

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION	1
PREMIERE PARTIE : RAPPELS	
I. HISTORIQUE	3
I.1. PHASE NOVATRICE	3
I.1.1. Herbert Freudenberger et la première description	3
I.1.2. Les relations interpersonnelles	5
I.2. LA PHASE EMPIRIQUE	7
I.2.1. Premières études cliniques	7
I.2.2. Syndrome tridimensionnel	9
II. LE CONCEPT D'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL	12
II.1. INTERET ET ENJEU D'UNE DEFINITION	12
II.1.1. Eviter la confusion	12
II.1.2. Un enjeu économique	12
II.2. LES TERMES	13
II.2.1. Burnout syndrome	13
II.2.2. Karoshi	13
II.2.3. Syndrome d'épuisement professionnel	14
II.3. DEFINITIONS	14
II.4. CARACTERISTIQUES DU SYNDROME D'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL DES SOIGNANTS	15
II.4.1. Signes cliniques non spécifiques	15
II.4.2. Description du syndrome	17
II.5. DEFINITION UNIQUE RETENUE	18
II.6. LE MASLACH BURNOUT INVENTORY	19
III. LES IMPACTS DU SYNDROME D'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL	20
III.1. CONSEQUENCES PHYSIQUES ET EMOTIONNELLES	23
III.2. CONSEQUENCES ATTITUDINALES ET COMPORTEMENTALES	23
III.2.1. Au niveau de l'individu	24

III.2.2. Au niveau de la vie privée	24
III.2.3. Au niveau du travail	25

DEUXIEME PARTIE : NOTRE ETUDE : MATERIELS ET METHODES

I. CADRE DE L'ETUDE	26
II. ELABORATION DU QUESTIONNAIRE	26
III. POPULATION CIBLE	26
IV. PARAMETRES RECUEILLIS	27
IV.1. CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES	27
IV.2. CARACTERISTIQUES LIEES A L'ACTIVITE PROFESSIONNELLE	27
IV.3. CARACTERISTIQUES LIEES AU BURNOUT SYNDROME	28
V. ETAT DES LIEUX	28
V.1. NOMBRE DE MEDECINS ET APPRENANTS PAR SERVICE	28
V.2. ADMISSIONS PAR SERVICE	28
V.3. INTERVENTIONS MENSUELLES REALISEES	32
VI. RECUEIL ET EXPLOITATION DES DONNEES	33
VII. CRITERE D'INCLUSION	33
VIII. CRITERE D'EXCLUSION	33
IX. ANALYSE DES DONNEES	33
X. BIAIS DE L'ETUDE	33
XI. CONSIDERATIONS ETHIQUES	34
XII. RESULTATS	35
XII.1. BURNOUT CHEZ LES MEDECINS	35
XII.1.1. Organigramme	35
XII.1.2. Caractéristiques de l'échantillon	35
XII.1.3. Caractéristiques démographiques et professionnelles	39
XII.1.4. Burnout syndrome	40
XII.2. ETUDE DES CORRELATIONS	45
XII.2.1. Burnout et caractéristiques démographiques	45
XII.2.2. Burnout syndrome selon les caractéristiques professionnelles	49

TROISIEME PARTIE : DISCUSSION

I. APPROCHE DE L'ETUDE REALISEE	59
I.1. SYNTHESE DES RESULTATS	59
I.1.1. Accueil de l'étude	59
I.1.2. Principaux résultats	59
I.2. LIMITES DE L'ETUDE	60
I.3. DIFFICULTES RENCONTREES	61
II. NOTRE ETUDE ET LA LITTERATURE	62
II.1. BURNOUT SYNDROME, TITRE ET SECTEUR D'ACTIVITE	62
II.2. BURNOUT ET CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES	63
II.3. BURNOUT ET ANCIENNETE	64
II.4. BURNOUT ET CENTRE HOSPITALIER	64
II.5. DEMARCHES A ENTREPRENDRE	65
II.6. L'AVENIR DU SYNDROME D'EPUISEMENT PROFESSIONNEL	70
CONCLUSION	73
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	
ANNEXE	

LISTE DES TABLEAUX

	Pages
Tableau I. MBI (<i>Maslach Burnout Inventory</i>).....	21
Tableau II : Les dimensions Du MBI.....	22
Tableau III : Degré d'atteinte des dimensions du BOS.....	22
Tableau IV : Nombre de médecins par service (CENHOSOA et HUIRA).....	29
Tableau V : Admissions mensuelles au CENHOSOA.....	30
Tableau VI : Admissions mensuelles au HUIRA.....	31
Tableau VII : Interventions mensuelles réalisées au CENHOSOA et au HUIRA...	32
Tableau VIII : Participation selon le site.....	38
Tableau IX : Degré d'atteinte de l'EE.....	42
Tableau X : Degré d'atteinte de D.....	43
Tableau XI : Degré d'atteinte de l'AP.....	44
Tableau XII : Dimensions du BOS selon le genre.....	45
Tableau XIII : Dimensions du BOS selon l'âge des médecins.....	48

LISTE DES FIGURES

	Pages
Figure 1 : Etapes de sélection des fiches à analyser.....	35
Figure 2 : Participation à l'enquête sur le BOS au CENHOSOA.....	36
Figure 3 : Participation à l'enquête sur le BOS à l'HUJRA.....	37
Figure 4 : Proportion des médecins selon leur titre.....	39
Figure 5 : Proportion des médecins selon le secteur d'activité.....	40
Figure 6 : Survenue et degré du BOS.....	41
Figure 7 : Degré de burnout selon les dimensions.....	41
Figure 8 : Epuisement émotionnel.....	42
Figure 9 : Dépersonnalisation.....	43
Figure 10 : Accomplissement personnel.....	44
Figure 11 : Degré du BOS et genre.....	46
Figure 12 : Présence ou non du BOS selon l'âge des médecins.....	47
Figure 13 : Degré du BOS selon l'âge des médecins.....	47
Figure 14 : BOS selon le titre.....	50
Figure 15 : Epuisement émotionnel et titre.....	50
Figure 16 : Dépersonnalisation et titre.....	51
Figure 17 : Accomplissement personnel et titre.....	51
Figure 18 : Ancienneté et notion de BOS avec ses degrés.....	52
Figure 19 : Degrés de l'accomplissement personnel et ancienneté.....	53
Figure 20 : Degrés de l'épuisement émotionnel et ancienneté.....	53
Figure 21 : Degrés de la dépersonnalisation et ancienneté.....	54
Figure 22 : Dépersonnalisation et ancienneté.....	54
Figure 23 : Intervalle de congé et BOS.....	55
Figure 24 : BOS et secteurs selon les centres hospitaliers.....	57
Figure 25 : Degré de l'EE selon le centre d'exercice.....	57
Figure 26 : Degré de D selon le centre d'exercice.....	58
Figure 27 : Degré de l'AP selon le centre d'exercice.....	58

LISTE DES ABREVIATIONS ET SIGLES

AP	: Accomplissement Personnel
ATUR	: Accueil Triage Urgence et Réanimation
BOS	: Burnout Syndrome
CENHOSOA	: Centre Hospitalier de Soavinandriana
HUJRA	: Hôpital Universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona
CIM 10	: Classification Statistique Internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10 ^{ème} édition
D	: Dépersonnalisation
DSM IV	: Manuel Diagnostique des Troubles Mentaux, 4 ^{ème} édition
DU	: Diplôme d'Université
EE	: Epuisement Emotionnel
MBI	: <i>Maslach Burnout Inventory</i>
PAIMM	: Programme d'Attention Intégrale au Médecin Malade
PAMQ	: Programme d'Aide aux Médecins du Québec
PTSD	: <i>Post Traumatic Stress Disorder</i>
SEP	: Syndrome d'Epuisement Professionnel

Rapport-Gratuit.com

INTRODUCTION

Le syndrome d'épuisement professionnel, dans la littérature, est fréquent parmi le personnel soignant. Dans les années 70 émergeait aux Etats-Unis un nouveau concept, le syndrome d'épuisement professionnel ou *Burnout Syndrome* (BOS). Ce terme a d'abord été utilisé par Harold B. Bradley, puis par le psychanalyste Herbert J. Freudenberger et par la psychologue Christina Maslach. Leurs nombreux travaux ont conduit à la définition du syndrome mais également à l'élaboration de l'outil de mesure : le *Maslach Burnout Inventory* (MBI) [1,2]. De nos jours, le stress fait partie intégrante de la plupart des secteurs d'activité dans le milieu du travail. Herbert J. Freudenberger justifia le terme métaphorique de *Burnout* en disant : « je me suis rendu compte au cours de mon exercice quotidien que les gens sont parfois victimes d'incendie, tout comme les immeubles ; sous l'effet de la tension produite dans un monde du travail de plus en plus complexe, leurs ressources internes en viennent à se consumer comme sous l'action des flammes, ne laissant qu'un vide immense à l'intérieur, même si l'enveloppe externe semble plus ou moins intacte » [1].

Aux Etats Unis, 54 % des 550 millions de journées perdues au travail sont liées à des problèmes de santé mentale au travail. Au Canada, 3,4 millions de travailleurs souffrent actuellement du *burnout* et 800000 au Québec [3]. Au Japon, on estime que 1000 à 10000 décès par an sont dus à un excès de travail [4]. En Europe, la Suisse partage avec la Suède un taux de 33% en matière de stress au travail tandis qu'aux Pays-Bas, seuls 16 % souffrent d'une surcharge de travail [5]. En Grande Bretagne, les deux tiers des travailleurs se plaignent de stress au travail [6]. En Autriche, 1,5 millions sont touchés par le syndrome du *burnout* et près d'un million d'employés sont fortement exposés au *burnout* [7,8]. En Allemagne, en 2009, les experts de « *the Allianz health insurance* » ont déterminé que 22,1% de l'absentéisme étaient dus à des problèmes psychologiques [9]. La France présente un score de *burnout* des médecins libéraux (généralistes et spécialistes) de 23,9% d'épuisement émotionnel [10].

En Afrique, une recherche réalisée par trois psychiatres marocains dans cinq services hospitaliers du Maroc (oncologie, hématologie, réanimation, brûlés, maladies infectieuses) a mis en évidence que 60% des soignants obtiennent un score élevé d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation [11]. Par ailleurs, une enquête réalisée en 2003 dans 13 hôpitaux au Liban sur 130 infirmières montre que plus de la moitié ont un degré d'épuisement émotionnel élevé [12].

Nous voudrions connaître l'existence du burnout syndrome à Madagascar. Aussi, nous nous sommes proposé d'effectuer une étude préliminaire ayant pour but de rechercher l'existence du syndrome d'épuisement professionnel au sein de deux centres hospitaliers d'Antananarivo.

L'hypothèse que nous nous sommes posée est que les médecins avec une formation spécialisée sont les plus exposés au BOS en milieu chirurgical.

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer le BOS des médecins œuvrant en milieu chirurgical avec formation spécialisée dans deux centres hospitaliers d'Antananarivo. Les objectifs secondaires de cette étude ont été de détailler les dimensions du BOS et de rechercher les corrélations du BOS avec les critères démographiques et professionnels des médecins en milieu hospitalier chirurgical.

Notre travail s'articule en trois parties. Dans un premier temps, nous commencerons par un rappel portant sur l'historique, le concept d'épuisement professionnel et les impacts du syndrome d'épuisement professionnel. La deuxième partie sera entièrement consacrée à notre étude. La dernière partie sera axée sur la discussion et les suggestions relatives aux résultats obtenus, avant quelques mots de conclusion.

PREMIERE PARTIE

RAPPELS

I. HISTORIQUE

En 1969, Harold B. Bradley a été la première personne à soulever le problème dans son article « *Community-based treatment for young adult offenders* » en parlant d'un stress particulier lié au travail sous le terme de « *burnout* ». En 1974, le psychanalyste Herbert J. Freudenberger reprend ce terme suivi par la psychologue Christina Maslach en 1976, dans leurs études respectives des manifestations d'usure professionnelle. Selon eux, ce syndrome touche surtout ceux qui ont une profession impliquant un engagement relationnel important, dont les travailleurs sociaux, les professions médicales ou les enseignants. En étudiant ces différentes classes professionnelles, ils ont considéré les expositions répétées à la douleur ou à l'échec comme des causes déterminantes dans les cas de manifestations de ce syndrome. Au début, il a été perçu comme étant propre aux classes professionnelles citées plus haut et cette notion a prédominé un certain temps. Ce qui a énormément affecté la conception du phénomène et l'orientation des premiers travaux de recherche. Cependant, les connaissances acquises depuis ces premières observations ont conduit à étendre les risques de manifestations d'un syndrome d'épuisement professionnel à l'ensemble des individus au travail, quelle que soit leur activité.

L'histoire de la recherche a modelé les questions majeures et thèmes sur le *burnout syndrome*. Cette recherche a traversé des phases distinctes de développement [1,2].

I.1. PHASE NOVATRICE

Dans cette première phase, le travail était exploratoire et avait pour but d'expliquer le phénomène de *burnout*.

I.1.1. HERBERT FREUDENBERGER ET LA PREMIERE DESCRIPTION

Herbert Freudenberger (psychothérapeute et psychiatre) est généralement admis par la littérature spécialisée comme étant l'auteur des premières recherches sur le syndrome d'épuisement professionnel [13]. Il tente d'ailleurs de décrire cette affection dans son article « *Staff burnout* » publié en 1974 où il désigne par le terme « *Burnout*

Syndrom » (« B.O.S. ») : un état d'épuisement dans lequel se trouve le personnel soignant des « *Free Clinics* », très investi professionnellement et émotionnellement avec des patients toxicomanes [13,14]. Il définit ce *burnout* comme la perte de motivation d'une personne pour son travail, surtout lorsque le résultat est différent de celui escompté après une importante implication personnelle.

Dans ses travaux, Freudenberger met en avant les symptômes comportementaux et décrit des individus submergés émotionnellement. Les premiers signes de ce qu'il nomme « craquage » ou « épuisement émotionnel et mental » sont la colère, l'irritation, une incapacité à faire face aux tensions et aux nouvelles situations, mais aussi une perte d'énergie. Il estime également que les attitudes négatives et le recours au cynisme sont des manifestations faisant partie du tableau clinique. Ces individus font alors preuve de surenchère, passent de plus en plus de temps au travail et déploient une hyperactivité inefficace. Ils montrent également un état d'évitement, s'isolent et refusent tout contact avec leurs collègues.

Le terme « *burnout* » est utilisé à l'époque pour désigner les effets de la toxicomanie ; il reprend cette expression pour désigner ce syndrome, le trouvant démonstratif de l'ensemble des symptômes qu'il observe. Dans la langue anglaise courante, « *burnout* » signifie « s'user, s'épuiser, craquer en raison de demandes excessives d'énergie, de forces ou de ressources ».

Herbert Freudenberger remarque que chez les jeunes bénévoles, l'engagement initial et la certitude de faire un travail marquant suffit au début à maintenir la satisfaction et à entretenir les efforts. Cependant, les patients qu'il traite dans sa clinique résistent fréquemment et sont souvent insensibles aux conseils.

En 1980, Freudenberger et Richelson découvrent que ce syndrome se développe chez des individus ayant une image idéalisée d'eux-mêmes, se sentant dynamiques, charismatiques, particulièrement compétents et finissant par perdre le lien avec leur soi véritable [14,15]. Dans cette conception du *burnout*, les facteurs individuels reçoivent un rôle important dans le développement du syndrome, car ce sont des individus engagés et dévoués à une cause qui sont touchés [14]. De ce point de vue, le *burnout* est perçu comme la « maladie du battant ». En 1980, Freudenberger et Richelson le définissent ainsi [2] :

« Un état de fatigue chronique, de dépression et de frustration apporté par la dévotion à une cause, un mode de vie, ou une relation, qui échoue à produire les

récompenses attendues et conduit en fin de compte à diminuer l'implication et l'accomplissement du travail ».

1.1.2. RELATIONS INTERPERSONNELLES

Christina Maslach, chercheuse en psychologie sociale, possède une place importante parmi ceux qui ont aidé à imposer le concept et à établir sa validité.

En 1970, s'intéressant aux stratégies utilisées pour faire face aux états d'activation émotionnelle, en particulier « l'inquiétude distante » et « l'objectivation comme autodéfense », ses recherches l'ont dirigée vers la découverte du syndrome d'épuisement professionnel [16-19]. L'« inquiétude distante » renvoie chez un médecin à l'attitude idéale, alliant compassion et détachement émotionnel. Si le médecin est soucieux du bien-être de son patient, il veille également à maintenir une objectivité en prohibant une trop grande implication. Le concept d'« objectivation comme autodéfense » est une notion introduite par Philip Zimbardo en 1970. Cette notion veut que les soignants se protègent d'une implication émotionnelle trop importante en considérant des « cas » plutôt que des personnes [20]. Face à une maladie grave, à un état particulièrement inquiétant, il est généralement plus facile pour un médecin de soigner s'il oublie le patient qui souffre et se consacre plutôt au « cas » et à ses symptômes.

Avec ces deux concepts théoriques, Christina Maslach débute ensuite un programme de recherches par des entretiens auprès de professionnels du domaine médical puis de la santé mentale (psychiatres, infirmier(ère)s du secteur psychiatrique) [21]. L'analyse révèle plusieurs idées :

- même si les expériences émotionnelles peuvent être satisfaisantes (certains patients guérissent, en effet, suite aux efforts du professionnel), elles sont la plupart du temps stressantes (travailler avec des patients difficiles, déplaisants, avoir des mauvaises nouvelles à annoncer, être en conflit avec les collègues).

- les professionnels sont incapables d'atteindre le détachement : au fil du temps, ils démontrent en effet des attitudes négatives envers leurs clients. Enfin, ils interprètent leurs expériences émotionnelles comme des échecs et s'interrogent sur leurs capacités à travailler dans ce secteur, dépréciant ainsi leurs compétences.

En décrivant par hasard les résultats de ses premières analyses à un magistrat,

Christina Maslach apprend qu'un phénomène ressemblant est apparu chez des avocats s'occupant de personnes en situation de difficulté sociale. Ces avocats nomment métaphoriquement ce phénomène « *burnout* ». Ce terme est également retenu par Christina Maslach. Il désigne une manifestation qui reste à étudier à ce moment-là [14]. Puisque le *burnout* semble commun aux professionnels de la santé et aux avocats, Christina Maslach émet l'hypothèse que **travailler avec d'autres, en particulier dans une relation d'aide, est au cœur du phénomène**. Pour elle, les causes de ce syndrome se trouvent davantage au niveau de l'environnement du travail et de ses conditions, contrairement à Herbert Freudenberger qui insiste sur les facteurs personnels [2].

Pour valider cette idée, elle mène des entretiens dans d'autres classes professionnelles ayant également une implication relationnelle. Ses analyses ont montré que dans tous les cas, des termes se répètent : **épuisement émotionnel, attitudes distantes, négatives envers les clients ou les patients**. Il est donc évident que ces signes sont communs à toutes les professions [22]. Ces manifestations ne sont pas une réponse produite par quelques individus, mais un problème relativement répandu.

Le terme *burnout* a ainsi comblé un vide en classant un phénomène jusqu'ici sans nom, mais pourtant répandu dans le monde du travail. Il partage des symptômes communs avec des affections telles que la dépression, mais il s'en distingue clairement par son fondement. C'est dans un texte tout aussi descriptif que celui d'Herbert Freudenberger que Christina Maslach relate les résultats de ses premières investigations [13,23].

Si Freudenberger parle du « dynamisme du *burnout* », Maslach, à plusieurs reprises dans son texte emploie au contraire le terme de « craquage » lié au *burnout*. Elle observe que ce « craquage » est suivi d'une perte d'efficacité dans les services de santé et d'action sociale, d'un absentéisme et d'un bouleversement élevé. Il provoque aussi une détérioration du bien-être physique : « *Les professionnels sont épuisés, fréquemment malades et peuvent souffrir d'insomnies, d'ulcères et de maux de tête [...] Afin de surmonter ces problèmes physiques, le travailleur peut se tourner vers les tranquillisants, la drogue [...]. Le burnout est encore associé à des manifestations comme l'alcoolisme, la maladie mentale, les conflits conjugaux ou le suicide* ». Dans le même texte, Christina Maslach insiste particulièrement sur les méthodes de mise à distance ou de désengagement, avec des stratégies verbales qui consistent à catégoriser les clients sous des termes abstraits (tels : « mes dossiers »), techniques (comme : « c'est un coronaire »),

ou encore stigmatisants (l'appellation « pauvres » par exemple). D'autres stratégies existent par ailleurs : parmi les principales, mise à distance physique et strict respect du règlement sont également des exemples typiques d'attitudes qui permettent de limiter les implications personnelles. Christina Maslach utilise le terme de « dépersonnalisation » pour désigner ces attitudes, bien éloignées de l'inquiétude distante [1,13].

I.2. LA PHASE EMPIRIQUE

Dans les années 80, le travail sur le *burnout* se tourna vers des recherches empiriques systématiques. Ce travail fut plus quantitatif dans sa nature, utilisant des questionnaires et des études méthodologiques en étudiant une population cible plus large.

I.2.1. PREMIERES ETUDES CLINIQUES

C'est donc à partir d'observations, d'entretiens, voire d'analyses d'expériences personnelles (Herbert Freudenberger a en effet lui-même été atteint de *burnout*) que les recherches ont commencé à s'organiser [13]. Les années 1975 à 1980 ont vu paraître des quantités d'articles dans des revues professionnelles, surtout traversées par des préoccupations plus pragmatiques qu'académiques [19].

Le plus souvent, la nature stressante d'une activité était décrite. Quelques études de cas cliniques illustraient le propos et les auteurs avançaient diverses recommandations. Il y a cependant certaines similitudes entre ces différents écrits :

- **certaines professions sont plus « à risque » que d'autres**, notamment celles :
 - à fortes sollicitations mentales, émotionnelles et affectives,
 - à forte responsabilité notamment vis-à-vis d'autres personnes,
 - où l'on cherche à atteindre des objectifs difficiles, voire impossibles,
 - où il existe un fort déséquilibre entre les tâches à accomplir et les moyens mis en œuvre,
 - où il existe une ambiguïté ou un conflit de rôles ;

- **certaines personnes sont plus « à risque » que d'autres**, notamment :

- les personnes ayant des idéaux de performance et de réussite,
- les personnes liant l'estime de soi à leurs performances professionnelles, sans autres centres d'intérêt que leur travail,
- les personnes se réfugiant dans leur travail, fuyant les autres aspects de leur vie ;

→ **les différents symptômes rencontrés dans le *burnout* sont :**

- les douleurs généralisées,
- le manque d'attention,
- l'insomnie,
- l'irritabilité,
- l'impatience,
- l'épuisement physique et psychologique,
- le manque de motivation pour se lever et aller travailler.

Cependant Christina Maslach et Wilmar Schaufeli notent que ces premiers écrits se caractérisent par les points suivants [24] :

- d'un auteur à l'autre, la signification du terme *burnout* n'est pas nécessairement la même ;
- le terme inclut tout un ensemble de « crises » que peut connaître un individu, au risque de tout englober et ne plus rien désigner ;
- ces premiers écrits ne reposent pas sur des données empiriques, mais sur des études de cas isolés. Ils s'intéressent en particulier aux symptômes que développent les individus atteints de *burnout*.

Les psychologues Baron Perlman et Alan Hartman recensent dans les articles publiés entre 1974 et 1980 plusieurs définitions différentes dont le fond d'idées aussi disparates que [25] :

- l'échec, l'épuisement ;
- la perte de créativité ;
- la perte d'implication au travail ;
- la dureté des collègues, du travail et de l'institution ;
- la réponse au stress chronique lié au fait de réussir, « d'aller loin » ;

- le syndrome d'attitudes inappropriées envers les clients et envers soi-même.

Ils avancent toutefois une synthèse de toutes ces définitions [19] par :

« **Le *burnout* est une réponse au stress émotionnel chronique avec trois dimensions :**

- **l'épuisement émotionnel ou physique,**
- **la diminution de la productivité,**
- **la surdépersionnalisation.»**

Ce syndrome a d'abord alerté le praticien encourageant de le rencontrer chez lui-même ou chez ses collègues au cours de leur activité, sans pour autant en réaliser des recherches scientifiques systématiques plus poussées [19]. Inversement, les chercheurs se sont d'abord détournés du problème estimant qu'ils ont à faire, avec la notion de *burnout*, à « quelque-chose » de pseudo-scientifique.

1.2.2. SYNDROME TRIDIMENSIONNEL

C'est au début des années 1980 que les premières recherches empiriques systématiques ont été publiées. La notion de *burnout* fut alors plus clairement définie et conceptualisée. Christina Maslach, à partir de ses recherches basées sur des entretiens, utilise dans un premier temps une définition provisoire selon laquelle le syndrome recouvre deux dimensions.

La première, **l'épuisement émotionnel**, correspond à l'assèchement des ressources et à la perte de motivation. La seconde, **la dépersonnalisation**, renvoie aux attitudes distantes et négatives envers les clients, patients et autres relations des professionnels étudiés par Christina Maslach [19].

Même si ses recherches restent des pistes prometteuses, elles reposent encore trop sur un nombre limité de cas individuels. Christina Maslach souhaite entreprendre des investigations plus systématiques, avec méthode et rigueur. Elle veut aussi s'adresser à des échantillons plus larges, à des fins comparatives, et tenir compte des contextes situationnels.

À ce stade, « la question clé était le développement d'une définition plus précise du *burnout* et la construction d'une mesure standardisée » explique-t-elle [2]. Avec son équipe, elle a donc mené des enquêtes par questionnaire et conduit un programme de

recherches psychométriques pour aboutir à une définition plus opérationnelle et à une échelle de mesure valide [26-28].

Au cours de ses recherches préliminaires par entretiens, Christina Maslach a recueilli un vaste registre d'émotions et d'attitudes exprimant l'usure ressentie, jalonnant ce phénomène qu'elle ambitionne de mieux cerner. Elle regroupe l'ensemble de ces expressions sur une échelle composée de quarante-sept items [29].

Cette échelle, représentant l'étendue des expériences associées au phénomène d'épuisement professionnel, a été administrée à un échantillon de six cent cinq personnes réparties dans plusieurs corps professionnels. Les analyses statistiques confirment bien la présence des deux dimensions déjà mises à jour, épuisement émotionnel et dépersonnalisation, même si, en fait, quatre dimensions présentent des poids factoriels suffisants pour être retenues. Ces analyses sont réparties sur vingt-cinq items. Soumis à un nouvel échantillon de quatre cent vingt personnes, ces derniers donnent toujours les quatre mêmes dimensions correspondant aux significations suivantes : **épuisement émotionnel, dépersonnalisation, sentiments de réduction de l'accomplissement personnel et implication.**

Le dernier facteur, l'implication, ne sera retenu que provisoirement.

Christina Maslach et Susan Jackson définissent ensuite le *burnout* comme « **un syndrome d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et de réduction de l'accomplissement personnel qui apparaît chez les individus impliqués professionnellement auprès d'autrui** » [29].

Les notions d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation ainsi que de manque d'accomplissement personnel d'un individu sont détaillées ci-après :

L'épuisement émotionnel renvoie au manque d'énergie, au sentiment que les ressources émotionnelles sont épuisées. La personne est « vidée nerveusement » [16] et a perdu toute son ardeur ; elle n'est plus motivée par son travail qui devient dès lors une corvée. Elle ne réalise plus les tâches qu'elle effectuait auparavant et en ressent frustrations et tensions. L'épuisement émotionnel est souvent lié au stress et à la dépression. Les conceptions théoriques de même que les résultats empiriques actuels lui donnent un rôle central dans le processus d'épuisement professionnel.

La dépersonnalisation représente la dimension interpersonnelle du syndrome d'épuisement professionnel. Elle renvoie au développement d'attitudes impersonnelles,

détachées, négatives, cyniques, envers les personnes dont on s'occupe. L'individu ne se sent plus concerné par son travail et dresse une barrière qui l'isole de ses clients et de ses collègues. La dépersonnalisation peut prendre des formes plus dures et s'exprimer à travers des attitudes et des comportements de rejet, de stigmatisation, de maltraitance. Il s'agit d'une stratégie mal adaptée, destinée à faire face à l'épuisement des ressources internes en mettant à distance les bénéficiaires de l'aide, ou en rendant leurs demandes illégitimes. Cette attitude permet de s'adapter à l'effondrement de l'énergie et de la motivation selon la profession. Les clients, les usagers, les patients, les élèves étant perçus sur un mode négatif, leurs demandes, leurs besoins apparaissent moins pressants, moins urgents à résoudre. Le terme de « dépersonnalisation » peut prêter à confusion vu qu'il désigne aussi l'état psychique où domine l'impression d'être étranger à soi-même. Le terme de « déshumanisation » aurait pu être choisi, mais sa connotation est évidemment trop extrême pour qu'il soit retenu [30].

Le manque ou la réduction de l'accomplissement personnel concerne à la fois la dévalorisation de son travail et de ses compétences, la croyance que les objectifs ne sont pas atteints, la diminution de l'estime de soi et du sentiment d'auto-efficacité. La personne ne s'attribue aucune capacité à faire avancer les choses, convaincue de son inaptitude à répondre efficacement aux attentes de son entourage. L'accomplissement personnel représente la dimension auto-évaluative du syndrome d'épuisement professionnel [31].

Quelques auteurs ont mis à part un consensus qui se dégage dans les années 2000 pour affirmer que le syndrome d'épuisement professionnel démarre avec l'épuisement émotionnel. Celui-ci entraîne par la suite la dépersonnalisation [30]. L'épuisement émotionnel réduit l'accomplissement personnel soit directement, soit à travers la dépersonnalisation [19].

On considère que l'épuisement émotionnel représente l'élément affectif du syndrome d'épuisement professionnel tandis que les deux autres dimensions, la dépersonnalisation et la réduction de l'accomplissement personnel constituent les éléments cognitifs [32].

Au final l'échelle établie par Maslach permet de déterminer les trois dimensions du *burnout syndrome*, à partir de 22 items, dont les réponses attendues déterminent l'ordre de fréquence d'apparition des divers éléments (Tableau I).

II. LE CONCEPT D'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL

II.1. INTERET ET ENJEU D'UNE DEFINITION

La définition du concept d'épuisement professionnel pourrait paraître simple car l'expression américaine et sa transcription française semblent claires. Les mots suggèrent d'eux-mêmes le syndrome. La popularité et la diffusion du terme montrent à quel point il est vécu et ressenti par des professionnels. Mais un tel constat ne suffit pas à consacrer la spécificité du terme ni à lui conférer une valeur scientifique.

II.1.1. EVITER LA CONFUSION

Le risque de confusion peut être aussi grand que l'engouement qu'il soulève. Il y a un risque à faire de l'épuisement professionnel un « fourre-tout » commode dans lequel viendront prendre place toutes les revendications professionnelles et/ou corporatistes. Il y a un risque de méconnaître de réelles pathologies psychiatriques dépressives, anxieuses, paranoïaques qui prendraient le masque d'un *burnout* et prétendraient n'être que cela. Il y a un risque, en élargissant à l'extrême le champ de ce que le syndrome d'épuisement professionnel peut couvrir, à perdre l'intérêt d'une approche particulière et originale de certains aspects en psychopathologie du travail. Il est en particulier important de distinguer l'épuisement professionnel de l'insatisfaction au travail [33].

II.1.2. UN ENJEU ECONOMIQUE

L'enjeu d'avoir une définition claire et cohérente du syndrome est d'autant plus grand que les très nombreuses enquêtes et études épidémiologiques réalisées en Amérique du Nord et en Europe montrent l'importance du phénomène au sein des professionnels de santé.

Il devient aisé d'imaginer l'incidence de l'état d'épuisement sur les soins eux-mêmes et les conséquences socio-économiques et financières importantes, même si actuellement ces dernières restent encore difficiles à évaluer. Le stress et ses conséquences représentent un enjeu économique considérable. Si l'on en croit les chiffres

avancés par le Bureau international du travail, le montant s'élèverait à 200 milliards de dollars aux États-Unis.

L'examen de l'abondante littérature publiée sur le sujet permet d'aborder quelques réflexions sur les termes employés et le sens qu'ils suggèrent [34].

II.2. LES TERMES

Il existe actuellement trois expressions pour nommer ce syndrome. Chacune lui imprime une tonalité différente : le « burnout syndrome », « Karoshi », « syndrome d'épuisement professionnel ».

II.2.1. BURNOUT SYNDROME

Le verbe « *to burnout* » a des significations évocatrices que traduit incomplètement le terme de syndrome d'épuisement professionnel des soignants. *To burnout* peut signifier : échouer, s'user, devenir épuisé devant une demande trop importante d'énergie, de force, de ressources. Il évoque une combustion totale, la réduction en cendres d'un objet entièrement consumé, dont toute la matière aurait disparu.

II.2.2. KAROSHI

Ce terme japonais signifie « mort par excès de travail » (*Karo* = mort, *shi* = fatigue au travail). La connotation violente donnée au syndrome d'épuisement professionnel se conçoit à travers le reflet d'une culture gouvernée par la notion du bien collectif. Le salarié est élevé dans la notion sacrificielle de soi pour satisfaire avant tout aux exigences des autres et de son entreprise. Il donne sans compter de son temps et s'investit jusqu'à épuisement. « Vivre et mourir pour l'entreprise », tel pourrait être le précepte nippon tant la pression et le souci d'excellence dominant.

Avec le terme de *Karoshi*, la relation d'aide et ce qui prend allure d'usure mentale et physique des conditions de travail pouvant être délétères allant jusqu'à la mort sont modulés par le profit et la rentabilité.

II.2.3. SYNDROME D'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL

Le terme maintenant consacré en français présente le défaut d'être vague et semble couvrir tous les effets du travail sur l'individu. Il n'est qu'un pâle reflet du terme plus imagé *burnout*. Usure professionnelle ou usure au travail sont aussi des expressions rencontrées. Elles mettent l'accent sur l'idée d'une évolution progressive du syndrome. Malgré ces critiques, le terme de Syndrome d'Épuisement Professionnel des Soignants ou SEPS s'est imposé en langue française.

II.3. DEFINITIONS

En 1974, Herbert J. Freudenberger propose une première définition du *burnout* comme : ***«l'épuisement professionnel est un état causé par l'utilisation excessive de son énergie et de ses ressources, qui provoque un sentiment d'avoir échoué, d'être épuisé ou encore d'être exténué»*** [33].

D'autres auteurs suivront, insistant sur différents points. En 1976, Maslach décrit l'épuisement professionnel des professions d'aide comme ***«une incapacité d'adaptation de l'intervenant à un niveau de stress émotionnel continu causé par l'environnement de travail»*** [33].

En 1980, Freudenberger et Richelson mettent l'accent sur ***«l'épuisement des ressources internes de l'individu et sur la diminution de son énergie, de sa vitalité et de sa capacité à fonctionner, qui résultent d'un effort soutenu déployé par cet individu pour atteindre un but irréalisable et ce, en contexte de travail, plus particulièrement dans les professions d'aide»*** [33].

Avec Freudenberger, en 1985, l'épuisement professionnel est présenté comme un processus évolutif [34].

Plusieurs auteurs le définissent comme un ensemble de stress-tension-stratégie, cyclique et évolutif ; d'autres comme un état d'esprit et de cours [29,35].

La dimension de l'épuisement physique et psychique de l'épuisement professionnel existe, mais la symptomatologie clinique n'a rien de spécifique. C'est une expérience psychique négative vécue par un individu, qui comporte plusieurs composantes décrites par Maslach et Jackson : épuisement émotionnel, déshumanisation de la relation avec le

client et/ou attitudes négatives envers les personnes aidées. Enfin, il est accompagné d'une perte de sentiment d'accomplissement personnel ou de l'acquisition d'une image de soi négative.

Mais les auteurs ne sont pas tous du même avis. Certains considèrent plus l'épuisement professionnel comme un état que comme un processus. Si, pour tous les professionnels, on retrouve épuisement émotionnel et perte d'accomplissement de soi au travail, il n'y a que dans les professions d'aide que la déshumanisation de la relation avec autrui a un impact si important [34]. La relation à l'autre est au centre des professions de relation d'aide et constitue le sens du travail de l'individu qui en a fait ce choix [36].

II.4. CARACTERISTIQUES DU SYNDROME D'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL DES SOIGNANTS

Pour tenter d'arriver à une définition unique et acceptable, il paraît indispensable de discuter les caractéristiques et les dimensions physiques et psychiques du SEPS.

II.4.1. SIGNES CLINIQUES NON SPECIFIQUES

Les signes cliniques décrits sont des symptômes somatiques, psychiques et comportementaux variés, banals et non caractéristiques.

Sur le **plan physique**, ce sont des **signes et des symptômes somatiques non spécifiques** comme une fatigue ou une lassitude, des céphalées, des troubles digestifs variés, des troubles du sommeil, des infections rhinopharyngées, grippales ou pseudo-grippales prolongées ou répétées. Les troubles fréquents du comportement alimentaire tiennent une place particulière dans une population jeune et essentiellement féminine [33].

Sur le **plan comportemental**, ce sont des **manifestations inhabituelles pour le sujet** : une irritabilité trop fréquente, une sensibilité accrue aux frustrations, une fragilité émotionnelle faisant passer du rire à la bouderie ou aux pleurs, une promptitude à la colère ou aux larmes indiquant une surcharge émotionnelle, une méfiance ou une rigidité envers autrui, une attitude cynique ou de toute puissance pouvant mener à des conduites de risque pour soi-même ou pour autrui. Il s'agit d'attitudes dites défensives : une rigidité le plus

souvent acquise, une résistance excessive au changement, des attitudes négatives ou pessimistes, un pseudo-activisme, le sujet passant encore plus de temps sur les lieux de travail tout en devenant, sans s'en rendre compte, de moins en moins efficace. Enfin, pour «tenir le coup», le sujet peut être amené à faire usage d'alcool ou de psychotropes «empruntés à la pharmacie du service» pour se détendre ; cette automédication étant dangereuse car source de dépendance durable [33].

L'évolution se fait vers un état de fatigue grandissant, des attitudes thérapeutiques de plus en plus inadaptées et inopérantes marquées par une moins grande efficacité et un manque de rigueur dans la pratique des soins. Aux yeux des collègues, le sujet apparaît comme déprimé. Ce qui est parfois le cas, l'épuisement professionnel pouvant précéder une authentique maladie dépressive.

Cependant le sujet fait de grands efforts pour tenir son poste dans un contexte peu gratifiant. Il peut même, paradoxalement, ne plus arriver à quitter un travail, par ailleurs devenu une source de souffrance, réalisant ainsi un tableau d'acharnement au travail. Ce type de comportement pathologique est marqué par un présentéisme anormal au travail. Il est le fait des cadres, des médecins séniors, des chefs de service ou d'unité. Leur présence permanente et peu efficace est une source de désorganisation du travail et de stress pour leurs équipes [33].

D'autres sujets réagissent par un désir de changement, voire de fuite du travail qu'ils ne peuvent plus tolérer. On observe alors un absentéisme progressif et répété. Des demandes de mutation peuvent parfois provoquer dans certains services de véritables hémorragies de personnel. Le syndrome présente une assez grande «contagiosité» ; c'est ce qui en fait sa gravité et son originalité sur un plan psychosociologique [33].

Les signes cliniques n'ont en fait rien de véritablement spécifiques. Peu d'éléments distinguent ces symptômes de la symptomatologie décrite dans la pathologie due au stress.

L'intérêt et le grand mérite du travail de H. Freudenberger ont été :

- d'avoir attiré l'attention sur le terme de *burnout* qui semblait décrire un état clinique qu'aucun autre terme de la psychiatrie ou de la psychologie classique n'arrivait à résumer,
- d'avoir repéré qu'il touchait des personnes engagées dans une relation d'aide,
- enfin d'avoir montré qu'il s'agissait de troubles progressivement acquis.

II.4.2. DESCRIPTION DU SYNDROME

Pour tenter de délimiter un syndrome aux contours moins flous, les définitions vont se multiplier. Mais une des particularités «historiques» du *burnout* est que le syndrome se dessine «en même temps» que s'élaborent des instruments de mesure.

Les trois dimensions fondamentales de ce syndrome sont :

- **l'épuisement émotionnel,**
- **la déshumanisation de la relation interpersonnelle,**
- **la diminution de l'accomplissement personnel.**

La description de ces trois éléments permet la reconnaissance du syndrome et apporte une compréhension psycho-dynamique, sorte de modélisation de l'installation du burnout syndrome chez l'individu [37].

- **L'épuisement émotionnel**

L'épuisement émotionnel est autant physique que psychique. Intérieurement, le sujet aura le sentiment d'être «vidé», ressentira une fatigue affective au travail, une difficulté à être en relation avec les émotions de l'autre, si bien que travailler avec certains malades est de plus en plus difficile affectivement. C'est comme si l'individu avait atteint son seuil de saturation émotionnelle et n'était plus capable d'accueillir une émotion nouvelle. Il parle aussi d'une fatigue importante ressentie de façon inhabituelle. À la différence d'autres moments de fatigue, celle-ci n'est pas ou peu améliorée par le repos. L'un des signaux devenu classique est l'absence d'effets bénéfiques des vacances ou du repos [35].

Extérieurement, on observe des explosions émotionnelles comme des crises de larmes ou de colère, mais aussi des refus d'agir ou de répondre à une demande même anodine. Cet épuisement émotionnel est souvent accompagné de l'incapacité à exprimer toute émotion. Il s'agit d'un renforcement d'une des conduites les plus fréquentes de la tradition médicale car exprimer ses propres sentiments est souvent vu comme un signe de faiblesse. Ainsi, toute émotion nouvelle va donner lieu à des expressions psychiques et/ou comportementales variées. Paradoxalement, cet épuisement peut prendre l'aspect d'une froideur, d'un hyper contrôle apparemment absolu des émotions [35].

- **La dépersonnalisation**

La dépersonnalisation est le noyau dur du syndrome. Ce second critère est marqué

par un détachement, une sécheresse relationnelle s'apparentant au cynisme. Le malade est plus considéré comme un objet, comme une chose qu'une personne. Il s'agit là d'une mise à distance de l'autre qui va être stigmatisée par des petits signes langagiers qui souvent n'apparaissent qu'à un observateur étranger à la situation ou externe au service. Cet état s'installe progressivement et lentement. La distanciation à l'autre est parfois l'aboutissement d'un épuisement émotionnel [35].

C'est un mode de protection de soi et de son intégrité psychique, seule attitude permettant de réaliser le travail relationnel. Cette mise à distance de l'autre se fait très «sournoisement», à l'insu du soignant et malgré lui. Mais il est ressenti souvent douloureusement comme une forme d'échec personnel qui peut s'exprimer plus ou moins ouvertement dans la troisième dimension du syndrome [35].

- **La diminution de l'accomplissement personnel**

Elle résulte des deux autres et est très douloureuse pour l'individu. Elle peut s'exprimer par un sentiment de ne pas être efficace, de ne plus savoir aider les gens, d'être frustré dans son travail en un mot de ne plus faire du bon travail. En effet, l'orientation professionnelle et le travail de soignant sont fondés sur la relation avec autrui. Constatant cette distanciation, le sujet va la ressentir comme un échec. Il n'est plus à la hauteur. Il commence à douter de lui et de ses capacités d'aller vers l'autre. Ainsi apparaissent la dévalorisation de soi, la culpabilité, la démotivation. Les conséquences de tant de difficultés sont variées et variables : absentéisme motivé ou non, abandon de travail, manque de rigueur ou même erreurs professionnelles. Chez la plupart des sujets, on observe un désinvestissement du travail. Prendre quotidiennement son poste devient de plus en plus difficile [35].

Cette attitude de fuite s'observe plus fréquemment dans certaines catégories de personnel (aides-soignants, infirmiers). Ailleurs, on notera un surinvestissement d'activité professionnelle jusqu'à ne plus pouvoir quitter le service ou y «traîner» de manière très illogique (« présentéisme » inefficace) [35].

II.5. DEFINITION UNIQUE RETENUE

Ainsi le syndrome d'épuisement professionnel des soignants ou burnout syndrome, apparaît comme un **syndrome à trois dimensions en réponse à un stress émotionnel et**

physique chronique comprenant : un épuisement émotionnel et physique, une dépersonnalisation de la relation avec le patient, et une baisse du sentiment d'accomplissement de soi au travail.

Il touche les personnes engagées dans une profession de relation d'aide.

Bédard et Duquette en résument les éléments dans la définition suivante : **«L'épuisement professionnel est une expérience psychique négative vécue par un individu, qui est liée au stress émotionnel et chronique causé par un travail ayant pour but d'aider les gens»** [35].

II.6. LE MASLACH BURNOUT INVENTORY(MBI)

Le *Maslach Burnout Inventory* ou MBI est devenu l'instrument de mesure privilégié du *burnout* grâce à son maniement aisé et aux études qui ont confirmé sa validité.

Les premières études sur le MBI ont été publiées en 1996 par Maslach et *al.* Simple d'utilisation, cet inventaire a permis de mesurer le syndrome d'épuisement professionnel auprès de groupes importants et d'en étudier systématiquement les causes [15].

Il regroupe 22 questions, portant sur les 3 dimensions du BOS, questions où les réponses porteront sur les fréquences d'apparition de chaque élément demandé (Tableau I).

Le MBI est constitué de vingt-deux items : neuf pour l'épuisement émotionnel, cinq pour la dépersonnalisation et huit pour l'accomplissement personnel. Chaque item représente une facette de l'évaluation que le sujet peut faire de son travail. La personne interrogée indique la fréquence selon laquelle, elle éprouve le sentiment en question.

L'épuisement, la dépersonnalisation et la réduction de l'accomplissement personnel sont mesurés séparément.

Autrement dit, l'individu n'a pas un score global de *burnout*, mais un score pour chacune des trois dimensions. Le terme *burnout* continue de désigner globalement ces trois dimensions qui pourtant sont distinctes, même si elles sont liées au sein d'un seul ensemble théorique qui les englobe : « Les recherches qui ont étudié la validité du MBI ont confirmé qu'une structure à trois dimensions correspondait mieux aux données qu'une structure à deux ou à une seule dimension » [38].

Un score élevé pour l'épuisement émotionnel et la déshumanisation correspond à un *burnout* élevé. Pour l'accomplissement personnel, un score bas correspond à un *burnout* élevé (Tableau II et Tableau III) [29].

III. IMPACTS DU SYNDROME D'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL

La liste des symptômes mis à jour par des études expérimentales solides est longue car il existe plusieurs formes d'épuisement professionnel, chacune pouvant s'exprimer à travers des manifestations spécifiques. De plus, le syndrome d'épuisement professionnel étant un processus, il est susceptible de s'exprimer différemment au cours de son développement chez le même individu, selon sa phase d'évolution. Il n'est pas toujours simple de séparer clairement les symptômes et les conséquences du syndrome d'épuisement professionnel. Elles s'observent au niveau de l'individu, des interactions sociales et de l'organisation du travail [37].

Tableau I : Les différents items du MBI (utilisés pour notre enquête).

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

Réf. : Maslach C, Jackson S du MBI Manuel (1986)

Tableau II : Les dimensions du MBI.

Dimensions du MBI	Nombre d'items	Questions	Extrêmes
Épuisement émotionnel (EE)	9	1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 18	[0 - 54]
Dépersonnalisation (D)	5	5, 10, 11, 15, 22	[0 - 30]
Accomplissement personnel (AP)	8	4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21	[0 - 48]

Réf : Maslach C, Jackson S du MBI Manuel (1986)

Tableau III : Degré d'atteinte des dimensions du BOS.

Dimensions du <i>burnout</i>	EE	D	AP
Atteinte sévère	≥ 30	≥ 12	≤ 33
Atteinte modérée	18 - 29	6 - 11	34 - 39
Atteinte faible	≤ 17	≤ 5	≥ 40

Réf : Maslach C, Jackson S du MBI Manuel (1986)

III.1. CONSEQUENCES PHYSIQUES ET EMOTIONNELLES

Les atteintes psychologiques et physiques montrent à quel point le syndrome d'épuisement professionnel peut être destructeur [39]. Le sentiment de fatigue ou d'épuisement ou de sensation d'être « vidé » est le symptôme le plus typique [40].

Les individus atteints d'un degré élevé d'épuisement professionnel ont davantage de troubles du sommeil et une plus grande fatigue au réveil. La fatigue liée au syndrome d'épuisement professionnel n'est pas celle que l'on éprouve temporairement et qui disparaît après une période de repos. Il s'agit d'une fatigue chronique [41].

Le syndrome d'épuisement professionnel se manifeste aussi par des troubles somatiques [42,43]. Le syndrome d'épuisement professionnel est associé à des douleurs ou plaintes symptomatiques tels que :

- Douleurs gastro-intestinales,
- douleurs musculo-squelettiques, en particulier le mal de dos,
- désordres psychosomatiques tels qu'ulcères et troubles gastro-intestinaux dans certains cas,
- manifestations classiques du stress associées à des manifestations de transpiration ou d'angoisse,
- réduction des défenses immunitaires suivie de rhume prolongé.

Des patients atteints d'épuisement professionnel ont, par rapport à un groupe contrôle, un rythme cardiaque plus élevé au repos, des troubles métaboliques à type d'hypercholestérolémie, d'hypertriglycémie et d'hyperuricémie [22,44]. Le syndrome d'épuisement professionnel est associé à des taux de cortisol plus élevés durant la journée de travail [45]. Il provoque aussi des inflammations conduisant à l'athérome [43]. Il peut conduire également au diabète de type 2 [46]. Ces modifications biochimiques exposent à des risques cardio-vasculaires [47].

III.2. CONSEQUENCES ATTITUDINALES ET COMPORTEMENTALES

Les manifestations comportementales du syndrome d'épuisement professionnel sont variées. On les observe tant au niveau de l'individu, de ses relations, que de l'environnement de travail.

III.2.1. AU NIVEAU DE L'INDIVIDU

Si le syndrome d'épuisement professionnel s'accompagne, dans sa phase préliminaire, d'une période de grande activité, avec éventuellement des pratiques sportives, il est associé à une mauvaise hygiène de vie [48].

Dans une recherche menée auprès de médecins français [49], un lien significatif a été révélé entre l'épuisement émotionnel et la consommation d'alcool. La même association est observée auprès de groupes professionnels variés, comme des dentistes, des employés de services sociaux ou des opérateurs de transit urbain [36].

Plus généralement, on trouve une diminution des ressources psychologiques [30, 50,51], avec :

- chute de l'estime de soi,
- état de tristesse, désespoir, anxiété,
- sentiment d'impuissance, troubles cognitifs.

III.2.2. AU NIVEAU DE LA VIE PRIVEE

Les effets du syndrome d'épuisement professionnel débordent sur la vie privée. Contredisant l'idée que travail et vie privée sont des sphères séparées et autonomes, ce syndrome a des répercussions sur la sphère familiale et plus généralement sociale. Ce syndrome peut entraîner des divorces. L'épuisement professionnel d'un conjoint, provoqué par des menaces de restructuration et de réduction d'effectifs, a un effet direct sur les tensions avec son partenaire et accroît les comportements et attitudes négatives envers elle/lui [52,53]. Egalement, les effets délétères de ce syndrome sont l'isolement par rapport à la société, notamment les amis ; ainsi que le changement de comportement envers les enfants, qui devient plus professionnel [53,54].

Mis à part les répercussions sociales, le burnout syndrome risque d'entraîner également des suicides. Lors d'une étude effectuée sur 1800 cas de syndrome d'épuisement professionnel avérés, Etzion révèle un taux « anormalement inquiétant » de suicide chez les personnes atteintes de ce syndrome [55].

III.2.3. AU NIVEAU DU TRAVAIL

Le syndrome d'épuisement professionnel contribue à augmenter l'insatisfaction au travail et à diminuer l'engagement, en étant moins impliqué et avec une tendance à une démission plus fréquente [56-58].

Chez des enseignants suivis plusieurs mois, l'épuisement émotionnel mesuré par le MBI prédit, non seulement les intentions de quitter le travail, mais aussi le fait de le quitter effectivement [28].

Le syndrome d'épuisement professionnel contribue à la détérioration des relations entre collègues, mais aussi avec les clients, élèves et patients. Les médecins à l'épuisement professionnel élevé répondent moins aux questions des patients, les négligent davantage (ils ne discutent pas des différentes options de traitement par exemple), et commettent des erreurs qu'on ne peut pas attribuer à leurs manques de connaissances ou d'expérience [59].

Prendre une décision s'avère coûteux pour l'individu épuisé émotionnellement. La dépersonnalisation ou le cynisme conduisent à prendre des décisions plus impersonnelles, voire stigmatisantes [37].

DEUXIEME PARTIE : NOTRE ETUDE
MATERIELS ET METHODES

I. CADRE DE L'ETUDE

L'étude a été réalisée dans deux centres hospitaliers d'Antananarivo – Madagascar : le Centre Hospitalier de Soavinandriana (CENHOSOA) et l'Hôpital Universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona (HUIA). L'étude s'est orientée vers les médecins travaillant dans le milieu chirurgical : services de chirurgie, urgences chirurgicales et anesthésie-réanimation.

II. ELABORATION DU QUESTIONNAIRE

Pour réaliser cette étude, un auto-questionnaire de deux pages (Annexe) a été élaboré. Il comprenait sept items dont le questionnaire MBI retranscrit dans son intégralité, comprenant 22 éléments (Tableau I). L'auto-questionnaire était anonyme.

La première page du questionnaire comprenait, outre la demande de participation, les informations personnelles du médecin enquêté ; à savoir, son genre, son année de naissance, son titre, le centre hospitalier d'exercice, le secteur d'activité, l'ancienneté dans le travail et la date du dernier congé. La deuxième page était réservée au questionnaire du *Maslach Burnout Inventory* (MBI), dont les réponses sur la fréquence étaient à cocher. Il s'agit d'un auto-questionnaire de 22 items cotés de 0 à 6 en termes de fréquence (jamais à tous les jours). Comme vu dans les rappels (page 17), le MBI comprend trois dimensions.

Pour l'interprétation du BOS, nous avons retenu que :

- un score élevé dans les dimensions EE et/ou D et/ou AP suffit pour définir le *burnout syndrome*,

- selon le nombre de dimensions atteintes, on distingue un **degré** de BOS :

- ***faible*** : si ***atteinte sévère d'une dimension***
- ***moyen*** : si ***atteinte sévère de deux dimensions***
- ***élevé*** ou ***sévère*** : si ***atteinte sévère des trois dimensions***.

III. POPULATION CIBLE

La population cible de l'étude était composée des médecins travaillant en milieu hospitalo-universitaire, à savoir :

- les médecins généralistes assistants,
- les médecins avec diplôme d'université (DU),
- les internes de spécialité,
- les médecins spécialistes,
- les chefs de clinique,
- les anciens chefs de clinique,
- les professeurs.

La distribution des questionnaires était effectuée après autorisation auprès des chefs d'établissement des centres hospitaliers concernés et également auprès du chef de service de chaque unité de soins. Le nombre de questionnaires distribués était en fonction du nombre de médecins présents dans le service ayant accepté de participer à l'enquête. S'agissant d'auto-questionnaire, le délai de remplissage du questionnaire était de 1 mois et les fiches remplies étaient reprises au sein même du service par l'enquêteur.

IV. PARAMETRES RECUEILLIS

IV.1. CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES

Ces caractéristiques consistaient en :

- l'âge et le genre du médecin enquêté,
- le titre du médecin enquêté.

IV.2. CARACTERISTIQUES LIEES A L'ACTIVITE PROFESSIONNELLE

Ces caractéristiques comprenaient :

- le centre hospitalier d'exercice,
- le secteur d'activité (chirurgie, anesthésie-réanimation, urgences chirurgicales),
- le service,
- l'ancienneté dans le travail,
- la date du dernier congé.

IV.3. CARACTERISTIQUES LIEES AU BURNOUT SYNDROME

Ont été également évaluées les caractéristiques du burnout syndrome, notamment :

- la présence ou non de cet épuisement professionnel au sein des médecins hospitaliers du milieu chirurgical,
- lorsqu'il était présent :
 - le degré d'atteinte du BOS,
 - les différentes dimensions de ce syndrome et le degré d'atteinte de chaque dimension.

V. ETAT DES LIEUX

Pour avoir un aperçu des activités du service en rapport avec le nombre de médecins par service, dans cette partie, nous avons détaillé, pour pouvoir avoir une estimation de la charge du travail :

- le nombre des médecins dans les services concernés par l'enquête,
- les activités des services concernés, en termes d'admissions et d'interventions observées.

Nous avons considéré une période de 12 mois entre le mois d'août 2012 et août 2013, période approximative de l'étude, pour l'activité annuelle.

V.1. NOMBRE DE MEDECINS ET APPRENANTS PAR SERVICE

Le nombre de tous les médecins confondus, autant assistants, spécialistes, bénévoles ou titulaires, par service est détaillé dans le tableau IV.

V.2. ADMISSIONS PAR SERVICE

Les admissions hospitalières selon le service sont représentées dans les tableaux V et VI.

Tableau IV : Nombre de médecins et apprenants par service (CENHOSOA et HUIRA).

Centre hospitalier	Service	Nombre de médecins et apprenants
CENHOSOA	Chirurgie Générale et cardio-vasculaire	4
	Réanimation	10
	Urgences chirurgicales	14
	Chirurgie Générale et digestive	6
	<i>TOTAL</i>	<i>34</i>
HUIRA	Chirurgie thoracique	5
	Chirurgie Pédiatrique	10
	Neurochirurgie	8
	Urologie	15
	Réanimation Chirurgicale	24
	Urgences chirurgicales	26
	Chirurgie viscérale	11
	Orthopédie Traumatologie	5
	<i>TOTAL</i>	<i>104</i>

Ce tableau montre le nombre de tous les médecins confondus, autant assistants, spécialistes, bénévoles ou titulaires, par service et par hôpital au moment de notre enquête.

Tableau V : Admissions mensuelles au CENHOSOA.

Mois	Service		Chirurgie	Chirurgie
	Urgences	Réanimation	générale et cardiovasculaire	générale et digestive
Août	633	41	32	36
Septembre	695	43	33	38
Octobre	683	42	39	30
Novembre	689	52	35	22
Décembre	688	45	39	28
Janvier	692	55	36	29
Février	642	39	25	28
Mars	619	53	26	39
Avril	685	28	31	31
Mai	724	37	17	34
Juin	760	42	29	41
Juillet	650	31	32	46
Août	585	34	37	38
MOYENNE	672,69	41,69	31,61	33,85
MEDIANE	685	42	32	34

Le tableau ci-dessus nous montre les admissions hospitalières mensuelles du CENHOSOA, avec les moyennes et les médianes pour chaque service.

Tableau VI : Admissions mensuelles à l'HUJRA.

Mois	Service	ATUR	Réanimation Chirurgicale	Urologie	Neurochirurgie	Chirurgie thoracique	Viscérale Infantile	Traumatologie Infantile	Viscérale A	Viscérale B	Traumatologie A	Traumatologie B
Août		3186	226	28	146	37	225	74	66	77	85	30
Septembre		3090	214	41	150	26	79	88	72	92	68	21
Octobre		3455	218	48	127	37	70	65	71	103	80	18
Novembre		3596	240	53	147	54	103	87	87	114	68	19
Décembre		3644	232	46	159	31	72	75	82	96	69	24
Janvier		3631	234	57	102	36	70	86	101	92	70	15
Février		3226	238	66	111	38	78	75	79	92	57	12
Mars		3724	267	37	153	35	224	68	91	87	70	14
Avril		4626	257	51	172	37	60	85	96	95	54	15
Mai		3124	247	68	166	39	92	60	71	110	86	16
Juin		3916	276	44	145	43	79	60	76	75	83	16
Juillet		3273	241	46	181	41	78	61	91	68	125	14
Août		3421	264	77	175	49	90	62	86	80	79	16
MOYENNE		3531,69	242,62	50,92	148,77	38,69	101,54	72,76	82,23	90,85	76,46	16,46
MEDIANE		3455	240	48	150	37	79	74	82	92	70	16

Nous avons dans le tableau ci-dessus les admissions hospitalières mensuelles selon le service à l'HUJRA.

V.3. INTERVENTIONS MENSUELLES REALISEES

Le nombre d'interventions variant selon le centre hospitalier et selon qu'elles soient réalisées en urgence ou qu'elles soient programmées sont représentées dans le tableau VII ci-dessous.

Tableau VII : Interventions mensuelles réalisées au CENHOSOA et au Hujra.

Interventions Mois	CENHOSOA		Hujra	
	Urgences	Programmées	Urgences	Programmées
Août	40	75	43	266
Septembre	34	72	21	141
Octobre	42	53	28	169
Novembre	37	43	56	210
Décembre	33	62	133	192
Janvier	46	59	82	136
Février	17	59	25	158
Mars	28	81	52	274
Avril	33	55	31	103
Mai	20	68	57	158
Juin	34	92	56	160
Juillet	35	54	45	165
Août	39	71	48	174
MOYENNE	33,69	64,92	52,07	177,38
MEDIANE	34	62	48	165

VI. RECUEIL ET EXPLOITATION DES DONNEES

Les questionnaires nous sont parvenus dans les 2 à 4 mois suivant leur distribution. L'échantillon d'étude concernait les médecins qui ont accepté de participer à l'étude.

Les réponses au questionnaire ont été enregistrées sur une base de données Libre Office Calc[®] et analysées par Sigma Stat[®] 3.5.

VII. CRITERE D'INCLUSION

Toutes les fiches recueillies, auprès des médecins, de la population cible, ayant accepté de participer à l'enquête ont été analysées.

VIII. CRITERE D'EXCLUSION

Le fait qu'une fiche d'enquête n'était pas complètement remplie constituait le principal critère d'exclusion. Le MBI n'a pas été analysé lorsqu'une réponse ou plus étaient manquantes.

IX. ANALYSE DES DONNEES

Il s'agit d'une étude épidémiologique, analytique, transversale, descriptive, effectuée sur deux sites hospitalo-universitaires (le CENHOSOA et le HUIRA).

Les variables qualitatives sont exprimées à l'aide de leurs fréquences. Les variables quantitatives sont exprimées à l'aide de leurs médianes avec extrêmes (minimum et maximum).

La recherche des corrélations a été effectuée par l'intermédiaire du test de corrélation et des tests de régression linéaire. Une valeur de p inférieure à 0,05 a été considérée comme significative.

X. BIAIS DE L'ETUDE

L'étude réalisée aurait pu avoir certains biais tels que :

- la sélection des médecins a été exhaustive, sans détermination exacte des caractères communs réels,
- l'échantillon réduit à des spécialités données de la médecine tout en sachant que ce métier recouvre plusieurs domaines ; mais également un échantillon concernant les structures hospitalo-universitaires. La participation des médecins des autres structures aurait été plus intéressante ;
- l'influence de la participation par le fait que la distribution des fiches d'enquête a été faite par un enquêteur, et que l'étude est passée par les voies hiérarchiques avant sa réalisation ;
- la remise des fiches remplies à l'enquêteur et la durée de réponse des médecins aurait également pu influencer les réponses fournies par le médecin enquêté.

XI. CONSIDERATIONS ETHIQUES

La présente étude consistait en une enquête, sur questionnaire, rempli par les médecins, de leur plein gré. Ce questionnaire n'avait aucune mention de leur identité. Pour la retranscription et le recueil des données, celles-ci ont été codées de manière à garantir l'anonymat des participants. Le traitement des données était réalisé de façon confidentielle, dans des banques de données informatiques auxquelles seul l'investigateur avait accès. Les résultats ont été présentés sous forme intégrée sans qu'aucun des participants ne puisse être identifié.

XII. RESULTATS

XII.1. BURNOUT CHEZ LES MEDECINS

XII.1.1. ORGANIGRAMME

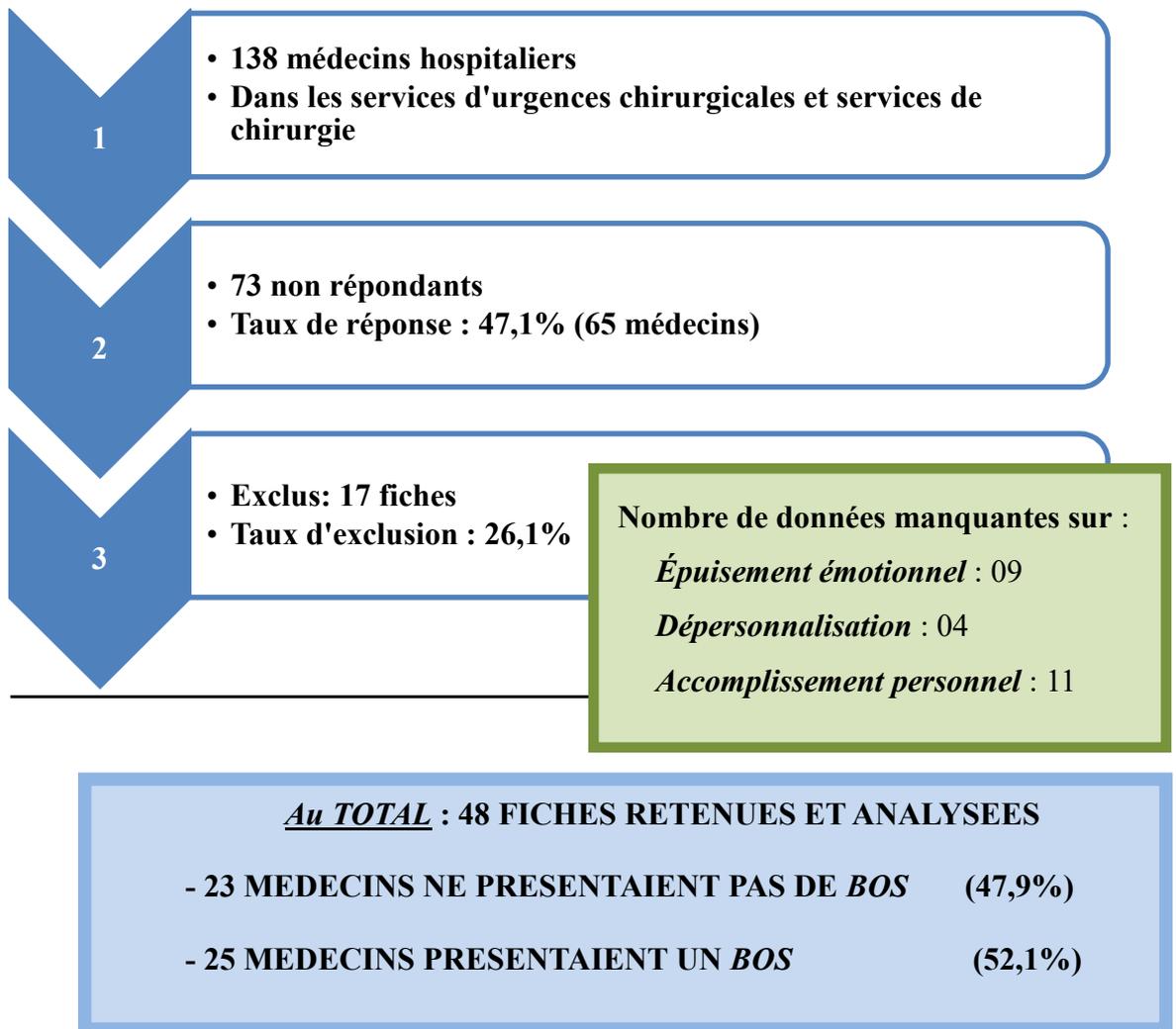


Figure 1 : Etapes de sélection des fiches à analyser.

XII.1.2. CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON

Les répondants à l'enquête étaient de 47,1 % ; le taux de participation, le nombre de fiches exclues sont représentés dans les figures 2 et 3 et le tableau VIII.

XII.1.2.1. Au CENHOSOA

34 médecins ont participé à l'enquête avec un taux de réponse de 50% et 6 fiches ont été exclues.

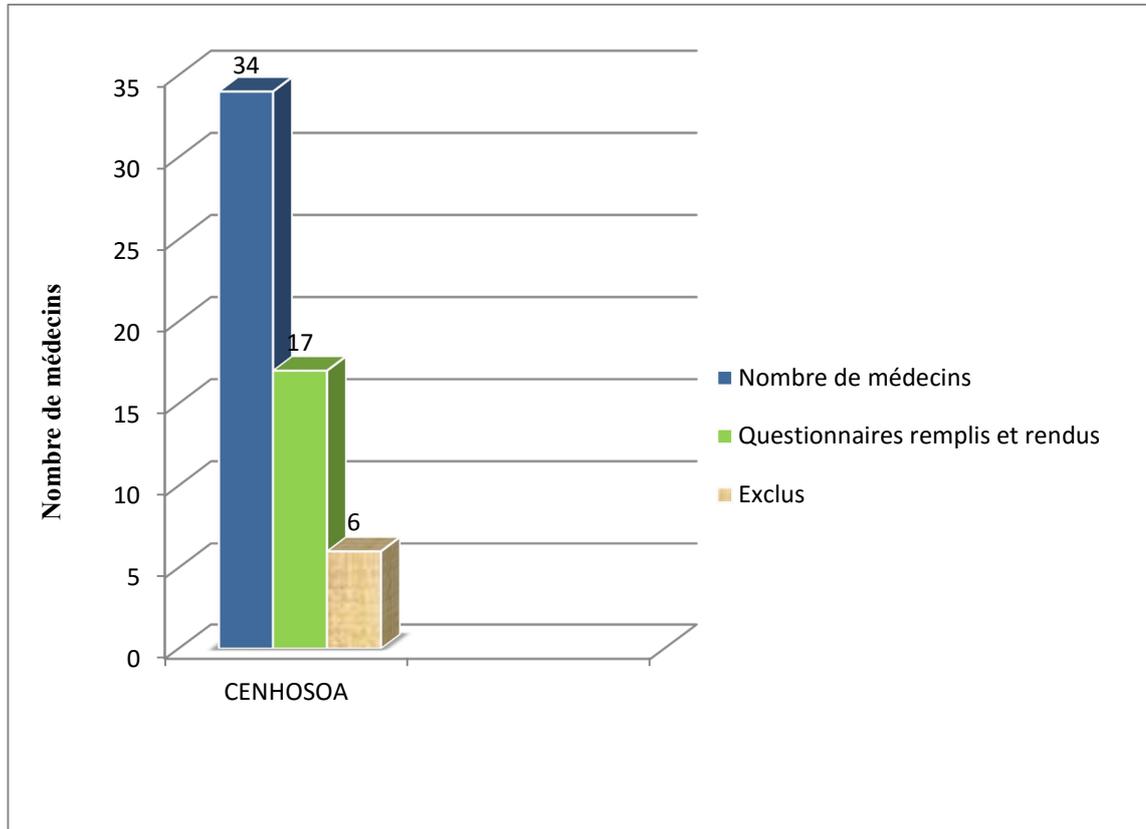


Figure 2 : Participation à l'enquête sur le BOS au CENHOSOA

XII.1.2. A l'HUJRA

104 médecins ont accepté de participer à l'enquête et 48 fiches nous ont été rendues donnant un taux de participation de 46,15%. Parmi celle-ci 11 fiches ont été exclues.

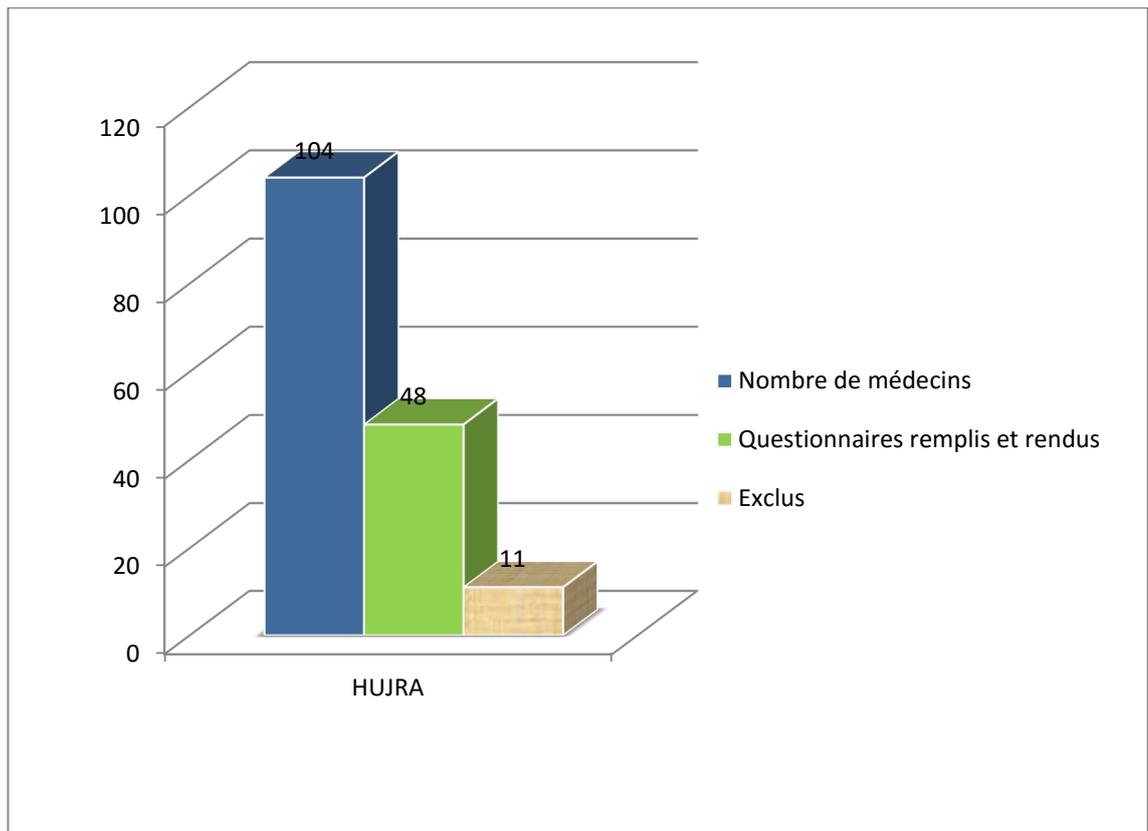


Figure 3 : Participation à l'enquête sur le BOS à l'HUJRA

Tableau VIII : Participation selon le site.

Centre hospitalier	Service	Nombre de médecins	Questionnaires remplis et remis	Exclus	Pas de participation
CENHOSOA	Réanimation	10	5	2	5
	Urgences chirurgicales	14	6	2	8
	Chirurgie générale et digestive	6	6	2	0
	Chirurgie générale et cardio-vasculaire	4	0	–	4
<i>Sous-total 1</i>		<i>34</i>	<i>17</i>	<i>6</i>	<i>17</i>
		<i>100%</i>	<i>50 %</i>	<i>17,6 %</i>	<i>50 %</i>
HUJRA	ATUR	26	13	3	13
	Réanimation chirurgicale	24	21	3	3
	Neurochirurgie	8	5	2	3
	Urologie	15	7	2	8
	Chirurgie viscérale	11	0	–	11
	Chirurgie thoracique	5	1	1	4
	Traumatologie adulte	5	0	–	5
	Chirurgie infantile	10	1	0	9
<i>Sous-total 2</i>		<i>104</i>	<i>48</i>	<i>11</i>	<i>67</i>
		<i>100 %</i>	<i>46,1 %</i>	<i>10,6 %</i>	<i>64,4 %</i>
<i>TOTAL</i>		<i>138</i>	<i>65</i>	<i>17</i>	<i>84</i>
		<i>100 %</i>	<i>47,1 %</i>	<i>12,4 %</i>	<i>60,8 %</i>

XII.1.3. CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES ET PROFESSIONNELLES

La population de l'étude était à prédominance masculine avec un *sex ratio* de 1,8 (64,6 % de médecins du genre masculin et 35,4 % de médecins du genre féminin). L'âge médian des médecins était de 37 [25-59] ans.

La médiane de l'ancienneté des médecins était de 4,5 [0,2-28] ans.

L'intervalle de congé entre la date du dernier congé et le moment de l'enquête était de 0,2 [0-8,4] ans.

Les titres et secteurs d'activité des médecins enquêtés dont les fiches ont été retenues sont représentés dans les figures 4 et 5 ci-dessous.

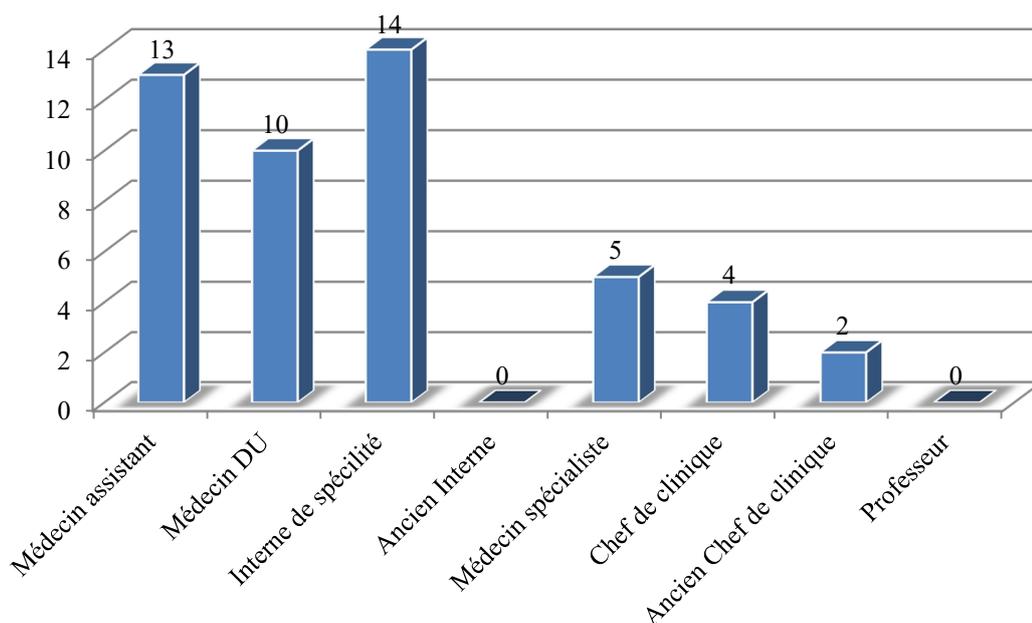


Figure 4 : Proportion des médecins selon leur titre.

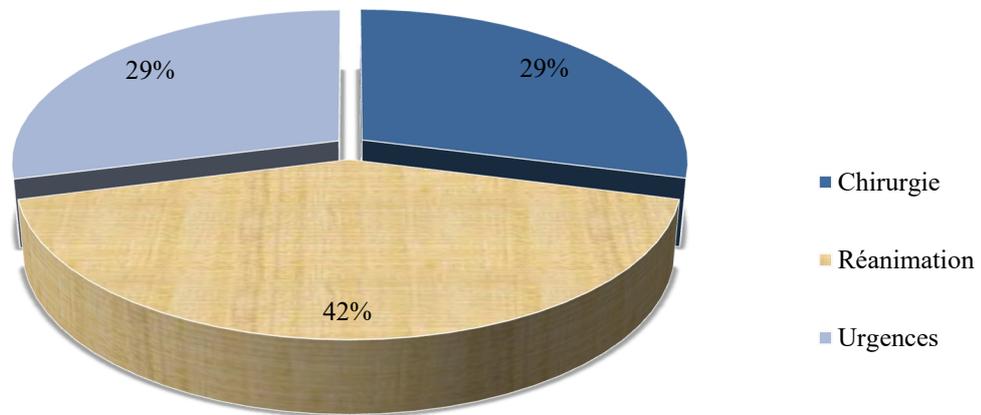
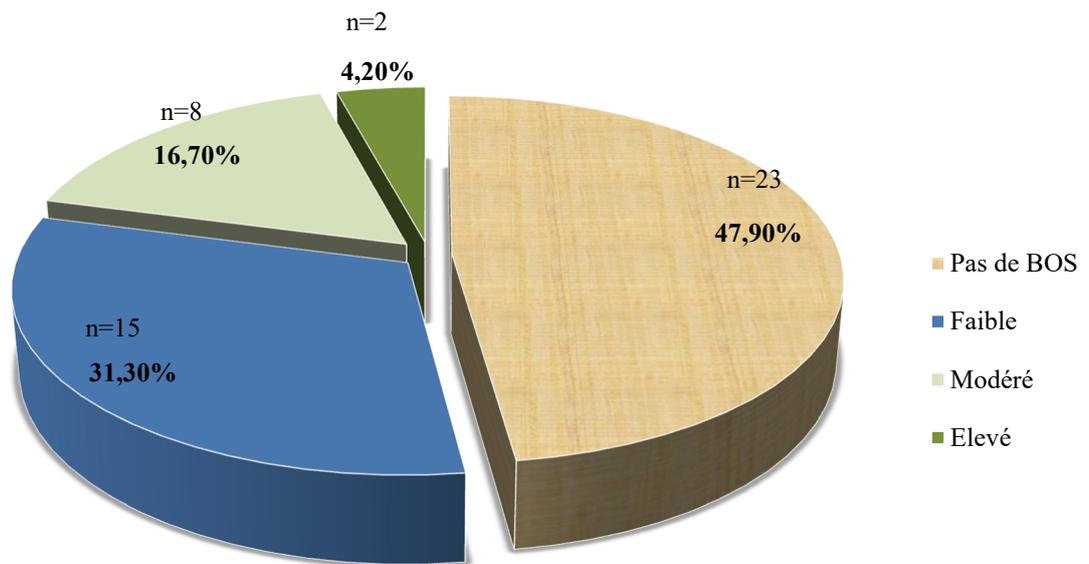


Figure 5 : Proportion des médecins selon le secteur d'activité.

XII.1.4. BURNOUT SYNDROME

Le burnout syndrome a été observé dans 51,2 % des cas (figure 6). Dans le cas où le BOS était présent, il était de degré faible (31,3 %), moyen (16,7%) et élevé (4,2%).

Le degré du BOS présents chez les médecins hospitaliers en milieu chirurgical était fonction du degré d'atteinte des dimensions de ce syndrome (figure 7).



N.B. : Exprimé n nombre (n) et fréquence (%).

Figure 6 : Survenue et degré du BOS.

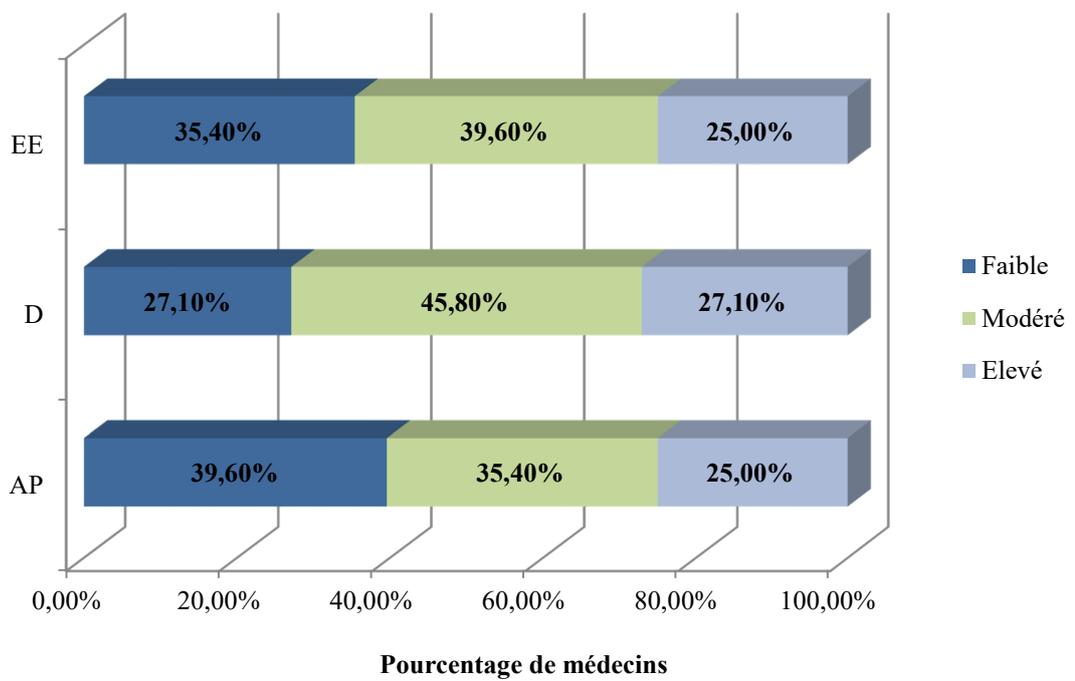


Figure 7 : Degré de *burnout* selon les dimensions.

XII.1.4.1. Epuisement Emotionnel

La médiane de l'épuisement émotionnel (EE) a été de 24 avec des extrêmes de [0-54] (figure 8).

Les scores « faible », « modéré » et « élevé » de l'épuisement émotionnel ont été présents dans diverses proportions (tableau IX).

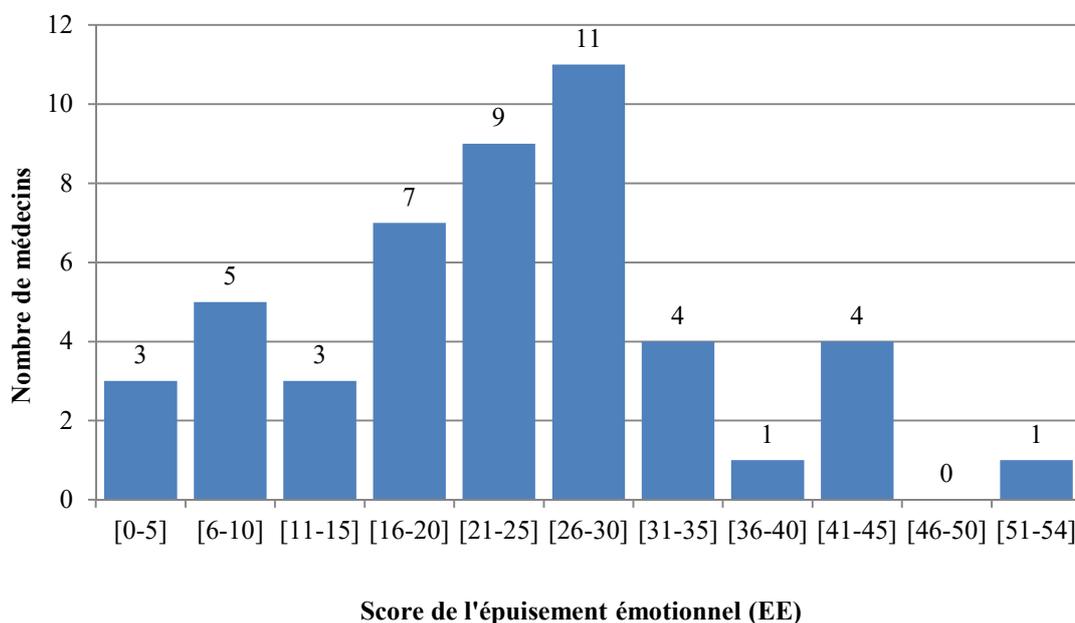


Figure 8 : Epuisement émotionnel.

Tableau IX : Degré d'atteinte de l'épuisement émotionnel.

Score	Effectif	Pourcentage
Faible	17	35,4 %
Modéré	19	39,6 %
Elevé	12	25,0 %
TOTAL	48	100,0 %

XII.1.4.2. Dépersonnalisation

La médiane de la dépersonnalisation (D) a été de 9 avec des extrêmes de [0-23] (figure 9). Les scores « faible », « modéré » et « élevé » de la dépersonnalisation ont été présents dans diverses proportions (tableau X).

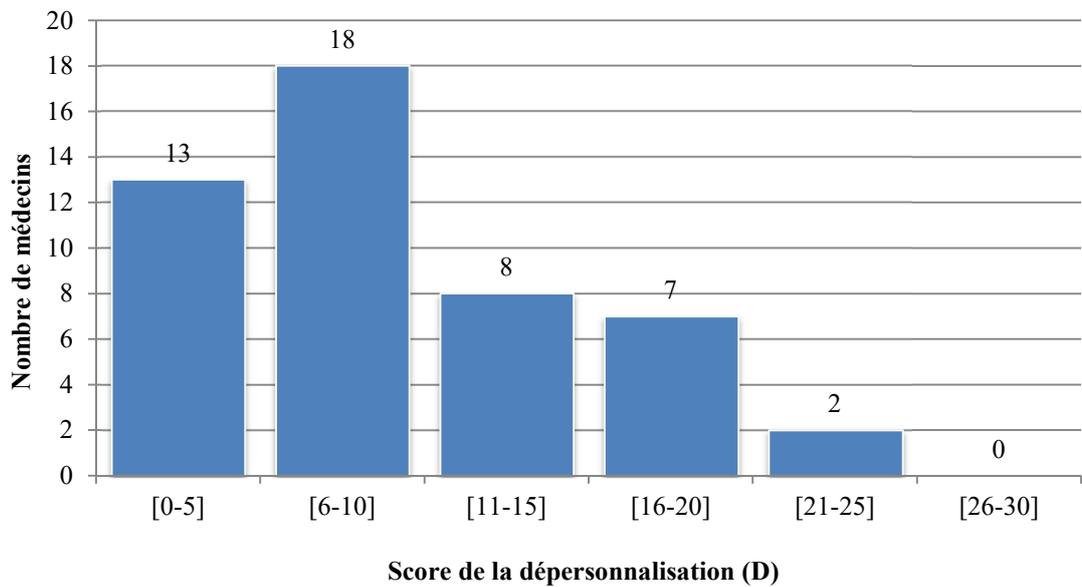


Figure 9 : Dépersonnalisation.

Tableau X : Degré d'atteinte de la dépersonnalisation.

Score	Effectif	Pourcentage
Faible	13	27,1 %
Modéré	22	45,8 %
Elevé	13	27,1 %
TOTAL	48	100,0 %

XII.1.4.3. Accomplissement personnel

La médiane de l'accomplissement personnel (AP) a été de 37,5 avec des extrêmes de [24-48] (figure 10).

Les scores « faible », « modéré » et « élevé » de l'accomplissement personnel ont été présents dans diverses proportions (tableau XI).

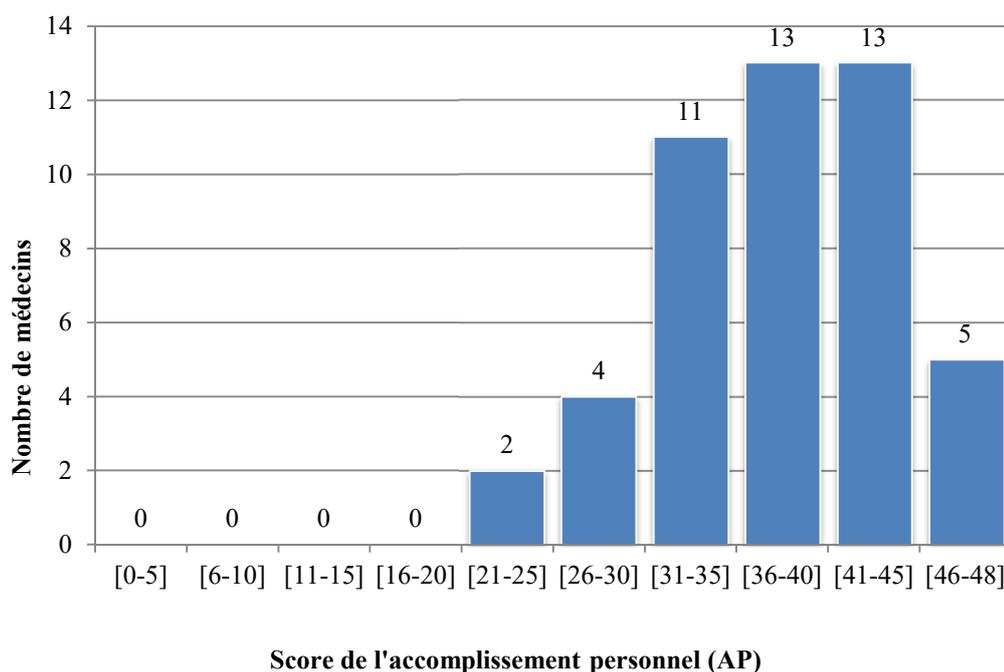


Figure 10 : Accomplissement personnel.

Tableau XI : Degré d'atteinte de l'accomplissement personnel.

Score	Effectif	Pourcentage
Faible	19	39,6 %
Modéré	17	35,4 %
Elevé	12	25,0 %
TOTAL	48	100,0%

XII.2. ETUDE DES CORRELATIONS

XII.2.1. BURNOUT ET CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES

XII.2.1.1. Burnout syndrome et genre

Selon le genre, 8 sur 17 médecins de la population féminine et 15 sur 31 médecins de sexe masculin présentaient un syndrome d'épuisement professionnel, mais d'une manière non significative ($p=0,932$). Les trois degrés du BOS étaient présents chez les médecins de sexe masculin. Ce degré du BOS n'était pas significativement corrélé avec le genre du patient ($p=0,710$) (tableau XII). Le degré d'atteinte du BOS selon les diverses dimensions n'étaient pas corrélés avec le genre du médecin (figure 11).

Tableau XII : Dimensions du BOS selon le genre(en %).

<i>Genre</i>	Epuisement émotionnel		Dépersonnalisation		Accomplissement personnel	
	<i>Féminin</i>	<i>Masculin</i>	<i>Féminin</i>	<i>Masculin</i>	<i>Féminin</i>	<i>Masculin</i>
Faible	10,4	25,0	2,1	25,0	8,3	31,2
Modéré	16,7	22,9	27,1	18,7	16,7	18,7
Elevé	8,3	16,7	6,2	20,8	10,4	14,6
<i>p</i>	0,738		0,618		0,0684	

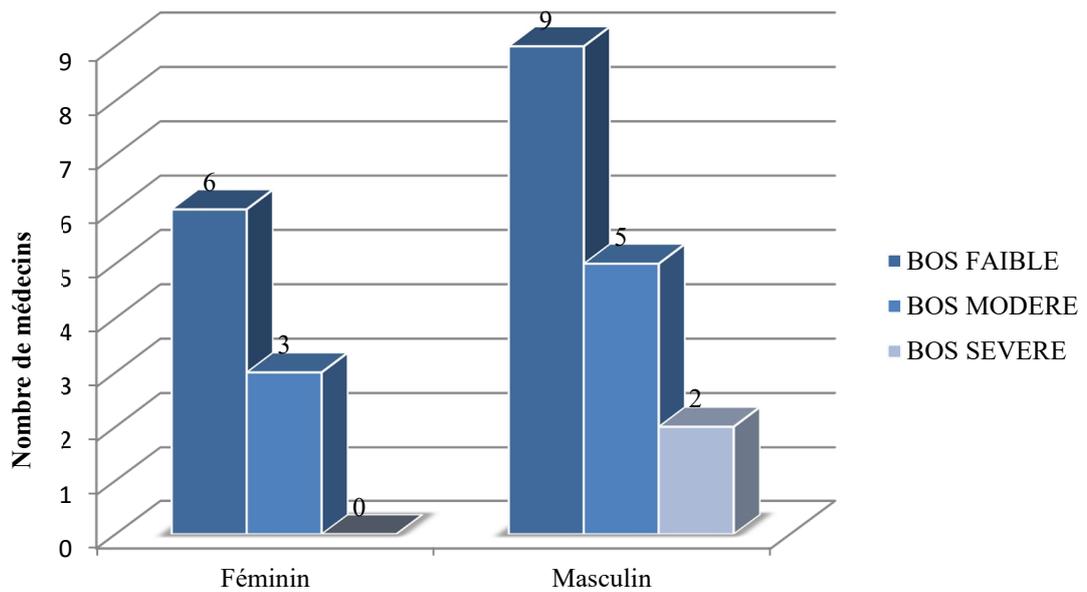


Figure 11 : Degré du BOS et genre.

XII.2.1.2. Burnout syndrome et âge

Selon l'âge des médecins hospitaliers, le syndrome d'épuisement professionnel était présent surtout dans la tranche d'âge des [36-40] ans (figure 12). Lorsque le BOS était présent, son degré de sévérité variait selon l'âge, mais il était de degré faible surtout chez les médecins de moins de 41 ans (figure 13). Cependant la présence ou non du syndrome d'épuisement professionnel n'était pas corrélé avec l'âge du médecin hospitalier ($p=0,704$), de même que le degré du BOS ($p=0,760$).

Selon la dimension du BOS, aucune corrélation significative n'a été retrouvée entre l'épuisement émotionnel ($p=0,544$), la dépersonnalisation ($p=0,694$), l'accomplissement personnel ($p=0,138$) et l'âge du médecin ; bien que ces degrés de ces trois dimensions variaient également en fonction de l'âge (tableau XIII).

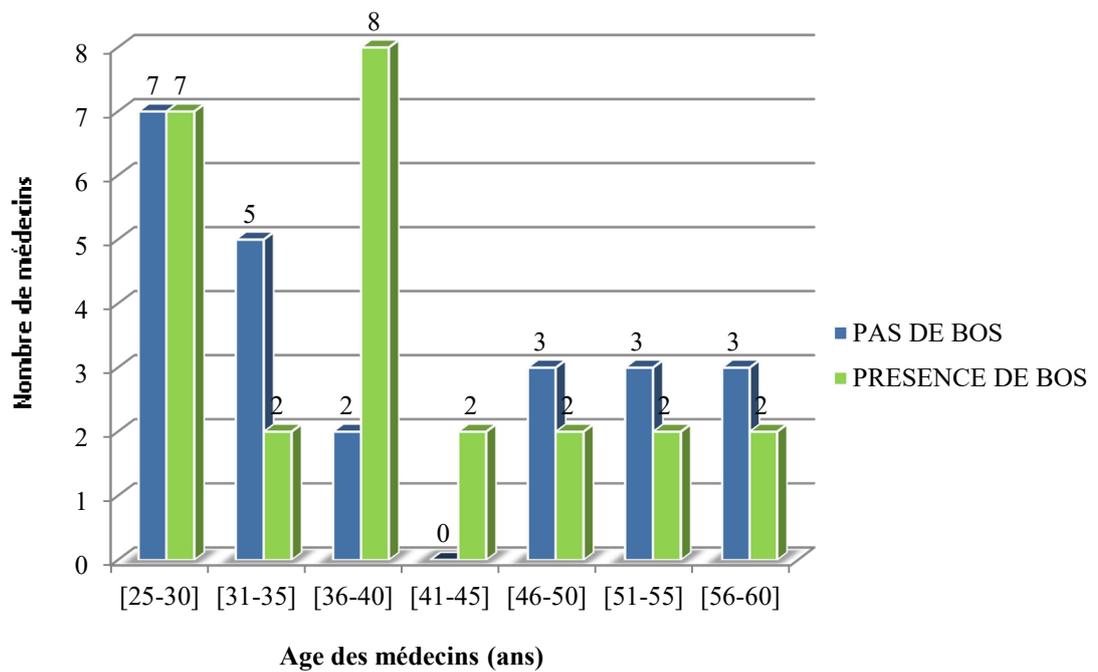


Figure 12 : Présence ou non du BOS selon l'âge des médecins.

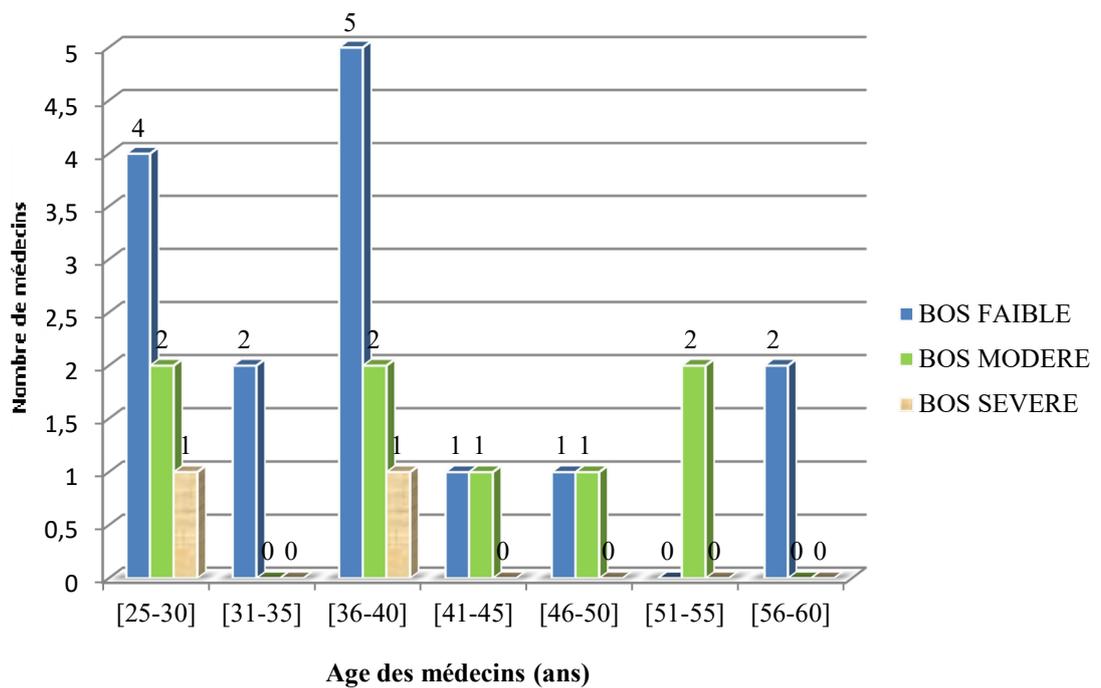


Figure 13 : Degré du BOS selon l'âge des médecins.

Tableau XIII : Dimensions du BOS selon l'âge des médecins (n et %).

		<i>n</i> (%)	Entre 25 et 30 ans	Entre 31 et 35 ans	Entre 36 et 40 ans	Entre 41 et 45 ans	Entre 46 et 50 ans	Entre 51 et 55 ans	Entre 56 et 60 ans
Epuisement émotionnel	<i>faible</i>		2 (4,2)	4 (8,3)	2 (4,2)	-	3 (6,2)	3 (6,2)	3 (6,2)
	<i>modéré</i>		9 (18,7)	3 (6,2)	5 (10,4)	-	1 (2,1)	-	1 (2,1)
	<i>élevé</i>		3 (6,2)	-	3 (6,2)	2 (4,2)	1 (2,1)	2 (4,2)	1 (2,1)
Dépersonnalisation	<i>faible</i>		1 (2,1)	2 (4,2)	1 (2,1)	-	4 (8,3)	2 (4,2)	3 (6,2)
	<i>modéré</i>		8 (16,7)	4 (8,3)	5 (10,4)	1 (2,1)	1 (2,1)	1 (2,1)	2 (4,2)
	<i>élevé</i>		5 (10,4)	1 (2,1)	4 (8,3)	1 (2,1)	-	2 (4,2)	-
Accomplissement personnel	<i>faible</i>		4 (8,3)	3 (6,2)	2 (4,2)	1 (2,1)	1 (2,1)	4 (8,3)	4 (8,3)
	<i>modéré</i>		7 (14,6)	3 (6,2)	3 (6,2)	1 (2,1)	2 (4,2)	1 (2,1)	-
	<i>élevé</i>		3 (6,2)	1 (2,1)	5 (10,5)	-	2 (4,2)	-	1 (2,1)

Ce tableau représente les degrés de sévérité des différentes dimensions du BOS selon l'âge des médecins et non du BOS dans son intégralité. La figure précédente (figure 13) avait mentionné le degré du BOS dans son intégralité.

XII.2.2. BURNOUT SYNDROME SELON LES CARACTERISTIQUES PROFESSIONNELLES

XII.2.2.1. Burnout syndrome et titre

Le BOS étaient absent chez 23 médecins tous titres confondus. Le fait qu'il y ait syndrome d'épuisement professionnel était corrélé de manière significative avec le titre ($p=0,0142$). Il en était de même pour le degré du BOS ($p=0,0362$). Il était présent, avec un degré faible surtout chez les médecins assistants, les médecins avec DU et les internes. Il était modéré à sévère, notamment chez neuf médecins (cinq médecins assistants, un médecin DU et 3 internes) (figure 14).

Dans 25% des cas, on a noté un EE sévère, 19 un EE modéré, et 17 d'entre eux un EE faible. Cet épuisement émotionnel était significativement corrélé avec le titre ($p=0,0414$).

L'EE sévère était surtout présent chez les médecins assistants (53,8% d'entre eux, 14,6% de la population générale). Les internes et chefs de clinique cumulent 22,21% présentant un EE sévère (figure 15).

Bien que la dépersonnalisation était retrouvée dans des proportions assez importantes chez les médecins assistants et les internes de spécialité, allant de modérée à sévère ; aucune corrélation n'a été retrouvée entre les degrés de cette dimension et le titre du médecin ($p= 0,119$) (figure 16). Il en a été de même pour la dimension sur l'accomplissement personnel ($p=0,0888$) (figure 17).

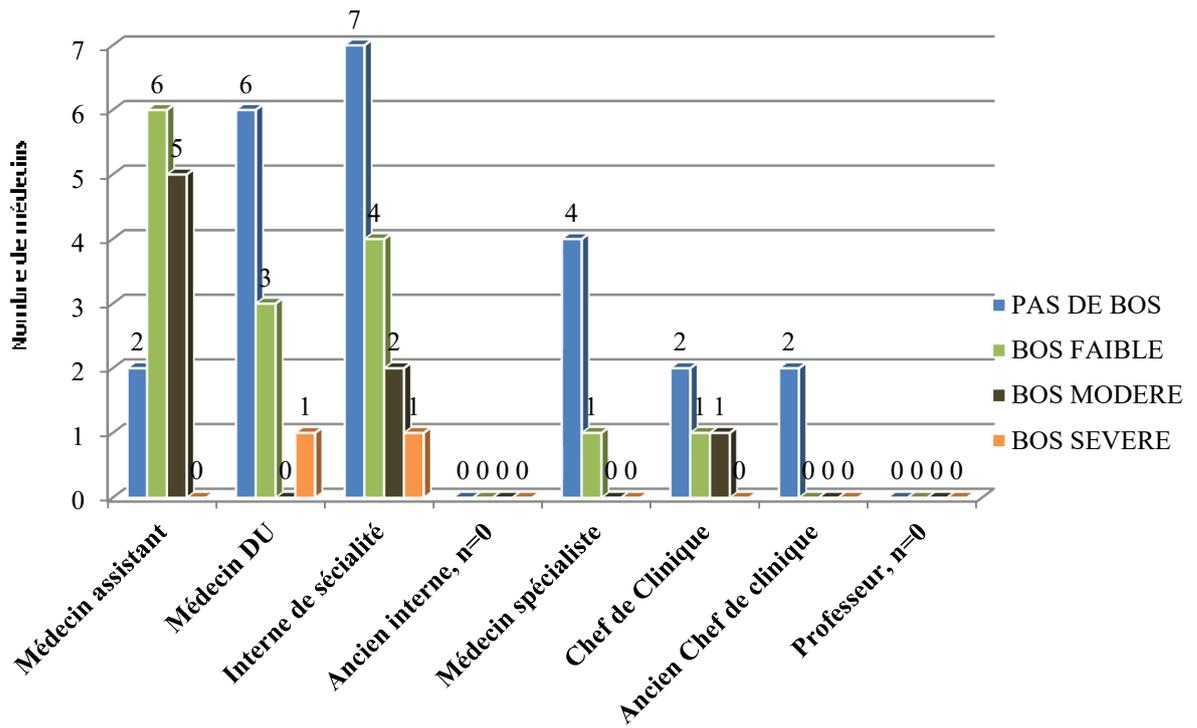


Figure 14 : BOS selon le titre.

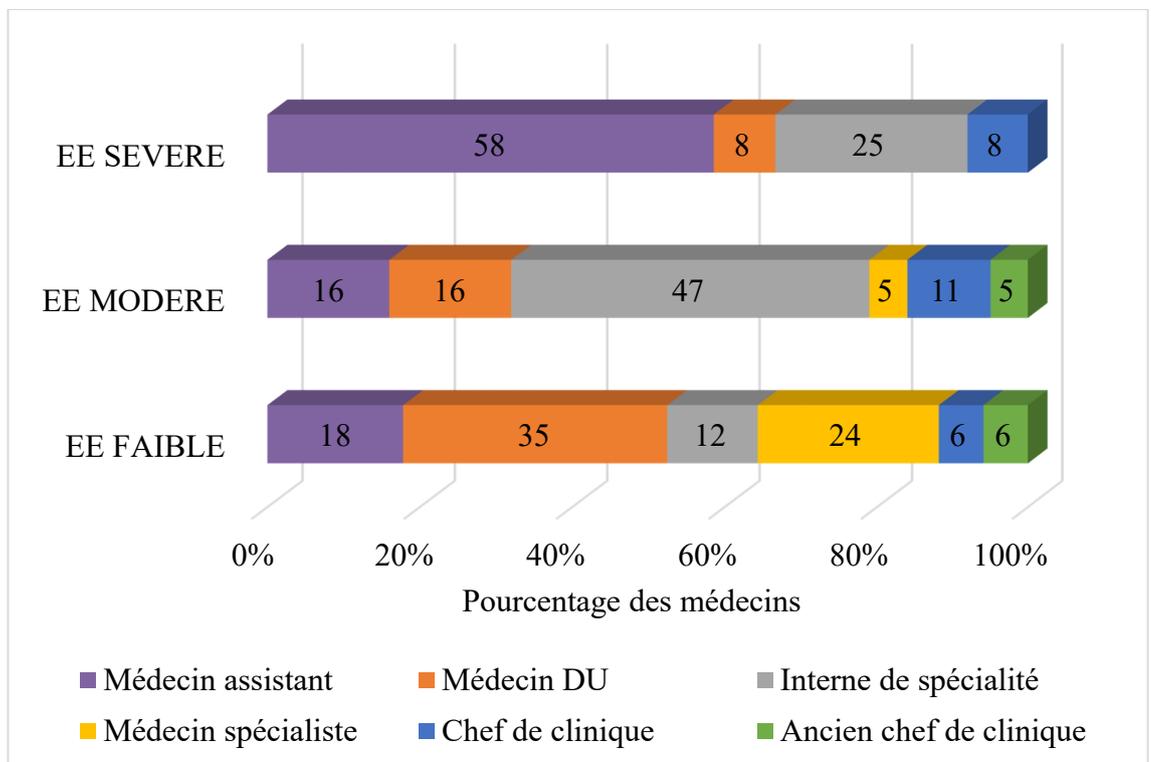


Figure 15 : Epuisement émotionnel et titre ($p=0,0414$).

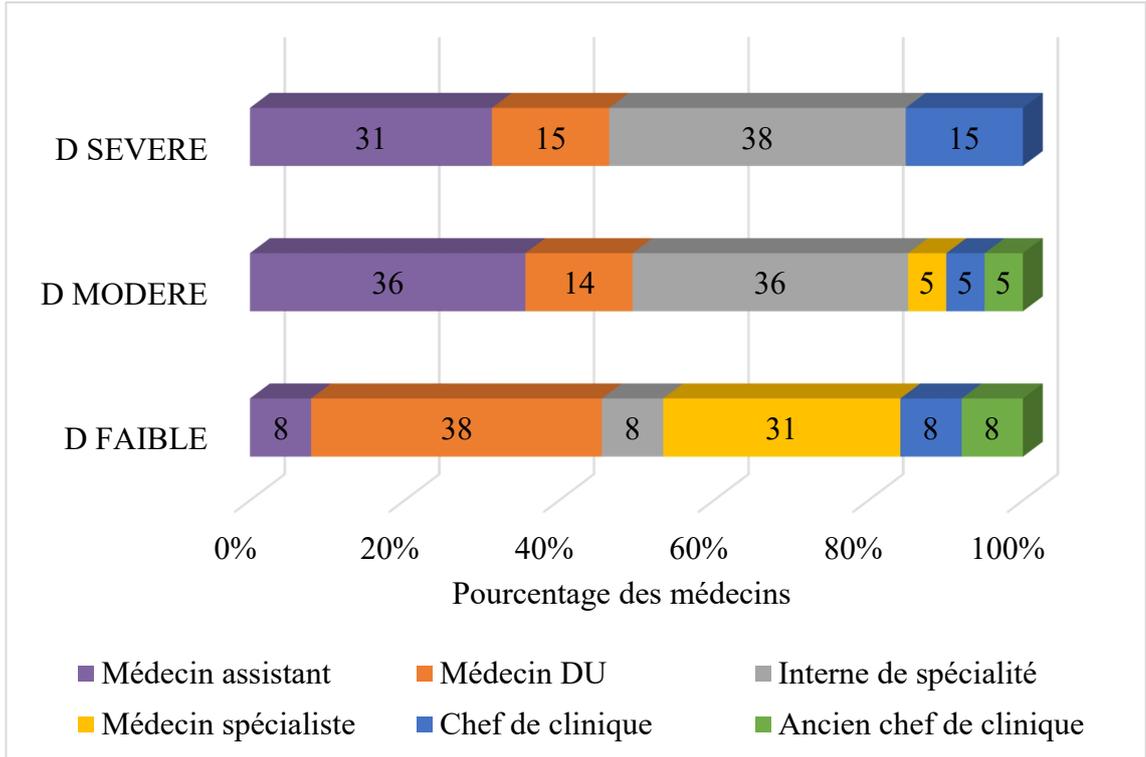


Figure 16 : Dépersonnalisation et titre.

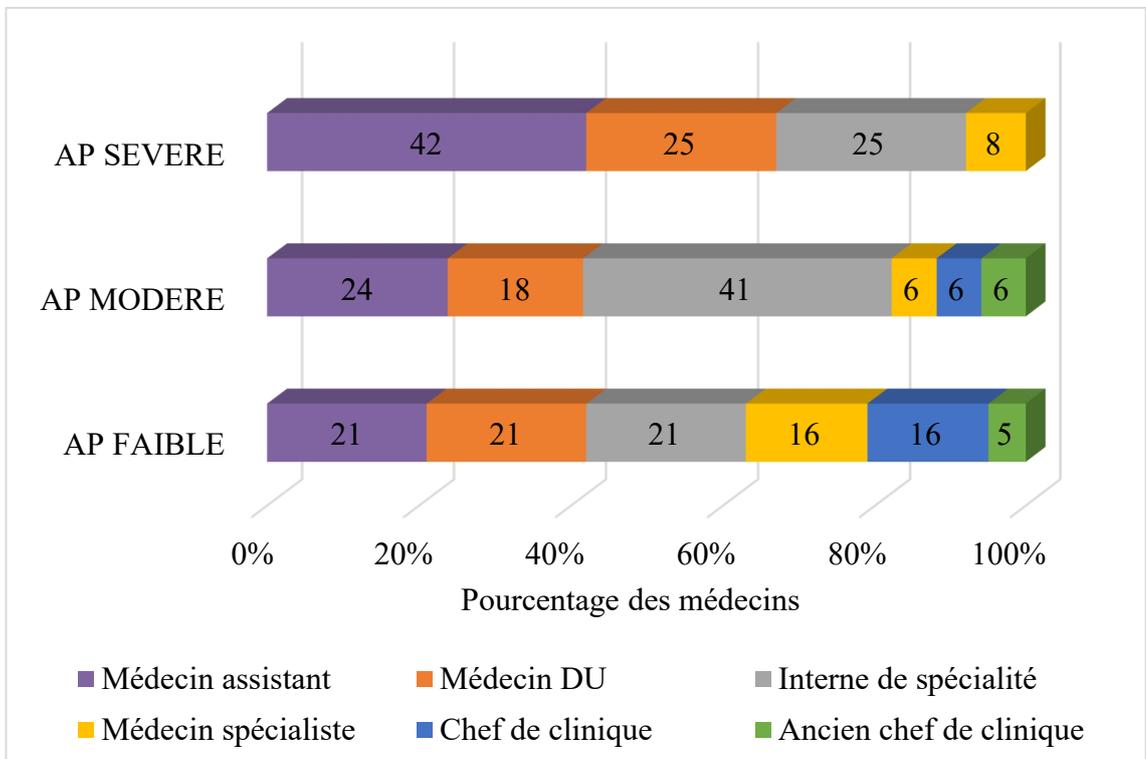


Figure 17 : Accomplissement personnel et titre.

XII.2.2.2. Burnout syndrome et ancienneté

L'apparition du BOS n'était pas corrélée avec l'ancienneté du médecin ($p=0,306$). Il apparaissait dans des proportions assez similaires, quel que soit la durée d'ancienneté.

De plus, lorsqu'il était présent, les degrés du BOS n'étaient pas non plus corrélés avec ce paramètre ($p=0,171$) (figure 18).

Concernant les dimensions du BOS, ni l'épuisement émotionnel ($p=0,193$), ni l'accomplissement personnel ($p=0,0951$) n'étaient significativement corrélés à l'ancienneté. Pour ces deux dimensions, l'ancienneté avait tendance à faire diminuer l'EE et augmenter l'AP sans lien évident ; tandis que plus le médecin gagnait en ancienneté, plus il y avait risque que les valeurs de la dépersonnalisation allaient en diminuant de façon significative ($p=0,0261$) (figure 22).

Nous avons pu constater que les médecins ayant une ancienneté entre un et cinq ans présentaient une forte proportion de dépersonnalisation, suivis des médecins exerçant depuis 5 à 10 ans. Une corrélation significative a été retrouvée entre les degrés de la dépersonnalisation et l'ancienneté du praticien (figure 21).

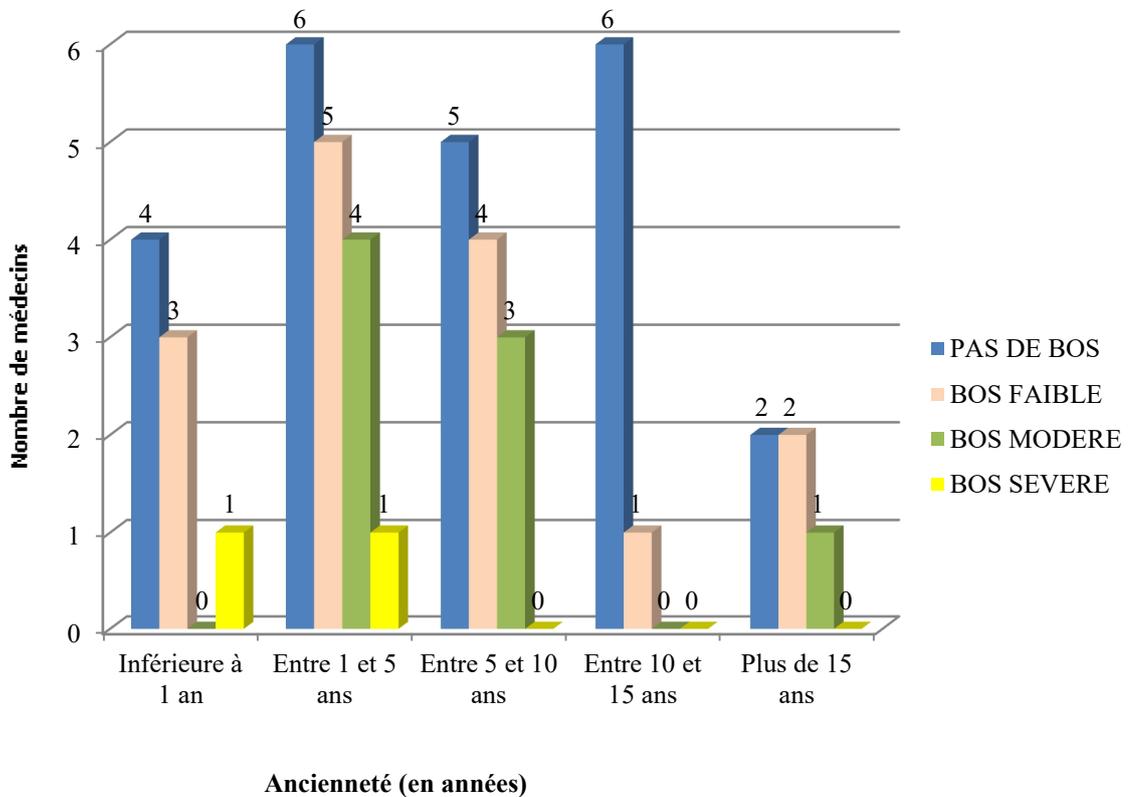


Figure 18 : Ancienneté et notion de BOS avec ses degrés.

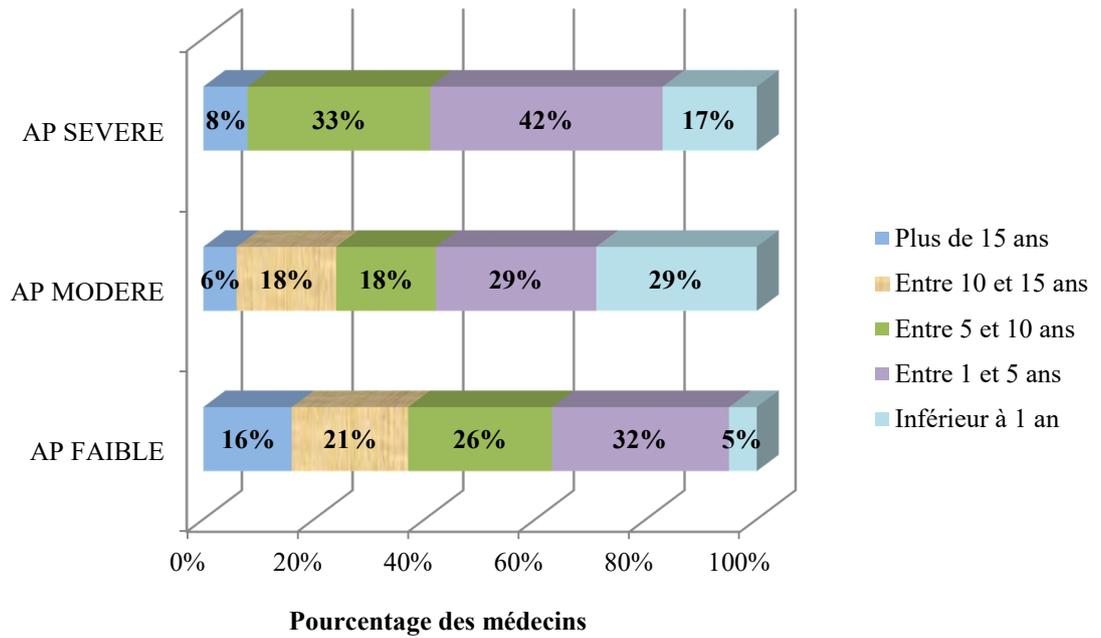


Figure 19 : Degrés de l'accomplissement personnel et ancienneté.

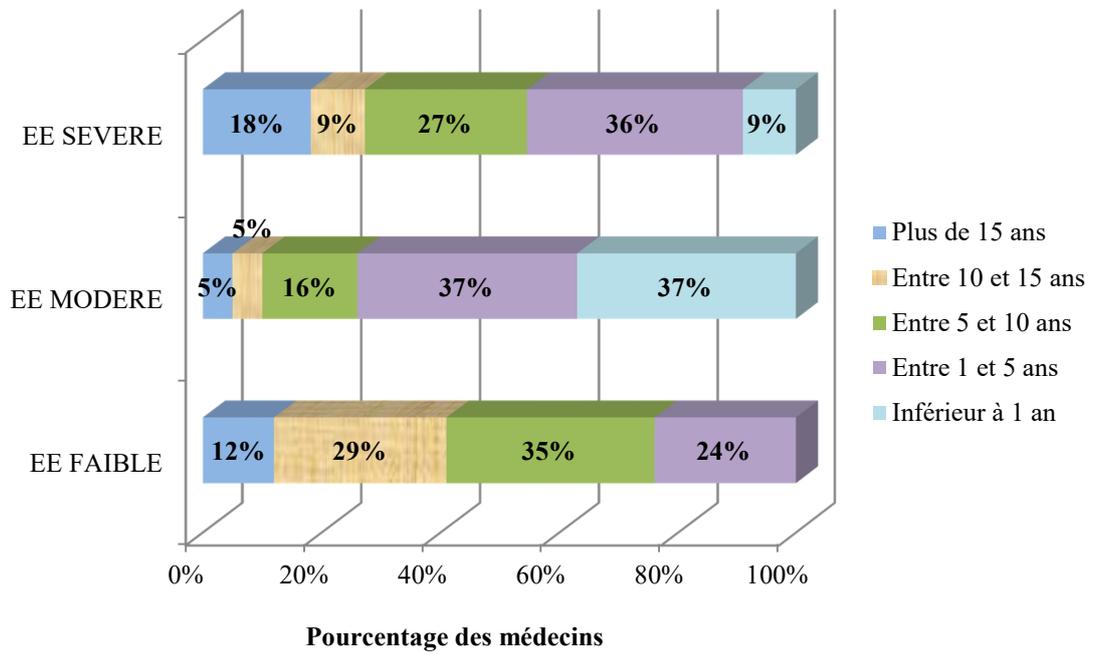


Figure 20 : Degrés de l'épuisement émotionnel et ancienneté.

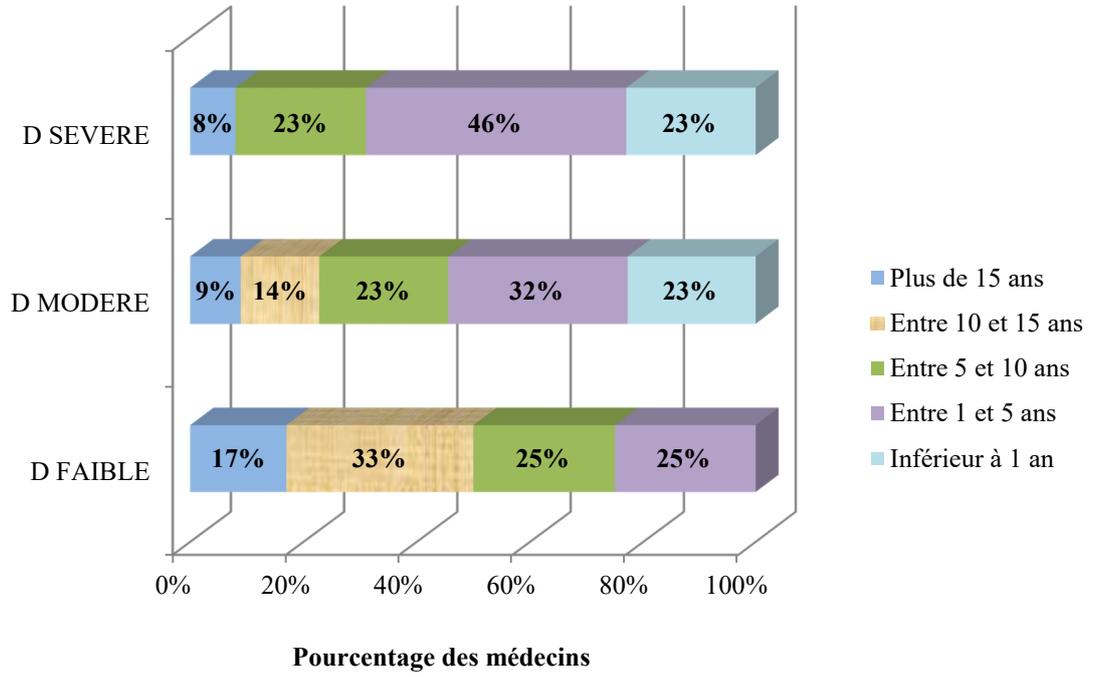


Figure 21 : Degrés de la dépersonnalisation et ancienneté ($p=0,0145$).

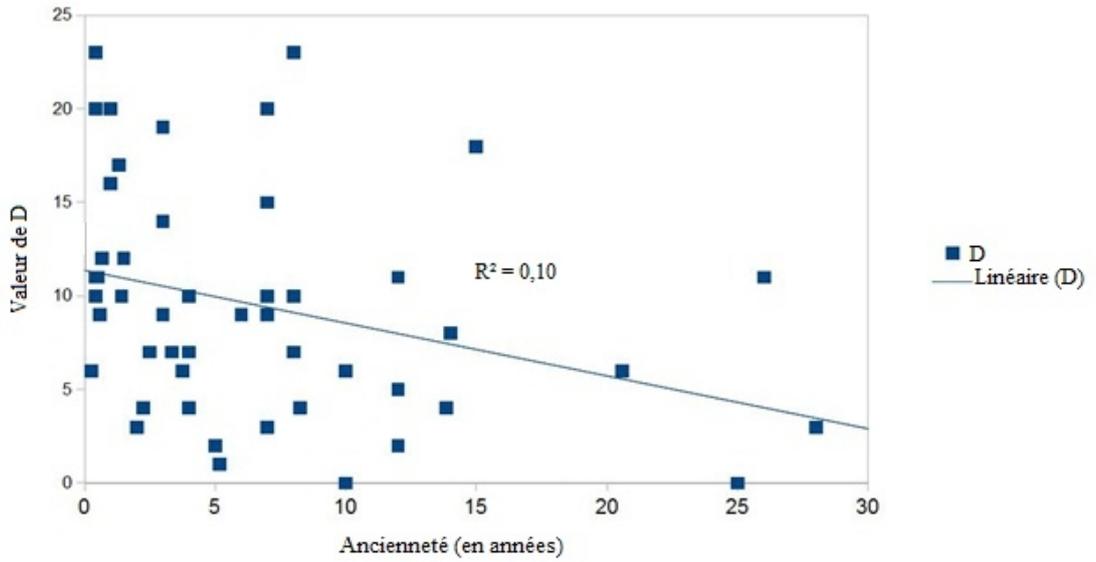


Figure 22 : Dépersonnalisation et ancienneté ($p=0,0261$).

XII.2.2.3. Burnout syndrome et congé

Vingt-cinq médecins sur 48 (52,1%) présentaient ce syndrome dont deux un BOS sévère. Nous n'avons pas retrouvé de corrélation significative de l'intervalle entre la date du dernier congé et le moment de l'étude avec l'existence ou non de BOS ($p=0,361$), ni avec les degrés de ce syndrome quand il était présent ($p=0,138$) (figure 23).

L'intervalle de congé n'influe pas aussi de façon significative sur le degré de chacune des composantes (corrélations avec EE : $p=0,369$, avec D : $p=0,29$, avec AP $p=0,382$).

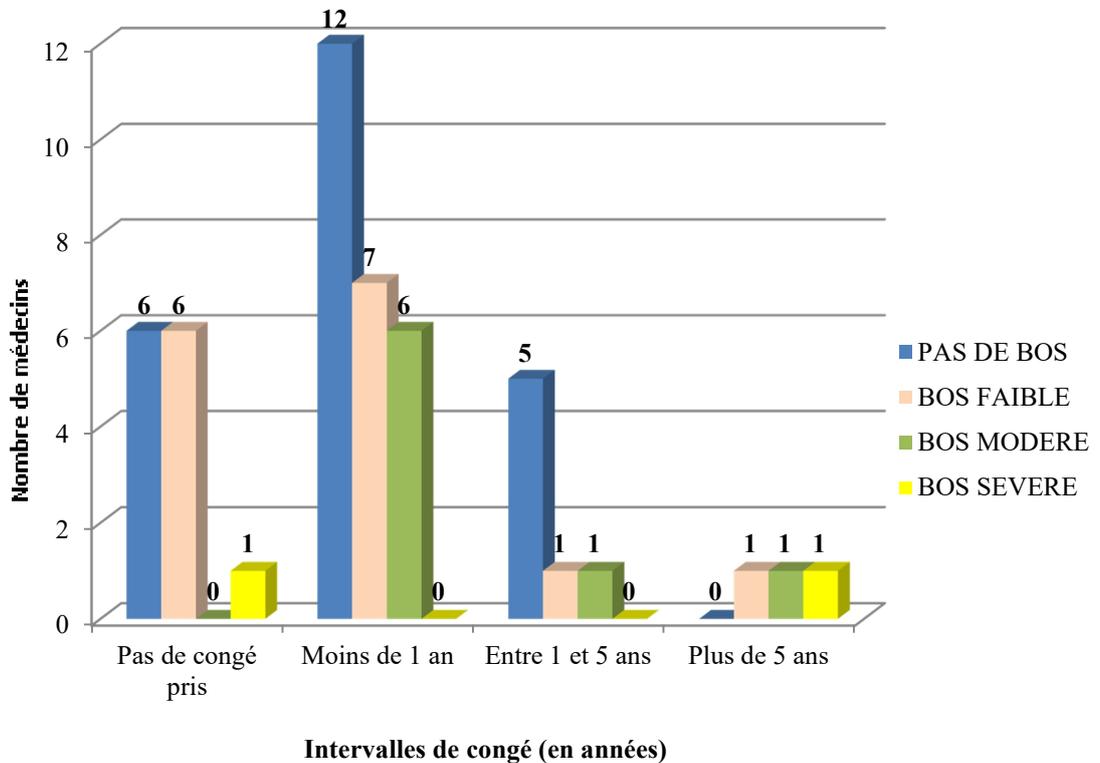


Figure 23 : Intervalle de congé et BOS.

XII.2.2.4. *Burnout syndrome* et secteur d'activité

Selon que le médecin pratiquait en chirurgie, en réanimation ou aux urgences, l'apparition du BOS n'avait aucune corrélation avec le secteur ($p=0,979$). Il en a été de même avec le degré du BOS quand il était présent ($p=0,988$) (figure 5).

Le degré de chacune des composantes n'était pas corrélé avec le secteur d'activité du médecin (avec EE : $p=0,312$, avec D : $p=0,894$, avec AP : $p=0,611$).

XII.2.2.5. *Burnout syndrome* et centre hospitalier

L'apparition du BOS ($p=0,0627$), ou le degré de ce dernier quand il était présent ($p=0,178$) n'avait aucun lien avec le centre hospitalier où exerçait le médecin (figure 24).

Cependant, nous avons pu constater que 27 sur 37 (73%) médecins du HUIRA présentaient un épuisement émotionnel modéré (17 médecins = 45,9%) à sévère (10 médecins = 27%). Le degré d'épuisement émotionnel était significativement corrélé avec le centre d'exercice ($p=0,0266$) ; ce qui n'a pas été le cas pour la dimension « dépersonnalisation » ($p=0,160$) et « accomplissement personnel » ($p=0,333$). En effet, à l'HUIRA, la présence d'épuisement émotionnel surtout de modérée à sévère était prépondérante (figure 25) ; il en a été de même pour la dépersonnalisation et l'accomplissement personnel (figures 26 et 27).

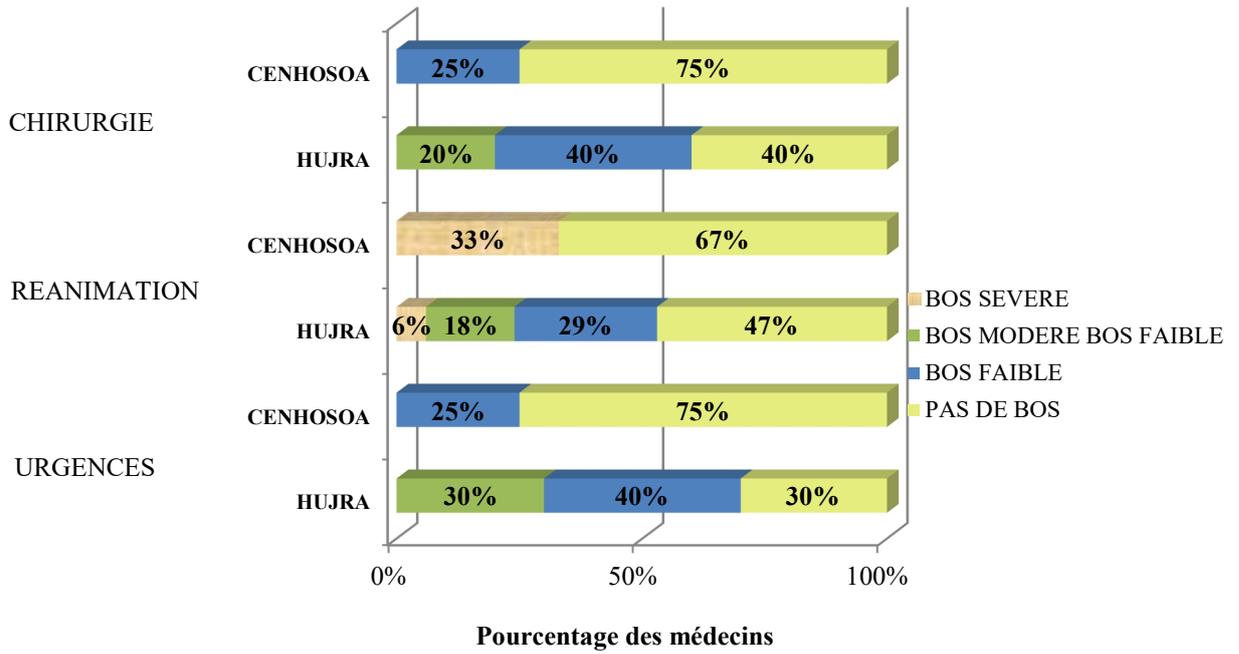


Figure 24 : BOS et secteurs selon les centres hospitaliers.

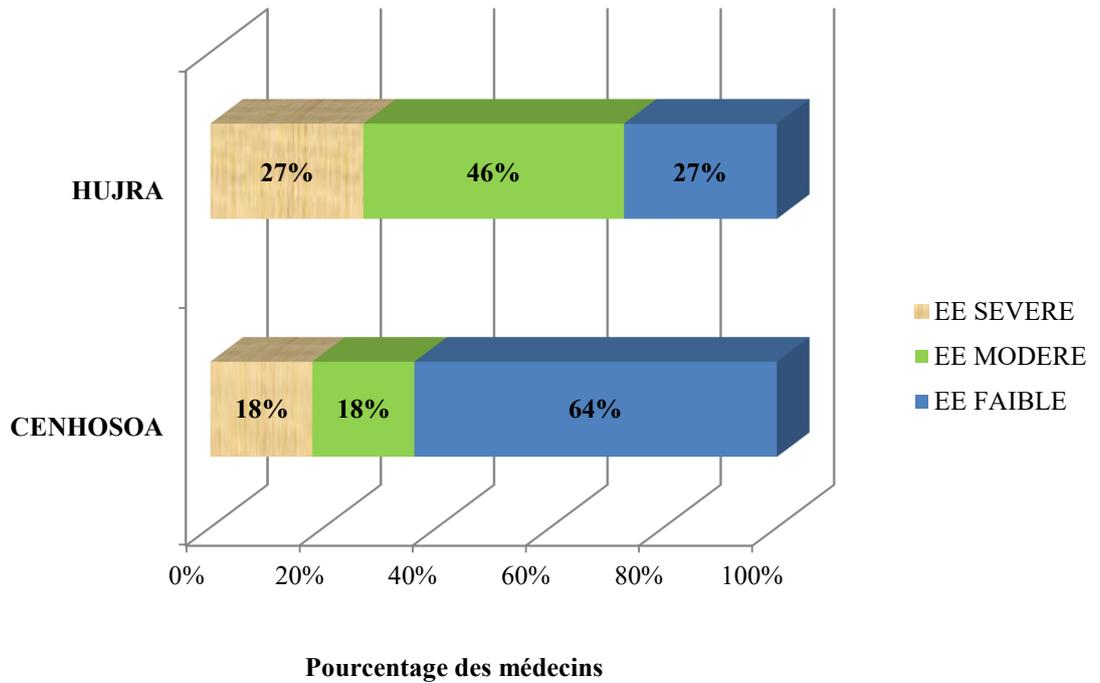


Figure 25 : Degré de EE selon le centre d'exercice ($p=0,0266$).

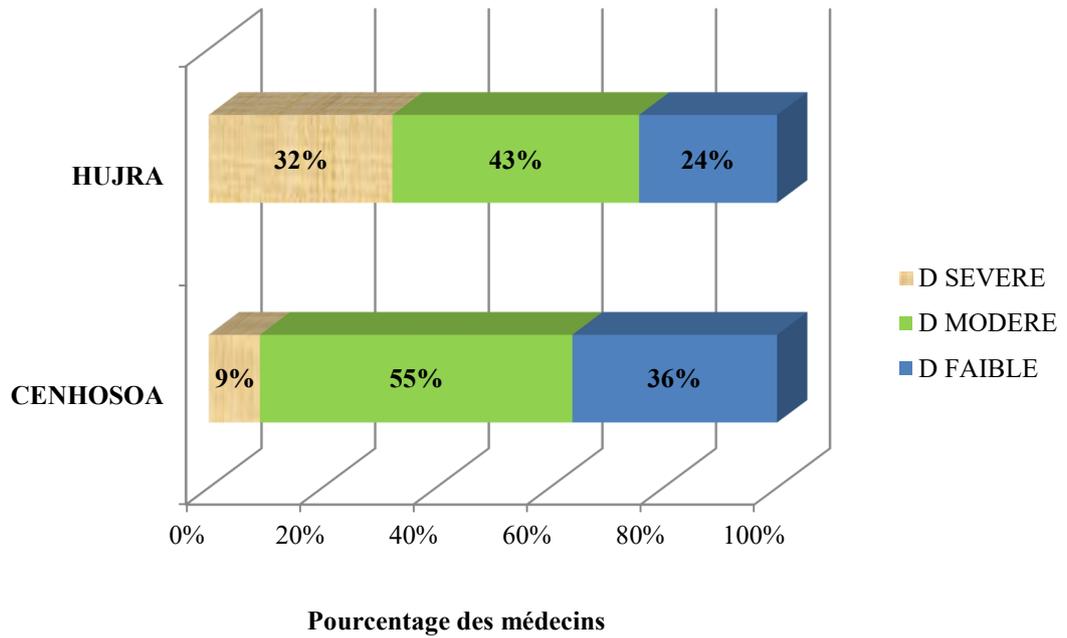


Figure 26 : Degré de D selon le centre d'exercice.

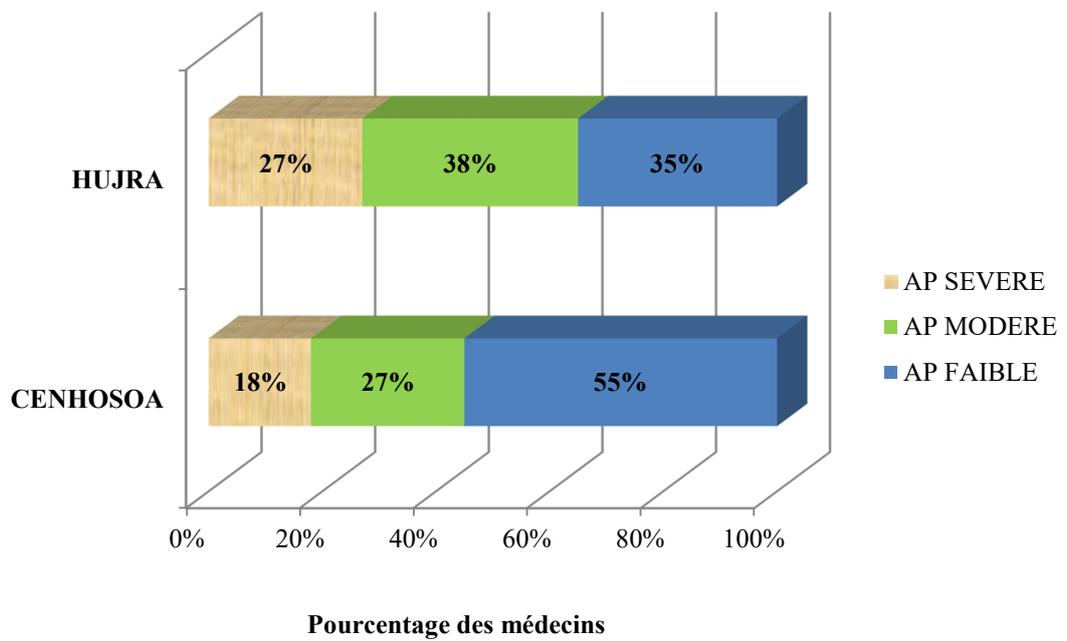


Figure 27 : Degré de l'AP selon le centre d'exercice.

TROISIEME PARTIE :
DISCUSSION

I. APPROCHE DE L'ETUDE REALISEE

I.1. SYNTHESE DES RESULTATS

I.1.1. ACCUEIL DE L'ETUDE

En général, les médecins ont accueilli notre enquête avec intérêt au premier abord. Cependant, on a remarqué un faible taux de réponse et de retour des questionnaires. L'enquête a été menée auprès de 138 médecins, avec un taux de réponse de 47,1%. Soixante-treize médecins ont refusé de participer à l'enquête, sans qu'il ait été toujours possible d'en connaître la raison. Cependant, on peut supposer que malgré la participation de leurs collègues, ils sont restés sur la défensive soit :

- par refus car le questionnaire aurait pu paraître trop invasif, les invitant réellement à se livrer sur leur pratiques et vécu professionnel,
- par gêne de répondre à des questions jugées trop personnelles,
- par manque d'intérêt,
- par crainte d'une utilisation administrative ou que les réponses ne leur sont préjudiciables,
- ou par méconnaissance du sujet, car beaucoup de médecins font encore un amalgame entre *burnout*, stress, dépression et fatigue.

I.1.2. PRINCIPAUX RESULTATS

Les résultats montrent que 51,2 % des médecins interrogés souffrent du burnout syndrome dont 4,2% des cas présentent un BOS élevé. Selon les critères du MBI, 25% des médecins avaient un épuisement émotionnel important, 27,1% des médecins souffraient de déshumanisation élevée et 25% avaient un accomplissement personnel faible.

Nous avons également pu constater que le BOS touchait les hommes autant que les femmes et qu'il n'y avait pas de corrélation significative du degré du BOS ni de ses dimensions avec le genre du médecin. Le degré de sévérité du BOS variait selon l'âge

mais ce paramètre n'influe pas de manière significative sur le BOS même s'il touche surtout les médecins entre 36 et 40 ans.

Par contre, les analyses révèlent que le titre du médecin influençait l'apparition de ce syndrome ainsi que sa sévérité d'atteinte. Elle était surtout présente pour l'épuisement émotionnel en touchant particulièrement les médecins assistants, les internes et les chefs de cliniques. Malgré le fait que la dépersonnalisation ait été présente en des proportions assez inquiétantes, aucune corrélation significative n'a pu être mise en valeur, ce qui est le cas également de l'accomplissement personnel.

Le BOS n'était pas corrélé avec l'ancienneté du médecin et lorsqu'il était présent, il n'y avait pas de corrélation avec le degré d'atteinte. Concernant les dimensions du BOS, ni l'épuisement émotionnel, ni l'accomplissement personnel n'étaient significativement corrélés avec l'expérience, mais on remarque que la valeur de la dépersonnalisation diminuait avec l'ancienneté.

Aucune corrélation n'a été retrouvée entre la date du dernier congé et la présence ou non du BOS, ni avec les degrés de ce dernier en cas de présence.

On remarque également que le BOS n'était pas fonction du secteur d'activité ni du centre hospitalier. Cependant, on constate que le degré d'épuisement émotionnel était corrélé avec le centre d'exercice, allant de modéré à sévère, surtout présente au HJRA.

I.2. LIMITES DE L'ETUDE

Notre étude aurait pu être limitée par le fait qu'il s'agisse d'une étude préliminaire. Dans cette étude, nous avons voulu voir la réceptivité des médecins à une enquête portant sur le BOS. L'échantillon était restreint en nombre. Une étude de plus grande ampleur pourrait déterminer la fréquence de ce syndrome pour avoir des chiffres plus précis et instaurer des moyens de diagnostic et thérapeutiques plus appropriés.

La méthode d'évaluation du syndrome d'épuisement professionnel était basée sur le MBI. D'autres mesures auraient pu être utilisées, mais cette échelle étant considérée comme une référence pour le BOS a été retenue. Ce travail aurait pu être également limité par le questionnaire qui était à questions fermées. Sûrement des avis ou des suggestions, voire d'autres facteurs pouvant être liés au BOS ou à une notion d'épuisement de quelque forme que ce soit auraient pu être contributifs.

Nous avons effectué une enquête transversale par laquelle les données recueillies sont des données à un instant déterminé. Le syndrome d'épuisement professionnel pourrait varier dans le temps et selon les périodes de l'année. Une dimension temporelle de l'étude, par une approche longitudinale, pourrait mieux cerner les facteurs temporels liés à ce syndrome (période de vacances, de fêtes, etc...). De plus la méthode de collecte de données et le sondage des médecins par remise de fiche d'enquête auraient pu interférer sur certaines réponses fournies par le médecin enquêté.

Ces limites pourraient nous aider à proposer d'autres idées qui pourraient améliorer d'autres études portant sur le burnout syndrome dans le milieu médical.

De plus, le taux de non-réponse élevé, de l'ordre de 60,8% aurait pu mésestimer les résultats obtenus et leur interprétation, que ce soit sur les paramètres démographiques, professionnelles voire le BOS et ses composantes de même que l'exclusion de dix-sept fiches dans laquelle au moins une question n'a pas eu de réponse. L'entrée de ces données n'ayant été pas faite, une sous-estimation ou sur estimation aurait pu être possible dans l'apparition du BOS ou encore ses degrés.

I.3. DIFFICULTES RENCONTREES

Le recueil des données auprès des médecins ne fut pas spécialement ardu. Malgré le fait que, pratiquement, tous les médecins que nous avons approchés n'étaient pas réticents à nous recevoir, quelques difficultés ont tout de même largement retardé la collecte des données.

L'enquête auprès des médecins de chaque service de soins n'avait pu commencer qu'après accord du chef de service, accord que nous avons toujours obtenu.

Ces derniers, étant même très intéressés par l'étude n'étaient pas toujours disponibles, de par la charge de travail et l'urgence des soins dans la plupart des services concernés. En général, ils ne pouvaient nous recevoir que pendant une courte période de la journée au-delà de laquelle, il était très difficile de les rencontrer. Ce problème se posait également au niveau du recueil des questionnaires après distribution.

II. NOTRE ETUDE ET LA LITTERATURE

II.1. BURNOUT SYNDROME SELON LE TITRE ET LE SECTEUR D'ACTIVITE

Nous avons constaté que la présence et le degré du burnout syndrome avait une corrélation assez importante avec le titre du médecin. Nous avons retrouvé que les médecins généralistes assistants étaient les plus concernés. Ce qui a été également retrouvé dans la littérature, où les médecins généralistes sont les plus enclins à avoir un syndrome d'épuisement professionnel par rapport aux spécialistes [60-62]. Dans la littérature, une étude réalisée chez des médecins généralistes en Picardie en 2010 par le Dr Guérin retrouvait une prévalence de burnout de 56% [60].

Concernant les dimensions du BOS, Goehring en Suisse retrouve une situation inverse en précisant que les généralistes ont un score d'« épuisement émotionnel élevé » plus faible (19%) que certains spécialistes comme les chirurgiens (27%) ou les radiologues (33%) [63].

Au cours de l'année 2011, l'étude SESMAT, réalisée auprès de médecins hospitaliers français retrouvait une prévalence de burnout de 51,5%, chez les médecins urgentistes [63]. Cydulka observait un taux de burnout de 33% chez les urgentistes américains en 2004 [64]. Doppia retrouvait une prévalence de 42% chez les anesthésistes-réanimateurs français en 2011 [65].

Ces chiffres pourraient s'expliquer par la présence de certains facteurs :

- **les situations en relation avec la fin de vie**

La mort aux soins intensifs est particulière puisque non seulement elle est fréquente, mais aussi parce que la très grande majorité a lieu après une décision médicale de retrait thérapeutique [66-68].

- **les conflits**

Il s'agit de conflits interpersonnels parmi les soignants, entre médecin et infirmières, et conflits avec les familles des patients. Les conflits surviennent plus fréquemment dans des soins intensifs de plus grande taille, lors de surcharge de travail, de soins aux mourants, de manque de concertation au niveau de l'équipe ou encore lors d'un séjour prolongé de patients [69,70]. En effet, l'incertitude

pronostique et la lourdeur des situations de ces patients chroniques entament le moral des soignants. Ces derniers ont besoin de trouver un sens à leur travail difficile. Lorsque ce sens commence à manquer, ils peuvent ressentir une certaine souffrance, une impression de futilité. D'ailleurs, 30% des soignants des soins intensifs de par le monde rapportent une situation où ils trouvent que les soins qu'ils prodiguent sont inadaptés [71].

- **la durée de travail hebdomadaire**

Par rapport aux autres spécialités, la durée de travail et le nombre de nuits de garde n'augmentent pas l'incidence du *burnout* chez les anesthésistes, bien qu'associés à une diminution du nombre d'heures de sommeil. Cependant, une étude américaine montre que les idées suicidaires chez les internes résidents sont d'autant plus fréquentes qu'il existe un état d'épuisement professionnel et que le travail de nuit est plus marqué [72].

- **la qualité du travail d'équipe**

Le *burnout* est plus fréquemment observé lorsque la qualité du travail d'équipe (soutien, circulation de l'information, possibilité de discussion) est médiocre et que les relations interpersonnelles sont tendues, voire hostiles, lorsque le soutien des supérieurs est faible, lorsqu'il existe un harcèlement, lorsque le salaire est estimé insuffisant ou que les conflits avec l'administration ralentissent le travail. Ceci entraîne une augmentation du risque d'erreurs [72]. D'ailleurs, l'expertise clinique, le contrôle sur son travail, la qualité des relations avec les paramédicaux, les collègues et la hiérarchie, la bonne circulation de l'information et les échanges préalables, sont reconnus comme des critères favorisant l'autonomie du médecin dans son travail [73,74].

II.2. BURNOUT ET CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES

On a pu constater que le *burnout* n'était corrélé ni avec l'âge ni avec le genre du médecin. Il ne faut cependant pas porter de conclusions hâtives car de nombreuses études montrent que le rôle de l'âge et du sexe dans l'apparition du *burnout* est très discuté.

En ce qui concerne le premier, le plus souvent, les résultats sont non significatifs, d'après des études menées dans différents pays à l'étranger où la dépersonnalisation

touche majoritairement les moins de 45 ans ($p < 0,01$) [75-77]. En France, l'étude SESMAT révélait un taux de *burnout* plus important chez les jeunes urgentistes ($0,05 < p < 0,1$) [78]. Pour certains cependant, l'âge est inversement proportionnel à l'épuisement émotionnel ($p < 0,05$) [79].

Le rôle du genre dans l'apparition du *burnout* est également controversé. Aucune relation significative n'est retrouvée dans la majorité des études menées en France et ailleurs dans le monde [80-82]. Mais, il existe également des études montrant que les femmes sont plus touchées que les hommes. Une étude américaine montre que les femmes ont 60% plus de risque d'être en *burnout* que les hommes, précisant que les femmes sont plus « intensément » atteintes que les hommes (26% des femmes ont un score élevé dans les trois dimensions du *burnout* contre 21% des hommes [83]).

Les explications avancées sont que les femmes auraient une moindre maîtrise de leur travail par rapport aux hommes [84,85]. Pour d'autres, les hommes présenteraient un score de *burnout* plus élevé car ils auraient a priori une charge de travail plus importante [63].

II.3. BURNOUT ET ANCIENNETE

Nous n'avons retrouvé aucune corrélation significative entre l'ancienneté du médecin au travail et la présence et le degré du *burnout*. Il faut tout de même préciser qu'une diminution de la dépersonnalisation en rapport avec l'ancienneté a été constatée.

Dans la littérature, Suner montre également une diminution du *burnout* et de la dépersonnalisation des relations avec le temps [84]. A l'inverse, une étude réalisée en France sur quelques 3 600 infirmiers et infirmiers spécialisés montre des scores de *burnout* élevés chez 21,1 % d'entre eux dès cinq ans d'ancienneté. Ce taux croît ensuite de manière régulière avec l'ancienneté pour toucher 26,8 % des infirmiers ayant plus de 25 ans d'ancienneté [85].

II.4. BURNOUT ET CENTRE HOSPITALIER

Le fait de travailler au sein d'un centre hospitalier universitaire ou un autre n'influe pas sur le risque de survenue du burnout syndrome. Dans la littérature, Doppia en 2011[65]

et Mion en 2009 [86] après avoir effectué des études sur une population d'urgentistes et d'anesthésistes-réanimateurs de centres hospitaliers universitaires de France ont découvert respectivement un taux de prévalence du *burnout* de 42% et 62% mais n'ont trouvé aucun lien significatif entre le lieu de travail et le *burnout*. En 2011, Heinke a également mené une étude sur une population d'anesthésistes-réanimateurs et d'urgentistes en Allemagne et a retrouvé des résultats similaires [87].

II.5. DEMARCHES A ENTREPRENDRE

A travers notre étude préliminaire, nous avons pu constater que le *burnout* syndrome existe bel et bien parmi les médecins malgaches. Nous avons effectué cette enquête au niveau de deux centres hospitaliers, en milieu chirurgical ; cependant, ce syndrome faisant partie intégrante de la vie professionnelle, telle que celle des acteurs de la santé, il serait essentiel de le rechercher autant que possible.

Aussi, des démarches diagnostiques, thérapeutiques et préventives permettraient d'affronter ce syndrome.

➤ Démarche diagnostique

Avant d'envisager un traitement, il faut s'assurer de la présence ou non d'un *burnout*. Sa confirmation n'implique pas l'existence d'une maladie, mais d'un état susceptible d'entraîner des troubles psychiatriques et/ou somatiques. Le *burnout* est un problème qui doit être pris au sérieux. Il s'avère donc nécessaire d'évaluer le BOS, notamment dans le sous-groupe le plus concerné (médecins assistants, médecins DU et internes de spécialité) par des études plus poussées, plus approfondies et plus étendues.

Le *burnout* est généralement étudié à travers une approche psychologique. Pour cela, il faudrait :

- savoir distinguer le *burnout* des autres décompensations psychiatriques (triade pathognomonique, rapport subjectif au travail),
- évaluer le risque suicidaire et les troubles associés ou les évolutions compliquées : l'addiction à l'alcool ou aux médicaments, le PTSD (*Post-Traumatic Stress Disorder*), la dépression qui est la principale complication psychiatrique du *burnout*, les troubles anxieux, les somatisations (syndrome douloureux chronique,

acouphènes, hypertension artérielle, troubles du rythme cardiaque, diabète de type 2, maladies infectieuses chroniques),

- orienter vers les consultations de pathologies professionnelles pour évaluer plus précisément le lien santé/travail, avec une forte incitation à se faire soigner par ses confrères, avec prise de rendez-vous officielle et non consultation de couloir sans examen clinique complet.

➤ Démarche thérapeutique

Au début d'un processus de *burnout*, la première mesure indiquée est sans aucun doute l'arrêt prolongé du travail car ni les congés ni le repos ne semblent être bénéfiques pour les individus atteints de *burnout* sévère. Le temps investi dans le travail et la performance devraient être réduits au profit de la vie sociale et des activités de loisirs. Il s'agit de planifier dans son agenda de nouveaux espaces de récupération, réservés à des activités extra-professionnelles ludiques, des contacts sociaux et autres.

La prescription de médicaments n'occupe pas une place prépondérante dans le traitement du *burnout*. Certaines situations comme les troubles du sommeil peuvent cependant indiquer la prise de psychotropes tels que des antidépresseurs sédatifs. Les antidépresseurs et les anxiolytiques ne sont à essayer que dans le cas de « complications » psychiatriques associées (dépression, PTSD, trouble anxieux généralisé, troubles psychosomatiques).

Dans les cas où les différentes mesures ci-dessus se sont avérées être un échec et que le *burnout* ne peut pas être maîtrisé, une hospitalisation peut être envisagée. Le traitement en milieu hospitalier est indiqué s'il y a un risque suicidaire, une gravité du tableau d'épuisement et des risques somatiques. Dans ce cas, il est préférable de s'adresser en première intention aux unités d'accueil de crises plutôt qu'aux services de psychiatrie conventionnels.

➤ Thérapeutique pluridisciplinaire

La phase post hospitalière doit être préparée avec grand soin. Une psychothérapie ambulatoire, combinée éventuellement avec des thérapies physiques et des techniques de relaxation, est habituellement indiquée. Le retour à l'activité professionnelle se fera en l'espace de quelques mois, avec une augmentation progressive de la capacité de travail

et, si nécessaire, avec le soutien d'un coach.

Il est important de garder un lien avec le médecin du travail pour un suivi parallèle du retour au travail sur la santé mentale et physique, l'aménagement des conditions de travail individuelles optimales et l'analyse et l'amélioration de l'orientation thérapeutique dans un but de prévention.

➤ **Prévention**

Prévenir le *burnout* n'est pas chose aisée car mettre en place des stratégies centrées sur l'individu en vue de réduire les effets du *burnout* en apprenant à faire face aux tensions et délaisser paradoxalement les causes et facteurs déclenchant ne serait pas un choix avisé. Il est évident, qu'offrir une formation à la gestion du stress paraît moins coûteuse et plus simple à mettre en place que d'instaurer des changements organisationnels au niveau d'une institution. Cependant, ne pas tenir compte de la source du problème, sans traiter la cause, s'avère peu efficace et n'a souvent qu'un effet sur le court terme.

La prévention du *burnout* serait donc plus efficace en procédant en deux temps. Dans un premier temps à une réduction, voire à l'élimination des facteurs de stress responsables, afin de prévenir l'apparition de nouveaux cas. Dans un deuxième temps à une mise en place de stratégies visant à diminuer le stress perçu et ressenti, dans le cas d'un *burnout* déjà en cours d'installation, à l'aide de diverses techniques (la relaxation, les techniques qui permettent d'adopter un mode de vie plus équilibré, de mieux se connaître) pour aider l'individu à faire face aux facteurs de stress professionnel. Pour cela, il faut agir à la fois sur le plan individuel et sur le plan institutionnel.

- **Sur le plan individuel**

- Sur le plan personnel

Pour rester en bonne santé physique et psychique, le médecin doit veiller à avoir une hygiène de vie suffisamment bonne, avec un sommeil de qualité et une alimentation équilibrée, trop souvent négligée, ne serait-ce que par manque de temps. Il doit également limiter sa consommation d'alcool, de tabac, de psychotropes et avoir une activité physique régulière.

Une évaluation, une analyse et une réflexion sur sa vie personnelle peut conduire

le médecin à un épanouissement personnel. Analyser et reconnaître ses faiblesses peut inciter à l'élaboration de moyens pour s'adapter et se fixer des limites. Cela peut aussi renforcer des convictions et déclencher des changements de comportements.

Le médecin doit protéger et développer ses ressources personnelles et sociales. Il semblerait que les individus qui disposent de nombreuses ressources sont moins sensibles à la perception du stress, utilisent un *coping* (défini par Lazarus et Saunier, en 1974 dans le Dictionnaire de la Psychiatrie des éditions du CILF comme un ensemble d'efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire ou tolérer des demandes spécifiques internes et/ou externes, vécues par le sujet comme menaçant, épuisant ou dépassant ses ressources) actif, et ont un risque d'épuisement émotionnel et de *burnout* moindre. Ces ressources sont de nature diverses (matérielles, financières, conditions de vie, caractéristiques personnelles), mais comprennent également le soutien socio-affectif (réseau familial et amical), les activités de loisirs et les congés.

– Au niveau professionnel

Une analyse fonctionnelle de sa situation professionnelle est souhaitable, en parallèle avec le bilan personnel. Ce travail sur soi peut parfois nécessiter une aide extérieure.

L'accès à des formations peut permettre d'acquérir ou de renforcer des compétences autant dans la pratique quotidienne que sur le plan médical : la responsabilité médicale, l'erreur médicale, l'annonce d'un diagnostic grave, la confrontation à la violence, le risque suicidaire, la prise en charge de familles. Il serait également bénéfique de se former sur la psychologie médicale (relation médecin-malade), sur le plan relationnel (techniques de communication, gestion des conflits...) sur le plan organisationnel, gestion temps et *management* (ce qui pourrait permettre au médecin de faire un meilleur usage de son temps et de disposer d'outils pratiques pour mieux s'organiser au travail).

Il faut également favoriser la communication et l'échange. En effet, face à des contraintes professionnelles, avoir à ses côtés des confrères ou des collègues de travail disponibles et prêts à apporter un soutien, un réconfort, un encouragement, une écoute bienveillante constitue une aide réelle pour faire face aux difficultés rencontrées. Cela donne également un attrait supplémentaire à son exercice professionnel.

Une meilleure préparation réduirait l'écart entre la conception quelquefois trop idéalisée que se font les étudiants en médecine et la réalité de la profession médicale, où ils seront quotidiennement confrontés à la souffrance, à la douleur physique ou morale, aux difficultés existentielles et parfois même à la mort.

- **Sur le plan institutionnel**

Il est nécessaire de faciliter et favoriser l'accès aux soins pour les médecins qui, avant d'être soignant, est, et avant tout, un être humain. En tant que tel, il a le droit, de bénéficier au même titre que les patients et de l'ensemble de la population, du service de soins. Pourtant en pratique l'accès aux soins pour les médecins est loin d'être simple, et ce d'autant plus lorsqu'il s'agit d'une prise en charge pour des troubles psychiques ou addictologiques. Les facteurs limitant de l'accès aux soins pour les médecins sont multiples et les mécanismes complexes. Les médecins ont certes leur part de responsabilité (consciente ou non) dans l'absence de prise en charge (déli, manque de temps, crainte du jugement et de la remise en cause de ses compétences ...) mais un obstacle incontournable à l'accès aux soins est la crainte justifiée d'un risque évident de non-confidentialité avec ses conséquences professionnelles, et personnelles potentiellement graves.

Nous savons que, de manière générale, les médecins hospitaliers sont peu, pour ne pas dire « pas » suivis par la médecine du travail. Les raisons rejoignent celles mentionnés précédemment. Le problème de confidentialité étant par ailleurs probablement accru en raison de la situation du service de médecine du travail sur le lieu de travail lui-même, et peut être de la crainte, justifiée ou non, d'un lien potentiel avec la direction de l'hôpital. Le résultat est que les médecins n'y sont pas suivis et lorsqu'ils sont convoqués, ils trouvent un moyen pour ne pas s'y rendre.

La prise en charge médicale du médecin malade par un confrère est loin d'être simple. Un confrère est « un patient pas comme les autres ». Le médecin malade appartient, tout comme le médecin qui le soigne, au corps médical. Ils partagent une formation, des connaissances, une culture, un esprit, des valeurs. Cela risque de retentir inévitablement sur la prise en charge. La position du médecin malade est particulièrement difficile pour les raisons déjà évoquées qui compliquent l'accès aux soins. Il serait donc

intéressant de former les médecins à la prise en charge d'un confrère.

Le *burnout* peut amener l'individu concerné au suicide, qui est le stade ultime de ce syndrome. Dans la littérature internationale, il existe de nombreuses études sur le suicide des médecins. Entre les années 80 et 90, un bon nombre d'études se succèdent et confirment un taux de suicide plus important chez les médecins que dans la population générale. Une revue de littérature en Angleterre a recensé toutes les études internationales réalisées sur le sujet entre 1949 et 1983 [88,89]. Carpenter, lors d'une étude sur la mortalité des médecins hospitaliers en Grande Bretagne en 1997, a conclu à un excès de mortalité par suicide chez les médecins femmes et une mortalité supérieure toutes causes confondues chez les médecins psychiatres [90].

II.6. L'AVENIR DU SYNDROME D'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL

Dans la continuité de la prévention, nous allons évoquer des pistes de réflexion sur l'avenir du syndrome d'épuisement professionnel dans la profession médicale et de la prise en charge médicale des médecins afin d'avoir un rendement professionnel optimal et de ne pas laisser le médecin à son sort, devant des signes d'épuisement professionnel.

- **Etablir un diagnostic positif**

Même s'il existe aujourd'hui un outil d'évaluation reconnu pour ses qualités psychométriques et ses performances en termes de validité et de fiabilité, il n'existe pas de corrélation clinique avec les bornes établies du MBI, ce qui constitue un problème réel pour le diagnostic de l'épuisement professionnel. A l'origine, Maslach et Jackson ont établi des bornes permettant de catégoriser les individus en *burnout* élevé, moyen, ou faible pour chacune des dimensions. Mais ces bornes ont été établies à partir de normes arbitraires. Elles ont séparé leur échantillon en 3 groupes équivalents : les 33,3% qui ont des scores les plus élevés représentent la fourchette du niveau élevé, les 33,3% suivant le niveau moyen et les 33,3% restant, le niveau faible. Ces frontières sont artificielles et on ne sait pas à quels types de symptômes et d'état d'épuisement elles correspondent. Les limites fixées par le MBI n'ont aucun fondement clinique. Autrement dit, nous pouvons

différencier les individus selon leurs scores du MBI mais nous ne pouvons dire avec certitude à partir de quel score un individu souffre de *burnout*. Par ailleurs, rien ne prouve que les normes des Etats-Unis soient superposables et puissent être étendues aux autres pays. Le *burnout* est sujet à des variations culturelles.

Par ailleurs sa valeur discriminative, notamment avec la dépression n'est pas totalement satisfaisante et la place de la troisième dimension (AP) est très discutée. Il reste donc à établir des bornes, des scores limites basés sur des études cliniques solides pour diagnostiquer le *burnout* ou l'absence de *burnout*, ainsi que des degrés de gravité en concordance avec la gravité clinique de l'état d'épuisement.

- **Classification du BOS**

Actuellement l'épuisement professionnel n'est pas reconnu comme faisant partie de la psychiatrie. Il n'a pas été retenu dans le DSM IV (Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux, 4^{ème} édition) en raison d'une symptomatologie non spécifique et du risque de méconnaître de réelles pathologies psychiatriques. Pour l'instant le *burnout* pourrait être retenu comme « un trouble de l'adaptation » dans le DSM IV ou intégré dans « surmenage et mouvements épuisés ou répétés » de la CIM 10 (Classification Statistique Internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10^{ème} édition). Mais ces catégories ne semblent pas suffisamment adaptées au BOS.

- **Modèles étrangers**

Pour aborder ce syndrome, s'inspirer des modèles étrangers nous permettrait d'évaluer l'état de santé des médecins. A l'étranger, notamment au Canada et en Espagne, il existe des programmes de soins spécifiques pour médecins malades. Ces aides spécifiques ont démontré une efficacité réelle dans la prise en charge médicale et la réhabilitation psychosociale. Dans ces pays des visites médicales régulières d'aptitude sont imposées aux médecins.

La « problématique » déontologique ne se pose pas car les médecins ont obligation d'être en bonne santé pour soigner les malades. Au Canada, depuis 1990, le PAMQ (Programme d'Aide aux Médecins du Québec) est un organisme constitué par les médecins et pour les médecins. Il s'agit de prévenir, dépister, traiter, accompagner et

réinsérer tout médecin en souffrance qui présente un trouble mental ou addictif, un épuisement professionnel ou un problème personnel.

En Espagne, le PAIMM (Programme d'Attention Intégrale au Médecin Malade) a été créé en 1998 par l'Ordre des Médecins de Barcelone puis l'Ordre des Médecins de Catalogne y a adhéré par la suite. Le but est de venir en aide aux médecins qui présentent des troubles mentaux ou de dépendance.

Ces programmes ont pour but de faciliter l'accès aux soins pour les médecins, par un respect strict de la confidentialité. Ils favorisent également la recherche en santé mentale au sein de la profession médicale.

Des suggestions portées sur la création dans notre pays d'un corps médical spécialisé dans la prise en charge des médecins malades sont proposées. Nous suggérons également la mise en place au niveau universitaire d'une capacité ou formation dans ce sens.

CONCLUSION

Cette étude confirme la présence du syndrome d'épuisement professionnel au sein des médecins travaillant en milieu chirurgical dans les services de chirurgie, des urgences, d'anesthésie-réanimation de deux centres hospitaliers de la capitale de Madagascar. Il semble toucher plus de la moitié des médecins (51,2%) parmi lesquels 31,3% présentaient un BOS faible, 16,7% un BOS moyen et 4,2% un BOS élevé.

L'âge, le genre, le centre hospitalier d'exercice, le secteur d'activité (chirurgie, anesthésie-réanimation, urgences chirurgicales), le type de service, l'ancienneté dans le travail, la date du dernier congé n'influençaient pas le degré du BOS ni ses proportions dans les différentes dimensions. Cependant, une corrélation significative avec le titre du médecin enquêté a été retrouvée et les catégories les plus sévèrement touchées étaient les médecins assistants, les médecins avec diplômes d'Université et les internes.

La souffrance des médecins au travail est un sujet qui ne peut plus être dissimulé. De ce fait, il s'avère nécessaire de mettre en place des procédures de diagnostic, afin de pouvoir traiter efficacement les médecins atteints de *burnout*, et ceci pour éviter les diverses complications possibles, tant physiques que psychiques, d'autant plus que le risque ultime pour le médecin est qu'il soit tenté par le suicide.

Mais ceci semble difficile du fait que Madagascar a encore du retard par rapport aux autres pays sur l'évaluation du *burnout* car à notre connaissance, aucune étude n'a encore été menée dans ce sens, et aucune plateforme de prise en charge et de suivi de cette pathologie ne semble être ni présente, ni accessible pour tous les médecins.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Freudenberger HJ. L'épuisement professionnel : la brûlure interne. Québec : G. Morin, 1987 : 48-172.
2. Schaufeli W, Maslach C, Marek T. Professional burnout: recent developments in theory and research. London: CRC, 1996. 312 p.
3. Statistiques Canada 2004, le Canada en statistique [En ligne]. 2004 [Consulté le 10/02/2014]. Consultable à l'URL :
http://www.statcan.ca/francais/Pgdb/labor07b_f.html
4. Baumann F. Burn-out : quand le travail rend malade. Paris : J Lyon, 2^{ème} édition, 2007. 312p.
5. Kälin C. Health at workplace. Communiqué de presse [En ligne]. 2008 [Consulté le 04/03/2014] Consultable à l'URL :
http://www.kellyservices.ch/web/ch/services/fr/pages/about_us_main.html
6. Goldsmith R. Stressed out in Sweden [En ligne]. 2000 décembre [Consulté le 04/03/2014] Consultable à l'URL :
http://news.bbc.co.uk/2/hi/programmes/crossing_continents/europe/1068800.stm
7. Aiken HL, Sermeus W, Sloane D, Busse R, McKee M, Bruyneel L, et al. Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. Br Med J. [En ligne]. 2012 mars [Consulté le 04/03/2014] Consultable à l'URL :
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/>
8. Half R. Avec la crise, le stress, ce mal du siècle, poursuit sa progression en entreprises. [En ligne]. 2009 [Consulté le 04/03/2014] Consultable à l'URL :
http://EMEA/France/Press%20Releases/Documents/RH/RH_PR_090623.pdf
9. More German workers suffer burnout [En ligne]. 2010 [Consulté le 04/03/2014] Consultable à l'URL : <http://www.thelocal.de/national/20100307-25717.html>

10. Truchot D. Le burnout des médecins généralistes de Poitou-Charentes. Rapport de recherche pour l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Poitou-Charentes. Paris : 2004: 99.
11. Sciences humaines. Burnout chez les soignants [En ligne]. 2010 [Consulté le 10/03/2014] Consultable à l'URL : [http://www.scienceshumaines.com/burn-out-chez-les soignants_fr_1256.html](http://www.scienceshumaines.com/burn-out-chez-les-soignants_fr_1256.html)
12. Bakkour R. L'influence des stratégies de coping sur l'épuisement professionnel des infirmières du Liban-Nord Faculté des Sciences Infirmières [En ligne]. 2010 [Consulté le 10/03/2014] Consultable à l'URL : <http://209.85.135.104/search?q=cache:TkxvDJDbE88J:www.fsi.usj.edu.lb/anciens/journal2004/nord.pdf+1%27influence+des+strat%C3%A9gies+d+coping&hl=fr&ct=clnk&cd=1&gl=ch>
13. Freudenberger HJ. Staff burnout. J Soc Issues, 1974; 30: 30-165.
14. Freudenberger HJ, Richelson G. Burnout: the high cost of high achievement. New York: Bantam Books, 1981:198.
15. Leiter M, Maslach C, Banishing Burnout: six strategies for improving your relationship with work. San Francisco: Jossey-Bass, 2005: 148.
16. Mayenin M. Dehumanisation of humanity. Raleigh: Lulu Enterprises, 2007: 5-214.
17. Halpern J. From detached concern to empathy: humanizing medical practice. Oxford: Oxford University Press, 2001: 45-7.
18. Douence JP. L'objectivation perceptive : méthode et théorie. Paris : J-P. Douence, 1998: 125-32.
19. Abelson H, Zimbardo P. Canvassing for peace. A manual for volunteers. London: Ed 1970, 1970: 17-31.
20. Mesters P, Peters S. Vaincre l'épuisement professionnel : Toutes les clefs pour comprendre le burn out. Paris : Robert Laffont, 2007: 198-232.

21. Burki A, Knapp T, Lüthi A, Maslach C, Zanetti D. Burnout : L'épuisement professionnel. Pontarlier : Presses du Belvédère, 2006 :14-118.
22. Shirom A. Stress and strain in organizations. London: John Wiley and Sons Ltd, 1998: 45-215
23. Färber C. Jobwechsel. Berlin: Gräfe & Unzer, 2000: 50-80.
24. Hartman A, Perlman B. Burnout: summary and future research. Wisconsin: National Inst. of Mental Health, 1981: 5-28.
25. Hartman A, Perlman B. Career Ladders of Mental Health Professionals. Wisconsin: Wisconsin Univ, 1981:12-8.
26. Kagel S, Kelly K. The anatomy of mediation: what makes it work. London: Bna Books, 1989: 137-9.
27. Aronson E, Kafry D, Pines A. Le burnout. Paris: Editions Du jour, 1984: 124-36.
28. Dolan S, Jackson S, Saba T, Schuler R. La gestion des ressources humaines. Montreuil : Pearson Education, 2001: 545-701.
29. Jackson S, Leiter M, Maslach C. Maslach burnout inventory manual. Consulting Psychologists Pr, 1996: 5-25.
30. Marc E. Psychologie de l'identité : soi et le groupe. Paris : Dunod, 2004: 9-149.
31. Eckert P. Jocks and burnouts: social categories and identity in the high school. New York: Teachers College Press, 1989: 24-5.
32. Canoui P, Mauranges A, Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants. De l'analyse du burn out aux réponses. Paris : Masson, 2002 : 240p.
33. Andlauer O. Etude de la notion de burnout à Besançon [En ligne]. 2009 [Consulté le 10/03/2014] Consultable à l'URL :
http://www.zhuadongxi.com/go/World/Fran%C3%A7ais/Soci%C3%A9t%C3%A9/Travail/Epuisement_professionnel/www.souffrancedusoignant.fr/_uses/lib/6521/Le_burn_out.pdf

34. Canoui P, Mauranges A. Le Burnout à l'hôpital : le syndrome d'épuisement Professionnel. Paris : Masson, 4^{ème} édition, 2008 : 8-256.
35. Bedard D, Duquette A. L'épuisement professionnel, un concept à préciser. L'infirmière du Québec [En ligne]. 1998 Septembre/octobre [Consulté le 10/03/2014] ; 18-23. Consultable à l'URL : <http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/169522/>
36. Altiok T, Melamed B. Simulation modeling and analysis with arena. Massachusetts: Academic Press Inc, 2007:308-14.
37. Braunstein JF, Pewzner E. Histoire de la psychologie. Paris : Armand Colin, 1999: 97-9.
38. Maslach C. Burnout: the cost of caring. Colchester: Englewoods Cliffs NJ, Prentice-Hall, 1982: 276 p.
39. Languirand J. Vaincre le burnout. Paris : Stanke, 2002: 58-168.
40. Ladstätter F. Prediction of burnout: an artificial neural network approach. Hamburg: DiplomicaVerlag, 2008: 82-7.
41. Wilson J.L. Adrenal fatigue: The 21st century stress syndrom. Petaluma: Smart Publications, 2002: 274-7.
42. Wolpin J. Human relations: is job satisfaction an antecedent or a consequence of psychological burnout? London: Tavistock institute, 44, 1991: 193-5.
43. Collectif de chercheurs en psychologie. International review of industrial and organizational psychology. New Jersey: Wiley, 2005; 20: 218-26.
44. Burisch M. Das burnout syndrom: theorie der inneren erschöpfung-zahlreiche fallbeispiele-hilfen zur selbsthilfe. Frankfurt: Überarb. Aufl. Edition, 2005: 122-34.
45. Altiok T, Melamed B. Simulation modeling and analysis with arena. Massachusetts: Academic Press Inc, 2007:288-92.
46. Harrison M, Shirom A. Organizational diagnosis and assessment: bridging theory and practice. California: Sage Publications, 1998: 158.

47. Collectif de chercheurs en psychologie. Historical and current perspectives on stress and health. San Jose: Jai Press, 2002; 2:153-65.
48. Eijkman H. L'internationalisme scientifique sciences pures et lettres. Charleston : Nabupress, 2010: 53-5.
49. Cathébras P, Consoli S, Rousset H, Weber JC. Troubles fonctionnels et somatisation : comment aborder les symptômes médicalement inexpliqués. Paris : Masson, 2006: 17-38.
50. Grau I, Bierhoff W. Sozialpsychologie der partnerschaft. Berlin: Springer, 2002:33-4
51. Ashforth B. Role Transitions in organizational life: an identity-based perspective. New Jersey: Lawrence Erlbaum, 2000:48-97.
52. Maslach C, Zimbardo P. Psychology for our times. Glenview: Scott Foresman & Co, 1977:247-84.
53. Pines A. Couple burnout: causes and cures. London: Routledge, 1996:25-39.
54. Pines A, Maslach C. Experiencing social psychology: readings and projects. New York: Random House, 1988:258-301.
55. Etzion Y. Managerial criteria of successful small business. 1966: 44-7.
56. Wolpin J, Human relations: is job satisfaction an antecedent or a consequence of psychological burnout? London: Tavistock institute, 44, 1991:205-6
57. Leiter M, Maslach C. Burnout erfolgreich vermeiden: Sechs Strategien, wie Sie Ihr Verhältnis zur Arbeit verbessern. Berlin: Springer, 2007: 148-52.
58. Tarvis C, Wade C. Psychology. New Jersey: Prentice Hall, 2007; 9:574-603.
59. Sureau C, Lecourt D, David G. L'erreur médicale. Paris : Presses Universitaires de France, 2006:148-84.
60. URML Ile de France. L'épuisement professionnel des médecins libéraux franciliens : témoignages, analyses et perspectives [En ligne]. 2007 [Consulté le 10/03/2014] Consultable à l'URL:www.urml-idf.org/upload/etudes/etude_070723.pdf

61. Olkinuora M, Asp S, Juntunen J, Kauttu K, Strid L et al. Stress symptoms, burnout and suicidal thoughts of Finnish physicians. *Scand J Work Environ Health*.1992; 18: 110-2.
62. Selleslagh P. Résultats de l'enquête burnout : un médecin sur deux en zone dangereuse. *JMed*. 2001 :13-44.
63. Estry-Behar M, Doppia, Guetarni K, Fry C, Machet G, Pelloux P, et al. Emergency physicians accumulate more stress factors than other physicians. Résultats de l'étude SESMAT. *Emerg Med J EMJ*. 2011; 28: 397-410.
64. Cydulka RK, Korte R. Career satisfaction in emergency medicine. *Ann Emerg eds. the ABEM Longitudinal Study of Emergency Physicians*. 2008; 51: 714-22
65. Doppia, Estry-Béhar M, Fry C, Guetarni K, Lieutaud T, comité de pilotage de l'enquête SESMAT. Burnout in French doctors: a comparative study among anesthesiologists and other specialists in French hospitals (SESMAT study). *Ann fran esth réanim* 2011 ; 30 : 782-94.
66. Embriaco N, Azoulay E, Barrau K, Kentish N, Pochard F, Loundou A et al. High level of burnout in intensivists. : Prevalence and associated factors. *Am J Respir Crit Care Med* 2007; 175: 686-92.
67. Poncet MC, Toullic P, Papazian L, Kentish-Barnes N, Timsit JF, Pochard F, et al. Burnout syndrome in critical care nursing staff. *Am J Respir Crit Care Med* 2007; 175: 698-704?
68. Merlani P, Verdon M, Businger A, Domenighetti G, Pargger H, Ricou B . Burnout in ICU caregivers: A multicenter study of factors associated to centers. *Am J Respir Crit Care Med* 2011; 184:1140-6.
69. Azoulay E, Timsit JF, Sprung CL, Soares M, Rusinová K, Lafabrie A, et al. Prevalence and factors of intensive care unit conflicts: The conflicus study. *Am J Respir Crit Care Med* 2009; 180:853-60.

70. Studdert DM, Mello MM, Burns JP, Puopolo AL, Galper BZ, Truog RD, et al. Conflict in the care of patients with prolonged stay in the ICU: types, sources, and predictors. *Intensive Care Med* 2003; 29:1489-97.
71. Piers RD, Azoulay E, Ricou B, Dekeyser, Ganz F, Decruyenaere J, Max A, et al. Perceptions of appropriateness of care among European and Israeli intensive care unit nurses and physicians. *JAMA* 2011; 306:2694-703.
72. Dyrbye LN, Thomas MR, Massie FS, Power DV, Eacker A, Harper W. Burnout and suicidal ideation among U.S. medical students. *Ann Intern Med* 2008; 149: 334–41.
73. Savoldelli GL. Résolution de conflits au bloc opératoire. *Prat Anesth Reanim* 2009 ; 13:65–9.
74. Shader K, Broome ME, Broome CD, West ME, Nash M. Factors influencing satisfaction and anticipated turnover for nurses in an academic medical center. *J Nurs Adm* 2001; 31: 210–6.
75. Lederer W, Kinzl JF, Trefalt E, Traweger C, Benzer A. Significance of working conditions on burnout in anesthetists. *Acta Anaesthesiol Scand.* 2006 ; 50: 58 – 63.
76. Truchot D. Le burnout des médecins libéraux de Champagne Ardenne. Rapport de recherche pour l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Champagne Ardennes. 2003 : 43p
77. Appleton K, House A, Dowell A. A survey of job satisfaction, sources of stress and psychological symptoms among general practitioners in Leeds. *Br J Gen Pract.* 1998; 48:1059-63.
78. Sobreques J, Cebria J, Segura J, Rodriguez C, Garcia M, Juncosa S. Job satisfaction and burnout in general practitioners. *Aten Primaria.* 2003; 31:227-33.
79. Chan Lin-Chanteau S. Le burnout des médecins généralistes libéraux de Tahiti. [Thèse]. *Médecine générale : Université Paris 5 ;* 2006.

80. Zeter C. Burnout, conditions de travail et reconversion professionnelle chez les médecins généralistes de la région Poitou-Charentes. [Thèse]. Médecine générale : Université de Poitiers ; 2004
81. Freeborn DK. Satisfaction, commitment, and psychological well-being among HMO physicians. *West J Med.* 2001; 174: 13-28.
82. Mc Murray JE, Linzer M, Konrad TR, Douglas J, Shugerman R, Nelson K. The work lives of women physicians results from the physician work life study. The SGIM Career Satisfaction Study Group. *J Gen Intern Med.* 2000; 15: 372-80.
83. Murray E, Modell M. Community-based teaching: the challenges. *Br J Gen Pract.* 1999; 49: 395-8.
84. Grau A, Suner R, Garcia MM. Burnout syndrome in health workers and relationship with personal and environmental factors. *Gac Sanit.* 2005; 19: 463-70
85. Estry-Béhar M. Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe. Rennes : Presse de l'EHESP 2008 : 234 p.
86. Mion G, Libert N, Journois D. Burnout-associated factors in anesthesia and intensive care medicine. 2009 survey of the French Society of Anesthesiology and Intensive care. *Ann fran esth réanim.* 2013; 32: 175-88.
87. Heinke W, Dunkel P, Brähler E, Nübling M, Riedel-Heller S, Kaisers UX. Burnout in anesthesiology and intensive care: is there a problem in Germany?. *Anesthetist.* 2011; 60: 1109-18.
88. Chocard AS, Juan F. Suicide et tentatives de suicide chez les médecins. *Delbrouck P Lett psychiatre.* 2007: 10-4.
89. Sansone RA, Sansone LA. Physician suicide: a fleeting moment of despair. *Psychiatry,* 2009; 6: 18-22.
90. Carpenter LM, Swerdlow AJ, Fear NT. Mortality of doctors in different specialities: findings from a cohort of 20,000 NHS hospital consultants. *Occup Environ Med,* 1997; 54: 388-95.

ANNEXE : QUESTIONNAIRE

Cher collègue, Cher Aîné(e), Cher Maître ;

Nous aimerions entreprendre, dans le cadre d'une thèse de Doctorat en Médecine, une évaluation concernant le syndrome d'épuisement professionnel en milieu chirurgical, d'anesthésie-réanimation et des urgences chirurgicales. Aussi, nous vous serions très reconnaissants, si vous pouviez répondre à ce questionnaire.

Ce questionnaire comporte sept items. L'évaluation du syndrome d'épuisement professionnel est basée sur l'échelle MBI (*Maslach Burn Out Inventory*) comportant 22 éléments.

Le sondage dure environ 15 à 30 minutes et reste anonyme en vue de l'analyse des données.

Nous vous remercions de votre aimable collaboration.

1. Genre (à cocher) : Féminin Masculin

2. Année de naissance : __ __ __ __

3. Titre (à cocher) :

Médecin assistant

Médecin DU (à préciser : _____)

Interne de spécialité

Ancien Interne

Médecin Spécialiste

Chef de clinique

Ancien Chef de clinique

Professeur

4. Centre Hospitalier (à cocher) : **HUJRA CENHOSOA**

Service : _____

5. Secteur d'activité (à cocher) :

CHIRURGIE ANESTHESIE – REANIMATION URGENCES CHIRURGICALES

6. Questions :

6.1. Votre ancienneté dans le travail : _____ mois / _____ ans

6.2. Vous êtes dans le milieu Chirurgical ou de l'Anesthésie-Réanimation depuis _____ mois /
_____ ans

6.3. Votre dernier congé datait du _____

7. Evaluation du syndrome d'épuisement professionnel (selon le MBI)

Déterminer la fréquence qui vous semble la plus appropriée (cases à cocher) :

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

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette faculté, de mes condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un honoraire au-dessus de mon travail.

Je ne participerai à aucun partage illicite d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine, dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

PERMIS D'IMPRIMER

LU ET APPROUVE

Le Directeur de Thèse

Signé : Professeur RAVALISOA Marie Lydia Agnès

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Le Doyen de la Faculté de Médecine d'Antananarivo

Signé : Professeur ANDRIAMANARIVO Mamy Lalatiana

Name and first name: MONG–GINE Yvon

Title of the thesis: FACTORS OF BURNOUT AMONG PHYSICIANS WORKING IN THE SURGICAL ENVIRONMENT OF TWO HOSPITALS OF ANTANANARIVO

Heading: Social medicine

Number of figures : 27 **Number of tables** : 13 **Number of attachments** : 01

Number of pages : 73 **Number of references** : 79 **Number of webography** : 11

ABSTRACT

Background and aim: The burnout syndrome affects every professional and especially caregivers. Is the surgical staff affected?

This work was to evaluate the prevalence and degree of burnout for the three dimensions of Maslach Burnout Inventory, and to investigate factors correlated with burnout syndrome of physicians working in the surgical environment of JRA teaching hospital and Soavinandriana hospital.

Methods: We conducted a quantitative descriptive cross-sectional survey by anonymous self-administered questionnaire combining Maslach Burnout Inventory and socio-demographic and professional information, with 138 physicians.

Results: We recorded a response rate of 47.1%. Of the 65 physicians responding, 17 records were excluded for lack of information and among the 48 records selected and analyzed, 51.2% have a burnout (31.3% low, 16.7% medium, 4.2% high). Rates of Maslach Burnout Inventory score is 25% high emotional weariness, 27.1% of high depersonalization, 25% lower personal achievement. On all investigated variables (age, gender, title, hospital, industry, service, seniority, and date of last discharge) only the title showed a significant correlation with the burnout.

Conclusion: The surgical staff is not spared by the burnout. It is urgent to develop diagnosis and therapeutic treatment.

Keywords : Burnout syndrome – Correlations – Degree – Physicians – Surgery

Director of thesis : Professeur RAVALISOA Marie Lydia Agnès

Reporter of thesis : Docteur RANDRIAMIZAO Harifetra Mamy Richard

Author's address : Lot II N 174 D bis Analamahitsy Antananarivo

Nom et prénom : MONG-GINE Yvon

Titre de la thèse : FACTEURS DU BURNOUT SYNDROME CHEZ LES MEDECINS PRATIQUANT EN MILIEU CHIRURGICAL DE DEUX CENTRES HOSPITALIERS D'ANTANANARIVO »

Rubrique : Médecine sociale

Nombre de figures : 27 **Nombre de tableaux :** 13 **Nombre d'annexes :** 01

Nombre de pages : 73 **Nombre de bibliographies :** 79 **Nombre de webographies :** 11

RESUME

Justificatif et objectif : Le syndrome d'épuisement professionnel n'épargne aucune catégorie professionnelle et particulièrement le personnel soignant. Le personnel chirurgical est-il concerné ? Ce travail se propose d'évaluer la prévalence et le degré du syndrome d'épuisement professionnel pour les trois dimensions du *Maslach Burnout Inventory*, et d'étudier les facteurs corrélés au syndrome d'épuisement professionnel des médecins œuvrant dans le milieu chirurgical des centres hospitaliers de Joseph Ravoahangy Andrianaivalona et de Soavinandriana.

Matériels et méthode : Nous avons effectué une enquête descriptive quantitative transversale par auto-questionnaire anonyme associant *le Maslach Burnout Inventory* et des renseignements sociodémographiques et professionnels, auprès de 138 médecins.

Résultats : Nous avons enregistré un taux de réponse de 47,1%. Parmi les 65 médecins répondant, 17 fiches ont été exclues par manque d'informations et sur les 48 fiches retenues et analysées, 51,2% présentent un *burnout* (31,3% faible, 16,7% moyen, 4,2% élevé). Les taux de score du *Maslach Burnout Inventory* sont de 25% d'épuisement émotionnel élevé, 27,1% de dépersonnalisation élevé, 25% d'accomplissement personnel bas. Sur toutes les variables étudiées (âge, genre, titre, centre hospitalier, secteur d'activité, service, ancienneté, et date du dernier congé) seul le titre montre une corrélation significative avec le syndrome d'épuisement professionnel.

Conclusion : Le personnel chirurgical n'est donc pas épargné par le syndrome d'épuisement professionnel. Il est urgent de mettre en place des stratégies diagnostiques et thérapeutiques.

Mots clés : Burnout syndrome – Corrélations – Degrés – Médecins – Chirurgie

Président de thèse : Professeur RAVALISOA Marie Lydia Agnès

Rapporteur de thèse : Docteur RANDRIAMIZAO Harifetra Mamy Richard

Adresse de l'auteur : Lot II N 174 D bis Analamahitsy Antananarivo

