     |     | 1 (3,7%)   |     |
|  | Chirurgie vasculaire | 0 (0%)     |             | 0 (0%)     |     | 1 (3,7%)   |     |
| <b>Satisfaction par rapport A l'effectif</b> | Très insatisfait     | 17 (40,5%) | <b>0,03</b> | 18 (33,3%) | 0,5 | 18 (24,3%) | 0,9 |
|  | Insatisfait          | 17 (40,5%) |             | 22 (40,7%) |     | 33 (44,6%) |     |
|  | Neutre               | 5 (11,9%)  |             | 7 (13%)    |     | 12 (16,2%) |     |
|  | Satisfait            | 3 (7,1%)   |             | 5 (9,3%)   |     | 8 (10,8%)  |     |
|  | Très satisfait       | 0 (0%)     |             | 2 (3,7%)   |     | 3 (4,1%)   |     |



---

# **DISCUSSION**

---



## **I. Concepts et définitions :**

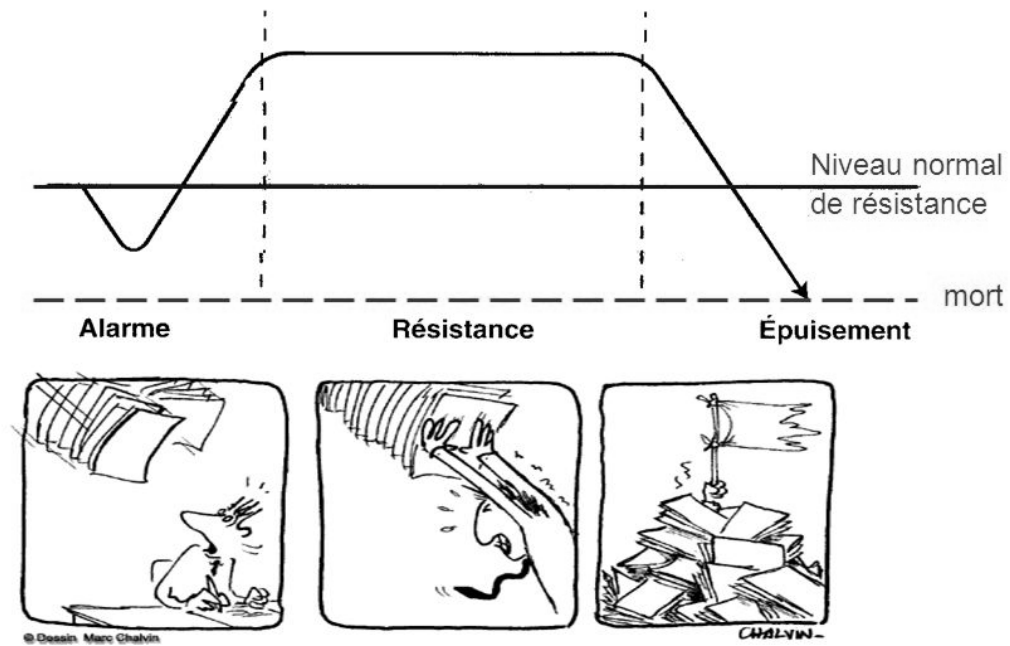
### **1. Historique :**

#### **1.1. Stress :**

Ce terme a émergé dans les années 1920 et a été emprunté au domaine de la physique par l'un des pionniers de la recherche autour du stress : Hans Selye. Il a remarqué que, peu importe ce dont souffraient ses patients, ils avaient tous l'air hagards. Selon lui, ils étaient tous soumis à un stress physique.

Il a suggéré que le stress était une contrainte non spécifique imposée au corps, causée par des irrégularités au niveau des fonctions normales de l'organisme et à l'origine d'une libération d'hormones dites de stress. Il a appelé cela le « syndrome général d'adaptation » (3) Ce dernier dépeint trois réactions consécutives qu'a l'organisme face à un évènement stressant :

- **Phase d'alarme :** C'est la phase initiale ; l'individu affronte l'évènement perturbateur en faisant appel à ses ressources énergétiques pour s'adapter. Cette décharge sympathique est ce qui permet la réponse de combat-fuite de Cannon.
- **Phase de résistance :** la personne persiste dans son adaptation et résiste au stress, non sans l'installation d'une tension. Le corps a du mal à récupérer au vu des ressources énergétiques qui vont en s'amenuisant.
- **Phase d'épuisement :** durant cette dernière phase, les conditions stressantes ont assez perduré pour rendre la récupération impossible. Le stress devient donc chronique, permanent, et s'accompagne d'une fatigue morale et physique.



**Figure 30 : Représentation des trois phases du syndrome général d'adaptation selon Selye**

Le manque de spécificité de la définition du stress de Selye a fait l'objet de nombreuses critiques. Plusieurs chercheurs ont mis l'accent sur les caractéristiques particulières de l'élément stressant, en faisant l'hypothèse que pour qu'on parle de stress, il faut que l'élément déclencheur soit nouveau, imprévisible, incontrôlable ou menaçant.

Bien qu'un nombre non négligeable d'hypothèses aient été avancées, elles n'ont jamais été vérifiées. (8)

### **1.2. Burnout :**

Le concept du burnout est apparu il y a plusieurs décennies, avant même d'être reconnu puis décrit par des soignants. Il a été brièvement mentionné dans nombre d'œuvres littéraires, dont « Germinal » de l'éminent Emile Zola. Il y évoquait la détérioration de la qualité de vie des travailleurs en quête d'échappatoire. En effet, avec la révolution industrielle qui impliquait une production accrue, les travailleurs se sont vus obligés de travailler sans relâche et dans des conditions pour le moins inhumaines.



Claude Veil, psychiatre français qui s'est notamment spécialisé dans la psychopathologie de travail, a servi dans plusieurs camps et était en contact direct avec des travailleurs exténués et surexploités. Il a été le premier à décrire l'épuisement professionnel –dans le concours médical en 1959– comme étant le fruit de la poursuite d'un effort professionnel sous une quelconque contrainte, répondant à deux notions fondamentales : l'évolution dans le temps et l'éventuel aboutissement à non pas une mais plusieurs maladies. (9)

Dans cette même perspective, Herbert Freudenberger a introduit le terme de « Burnout », ce qui lui a valu le titre de père de ce syndrome. Il avait remarqué que des bénévoles, œuvrant pour l'aide au sevrage des usagers de drogues, avaient développé des changements notables aussi bien sur le plan physique que psychique. Tout l'enthousiasme dont ils avaient fait preuve au début s'était volatilisé au bout d'une année de service. Freudenberger a alors comparé les gens à des immeubles pris d'un incendie à cause de la complexité de leur existence et des facteurs les influençant. Une fois les ressources internes consumées comme sous l'emprise des flammes, ne subsiste qu'un vide intérieur même si l'enveloppe extérieure semble intacte (10).

Au début des années 1980, la psychologue américaine Christina Maslach a effectué une analyse plus approfondie du burnout, le décrivant comme un état psychologique et physiologique résultant de l'accumulation de facteurs de stress professionnels de durée non négligeable ayant pour conséquence l'usure de l'individu (11) .

Plusieurs études ont été publiées durant la même période sur le burnout, et avaient 5 éléments en communs : outre les 3 dimensions du burnout, elles parlaient également d'une absence préalable de pathologie psychiatrique, et la liaison de ces symptômes au travail.

Seulement, différencier le burnout d'autres entités de bien-être mental a fait sujet de beaucoup de débats. Mais il suffit d'une analyse comparative entre les items présents dans chacun des inventaires de Beck et de Maslach pour déduire que les deux sont des entités différentes mais non disparates. Alors que le burnout est essentiellement lié au travail et disparaît en général lorsque l'individu prend ses distances par rapport à ce milieu, la dépression est, quant

à elle, omniprésente dans le quotidien de la personne qui en souffre indépendamment du milieu professionnel.

Freudenberger estime que le burn out est la conséquence de la lutte constante que nous menons pour donner un sens à notre vie, et que les gens engagés, ambitieux et idéalistes étaient à même d'en souffrir. Croyant en un mode de pensée où l'échec n'a pas de place, l'idée qu'ils se font de la prochaine étape de leur vie est souvent magnifiée par leurs attentes. Une fois leur objectif atteint, ils sont souvent confrontés à la déception que le paysage n'est pas si différent de là où ils étaient. Oscar Wilde en a d'ailleurs parlé : « Dans ce monde, il n'existe que deux sortes de tragédies. La première est de ne pas obtenir ce que l'on veut et la deuxième, c'est de l'obtenir».

En 1980, Cary Chernis a décrit le burn-out comme un déséquilibre entre les ressources internes de l'individu et les exigences du travail (12). Suivant de près, Alaya Pines a rapporté une approche motivationnelle où le burnout s'installe quand l'individu ne voit plus de sens à son travail suite à la désillusion entre les attentes, les contraintes et la surcharge de travail. (13)

### **1.3. Karoshi :**

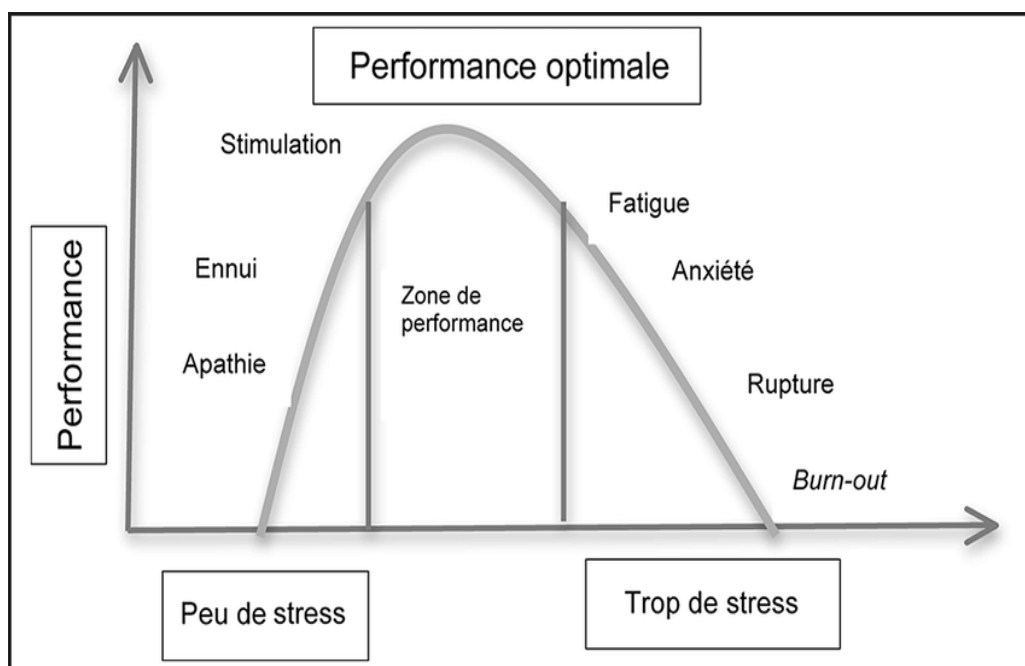
Terme japonais signifiant « mort par excès de travail » et dont le premier cas a été rapporté au Japon en 1969. Il met l'accent sur les conséquences létales de l'implication excessive de certains cadres et employés modèles dans le travail (longues heures de travail, effort intellectuel continu) en vue de satisfaire les exigences sociétales.

Les causes de décès listées par l'OMS, en 2021, sont souvent l'hypertension artérielle maligne, l'hémorragie cérébrale et sous arachnoïdienne, l'infarctus cérébral et l'infarctus du myocarde. (14).

## **2. Définitions:**

### **2.1. Stress :**

D'usage fréquent dans le langage quotidien, le concept du stress est pourtant ambigu. C'est une réaction d'adaptation normale avant d'être à l'origine de troubles psychopathologiques et somatiques variés. Selye le définit comme une réponse non spécifique d'un organisme vivant à n'importe quel stimulus, qu'il s'agisse d'un effort physique ou psychique, ou d'émotions positives ou négatives à même de provoquer des changements. On distingue donc un bon stress (eustress) et un mauvais stress (détresse). (3)



**Figure 31 : Courbe de Yerkes et Dodson**

Les concepts du stress ont changé au fil des années, passant d'un modèle biomédical à un modèle biophysicosocial. Ainsi, on peut distinguer deux grandes orientations de la recherche sur le stress : une orientation de type biophysique comme dans les travaux de Hans Selye et une autre de type psychologique. Pour cette dernière, Lazarus définit le stress par : « toute situation évaluée par l'individu comme consommant ou excédant les ressources dont il dispose, et mettant ainsi en danger son bien-être ». (15)

## **2.2. Burnout :**

Moult définitions du burnout ont émergé au fil des années. Pour Freudenberger, c'est un état causé par la sollicitation excessive de ses ressources. En découle un sentiment d'échec, d'épuisement voire d'exténuation (10). Maslach l'a défini comme un dépassement des capacités d'adaptation de l'individu à un stress continu ayant à blâmer l'environnement de travail. En 1985, Freudenberger l'a présenté comme un processus évolutif, notion d'autant plus importante qu'elle sera reprise par plusieurs auteurs pour affirmer qu'il s'agit d'un phénomène cyclique s'installant en plusieurs phases.

Canoui et Mauranges ont adopté une autre approche, jugeant le burnout comme un phénomène d'ordre existentiel. Le soignant puise son épanouissement dans sa relation avec un patient en souffrance, mais il se heurte à la réalité que les tourments sont parfois inévitables.

Toutes ces définitions se complètent et soulignent la complexité du burnout, qui peut s'expliquer par plusieurs modèles et être causé par l'intrication de plusieurs raisons. Nonobstant cette grande variété de définitions, celle de Maslach et Jackson reste la plus plausible vu qu'elle évalue le syndrome complet dans ses trois dimensions.

Elle définit le burnout comme « un syndrome d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et de diminution de l'accomplissement personnel qui apparait chez les individus impliqués professionnellement auprès d'autrui » (11).

Avec son équipe, elle élabore en 1981 un instrument de mesure adapté aux « relations d'aide » : le Maslach Burnout Inventory (MBI).

## **3. Burnout dans les classifications internationales**

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), dans son abord de la santé mentale, a distingué trois niveaux: le bien-être psychologique, la détresse psychologique et les troubles mentaux. Ainsi, toute période de tristesse ne saurait être liée à une dépression, tout symptôme anxieux ne saurait être considéré comme révélateur d'un trouble anxieux, et toute fatigue ou épuisement ne peut être considéré comme pathologique.

La détresse psychologique peut être imputable à des événements de vie négatifs : elle doit ainsi être prise en compte.

Le burnout ne figure pas dans les deux grandes nomenclatures internationales de référence, à savoir le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux dans sa 5e édition, ni dans la Classification internationale des maladies, de l'Organisation Mondiale de la Santé dans sa 11<sup>ème</sup> version. Ceci revient au fait que plusieurs symptômes associés au burnout sont parfois communs à d'autres pathologies.

### **3.1. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) :**

Publié par l'association américaine de psychiatrie, le DSM cite le burnout dans sa cinquième édition « DSM-5 » dans le chapitre nommé: Glossaire des concepts culturels de la douleur, sans pour autant l'aborder de manière spécifique.

### **3.2. Classification Internationale des Maladies (CIM-11)**

Dans sa onzième édition, la Classification internationale des maladies publiée en 2021 considère le burnout comme un phénomène lié au travail. Elle ne la classe donc pas comme une maladie. Le chapitre « Facteurs influant sur l'état de santé ou sur les motifs de recours aux services de santé », rassemble des entités non classés comme maladie, mais pour lesquelles les patients ont recours à une consultation. Le burnout résulte donc d'un stress chronique au travail n'ayant pas été géré convenablement. (5)

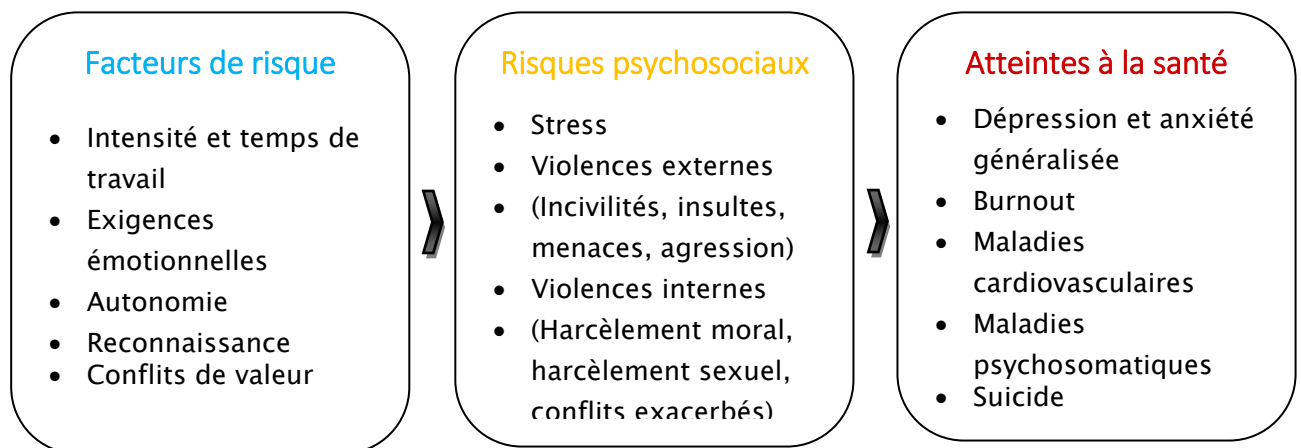
## **II. Dimensions du burnout :**

### **1. Épuisement émotionnel**

Cette première dimension est le pilier du burnout. Selon le psychiatre et médecin du travail français Claude Veil, l'épuisement lié au travail apparaît quand il y a « franchissement d'un seuil » et l'a comparé à l'épuisement de fonds bancaires. (9)

L'épuisement est autant émotionnel que psychique et physique, le sujet ayant le sentiment d'être dérobé de toutes ses ressources internes.

Cette dimension est également la première à se manifester: l'exposition continue à divers risques psychosociaux liés au travail est à l'origine d'une fatigue extrême.



**Figure 32 : Représentation des risques psychosociaux au travail**

Le sujet croule sous les conditions de travail exigeantes, la pénurie des ressources et de support, à tel point que les tentatives de repos usuelles (week-end, congés, sommeil etc.) ne suffisent souvent plus à soulager cette fatigue qui évolue vers la chronicité.

## **2. Dépersonnalisation (ou cynisme)**

Cette dimension est celle où l'individu change d'attitude. Il devient morose, pessimiste et détaché de son travail et d'autrui (collègues, encadrants, patients, etc.), ce qui crée une barrière entre lui et les autres. Il voit donc les autres comme de simples objets, et son comportement envers eux est dépourvu d'empathie,

Le cynisme vient donc comme une sorte d'auto-préservation du sujet face aux exigences émotionnelles du travail et la sur-sollicitation qu'il ne peut plus affronter.

## **3. Réduction de l'accomplissement personnel**

Cette troisième dimension se caractérise par une dévalorisation de soi, d'un sentiment d'insatisfaction envers soi-même ou ses compétences et la conviction ferme de ne pas être à la hauteur de son poste de responsabilité.

Cela se traduit par une baisse significative de la productivité et le sujet ne trouve plus aucun sens à son travail. Par conséquent, il ne s'épanouit pas -voire très peu- dans son rôle et malgré tous ses efforts, il se retrouve dans une impasse.

Cependant, alors que la définition du burnout inclut cette dimension comme partie intégrante du syndrome, des auteurs remettent en question cette idée. Ils la voient plutôt comme un trait de personnalité, ou qu'elle devrait plutôt être classée comme une étiologie du burnout.

(16)

### **III. Etapas du burnout :**

Le burnout s'installe généralement de manière insidieuse, et ce en plusieurs étapes successives. L'approche la plus adoptée est celle faite de 4 étapes : l'enthousiasme idéaliste, suivi de la stagnation inefficace. Vient ensuite le sentiment de frustration qui précède l'installation d'une apathie désabusée.

#### **1. Enthousiasme idéaliste :**

L'individu a, durant cette première phase, un niveau d'énergie très élevé, avec une idéation et des attentes souvent excessives. Il se consacre alors corps et âme au service de l'organisme qui l'a embauché même si son travail est très exigeant et que les conditions n'y sont pas toujours favorables.

Chez les soignants, il y a ce désir à tout bout de champ de guérir, d'améliorer drastiquement la vie des patients et de se penser capable de soulager la peine des patients de manière immédiate. Seulement, ils se heurtent à un échec tangible pour un certain nombre de patients. Ils sont donc dans le désarroi de ne plus savoir se situer entre leurs attentes idéalistes et la désillusion mortifiante.

#### **2. Stagnation inefficace/plafonnement**

Le sujet se rend compte que, malgré ses efforts persistants, ses attentes sont loin d'être atteintes. Dans un premier temps, devant le manque de reconnaissance et les exigences constantes de son milieu de travail, il redoublera d'ardeur au dépend de sa vie personnelle. Mais voyant que même ces efforts consentis n'apporteront rien à son épanouissement, on sera devant un désinvestissement progressif et il cherchera à mettre en priorité ses revendications personnelles (contrôle sur les horaires, revenu digne de ses efforts, ...).



### **3. Désillusion, frustration**

L'individu est fatigué et déçu vu que les attentes de son milieu de travail sont démesurées et que la reconnaissance se fait toujours attendre. Il devient donc cynique, irritable, remet souvent en question son choix de carrière et n'éprouve plus aucune envie de travailler vu que la relation d'aide est contraire à ce qu'il espérait. Il commence à considérer une mutation vers de meilleurs milieux, voire une reconversion.

Cette période de frustration coïncide avec le début de consommation, chez certains sujets, de substances stimulantes afin de garder leur entrain durant la journée, et des somnifères pour pouvoir s'endormir.

### **4. Apathie, démoralisation**

Survient enfin la démoralisation. Le candidat au burnout, exténué, perd tout intérêt à son travail et à son entourage. Toutes ses réserves internes sont épuisées et il ne lui reste qu'un sentiment pesant de découragement. Il n'endure alors son travail que pour des raisons économiques, ce qui contribue encore plus à son mal-être et à sa dévalorisation de soi.

Comme conséquence, il cherche à éviter comme il peut les conflits et les relations humaines, et se protège de toute situation potentiellement dangereuse pour sa personne quoiqu'il ne passe tout de même pas inaperçu.

## **IV. Présentations cliniques :**

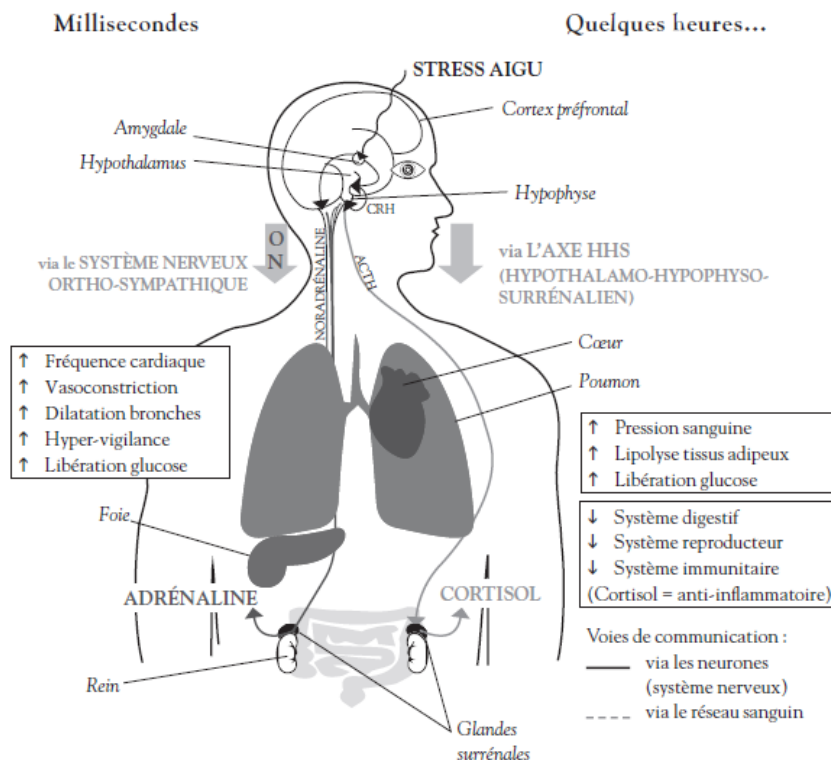
### **1. Stress :**

Les manifestations cliniques du stress varient en fonction de la phase où en est le sujet. Nous ferons la distinction entre :

#### **1.1. Phase d'alerte : (17)**

Sous l'effet du cortisol et de l'adrénaline, une réaction extrêmement rapide se déclenche et sera à l'origine de plusieurs manifestations cliniques, à savoir : tachycardie, élévation de la pression artérielle, broncho dilatation (afin de permettre une hyperventilation), mydriase...

En parallèle, toutes les fonctions non considérées vitales seront mises au ralenti. C'est le cas des fonctions digestives, de reproductions et immunitaires.



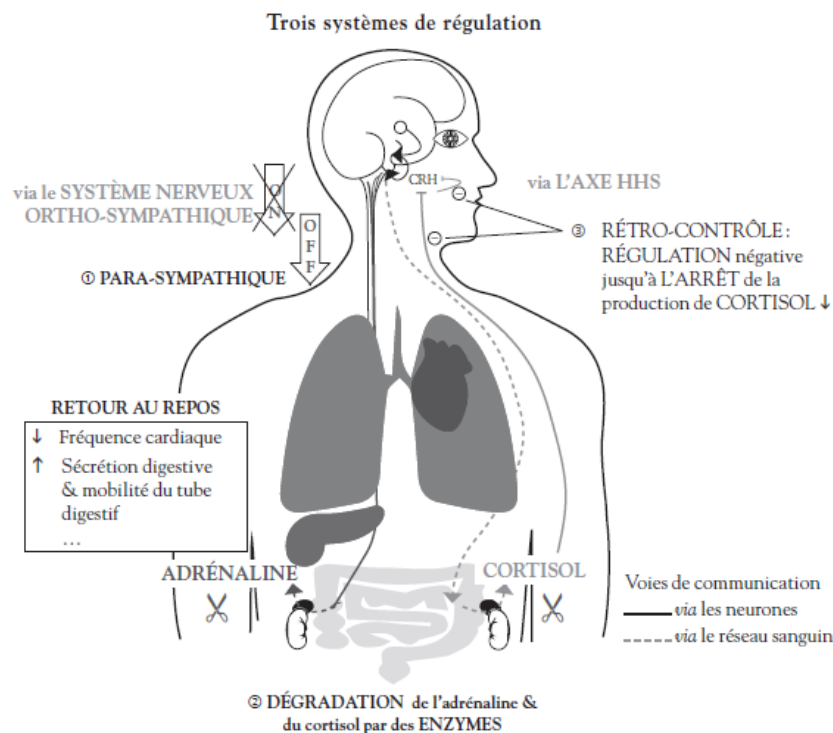
**Figure 33 : Intervenants dans la phase d'alerte du stress**

**1.2. Phase d'équilibre :** (17)

Cette phase est marquée par l'intervention du système parasympathique qui joue un rôle de frein envers le système sympathique. En résultent une bradycardie, une augmentation des sécrétions digestives, un myosis...

Un deuxième système est déclenché par la dégradation, via des enzymes spécifiques, du cortisol et de l'adrénaline afin qu'ils ne puissent plus agir comme messagers d'alerte.

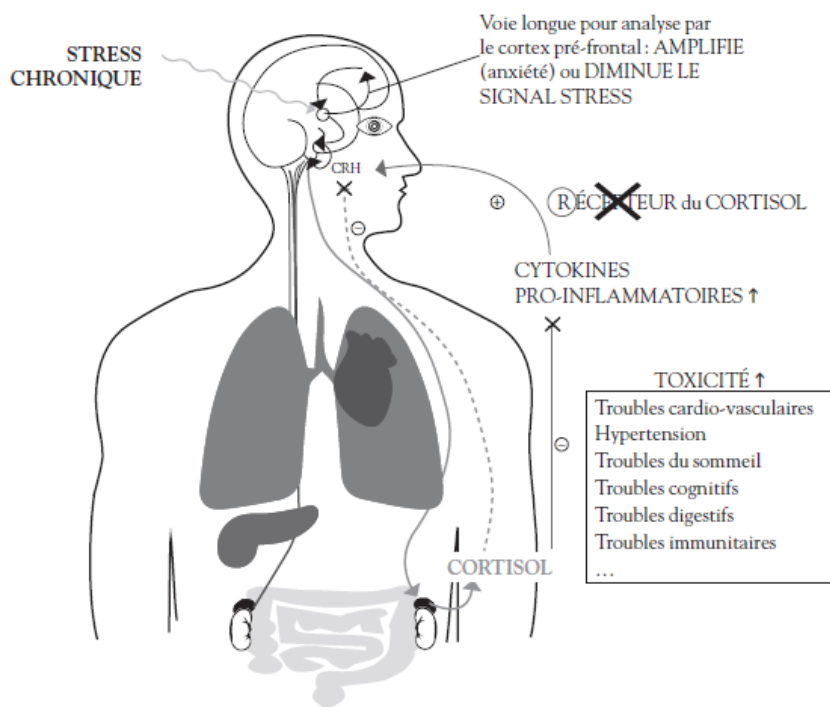
Le troisième système est celui du rétrocontrôle négatif de la production de cortisol.



**Figure 34 : Phase d'équilibre du stress**

**1.3. Stress chronique :** (17)

Le stress chronique induit de sérieuses perturbations du taux de cortisol et un phénomène inflammatoire. Seulement, le cortisol ne peut être considéré comme exclusif au burnout. Bien que des études aient démontré des taux élevés de cortisol chez les sujets ayant un burnout sévère, cette hausse peut être inculquée à d'autres étiologies organiques. Vient là l'intérêt d'une approche bio-psycho-comportementale.



**Figure 35 : Phase d'épuisement**

## 2. **Burnout :**

Les manifestations cliniques du burnout sont d'intensité variable et s'installent de façon insidieuse, avec coupure vis-à-vis de l'état antérieur. (18) On distingue des symptômes:

- **Emotionnels** : anxiété, myalgies diffuses, humeur sombre et manque d'entrain, irritabilité, hypersensibilité, anhédonie, ...
- **Comportementaux ou interpersonnels** : repli sur soi, attitude agressive voire violente, isolement des autres, perte de l'empathie, hostilité, addictions, évitement, absentéisme, négligence hygiénique et vestimentaire, ...
- **Motivationnels** : désengagement, démotivation, négligence progressive de l'éthique du travail, remise en cause de ses propres compétences, ...
- **Cognitifs** : troubles d'attention, de mémoire, de concentration, ou de jugement avec une nette répercussion sur le rendement professionnel. Le soignant craint alors de faillir à

l'adage : « Primum non nocere » (Ne pas nuire, avant tout) qui est le premier principe enseigné aux soignants au début de leur parcours.

- **Physiques non spécifiques** : asthénie, troubles du sommeil (toutes phases confondues), manifestations musculo-squelettiques (lombalgies, cervicalgies, etc.), céphalées, vertiges, crampes, anorexie, troubles digestifs.

### **3. Mécanismes de défense (Coping mechanisms) :**

Afin de faire face à tous ces poids qui l'accablent, le sujet met en œuvre des mécanismes de défense que l'on peut répartir comme suit :

- **Rigidité et résistance au changement** : avec développement d'attitudes négatives ou pessimistes.
- **Pseudo-activisme** : le sujet passe le plus clair de son temps au travail pour compenser le manque de performance, et ce dans l'unique but de maintenir sa position et d'éviter une relégation ou encore un licenciement.
- **Evitement, fuite du travail** : se manifeste par un souhait de changement de poste, de mutation, ou par un absentéisme répété et progressif.
- **Présentéisme paradoxal** : Présente des similitudes avec le pseudo-activisme, sauf que là, le sujet feint la performance en restant sur les lieux du travail sans pourtant rien faire.

## **V. Facteurs associés au burnout :**

### **1. Facteurs individuels :**

#### **1.1. Facteurs démographiques :**

##### **a. Genre :**

La corrélation entre le genre et le burnout est controversée dans la littérature. Dans notre série, il a été démontré que les sujets de sexe masculin avaient des taux pathologiques de dépersonnalisation, ce qui correspondait à l'étude de S. Butera et al. réalisée auprès d'infirmiers exerçant aux urgences en 2021 (19), à celle de A. Bounsir et al. (20) et à celle de Alqahtani et al. (21).

Certains auteurs, par contre, n'ont pas trouvé de différence statistiquement significative entre les deux sexes (22) (23) (24)

Selon Maslach, il y aurait une tendance chez les femmes à avoir des niveaux élevés d'EE et les hommes de DP, et avance que cela serait expliquée par le fait que les hommes auraient été conditionnés à avoir une attitude plus instrumentale et les femmes à être plus émotionnelles et empathiques. (25)

##### **b. Âge :**

Les données concernant l'âge sont également controversées. Dans notre étude, les soignants moins âgés étaient plus exposés au burnout avec des niveaux pathologiques d'accomplissement personnel.

Alors que plusieurs auteurs (23), (26), (22) n'ont trouvé aucune association avec l'âge, Jalili et al (27) a noté que le jeune âge était associé à des niveaux pathologiques de DP. Ces résultats concordent avec ceux de Toker et al (28) qui déclarent que les sujets jeunes avaient des taux élevés de DP et d'EE.

*c. Statut marital :*

Notre étude n'a pas retrouvé de lien significatif entre le burnout et le statut marital.

Il a été démontré dans la littérature que les sujets célibataires ou divorcés étaient plus à même à avoir de faibles niveaux d'accomplissement personnel et ceux qui étaient mariés avaient plus d'EE. (29)

Le facteur protecteur serait la stabilité de la situation familiale plutôt que le statut marital en lui-même.

Dans notre série, aucun lien statistiquement significatif n'a été trouvé entre le burnout et le fait d'avoir ou non des enfants, chose qui correspond à l'étude de Malaquin et al. (30)

*d. Loisirs :*

Dans notre étude, le fait d'avoir des loisirs était corrélé à de plus faibles niveaux de stress et de burnout sévère. Ce serait donc un facteur protecteur de burnout. (30)

Les soignants feraient de leurs loisirs, peu importe leur nature, une échappatoire qui les aiderait à affronter leurs difficultés.

*e. Addictions :*

Parmi les soignants consommateurs de cannabis dans notre étude, 30% avaient des niveaux élevés d'épuisement émotionnel avec un lien significatif ( $p=0,03$ ). Aucun lien significatif n'a été trouvé pour les autres substances.

Alqahtani et al (21) ont constaté que les sujets fumeurs présentaient un risque significativement plus élevé d'épuisement professionnel que les non-fumeurs.

Une corrélation entre la consommation d'alcool et le burnout a été prouvée dans la littérature (31). La consommation d'alcool et de tabac pourrait être un comportement d'échappement du travail ainsi que de recherche d'un plaisir non atteint dans leur milieu professionnel.

Une corrélation a été rapportée entre la consommation de substances psychotiques et le burnout (32), ou encore entre le cannabis et la dépersonnalisation (33). Ceci serait un moyen pour le sujet de s'anesthésier et d'alléger sa souffrance.

### **1.2. Facteurs liés à la personnalité :**

Vu les discordances entre les corrélations liées à l'âge, au genre, ou au statut marital entre autres, plusieurs recherches se sont orientées vers les facteurs liés à la personnalité du candidat au burnout. Selon le modèle transactionnel de Lazarus et Folkman (15), les caractéristiques individuelles joueraient un rôle primordial dans la nature de leur réaction face au stress.

La perception de l'élément stressant (réalisation d'une tâche supplémentaire, changement des horaires ou de l'organisation du travail, etc.) varie d'un individu à l'autre. Alors que certains sont dotés de capacités d'adaptation efficaces face aux crises répétées, d'autres perdent leurs moyens devant la menace.

Nous pouvons individualiser plusieurs traits de personnalité qui influent sur le burnout, dont le plus important serait le *perfectionnisme*. Il fait référence à un amalgame de standards qui ont tendance à être très élevés vu la peur de l'erreur et une autocritique très prononcée (34). La personne perfectionniste porte souvent un œil critique à ses actes, voit d'une ampleur exagérée ses expériences négatives, rumine sur ses échecs antérieurs et a un besoin accru de validation (35).

Le trait de personnalité qui rivalise en importance avec le perfectionnisme est le *névrosisme* (ou neuroticisme). Il s'agit d'une tendance persistante à vivre des expériences et des émotions de façon pénible. L'implication de ce trait dans le burnout revient au fait que ces sujets recourent à des méthodes de régulation émotionnelle souvent inadaptées (blâme de soi). Tout ceci contribue à cette fragilité émotionnelle que développe l'individu en situation de stress (36).

Vient ensuite l'*alexithymie*, qui désigne la difficulté qu'a le sujet à reconnaître et à distinguer ses émotions, à verbaliser ses émotions, et un mode de pensée rigidifié sur les aspects



de son existence. Les personnes ayant ce trait de personnalité peinent à identifier leurs limites et à solliciter de l'aide ou du support auprès d'autrui (37).

Le *locus de contrôle externe* : les personnes ayant ce trait ont recours à des mécanismes d'adaptation (coping) inappropriées. Ils pensent n'avoir aucune emprise sur les situations qu'ils rencontrent car ils les perçoivent comme liées à des facteurs extérieurs. Ceci provoque chez eux un sentiment d'impuissance puis de désespoir. A l'opposé, les personnes ayant un locus interne sont convaincues que les événements sont le produit de leurs comportements.

D'autre part, un type de personnalité dit « **Hardiness** » serait protecteur contre le burnout vu qu'il confère à l'individu une certaine endurance psychique. Les personnes hardies sont reconnaissables par 3 caractéristiques générales : la ferme conviction qu'elles peuvent contrôler ou influencer sur les différents événements, l'aptitude à être impliqués et engagés dans tous les aspects de leur vie, la perception du changement comme un challenge qu'ils prennent plaisir à relever (38).

Ces traits se seraient développés chez les soignants des urgences par rapport à la population générale (39) (40), leur conférant une plus grande tolérance vis-à-vis du stress et du burnout, si ce n'est l'intervention d'autres facteurs interindividuels et professionnels.

Sur le plan individuel, l'intérêt s'est également porté sur l'attitude et les attentes des individus lorsqu'elles se heurtent à la réalité de travail (41).

### **1.3. Facteurs génétiques :**

Les recherches qui intéressaient les facteurs individuels ont essentiellement ciblé la personnalité du candidat au burnout. Ceci n'a pas empêché l'émergence d'études liées aux facteurs génétiques, et plus précisément à l'influence des facteurs génétiques sur la survenue du burnout chez des jumeaux, qui a été effectivement prouvée (42).

Les résultats retrouvés n'étaient pas surprenants, d'autant plus que plusieurs études ont prouvé l'influence des gènes sur la survenue de troubles psychologiques tels les troubles anxieux ou dépressifs.

#### **1.4. Facteurs culturels :**

Hofstede (1980) définit la culture comme "la programmation collective de l'esprit humain qui distingue les membres d'un groupe humain de ceux d'un autre". Elle repose sur des comportements normatifs, des règles, des attitudes et des valeurs, des croyances, des sentiments, des modèles de pensée, des coutumes, des symboles et des attentes en matière de rôles au travail, à la maison et dans d'autres secteurs de la société.

L'incrimination de ces facteurs dans la genèse du stress et du burnout n'a que récemment suscité l'intérêt de plusieurs chercheurs. Plusieurs études faites dans ces sens ont corrélié la culture à l'épuisement émotionnel (43,44) car elle influait sur la réponse de l'individu face aux éléments stressants,

Il a été établi que les différences culturelles entre plusieurs pays avaient un impact plus prononcé que celles entre les différentes régions d'un même pays. (45) Les individus sont susceptibles de s'identifier fortement aux "traits de caractère nationaux dominants" découlant de leur nationalité commune.

## **2. Facteurs professionnels :**

### **2.1. Charge de travail :**

Quand elle est importante, c'est un facteur indéniable de burnout. Afin de répondre aux exigences du milieu professionnel en termes de productivité, les sujets sont soumis à la pression du temps et s'efforcent de travailler plus rapidement, en réduisant leur temps de pause légitime. (46)

La charge de travail peut aussi bien être :

- Quantitative : lorsqu'il y a inadéquation entre la charge attendue de travail (nombre important de patients (47), effectif réduit,...) et le temps à disposition du sujet pour le réaliser (48). Dans notre étude, une corrélation a été retrouvée dans ce sens, autant pour le stress que pour le burnout sévère.

- Qualitative : liée à la perception propre de la personne à ne pas pouvoir réaliser son travail efficacement sous la contrainte d'éléments organisationnels ou dans sa relation avec autrui.

**2.2. L'ancienneté ou le nombre d'années d'exercice :**

Les résultats rapportés par la littérature ont montré une grande discordance à ce niveau. Selon plusieurs auteurs, les soignants exerçant depuis moins de 5 ans ou plus de 15 ans étaient moins satisfaits de leur travail et avaient des niveaux plus élevés de burnout. (47) (49) (21) Mais d'autres auteurs n'ont pas trouvé de lien significatif (26) (27), ce qui était également le cas de notre étude.

**2.3. Absence d'autonomie :**

L'exclusion des soignants de la participation à la prise de décisions et à la prise en charge des patients est un élément à prendre en compte. D'anciennes études n'avaient pas trouvé de lien entre l'absence d'autonomie et le burnout (50) , mais de plus en plus d'auteurs s'y intéressant ont démontré qu'une faible latitude de décision engendre un burnout (46). D'autre part, lorsque le sujet est interrompu alors qu'il est occupé avec une tâche quelconque, il lui faudra beaucoup plus d'efforts pour y replonger. Les sollicitations extérieures et cet effort répété entraînent une surcharge psychique qui entraînera un burnout.

**2.4. Particularité des urgences :**

Selon une étude réalisée auprès des infirmiers du CHU Mohamed VI de Marrakech, les infirmiers exerçant aux urgences étaient qui souffraient le plus de burnout (51). Selon une autre étude d'Adriaenssens et al, qui a effectué une revue de la littérature sur 17 articles, les taux de burnout étaient plus élevés chez les infirmiers exerçant aux urgences. Cela s'explique par les exigences du travail, l'absence de soutien social et l'exposition à des événements traumatiques. (52)

### **3. Facteurs interindividuels :**

Il est improbable que deux sujets se ressemblent en tous points. Chaque individu est une entité complexe ; fruit de ses expériences antérieures, des connaissances et des principes qu'on lui a inculqué, mais il est également façonné par son interaction avec le monde extérieur, d'où l'intérêt de l'étude des relations interindividuelles et leur rapport au burnout.

#### **3.1. Relations au travail :**

La présence de désaccords et de conflits entre infirmiers et médecins a, selon la littérature, prouvé son rôle dans l'installation du burnout (53). Il est également lié à l'insatisfaction de la relation envers collègues et supérieurs exerçant la même fonction (54).

Ces mauvaises relations feraient naître chez les soignants un sentiment d'esseulement et de marginalisation, vu qu'ils n'ont aucun moyen d'exprimer leur frustration ou de communiquer convenablement avec leurs supérieurs (55).

#### **3.2. Violences vécues au travail :**

La violence au travail a longtemps été considérée comme un problème de santé public majeur, et ce dès 1996 par l'assemblée mondiale de la santé. Cette dernière, ainsi que plusieurs auteurs, ont attiré l'attention sur ces personnes qui étaient insultées et humiliées publiquement, qui recevaient des remarques offensantes, sexistes ou dégradantes, ou qui recevaient des menaces verbales (56).

La violence au sein des structures sanitaires augmente en intensité et en gravité. Il a été rapporté, dans la littérature, que les personnels soignants étaient ceux qui souffraient le plus de violence et d'agressions par rapport aux autres professions (57), aussi bien de la part des patients et de leurs accompagnants que par leurs collègues ou supérieurs hiérarchiques (58).

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) divise la violence liée au travail en violence :

- Physique : le fait de battre, frapper, pousser, donner des coups de pied, mordre, pincer voire poignarder,...etc.

- Psychologique : violence verbale, brimades, humiliations publiques, profération de menaces, etc. (59).

Une enquête a montré que la prévalence de la violence au travail chez les médecins d'urgence au Maroc était de 70 % (60).

### **3.3. Autour de la reconnaissance :**

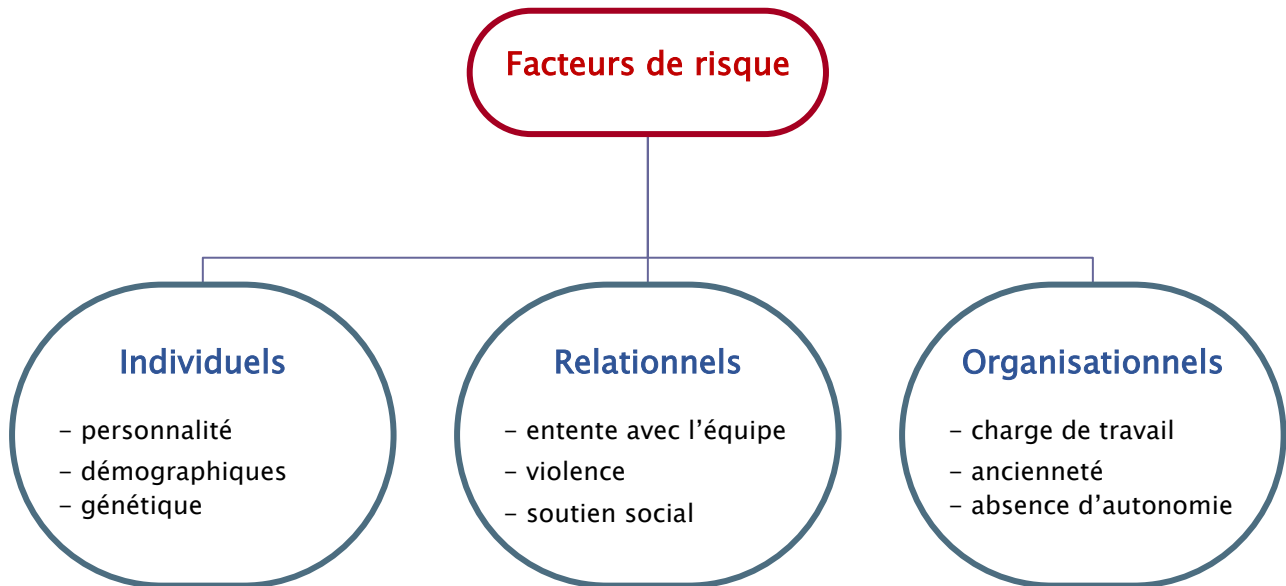
L'une des principales sources de souffrance est la perception d'un manque de reconnaissance et de soutien de la hiérarchie (61)

Plus les infirmiers ressentaient un manque de considération des patients, plus le degré de burnout était élevé sur les trois dimensions de manière significative.

### **3.4. Soutien social :**

Les soignants déplorent l'absence de soutien à l'égard de leurs besoins d'avoir des conditions de travail satisfaisantes, le manque de transparence envers les projets de réorganisation et de réaménagement, mais aussi leur non implication dans la prise de décisions relatives à leur travail.

Le soutien social joue un rôle clé dans la réduction du risque de burnout. L'une des choses dont se plaignent les soignants est la fragilité des relations confraternelles, et le fait de se retrouver seuls à affronter leurs problèmes professionnels (61).



**Figure 36 : Récapitulatif des facteurs de risque favorisant le burnout**

## **VI. Conséquences du burnout :**

### **1. Individuelles :**

#### **1.1. Altérations cognitives :**

Bien qu'il soit largement admis que le burnout affecte négativement la fonction cognitive, peu d'études ont examiné cette relation avec précision.

Les résultats suggèrent que le burnout est associé à des troubles cognitifs spécifiques. Il s'agirait du déclin de trois fonctions cognitives majeures : Fonction exécutive, attention et mémoire (62). Ces résultats ont des implications claires, en particulier pour les professions connues pour des charges de travail et des exigences cognitives élevées, comme est le cas des professions de santé.

#### **1.2. La santé physique**

Les effets du stress chronique sur le corps sont bien documentés, avec une détérioration importante de la santé physique. Les sujets en burnout rapportent des plaintes somatiques : troubles de l'appétit, lombalgies, céphalées, troubles digestifs ou encore respiratoires.

Des études réalisées sur de larges échantillons d'employés ont prouvé que le burnout – d'autant plus s'il est sévère– était derrière le développement de diverses pathologies, entre insomnie, troubles musculo-squelettiques chez les femmes, troubles cardio-vasculaires chez la gent masculine. Ces pathologies sont toutes liées aux trois dimensions du burnout à part égale (63).

### **1.3. La santé mentale :**

La santé mentale se détériore de diverses manières. Il y a, au début, une insatisfaction au travail, puis dans la vie. Mais c'est le sentiment de bonheur qui s'altère le plus, ce n'est donc pas étonnant que des troubles dépressifs s'installent en conséquence au burnout. En effet, une étude étendue sur 7 ans a démontré que le burnout était un facteur prédictif et unilatéral de l'apparition de dépression (64).

D'autre part, une étude a montré que le burnout était lié à certains comportements addictifs (cannabis, alcool, drogues ou jeux d'argent entre autres) qui, à leur tour, généraient plusieurs comportements nocifs (65).

Outre ces tentatives d'évitement psychologique, le burnout est également associé à une volonté de fuir tout court et pour de bon. Le burnout augmenterait donc non seulement les idéations suicidaires, mais également les tentatives de suicide (66).

## **2. Relationnelles :**

### **2.1. Les relations sociales :**

Le burnout entache les relations du soignant avec son entourage. Au bout du gouffre, le sujet a plus de difficultés à garder son calme, sa patience est usée, il devient plus exigeant et porte un regard inquisiteur aux décisions thérapeutiques de son équipe.

En conséquence, il s'isole de ses collègues alors qu'il devrait se rapprocher d'eux pour bénéficier de l'aide dont il a besoin (67).

Souvent, les aidants ont besoin d'une reconnaissance de leur statut et de la souffrance qui le ronge. Ceci éviterait leur isolement, la pénibilité de leur souffrance mais contribuerait également à l'instauration de mesures efficaces pour l'aider à dépasser cet état.

D'autre part, le fait d'être victime de brimades fera que ce soignant tournera toute la violence qu'il a reçue vers son entourage proche, à savoir ses collègues, ses patients et sa famille.

Ils deviennent bien plus agressifs à l'égard de leur entourage, passent moins de temps avec leur famille et sont moins impliqués dans la vie familiale. Une insatisfaction au mariage s'ensuit souvent, suivie de divorce en cas de non résolution des conflits (68).

## **2.2. Impact sur les patients :**

En temps normal, les règles générales d'éthique régissent la relation soignant-soigné. Seulement, le burnout de l'aidant est grandement impliqué dans les comportements délétères vis-à-vis des patients. Ceci se voit d'autant plus chez les soignants qui ont des niveaux pathologiques de dépersonnalisation.

Une difficulté importante vient aussi du risque d'enclenchement d'une chaîne de la violence. Des comportements violents (tant psychologiques, verbaux que physiques) émanant des soignants entraînent des sentiments de honte ou de culpabilité. De par leur intensité, ses sentiments s'ajoutent au fardeau émotionnel du soignant, et augmentent les niveaux de burnout. Le soignant se retrouve donc dans un cercle vicieux dont il semble impossible de sortir.

D'autre part, la perception de la violence diffère chez chaque personne. Elle peut penser qu'elle n'a pas de comportement abusif même si tout l'indique. Ces comportements de négligence peuvent aller d'une omission de besoins basiques des patients, jusqu'à la violence physique ou psychologique (insultes ou dénigrement).

Une fois que le soignant prend conscience de ces conduites, il aura souvent honte d'en parler aux autres, de peur d'être jugé, humilié ou de ne pas recevoir l'aide convenable.



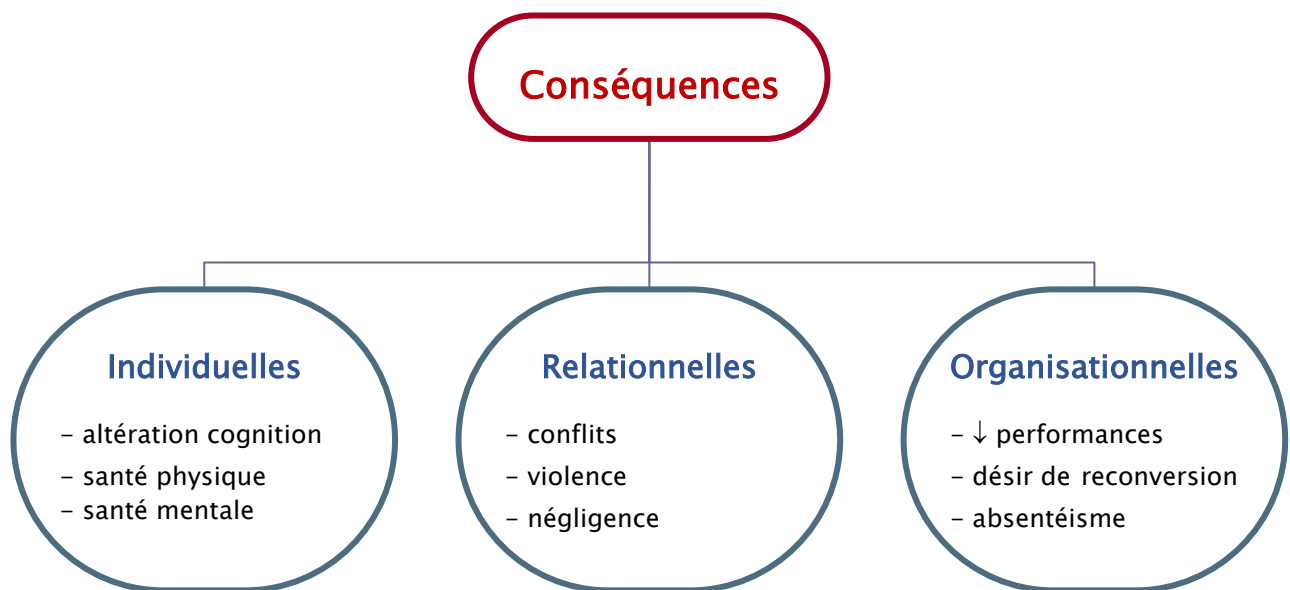
### **3. Organisationnelles :**

#### **3.1. Performances au travail :**

Ces troubles cognitifs expliqueraient l'impact de l'épuisement professionnel sur la réduction de la performance au travail (58).

#### **3.2. Désir de reconversion :**

Un grand nombre d'études se sont intéressées au désir de reconversion, vu que les taux de soignants ayant changé de métier ont connu une hausse sans précédent lors des dernières années. Une revue de la littérature a analysé ce lien (69), et a révélé des discordances entre le désir de reconversion et son lien avec une ou toutes les dimensions du burnout. Toutefois, toutes ont reconnu ce lien comme une réalité (33).



**Figure 37 : Représentation des conséquences du burnout**

## **VII. Solutions envisagées :**

Le burnout dans le rang des soignants des urgences de notre pays est une réalité dès lors indéniable. Plusieurs protocoles ont été élaborés afin de prévenir et de contrecarrer le burnout, leurs résultats pouvant être généralisés sur l'ensemble des soignants.

### **1. Solutions préventives :**

Il est désormais évident que ce sont avant tout des facteurs organisationnels, interpersonnels et individuels qui interviennent dans la genèse du burnout. C'est donc à ce niveau-là qu'il faut agir si l'on veut prévenir efficacement le burnout. Alors que l'approche de certains programmes de prévention se porte sur la correction des facteurs organisationnels, d'autres se concentrent sur les individus. Ces derniers, dans leur quête d'identité, s'adaptent du mieux qu'ils peuvent aux changements (coping mechanisms) et utilisent leurs ressources internes pour se relaxer ou se frayer un chemin dans leur vie professionnelle.

#### **1.1. Sur le plan individuel :**

##### **a. La relaxation :**

Nul n'ignore l'adage « *Mens sana in corpore sano* » extraite de la dixième satire de Juvenal, et qu'on peut traduire en « un esprit sain dans un corps sain ». En effet, l'esprit et le corps ont des répercussions mutuelles. Nombre de personnes vivent en tant qu'esprit et oublient qu'elles ont un corps qui a souvent besoin de dépassement. Ils ne le réalisent que lorsqu'ils sont en souffrance.

Le burnout vient en réponse à un stress chronique, et la relaxation est la réponse physiologique antagoniste au stress. Elle permet de se tourner vers soi-même, chose qui est rarement possible au cours des journées pénibles de travail.

Le fait de se relaxer permettra de gagner assez de ressources pour pratiquer l'activité de soins dans des conditions optimales. On ne peut traiter un patient alors qu'on est sur le point de s'éteindre, comme on ne peut irriguer un jardin si notre arrosoir est vide.

*b. Hygiène de vie :*

L'hygiène de vie chez les soignants laisse à désirer, au vu des longues heures de travail, de la perturbation des cycles de sommeil alternés, de la sédentarité et des mauvais choix alimentaires. Ceci a des retombées négatives sur leur santé physique et mentale.

Le département de neurochirurgie de l'université de Caroline du Sud a implémenté un programme nommé RED (Resident Exercise and Dietetary). Sur une période de trois mois, ils ont recruté des résidents désireux de se reprendre en main et ont mis à leur disposition un régime alimentaire convenable ainsi que des activités sportives de groupe afin de les motiver à adhérer au programme. A l'issue de l'étude, une amélioration drastique a été remarquée concernant les niveaux de stress et de burnout (70).

*c. Psychothérapie et psychanalyse :*

Le fait de faire une psychothérapie ou une psychanalyse peut permettre au soignant de reconnaître le burn out. A travers un bilan psychique et comportemental poussé, à des rythmes convenables, il sera possible de cibler les soignants dont le profil les rend vulnérables au burnout et de les aider à anticiper une réponse adaptée (ressourcement, développement personnel, stratégies d'adaptation).

*d. L'assistance téléphonique :*

La mise en place d'un service téléphonique anonyme et gratuit en vue d'offrir un accompagnement et un soutien psychologique aux soignants a fait ses preuves dans plusieurs pays. Prenons l'exemple de la France qui a instauré en 2005 un service d'aide géré par des psychologues cliniciens qui orientent les soignants en cas de besoin vers un psychologue proche de leur domicile, vu qu'aucune psychothérapie ne peut être débutée par téléphone.

L'assistance, opérationnelle 24 heures sur 24, permet aux soignants en souffrance de trouver des moyens de faire face à leurs problèmes.

*e. Sur le plan collectif*

*e.1. La formation médicale continue :*

L'intégration des médecins dans une formation médicale continue aide à garder leurs connaissances à jour. Ceci est d'ailleurs le cas en Amérique, par exemple, où une journée par semaine, dite de didactique, est consacrée à l'enseignement théorique ou pratique de notions dont les résidents auront besoin durant leur cursus.

L'acquisition ou l'actualisation de connaissances peut augmenter le sentiment d'accomplissement personnel, sans oublier le fait que l'apprentissage est une nécessité dans le secteur des soins, vu que la médecine évolue en permanence. Manquer de connaissances et perdre ses moyens devant un patient peut être à l'origine de stress.

*e.2. Les groupes de pairs*

C'est une méthode de formation à travers laquelle les soignants analysent leur pratique et la confrontent à celle de leurs confrères et aux dernières recommandations.

L'objectif de ces échanges est d'améliorer la qualité de soins, de rompre l'isolement des soignants et de les réassurer dans leurs compétences, les protégeant ainsi contre le burn out.

*e.3. Les groupes Balint :*

Introduits en Angleterre par Michael Balint (médecin, psychologue et psychanalyste hongrois), ce sont des groupes d'une quinzaine de participants animés par un psychiatre, psychanalyste ou un psychothérapeute et par un médecin.

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

au cours de leur travail, comme les cancers, les démences, les soins palliatifs, les affections psychiatriques

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

*f. Sur le plan organisationnel*

*f.1. L'organisation du travail :*

L'organisation du travail a un impact notable dans la lutte contre le burn out. Plus que l'individu, elle concerne l'ensemble des soignants. Elle peut se faire au niveau des systèmes de garde de nuit, un meilleur équilibre des plannings de garde, ou l'introduction de systèmes de rémunération.

*f.2. Lutte contre la violence :*

Les données probantes provenant de diverses régions du monde soulignent le rôle primordial de formations liées à la violence. Ces dernières ont permis de réduire l'impact et la fréquence des actes de violence, et d'améliorer les interactions entre les patients et les soignants. (71)

Ces formations de quatre heures sur la désescalade de la violence étaient axées sur quatre modules :

- Compréhension de la violence et du stress.
- Escalade et désescalade de la violence (comprend les techniques de désescalade des comportements agressifs à l'aide de techniques verbales et non verbales).
- Gestion des états de stress post-traumatique.
- Protocoles de communication avec les patients (comprend les techniques d'écoute active, de communication empathique, et les moyens pour annoncer de mauvaises nouvelles dans des situations potentiellement violentes).

## **2. Solutions thérapeutiques :**

### **2.1. Reconnaissance du problème :**

Malgré l'influence et les retombées négatives du burnout, il est réversible si des mesures thérapeutiques adaptées sont mises en place. Toutefois, avant de penser à traiter le burnout, il faut tout d'abord reconnaître son existence.

L'aveu de l'épuisement est souvent perçu comme une faiblesse de la part de la société mais aussi des soignants. Ne voulant pas ternir l'image qu'on leur donne d'eux-mêmes, qui est celle d'individus puissants qui ne croulent devant aucun obstacle, ils endurent la souffrance longtemps avant d'admettre, enfin, qu'ils ont besoin d'aide.

### **2.2. Répondre au besoin de reconnaissance des compétences**

- Favoriser le partage des différentes approches et des connaissances de façon pluridisciplinaire.
- Faciliter le développement de la recherche scientifique afin de développer des protocoles pertinents.
- Reconnaître le besoin d'équilibre entre vies personnelle et professionnelle, et augmenter l'influence des soignants sur leurs horaires et plannings de travail.

### **2.3. Prévenir les troubles psychologiques**

- Favoriser le soutien psychologique des soignants.
- Promouvoir une meilleure communication et passation de consignes entre paramédicaux et médecins en vue de réduire le risque d'erreur.
- Développer le tutorat pour accueillir et sécuriser les nouvelles recrues et valoriser la compétence et l'expérience des plus anciens.
- Concevoir une architecture valorisant les besoins réels des soignants (espace calme de discussions, préparation non interrompue des soins et rangements minimisant la perte de temps).

- Concevoir des logiciels facilitant la planification des soins pour des malades pris en charge simultanément par le même soignant.

**2.4. Réduire les troubles musculo-squelettiques**

- Réduction des contraintes physiques du travail: siège assis-debout dans les postes, et rangements à hauteur confortable.

**2.5. Concilier vie professionnelle-vie personnelle**

- Modifier les horaires incompatibles avec la vie personnelle.
- Aide au transport ou à la garde d'enfants pour réduire le stress.
- Faciliter une alimentation équilibrée et la pratique sportive. Ceci permettra aux soignants d'être crédibles au cours de l'éducation thérapeutique, ayant eux-mêmes une bonne hygiène de vie.

**2.6. Arrêt de travail :**

- Selon la Haute Autorité de Santé (HAS) (72), un arrêt de travail s'avère souvent nécessaire, et il reviendra au médecin de travail de déterminer sa durée selon le degré du burnout et le contexte socioprofessionnel.
- Au cours de cet arrêt, le sujet bénéficiera d'une prise en charge non médicamenteuse axée sur une prise en charge par un psychologue formé à cet effet.

**2.7. Préparer le retour au travail :**

Tout retour au travail doit être anticipé et préparé à l'avance. Pour ce faire, une visite de pré-reprise, avec un médecin de travail, est recommandée. Cette visite, pouvant être répétée à souhait, est essentielle à l'accompagnement de l'individu et à une réinsertion socioprofessionnelle adéquate, essentiellement pour les arrêts dépassant 3 mois.

À l'issue de cette visite, le médecin de travail pourra suggérer des adaptations du poste occupé, un reclassement ou encore des formations utiles au sujet.



---

**LIMITES ET FORCES  
DE L'ETUDE**





## **1. Limites de l'étude :**

- Le recueil de données s'est fait à l'aide d'un questionnaire en ligne, ceci a pu biaiser certains résultats. Le répondant au questionnaire, livré à lui-même peut avoir mal compris ou mal interprété quelques questions, ceci aurait pu modifier la prévalence du burnout. Nous avons essayé d'y remédier en mettant, entre parenthèses, le synonyme des termes qui pouvaient sembler difficiles à comprendre.
- L'utilisation du questionnaire en ligne peut remettre en question la validité des réponses. Il est tout à fait possible qu'une personne atteinte de burnout, dans le déni de sa peine, pourrait ne pas vouloir adhérer à l'étude ou remplir le questionnaire de manière incorrecte.
- Notre enquête a été réalisée de mars à juin 2022. La charge de travail étant en principe plus importante en hiver, cette cause temporelle pourrait être derrière une surestimation du burnout. Une étude longitudinale nous aurait permis de suivre l'évolution du burnout.
- Notre étude a permis d'évaluer le burnout et de faire des suppositions sur les facteurs favorisants. Mais vu qu'elle était transversale, nous n'avons soulevé que les corrélations existantes au moment de l'étude sans établir un lien de cause à effet. Il est donc impossible de préciser si les paramètres associés sont les causes ou les conséquences du burnout.
- La participation des internes pourrait biaiser les résultats. En effet, l'absence de sécurité psychologique et financière pourrait influencer négativement sur les réponses des participants.

## **2. Forces de l'étude:**

- Notre étude a suscité un vif intérêt de la part des participants. Beaucoup nous ont fait part de leur souhait à voir l'aboutissement de ce travail et de voir des mesures concrètes qui pourraient les aider à combattre ce fléau.

- Les questionnaires sur Google Forms ont été remplis en totalité vu que les réponses étaient obligatoires. Toutes les données collectées à ce niveau ont donc pu être exploitées.
- L'utilisation de Google Forms a également permis de garantir l'anonymat des réponses, ce qui a mis les participants en confiance et leur a permis de dévoiler leurs craintes.



**CONCLUSION**

Notre étude a montré que le burnout dans le rang des soignants des urgences de notre pays est une réalité désormais indéniable. Le MBI est l'instrument de mesure privilégié pour le mettre en évidence et en explorer les dimensions.

Dans notre étude, 92,5% (n=98) avaient au moins une dimension pathologique, et étaient donc atteints de burnout. Ainsi :

- 39,6% des soignants avaient un niveau élevé d'épuisement émotionnel.
- 50,9% un niveau élevé de dépersonnalisation.
- 69,8% avaient un faible niveau d'accomplissement personnel.

Un burnout sévère a été retrouvé chez 20 soignants, c'est-à-dire 18,7% de notre échantillon.

Les différentes variables corrélées aux dimensions pathologiques du burnout qui ont été prouvées dans notre étude sont : le sexe masculin, l'âge jeune, les niveaux élevés de stress, la consommation de substances addictives, et l'insatisfaction au travail. Les facteurs semblant protéger contre le burnout étaient la pratique de loisirs et le temps passé en famille.

Des mesures préventives et curatives seraient souhaitables afin de réduire les taux d'épuisement professionnel et de garantir une meilleure harmonie au sein des hôpitaux et ainsi garantir une meilleure prise en charge des patients.



## Résumé

### **Introduction:**

L'exercice au sein des services des urgences devient de plus en plus astreignant. Le burnout est la plus fréquente des conséquences qui en découlent et son impact se ressent sur les soignants, les patients et l'ensemble du système de santé.

Notre étude avait pour objectif l'évaluation de la prévalence du burnout chez le personnel des services des urgences de la région Souss Massa, de ses dimensions et de proposer des solutions adaptées.

**Keywords:** Burnout, emergency medicine, healthcare workers, MBI, risk factors, coping mechanisms.

**Matériel et méthodes:** Etude transversale descriptive chez le personnel soignant des urgences de la région Souss-Massa, par auto-administration de questionnaires anonymes. Outre les caractéristiques socio-professionnelles, nous avons adopté comme instruments de mesure l'échelle du stress perçu de Cohen (PSS à 10 items) et le Maslach Burnout Inventory (MBI) explorant les 3 dimensions du burnout. Un niveau pathologique a été défini par un score élevé d'épuisement émotionnel (EE) et de dépersonnalisation (DP), et un faible niveau d'accomplissement personnel (AP). Un burnout sévère associe ces 3 niveaux. L'analyse statistique a été effectuée grâce au logiciel Jamovi.

### **Résultats:**

Un total de 106 soignants (taux de réponse 79.7%) a adhéré à notre étude. La moyenne d'âge était de 26 ans  $\pm$  5 avec une nette prédominance féminine à 63,2%. Les résultats ont montré des taux pathologiques d'EE, de DP et d'AP respectivement chez 39,6%, 50,9% et 69,8%. L'EE était associé à une insatisfaction par rapport à l'effectif de l'équipe de garde ( $p=0.02$ ), à l'exercice dans un service en parallèle aux urgences ( $p=0.02$ ) (particulièrement la réanimation)

ainsi qu'à la consommation de cannabis ( $p=0.03$ ). La DP était retrouvée chez plus d'hommes que de femmes (66.7% des hommes et 41% des femmes;  $p=0.05$ ). Quant à l'AP, un lien significatif a été retrouvé avec l'âge jeune de  $27 \pm 5$  ans ( $p=0.03$ ) et le service d'affectation ( $p=0.05$ ). Aucun lien n'a été retrouvé avec la fonction au sein des urgences ni l'ancienneté ( $p>0.05$ ).

Un score élevé de stress est corrélé à un taux pathologique d'EE ( $p<0.001$ ), d'AP ( $p=0.008$ ) et à un burnout sévère. Ce dernier a été retrouvé chez 18.9% des soignants recensés, lié également à une insatisfaction de l'effectif par rapport à la charge de travail aux urgences ( $p=0.04$ ). Le fait de consacrer du temps à la famille était retrouvé comme un élément protecteur ( $p=0.05$ ) du BO sévère, et la pratique de loisir protégeait contre le stress ( $p=0.004$ ).

**Conclusion:** Bien que le burnout prenne des dimensions de plus en plus alarmantes, en parler est encore tabou. Notre étude a confirmé la présence de burnout chez les soignants de la région Souss-Massa, associé notamment à un stress élevé, à une insatisfaction par rapport à l'effectif, à la consommation de cannabis et à l'exercice dans un service en parallèle aux urgences. La pratique de loisirs et le temps en famille étaient des éléments protecteurs. Il serait judicieux de créer des cellules d'écoute, de recruter plus de soignants et de mettre leur bien-être en priorité pour un fonctionnement optimal de nos services des urgences.

## **Abstract:**

### **Introduction:**

The working environment inside the emergency departments became increasingly demanding. These extreme working conditions are taking a toll on healthcare professionals' health, be it physical or mental. One of the most common consequences is burnout, which has a negative repercussion on caregivers, patients and the entire health system.

Our study aimed to assess the prevalence of burnout among emergency department staff in the Souss Massa region, as well as exploring its main dimensions and suggesting appropriate solutions.

**Keywords:** Burnout, emergency medicine, healthcare workers, MBI, risk factors, coping mechanisms.

**Material and methods:** We led a cross-sectional study among emergency medicine staff in the Souss-Massa region, by distributing anonymous surveys. Aside from the socio-professional characteristics, we used measurement instruments such as Cohen's Perceived Stress Scale (10-items PSS) and the Maslach Burnout Inventory (MBI) which explores the 3 main dimensions of burnout. A pathological level was defined by high scores of emotional exhaustion (EE) and depersonalization (DP), or low levels of personal accomplishment (PA). Severe burnout associates pathological levels in all 3 dimensions.

The statistical analysis was performed using the software Jamovi.

### **Results:**

A total of 106 caregivers (response rate 79.7%) adhered to our study. The average age was 26 years  $\pm$  5 with a female predominance of 63.2%. Results showed pathological rates of EE, DP and PA in 39.6%, 50.9% and 69.8% respectively. EE was associated with dissatisfaction with the shortage of the staff ( $p=0.02$ ), having to cover shifts in other departments ( $p=0.02$ ) (particularly



in the intensive care unit), and cannabis use ( $p=0.03$ ). DP was found in more men than women (66.7% of men and 41% of women;  $p=0.05$ ). As for low PA, a significant link was found with the staff aged  $27 \pm 5$  years ( $p=0.03$ ) and those working simultaneously in other departments ( $p=0.05$ ). No link was found with the status within the emergency department or seniority ( $p>0.05$ ).

High levels of stress were correlated with a pathological rate of EE ( $p<0.001$ ), PA ( $p=0.008$ ) and severe burnout. The latter was found in 18.9% of the healthcare workers who participated in our study. Severe burnout was linked to dissatisfaction with the working conditions in the emergency department ( $p=0.04$ ). Spending time with family was found to be a protective item ( $p=0.05$ ) of severe burnout, and having a leisure activity protected against stress ( $p=0.004$ ).

**Conclusion :** Our study confirmed the presence of burnout among caregivers in the Sous-Massa region, associated in particular with high stress, dissatisfaction with the working conditions, cannabis use and covering shifts in another department while being assigned in the emergency department. Leisure activities and family time were protective elements.

## ملخص

**مقدمة:** أصبح العمل في أقسام الطوارئ يتطلب الكثير من الجهد. ويعتبر الإرهاق والاجهاد المهني من العواقب الأكثر شيوعا التي تترتب عن العمل في هذا الوسط وستشعر تأثيره على الأطباء والمرضى والنظام الصحي برمته.

هدفت دراستنا إلى تقييم مدى انتشار التوتر والإجهاد المهني لدى موظفي قسم الطوارئ بجهة سوس ماسة وتحديد أبعاده، إضافة إلى اقتراح حلول مناسبة.

**الطرق:** قمنا بإنجاز دراسة وصفية وتحليلية لموظفي أقسام الطوارئ بجهة سوس ماسة، من خلال التوزيع الذاتي لاستبيانات. إلى جانب الخصائص الاجتماعية والمهنية، اعتمدنا كأدوات قياس مقياس كوهين للإجهاد المدرك ( PSS المكون من 10 أسئلة) وجرد ماسلاش الذي يدرس عن كثب الأبعاد الثلاثة للإرهاق. تم تعريف المستوى المرضي لدى وجود درجة عالية من الإرهاق العاطفي (EE) وتبدد الشخصية (DP)، ومستوى منخفض من الإنجاز الشخصي (AP). الإرهاق الشديد يجمع هذه المستويات 3. تم إجراء التحليل الإحصائي باستخدام برنامج Jamovi.

### **النتائج:**

انضم ما مجموعه 106 من مهنيي الصحة (معدل الاستجابة 79.7%) إلى دراستنا. كان متوسط العمر 26 سنة ± 5 سنوات مع هيمنة واضحة للإناث بنسبة 63.2%. أظهرت النتائج معدلات مرضية من EE و DP و AP في 39.6% و 50.9% و 69.8% على التوالي. ارتبط EE بعدم الرضا عن حجم الفريق عند الطلب (  $p = 0.02$  ) ، وتمرين قسم الطوارئ المتزامن (  $p =$

(0.02) (خاصة الإنعاش)، واستخدام القنب ( $p = 0.03$ ). تم العثور على DP في الرجال أكثر من النساء (66.7% من الرجال و 41% من النساء;  $p = 0.05$ ). أما بالنسبة للإنجاز الشخصي، فقد وجدت صلة هامة مع صغر سن  $27 \pm 5$  سنوات ( $p = 0.03$ ) ومصلحة التعيين ( $p = 0.05$ ). ولم توجد أي صلة بالوظيفة داخل قسم الطوارئ أو الأقدمية ( $p < 0.05$ ).

ترتبط درجة التوتر العالية بمعدل مرضي من  $AP (p, EE (p < 0.001) = 0.08$  والإرهاق الشديد. تم العثور على هذا الأخير في 18.9% من مقدمي الرعاية الذين شملهم الاستطلاع، ويرتبط أيضا بعدم رضا القوى العاملة عن جدول العمل في غرفة الطوارئ ( $p = 0.04$ ). كان لتكريس الوقت للأسرة دور وقائي ( $p = 0.05$ ) من الإرهاق الشديد، وممارسة الترفيه يحمي من التوتر ( $p = 0.004$ ).

**الخلاصة:** على الرغم من أن الإرهاق يأخذ أبعادا مقلقة بشكل متزايد، إلا أن الحديث عنه لا يزال مدموما. سيكون لإنشاء خلايا استماع وتوظيف المزيد من مهنيي الصحة وتوفير ظروف عمل مناسبة لهم دور كبير في النهوض بقطاع الصحة في بلادنا.



# **ANNEXES**





Oui       Non

Si oui, laquelle ? .....

7) Êtes-vous suivi pour un problème psychique ?

Oui       Non

Si oui, lequel ? .....

### ❖ Données professionnelles

8) Secteur d'activité :

Public       Privé       CNSS

9) Ville d'exercice :

Agadir    Biougra    Inezgane    Ouled Teima    Taroudant       Tata    Tiznit

10) Votre fonction au sein des urgences :

Aide-soignant    Infirmier    Médecin    Interne    Administrateur

11) Nombre d'années d'exercice : ..... ans

12) Horaires de travail aux urgences :

Gardes       Horaire administratif

13) Durée des gardes :

8 heures       12 heures       24 heures

14) Si vous effectuez également des gardes au service, quel est votre service d'affectation actuel ? .....

15) Quel est votre degré de satisfaction par rapport aux situations suivantes :

|   | Très insatisfait | Insatisfait | Neutre | Satisfait | Très satisfait |
|---|------------------|-------------|--------|-----------|----------------|
| Facilité d'accès au matériel nécessaire                     |                  |             |        |           |                |
| Effectif de votre équipe par rapport à la charge de travail |                  |             |        |           |                |
| Qualité de l'organisation du travail aux urgences           |                  |             |        |           |                |

**Maslach Burnout Inventory (MBI)** (Outil de référence pour évaluer le burnout)

A quel point les situations suivantes vous correspondent-elles ?

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

|  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|--|---|---|---|---|---|---|---|
| Je me sens émotionnellement vidé par mon travail   |   |   |   |   |   |   |   |
| Je me sens « à bout » à la fin de ma journée de travail  |   |   |   |   |   |   |   |
| Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail |   |   |   |   |   |   |   |
| Je peux comprendre facilement ce que mes malades ressentent  |   |   |   |   |   |   |   |
| Je sens que je m'occupe de certains malades de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets      |   |   |   |   |   |   |   |
| Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort                       |   |   |   |   |   |   |   |
| Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes malades   |   |   |   |   |   |   |   |
| Je sens que je craque à cause de mon travail   |   |   |   |   |   |   |   |
| J'ai l'impression à travers mon travail d'avoir une influence positive sur les gens                    |   |   |   |   |   |   |   |

**Stress et burnout en médecine d'urgence : enquête auprès du personnel soignant de la région Souss-Massa**

---

|   |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|--|--|
| Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail                   |  |  |  |  |  |  |  |
| Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement                               |  |  |  |  |  |  |  |
| Je me sens plein(e) d'énergie   |  |  |  |  |  |  |  |
| Je me sens frustré(e) par mon travail   |  |  |  |  |  |  |  |
| Je sens que je travaille trop dur dans mon travail                                      |  |  |  |  |  |  |  |
| Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes malades                 |  |  |  |  |  |  |  |
| Travailler au contact direct avec les gens me stresse trop                              |  |  |  |  |  |  |  |
| J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes malades                    |  |  |  |  |  |  |  |
| Je me sens ragaillardi(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes malades       |  |  |  |  |  |  |  |
| J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail                 |  |  |  |  |  |  |  |
| Je me sens au bout du rouleau   |  |  |  |  |  |  |  |
| Dans mon travail je traite les problèmes émotionnels très calmement                     |  |  |  |  |  |  |  |
| J'ai l'impression que mes malades me rendent responsable de certains de leurs problèmes |  |  |  |  |  |  |  |



❖ **Echelle du stress ressenti de Cohen :**

Au cours du dernier mois, combien de fois :

1 : Jamais    2 : Presque jamais    3 : Parfois    4 : Assez souvent    5 : Souvent

|  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|---|---|---|---|---|
| Avez- vous été dérangé (e) par un évènement inattendu  |   |   |   |   |   |
| Vous a t- il semblé difficile de contrôler les choses importantes de votre vie?                        |   |   |   |   |   |
| Vous êtes- vous senti (e) nerveux (se) ou stressé (e)?   |   |   |   |   |   |
| Vous êtes-vous senti(e) confiant(e) à gérer vos problèmes personnels?                                  |   |   |   |   |   |
| Avez- vous senti que les choses allaient comme vous le vouliez?  |   |   |   |   |   |
| Avez- vous pensé que vous ne pouviez pas assurer toutes les choses que vous deviez faire?              |   |   |   |   |   |
| Avez- vous été capable de maitriser votre énervement?  |   |   |   |   |   |
| Avez- vous senti que vous dominiez la situation?   |   |   |   |   |   |
| Vous êtes-vous senti(e) irrité(e) car des évènements échappaient à votre contrôle?                     |   |   |   |   |   |
| Avez- vous trouvé que les difficultés s'accumulaient à un tel point que vous ne pouviez les contrôler? |   |   |   |   |   |

❖ **Retentissement sur la vie personnelle**

Vous estimez que le temps consacré à votre entourage est :

- Très suffisant                       Suffisant                       Insuffisant                       Très insuffisant

Avez-vous des loisirs ?

- Oui                       Non

Si oui, combien d'heure consacrez-vous par semaine à vos loisirs ?

- < 2 h                       2 - 5 h                       5 - 10 h                       > 10 h

Quelle est votre activité préférentielle lors du temps libre après une garde ?

- Repos, activité sédentaire (TV, lecture, musique, jeux vidéo, ...)
- Rencontre dans un café (ou autre) avec des amis
- Activité de service hors soins (enseignement, organisation...)

Activité de soins (exercice au privé...)

Temps en famille

Activités sportives

Etes-vous consommateur de :

|          | Jamais | Quelques fois/an | Tous les mois | Toutes les semaines | Tous les jours |
|----------|--------|------------------|---------------|---------------------|----------------|
| Tabac    |        |                  |               |                     |                |
| Cannabis |        |                  |               |                     |                |
| Alcool   |        |                  |               |                     |                |
| Drogues  |        |                  |               |                     |                |

Quelles seraient, à votre avis, les stratégies adaptées pour faire face au stress et au burnout ?

.....

.....

.....

En vous remerciant à nouveau pour l'intérêt porté à notre étude, nous restons ouverts à toutes vos suggestions / remarques

.....

.....

.....



# **BIBLIOGRAPHIE**



1. **Luthy C, Cedraschi C, Perrin E, Allaz A.**  
How do patients define « good » and « bad » doctors?  
*Swiss medical weekly. 2 mai 2005;135(5-6).*
  
2. **Bodendieck E, Jung FU, Conrad I, Riedel-Heller SG, Hussenoeder FS.**  
The work-life balance of general practitioners as a predictor of burnout and motivation to stay in the profession.  
*BMC Prim Care. 30 août 2022;23(1):218.*
  
3. **Selye H.**  
Stress in Health and Disease.  
*Butterworth-Heinemann; 1976. 1256 p.*
  
4. **Maslach C, Jackson S, Leiter M.**  
The Maslach Burnout Inventory Manual.  
In: *Evaluating Stress: A Book of Resources. 1997. p. 191- 218.*
  
5. **CIM-11 pour les statistiques de mortalité et de morbidité**  
*Disponible sur:<https://icd.who.int/browse11/l-m/fr/#/http://id.who.int/icd/entity/129180281>*
  
6. **Phillips K, Knowlton M, Riseden J.**  
Emergency Department Nursing Burnout and Resilience.  
*Advanced Emergency Nursing Journal. mars 2022;44(1):54.*
  
7. **Erraoui M, Lahlou L, Fares S, Abdelnaby A, Nainia K, Ajdi F, et al.**  
The impact of COVID-19 on the quality of life of southern Moroccan doctors : A gender-based approach.  
*Rev Epidemiol Sante Publique. août 2022;70(4):157-62.*
  
8. **Dickerson SS, Kemeny ME.**  
Acute stressors and cortisol responses: a theoretical integration and synthesis of laboratory research.  
*Psychol Bull. mai 2004;130(3):355-91.*

9. **Veil C.**  
Les états d'épuisement.  
*Le concours médical. juin 1959;2675-81.*
  
10. **Freudenberger HJ.**  
Staff Burn-Out.  
*Journal of Social Issues. janv 1974;30(1):159-65.*
  
11. **Maslach C.**  
Understanding burnout: Definition issues in analyzing a complex phenomenon  
*In W.S. Paine (éd.), Job Stress and Burnout. Beverly Hills (California): Sage Publications; 1982.*
  
12. **Cherniss C.**  
Staff burnout: Job stress in the human services.  
*Sage Publications. 1980;198 p.*
  
13. **Pines A, Aronson E, Kafry D.**  
Burnout: se vider dans la vie et au travail.  
*Montréal: Le Jour. 1983;303 p.*
  
14. **World Health Organization (WHO).**  
Long working hours increasing deaths from heart disease and stroke.  
*Disponible sur: <https://www.who.int/news/item/17-05-2021-long-working-hours-increasing-deaths-from-heart-disease-and-stroke-who-ilo>*
  
15. **Lazarus RS.**  
The psychology of stress and coping.  
*Issues Ment Health Nurs. 1985;7(1-4):399-418.*
  
16. **Olié JP, Légeron P.**  
Le burn-out.  
*Bulletin de l'Académie nationale de Médecine. 2016;(2):349-65.*

- 17. Mikolajczak M, Zech E, Roskam I.**  
Burn-out professionnel, parental et de l'aidant: comprendre, prévenir et intervenir.  
*Louvain-la-Neuve (Belgique): De Boeck supérieur; 2020. (Carrefour des psychothérapies).*
- 18. Larouche LM.**  
Manifestations cliniques du "burn out" chez les médecins.  
*smq. 7 juin 2006;10(2):145-50.*
- 19. Butera S, Brasseur N, Fillion N, Bruyneel A, Smith P.**  
Prevalence and Associated Factors of Burnout Risk Among Intensive Care and Emergency Nurses Before and During the Coronavirus Disease 2019 Pandemic: A Cross-Sectional Study in Belgium.  
*J Emerg Nurs. nov 2021;47(6):879-91.*
- 20. Bounsir A.**  
Burnout chez les étudiants de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech  
*Thèse, 2008, 104p.*
- 21. Alqahtani AM, Awadalla NJ, Alsaleem SA, Alsamghan AS, Alsaleem MA.**  
Burnout Syndrome among Emergency Physicians and Nurses in Abha and Khamis Mushait Cities, Aseer Region, Southwestern Saudi Arabia.  
*The Scientific World Journal. févr 2019;1-14.*
- 22. Lahlou L, Benhamza S, Karim N, Obtel M, Razine R.**  
Stress and burnout syndrome among moroccan medical students: a cross-sectional study.  
*International Journal of Advanced Research. 10 janv 2022;9:610-8.*
- 23. Boutou A, Pitsiou G, Sourla E, Kioumis I.**  
Burnout syndrome among emergency medicine physicians: an update on its prevalence and risk factors.  
*Eur Rev Med Pharmacol Sci. 2019;23(20):9058-65.*

24. **Wilson W, Raj JP, Narayan G, Ghiya M, Murty S, Joseph B.**  
Quantifying Burnout among Emergency Medicine Professionals.  
*J Emerg Trauma Shock. déc 2017;10(4):199-204.*
  
25. **Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP.**  
Job burnout.  
*Annu Rev Psychol. 2001;(52):397-422.*
  
26. **Chernoff P, Adedokun C, O'Sullivan I, McManus J, Payne A.**  
Burnout in the Emergency Department hospital staff at Cork University Hospital.  
*Ir J Med Sci. mai 2019;188(2):667-74.*
  
27. **Jalili M, Roodsari GSR, Nia AB.**  
Burnout and Associated Factors among Iranian Emergency Medicine Practitioners.  
*Iran Journal of Public Health. sept 2013;1034-42.*
  
28. **Toker I, Ayrik C, Bozkurt S, Tür FÇ.**  
Factors Affecting Burnout and Job Satisfaction in Turkish Emergency Medicine Residents.  
*Emergency Medicine Open Journal. juin 2015;1(3):64-71.*
  
29. **Al-Turki HA, Al-Turki RA, Al-Dardas HA, Al-Gazal MR, Al-Maghrabi GH, Al-Enizi NH, et al.**  
Burnout syndrome among multinational nurses working in Saudi Arabia.  
*Ann Afr Med. déc 2010;9(4):226-9.*
  
30. **Malaquin S, Mahjoub Y, Musi A, Zogheib E, Salomon A, Guilbart M, et al.**  
Burnout syndrome in critical care team members: A monocentric cross sectional survey.  
*Anaesth Crit Care Pain Med. août 2017;36(4):223-8.*
  
31. **Petrelli F, Scuri S, Tanzi E, Nguyen C, Grappasonni I.**  
Public health and burnout: a survey on lifestyle changes among workers in the healthcare sector.  
*Acta bio-medica : Atenei Parmensis. 28 nov 2018;90(1).*

32. **Grau A, Suñer R, García MM.**  
Burnout syndrome in health workers and relationship with personal and environmental factors.  
*Gac Sanit.* 2005;19(6):463-70.
33. **Lahlou L, Oumary O, Ouhmou M, Salehddine Z, Mouhadi K, Rammouz I.**  
Analyse épidémiologique du burn-out chez les étudiants en médecine : enquête menée chez les étudiants en médecine à la Faculté de médecine et de pharmacie d'Agadir.  
*Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique.* 1 mai 2022;70:5127-8.
34. **Hill AP, Curran T.**  
Multidimensional Perfectionism and Burnout: A Meta-Analysis.  
*Pers Soc Psychol Rev.* août 2016;20(3):269-88.
35. **Flett GL, Hewitt PL.**  
Perfectionism and maladjustment: An overview of theoretical, definitional, and treatment issues.  
*In: Perfectionism: Theory, research, and treatment. Washington, DC, US: American Psychological Association; 2002. p. 5-31.*
36. **Bakker AB, Van der Zee KI, Lewig KA, Dollard MF.**  
The relationship between the Big Five personality factors and burnout: a study among volunteer counselors  
*J Soc Psychol.* févr 2006;146(1):31-50.
37. **Bratis D, Tselebis A, Sikaras C, Moulou A, Giotakis K, Zoumakis E, et al.**  
Alexithymia and its association with burnout, depression and family support among Greek nursing staff.  
*Hum Resour Health.* 11 août 2009;7:72.
38. **Kobasa SC.**  
Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness.  
*Journal of Personality and Social Psychology.* 1979;37:1-11.



39. **Vagni M, Maiorano T, Giostra V, Pajardi D, Bartone P.**  
Emergency Stress, Hardiness, Coping Strategies and Burnout in Health Care and Emergency Response Workers During the COVID-19 Pandemic.  
*Front Psychol.* 21 juin 2022;13:918788.
40. **Jose S, Dhandapani M, Cyriac MC.**  
Burnout and Resilience among Frontline Nurses during COVID-19 Pandemic: A Cross-sectional Study in the Emergency Department of a Tertiary Care Center, North India.  
*Indian J Crit Care Med.* nov 2020;24(11):1081-8.
41. **Simmel G.**  
The Sociology of Georg Simmel.  
*Wolff KH, éditeur. The free Press; 1964. 445 p.*
42. **Blom V, Bergström G, Hallsten L, Bodin L, Svedberg P.**  
Genetic susceptibility to burnout in a Swedish twin cohort.  
*Eur J Epidemiol.* 2012;27(3):225-31.
43. **Fish JA, Sharplin G, Wang L, An Y, Fan X, Eckert M.**  
Cross-cultural differences in nurse burnout and the relationship with patient safety: An East-West comparative study.  
*Journal of Advanced Nursing.* 2022;78(4):1001-11.
44. **Özlü ZK, Yayıla AÇ, Gümüş K, Khaghanyrad E.**  
Comparison of Nurses in Two Different Cultures: Who Experiences More Burnout.  
*Journal of PeriAnesthesia Nursing.* 1 juin 2017;32(3):238-44.
45. **Fila M, Wilson M.**  
Understanding Cross-Cultural Differences in the Work Stress Process: A Review and Theoretical Model.  
*Handbook of Research on Cross-Cultural Business Education, 2018, 26p.*

46. **Alarcon GM.**  
A meta-analysis of burnout with job demands, resources, and attitudes.  
*Journal of Vocational Behavior.* oct 2011;79(2):549-62.
47. **Al-Wotayan R, Annaka M, Nazar M.**  
Job Satisfaction and Mental Health among Physicians in Primary Health Care Centers in Kuwait.  
*Health.* 2019;11(06):692-710.
48. **Gluschkoff K, Hakanen JJ, Elovainio M, Vänskä J, Heponiemi T.**  
The relative importance of work-related psychosocial factors in physician burnout.  
*Occupational Medicine.* 1 janv 2022;72(1):28-33.
49. **Zhang Q, Mu M chun, He Y, Cai Z lun, Li Z chi.**  
Burnout in emergency medicine physicians: A meta-analysis and systematic review.  
*Medicine.* 7 août 2020;99(32):e21462.
50. **Shamian J, Kerr MS, Laschinger HK, Thomson D.**  
A hospital-level analysis of the work environment and workforce health indicators for registered nurses in Ontario's acute-care hospitals.  
*Can J Nurs Res.* mars 2002;33(4):35-50.
51. **Ben Moussa MK**  
Le burnout chez les infirmiers du centre hospitalier universitaire de Marrakech  
*Thèse, 2016, 153 p.*
52. **Adriaenssens J, De Gucht V, Maes S.**  
Determinants and prevalence of burnout in emergency nurses: A systematic review of 25 years of research.  
*International Journal of Nursing Studies.* 1 févr 2015;52(2):649-61.
53. **Dorigan GH, Guirardello E de B.**  
Nursing practice environment, satisfaction and safety climate: the nurses' perception.  
*Acta Paul Enferm.* 1 mars 2017;30(2):129-35.

54. **Demir A, Ulusoy M, Ulusoy MF.**  
Investigation of factors influencing burnout levels in the professional and private lives of nurses.  
*Int J Nurs Stud. nov 2003;40(8):807-27.*
55. **Ilhan MN, Durukan E, Taner E, Maral I, Bumin MA.**  
Burnout and its correlates among nursing staff: questionnaire survey.  
*Journal of Advanced Nursing. 2008;61(1):100-6.*
56. **Norvell JG, Dougherty K, Behraves B, Nazir N, Unruh G.**  
Burnout in Resident Physicians: Correlation with Mistreatment and Workplace Violence.  
*Western Journal of Emergency Medicine: Integrating Emergency Care with Population Health. 2019;20(5.1).*
57. **Shi L, Zhang D, Zhou C, Yang L, Sun T, Hao T, et al.**  
A cross-sectional study on the prevalence and associated risk factors for workplace violence against Chinese nurses.  
*BMJ Open. 24 juin 2017;7(6):e013105.*
58. **Diestel S, Cosmar M, Schmidt KH.**  
Burnout and impaired cognitive functioning: The role of executive control in the performance of cognitive tasks.  
*Work & Stress: An International Journal of Work, Health & Organisations. avr 2013;27(2):164-80.*
59. **Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, Zwi AB.**  
The world report on violence and health.  
*The Lancet. 5 oct 2002;360(9339):1083-8.*
60. **Belayachi J, Berrechid K, Amlaiky F, Zekraoui A, Abouqal R.**  
Violence toward physicians in emergency departments of Morocco: prevalence, predictive factors, and psychological impact.  
*J Occup Med Toxicol. 28 sept 2010;5:27.*

61. **Alderson M.**  
Analyse psychodynamique du travail infirmier en unités de soins de longue durée : Entre plaisir et souffrance.  
*Recherche en soins infirmiers.* 2005;80(1):76-86.
62. **Deligkaris P, Panagopoulou E, Montgomery A, Masoura E.**  
Job burnout and cognitive functioning: A systematic review.  
*Work and Stress.* 3 mai 2014;28:107-23.
63. **Honkonen T, Ahola K, Pertovaara M, Isometsä E, Kalimo R, Nykyri E, et al.**  
The association between burnout and physical illness in the general population--results from the Finnish Health 2000 Study.  
*J Psychosom Res.* juill 2006;61(1):59-66.
64. **Hakanen JJ, Schaufeli WB**  
Do burnout and work engagement predict depressive symptoms and life satisfaction? A three-wave seven-year prospective study.  
*J Affect Disord.* 10 déc 2012;141(2-3):415-24
65. **Kadhun M, Ayinde OO, Wilkes C, Chumakov E, Dahanayake D, Ashrafi A, et al.**  
Wellbeing, burnout and substance use amongst medical students: A summary of results from nine countries.  
*Int J Soc Psychiatry.* sept 2022;68(6):1218-22
66. **Lheureux F, Truchot D, Borteyrou X.**  
Suicidal tendency, physical health problems and addictive behaviours among general practitioners: their relationship with burnout.  
*Work & Stress.* 2 avr 2016;30(2):173-92.
67. **Maslach C, Leiter MP.**  
Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry.  
*World Psychiatry.* juin 2016;15(2):103-11.

68. **Jackson S, Maslach C.**  
After-effects of job-related stress: Families as victims.  
*Journal of organizational behaviour. Wiley Online Library. 1982;63-77*
69. **Zhang T, Feng J, Jiang H, Shen X, Pu B, Gan Y.**  
Association of professional identity, job satisfaction and burnout with turnover intention among general practitioners in China: evidence from a national survey.  
*BMC Health Serv Res. déc 2021;21(1):382.*
70. **Fargen KM, Spiotta AM, Turner RD, Patel S.**  
The Importance of Exercise in the Well-Rounded Physician: Dialogue for the Inclusion of a Physical Fitness Program in Neurosurgery Resident Training.  
*World Neurosurg. juin 2016;90:380-4.*
71. **Baig LA, Tanzil S, Shaikh S, Hashmi I, Khan MA, Polkowski M.**  
Effectiveness of training on de-escalation of violence and management of aggressive behavior faced by health care providers in a public sector hospital of Karachi.  
*Pak J Med Sci [Internet]. 5 avr 2018;34(2).*
72. **Haute Autorité de Santé.**  
Repérage et prise en charge cliniques du syndrome d'épuisement professionnel ou burnout.  
*Saint-Denis La Plaine: HAS; 2017.*  
*Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2769318/fr/reperage-et-prise-en-charge-cliniques-du-syndrome-d-epuisement-professionnel-ou-burnout](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2769318/fr/reperage-et-prise-en-charge-cliniques-du-syndrome-d-epuisement-professionnel-ou-burnout)*

# قسم الطبيب

أقسم بالله العظيم

أن أراقب الله في مهنتي.

وأن أصون حياة الإنسان في كافة أطوارها في كل الظروف

والأحوال باذلة وسعي في إنقاذها من الهلاك والمرض

والألم والقلق.

وأن أحفظ للناس كرامتهم، وأستر عورتهم، وأكتم سرهم.

وأن أكون على الدوام من وسائل رحمة الله، باذلة رعايتي الطبية للقريب والبعيد،

للصالح والطيح، والصديق والعدو.

وأن أثابر على طلب العلم، وأسخره لنفع الإنسان لا لأذاه.

وأن أوقر من علمني، وأعلم من يصغرني، وأكون أختاً لكل زميل في المهنة

الطبية متعاونين على البر والتقوى.

وأن تكون حياتي مصداق إيماني في سرّي وعلانيتي،

نقية مما يشينها تجاه الله ورسوله والمؤمنين.

والله على ما أقول شهيد



**التوتر و الإجهاد المهني في طب الطوارئ :  
دراسة ميدانية لدى الطاقم الطبي والتمريضي بجهة  
سوس ماسة**

**الأطروحة**

قدمت ونوقشت علانية يوم 2022/12/12  
من طرف

**الآنسة نهيلة سيرين الحزري**

المزودة في 19 مارس 1994 بأكادير

**لنيل شهادة الدكتوراه في الطب**

**الكلمات الأساسية :**

الإجهاد المهني - طب الطوارئ - الطاقم الطبي و التمريضي - ماسلاش - آليات التأقلم

**اللجنة**

|         |        |                              |
|---------|--------|------------------------------|
| الرئيسة | السيدة | ف. منودي                     |
|         |        | أستاذة في الطب النفسي        |
| المشرف  | السيد  | ه. ناسك                      |
|         |        | أستاذ في طب الإنعاش والتخدير |
| الحكام  | السيد  | أ.غ. الأديب                  |
|         |        | أستاذ في طب الإنعاش والتخدير |
|         | السيد  | ت. أبو الحسن                 |
|         |        | أستاذ في طب الإنعاش والتخدير |