



**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE**  
**MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR**  
**ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE**



Université Kasdi Merbah Ouargla Faculté de Médecine Département de Médecine

**Le risque de burn-out chez les médecins exerçants aux  
urgences de l'EPH d'Ouargla**

Mémoire de fin d'études pour l'obtention du diplôme de docteur en médecine

**Présentées par :**

**KAHLA Chaima et**

**REDOUANI Ouidjdane**

**Encadré par :**

**Pr DJOUADI Abdellah**

**Devant le Jury Composé de :**

<b>Dr OUAGGADI Amara</b>	<b>Président</b>	<b>Maitre assistant HU</b>	<b>Médecine de travail</b>
<b>Pr DJOUADI Abdellah</b>	<b>Encadreur</b>	<b>Maitre de conférence</b>	<b>Psychiatrie</b>
<b>Dr MAZOUZI Mohammed</b>	<b>Examineur</b>	<b>Maitre assistant</b>	<b>Chirurgie général</b>

**Année Universitaire 2022-2023**





**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE**  
**MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR**  
**ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE**

Université Kasdi Merbah Ouargla Faculté de Médecine Département de Médecine

**Le risque de burn-out chez les médecins exerçant aux  
urgences de l'EPH d'Ouargla**

Mémoire de fin d'études pour l'obtention du diplôme de docteur en médecine

**Présentées par :**

**KAHLA Chaima et**

**REDOUANI Ouidjdane**

**Encadré par :**

**Pr DJOUADI Abdellah**

**Devant le Jury Composé de :**

<b>Dr OUAGGADI Amara</b>	<b>Président</b>	<b>Maitre assistant HU</b>	<b>Médecine de travail</b>
<b>Pr DJOUADI Abdellah</b>	<b>Encadreur</b>	<b>Maitre de conférence</b>	<b>Psychiatrie</b>
<b>Dr MAZOUZI Mohammed</b>	<b>Examineur</b>	<b>Maitre assistant</b>	<b>Chirurgie général</b>

**Année Universitaire**  
**2022-2023**



# REMERCIEMENT

Nous remercions dieu le tout puissant de nos avoir donné la santé et la volonté d'entamer et de terminer ce mémoire.

Nous remercions tous ceux qui d'une manière ou d'une autre ont apporté une contribution à ce travail par leurs connaissances et leur disponibilité tant sur le plan scientifique que sur le plan humain.

Nous souhaitons également remercier Pr Djouadi Maître de conférence en psychiatrie et nous lui exprimons nos profonde gratitude pour son encadrement de qualité et ses conseils judicieux et avisés.

Nous remercions tous les médecins des urgences et les réanimateurs de l'EPH Mohammed Boudiaf Ouargla pour leur patience et leur coopération avec nous afin de terminer cette étude avec succès.

Nous remercions aux membres de jury qui ont accepté d'évaluer notre travail.

Nous n'oublions pas tous nos collègues de la promotion  
2016/2023.

En fin merci à tous ceux qui ont rendu possible ce travail même s'ils ne se retrouvent pas dans cette petite liste. Ils ont dans notre pensée.

# DEDICACE

Je dédie ce modeste travail :

À celle qui a souffert de ma fatigue, qui l'a fait pleurer par ma tristesse et qui a fait de mon succès la femme la plus heureuse du monde, **ma mère**, l'amour de mon cœur et la sécurité de mon âme. Sans votre soutien après le Dieu, je ne serais pas ce que je suis maintenant.

À l'homme qui a travaillé dur, a été patient et a lutté sans se plaindre, mais avec un sourire pas comme les autres. **Mon père** tu as parti et ce sourire ne quitte toujours pas mon cœur.

A ceux qui m'ont soutenu depuis le début, mes frères, **Saida, Youssef, Somaia, Abd Allatif, Mohammad Laid**, vous avez toujours été mon forteresse imprenable face à tous les défis.

À mes amis

**Boutheyna Khelil**, je t'ai connu, alors tu m'as fait découvrir le sens de l'amitié comme je ne l'avais jamais connu auparavant. Ton entrée gracieuse dans ma vie a renversé tous mes équilibres et m'a rendu reconnaissant pour tout ce qui me mettait en colère uniquement parce que cela m'a rendu te rencontrer.

**Redouani Ouidjdane**, tu étais mon compagnon sur mon chemin. Nous avons partagé ensemble le succès et l'échec. Je suis toujours rassuré par ta présence.

**Khaira, Karima, Chaima, Ranya, Nadjah, Samah, Kaltoum, Fayza, Asma, Amira, Maouaheb, Salima**, Vous étiez des lumières m'allumées l'obscurité d'un chemin qui a duré sept ans.

Chaima

# DEDICACE

*Je dédie ce modeste travail*

*A mes chers parents REDOUANI Redha et BEN BORDI Fatma qui ont été toujours à mes côtés et m'ont toujours soutenu tout au long de 07 années d'études. Vraiment, j'ai pas les mots pour exprimer ma profonde gratitude pour tout ce qu'ils ont sacrifié et consenti d'efforts et de moyens pour me voir réussir.*

*Mon cher père .. Ma chère mère ,*

*Je suis là maintenant à ce niveau grâce à vous...*

*Vous êtes la source de vie , d'amour et d'affection...*

*Vous êtes mon soutien qui n'abandonne pas ...*

*A mon cher fiancé ; AYOUB AOUINI Tu as toujours offert le soutien , l'amour , l'encouragement , le réconfort et les conseils précieux .. Tu as été la source de ma joie et de mon sourire dans mes moments de tristesse ... Je suis très fière et heureuse de t'avoir dans ma vie, et que tu deviendras bientôt mon partenaire de vie .*

*A tous mes sœurs (OUIAM . RANIA . RAOUIA . ARWA) et mes frères (SOUHAIB . MOHAMMED CHOUKRI ), Vous avez ici toute mon affection , Merci pour toute l'aide que vous m'avez apportée tout au long de ces années .*

*A toute ma famille, Mes grands-parents , Mes oncles , mes tantes , et*

*surtout Mon oncle SAID qui m'a beaucoup aidé et Ma tante SOUAD que j'ai toujours souhaité être présente dans ce moment et cette joie , tu es parti, mais ton image , tes paroles et tes conseils ne m'ont pas quitté.*

*A tous mes amis , NADA , LINA ,MOUNA... Et tout particulièrement CHAIMA KAHLA , tu étais ma chère amie avant d'être binôme je t'aime et je vous souhaite que le meilleur.*

*A vous cher lecteur*

**OUIDJDANE**



# LISTE DES ABREVIATION

**EPH** : établissement **p**ublic **h**ospitalier

**OMS** : **O**rganisation **M**ondiale de la **S**anté

**DSM** : **D**iagnostic and **S**tatistical **M**anual

**CIM** : **C**lassification **I**nternational des **M**alades

**MSP** : **M**aisons de **S**anté pluri- **P**rofessionnelles

**SBO** : **S**yndrome **D**e **B**urn-out

**EE** : **E**puisement **E**motionnel

**DP** : **D**épersonnalisation

**AP** : **A**ccomplissement **P**ersonnel

**SPSS** : **S**tatistical **P**ackage for **S**ocial **S**ciences

# LISTE DES TABLEAU

Tableau 1 : le taux de réponse.....	40
Tableau 2 : La répartition des médecins selon leur service de travail. ....	41
Tableau 3 : La répartition des médecins selon leur grade. ....	42
Tableau 4 : La répartition des médecins selon l'âge .....	43
Tableau 5 : La répartition des médecins selon le sexe .....	44
Tableau 6 : La répartition des médecins selon le statut marital.....	45
Tableau 7 : La répartition des médecins selon le nombre de leurs enfants	46
Tableau 8 : La répartition des médecins selon leur durée de travail hebdomadaire .....	47
Tableau 9 : La répartition des médecins selon leurs nombre de garde fait par semaine .....	48
Tableau 10 : La répartition des médecins selon la pratique d'une activité sportive ou loisir .....	49
Tableau 11 : La répartition des médecins selon l'aménagement du temps de travail .....	50
Tableau 12 : la répartition des médecins selon l'ancienneté de travail dans les services des urgences. ....	51
Tableau 13 : la répartition des médecins selon l'ancienneté de travail dans les autres services .....	52
Tableau 14 : la répartition des médecins selon le degré de sévérité de l'épuisement émotionnel .....	53
Tableau 15 : la répartition des médecins selon le degré de sévérité de dépersonnalisation.....	54
Tableau 16 : la répartition des médecins selon le degré de sévérité d'accomplissement personnel.....	55
Tableau 17 : la répartition des médecins selon le niveau de burn-out .....	56
Tableau 18 : Le taux de burn-out en relation avec le nombre d'heures de travail hebdomadaire.....	57

**Tableau 19 : Le taux de burn-out en rapport avec le nombre de garde par semaine ..... 58**

# LISTE DES FIGURES

<b>Figure 1. Le modèle Tridimensionnel de Maslach et Jackson (Josse, 2008) .....</b>	<b>12</b>
<b>Figure 2 : Symptomatologie du Burn-out selon Burisch (modifié) .....</b>	<b>18</b>
<b>Figure 3 : les quatre phases de burn-out .....</b>	<b>19</b>

# TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENT .....	II
DEDICACE .....	III
LISTE DES ABREVIATION.....	VI
LISTE DES TABLEAU .....	VI
LISTE DES FIGURES .....	VIII
TABLE DES MATIERES .....	VIII
RESUME .....	XIII
<b>INTRODUCTION -PROBLEMATIQUE</b> .....	<b>XV</b>
<b>CHAPITRE I : LE BURN-OUT</b> .....	<b>9</b>
<b>.1 Historique du Burn-out :</b> .....	<b>10</b>
<b>2. Définition du burn-out :</b> .....	<b>11</b>
<b>3. Les dimensions du Burn-out :</b> .....	<b>12</b>
3.1. L'épuisement émotionnel : .....	13
3.2. La dépersonnalisation, ou perte d'empathie : .....	13
3.3. La réduction de l'accomplissement personnel :.....	14
<b>.4 Les symptômes et les manifestations du burn-out :</b> .....	<b>14</b>
<b>5. Les étapes d'installation du Burn-out :</b> .....	<b>18</b>
5.1. La première phase : phase alarmante :.....	19
5.2. La deuxième phase : phase de résistance :.....	19
5.3. La troisième phase : phase de rupture.....	20
.5.4 La quatrième phase : phase d'épuisement ou le Burn-out .....	20
<b>6. Les facteurs provoquant le Burn-out :</b> .....	<b>20</b>
6.1. Facteurs externes :.....	21
6.2. Facteurs internes (individuels ou personnels) :.....	21

<b>7. Les conséquences de burn-out :</b> .....	<b>22</b>
7.1. Qualité des soins / Sécurité du patient / Erreurs médicales :	22
7.2. Productivité au travail :	23
7.3. Coût sociétal du burn-out :	23
<b>8. Les moyens de prévention de burn-out :</b> .....	<b>24</b>
<i>CHAPITRE II : L'URGENCE ET LES.....</i>	<i>26</i>
<i>MEDECINS URGENTISTES .....</i>	<i>26</i>
<b>.1 la médecine d'urgence :</b> .....	<b>27</b>
<b>2. Les formes d'urgence médicale :</b> .....	<b>27</b>
<b>3. Les Compétences d'un médecin d'urgence :</b> .....	<b>28</b>
<b>4. les services d'urgence en Algérie :</b> .....	<b>29</b>
<b>5. Les soins d'urgences :</b> .....	<b>30</b>
<b>6. Les spécificités du service des urgences :</b> .....	<b>30</b>
<i>MATERIEL ET METHODE.....</i>	<i>34</i>
<b>1. Type de l'étude :</b> .....	<b>35</b>
<b>2. Lieux de l'étude :</b> .....	<b>35</b>
<b>3. Population de l'étude :</b> .....	<b>35</b>
<b>4. Critères d'inclusion :</b> .....	<b>35</b>
<b>5. Critères d'exclusion :</b> .....	<b>35</b>
<b>6. Collecte de données :</b> .....	<b>35</b>
<b>7. Variables étudiées :</b> .....	<b>35</b>
<b>8. La gestion des données :</b> .....	<b>36</b>
<b>9. l'évaluation de SBO :</b> .....	<b>36</b>
<b>10. Plan d'analyse:</b> .....	<b>38</b>
<b>11. Concidération éthique:</b> .....	<b>38</b>
<b>RESULTATS.....</b>	<b>39</b>
<b>1. Le taux de réponse :</b> .....	<b>40</b>
<b>Tableau 1 : le taux de réponse .....</b>	<b>40</b>

2.	La répartition des médecins selon leur service de travail : .....	41
	Tableau 2 : La répartition des médecins selon leur service de travail.....	41
3.	La répartition des médecins selon le grade :.....	42
	Tableau 3 : La répartition des médecins selon leur grade.....	42
4.	La répartition des médecins selon leur âge :.....	43
	Tableau 4 : La répartition des médecins selon l'âge .....	43
5.	La répartition des médecins selon le sexe : .....	44
	Tableau 5 : La répartition des médecins selon le sexe.....	44
6.	La répartition des médecins selon le statut marital : .....	45
	Tableau 6 : La répartition des médecins selon le statut marital .....	45
7.	La répartition des médecins selon le nombre de leurs enfants: .....	46
	Tableau 7 : La répartition des médecins selon le nombre de leurs enfants .....	46
8.	La répartition des médecins selon leur durée hebdomadaire de travail :.....	47
	Tableau 8 : La répartition des médecins selon leur durée de travail hebdomadaire .....	47
9.	La répartition des médecins selon leurs nombre de gardes fait par semaine :.....	48
	Tableau 9 : La répartition des médecins selon leurs nombre de garde fait par semaine .....	48
10.	La répartition de médecins selon la pratique d'une activité sportive ou loisir :.....	49
	Tableau 10 : La répartition des médecins selon la pratique d'une activité sportive ou loisir ...	49
11.	La répartition des médecins selon l'aménagement du temps de travail :.....	50
	Tableau 11 : La répartition des médecins selon l'aménagement du temps de travail .....	50
12.	La répartition des médecins selon l'ancienneté de travail dans les services des urgences :51	
	Tableau 12 : la répartition des médecins selon l'ancienneté de travail dans les services des urgences.....	51
13.	La répartition des médecins selon l'ancienneté de travail dans les autres services : 52	
	Tableau 13 : la répartition des médecins selon l'ancienneté de travail dans les autres services .....	52
14.	La répartition des médecins selon le degré de sévérité de l'épuisement émotionnel : 53	
	Tableau 14 : la répartition des médecins selon le degré de sévérité de l'épuisement émotionnel .....	53

15.	La répartition des médecins selon le degré de sévérité de dépersonnalisation : .....	54
	Tableau 15 : la répartition des médecins selon le degré de sévérité de dépersonnalisation .....	54
16.	La répartition des médecins selon le degré de sévérité d’accomplissement personnel : .....	55
	Tableau 16 : la répartition des médecins selon le degré de sévérité d’accomplissement personnel .....	55
17.	La répartition des médecins selon le niveau de burn-out : .....	56
	Tableau 17 : la répartition des médecins selon le niveau de burn-out.....	56
18.	Le taux de burn-out en relation avec le nombre d’heures de travail hebdomadaire : 57	
	Tableau 18 : Le taux de burn-out en relation avec le nombre d’heures de travail hebdomadaire .....	57
19.	Le taux de burn-out en rapport avec le nombre de garde par semaine : .....	58
	Tableau 19 : Le taux de burn-out en rapport avec le nombre de garde par semaine.....	58
20.	Le taux de burn-out en rapport avec l’ancienneté de travail : .....	59
	DISCUSSION .....	60
1.	La Discussion : .....	61
2.	Force et limite de l’étude : .....	64
3.	Les recommandations : .....	64
	Conclusion .....	66
	Bibliographie .....	68
	Annexes .....	73



# RESUME

# RESUME

## **Introduction :**

L'épuisement professionnel ou «burnout», est un syndrome psychologique en réponse à l'exposition chronique, au milieu de travail, aux facteurs de stress. Selon l'OMS le burn-out est un « sentiment de fatigue intense, de perte de contrôle et d'incapacité d'obtenir des résultats concrets au travail »

Les médecins, notamment ceux qui gèrent les pathologies aiguës et graves, tels que les médecins exerçants aux urgences, sont particulièrement exposés au risque de ce syndrome,

## **Objectif**

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer le risque du burn-out chez les médecins exerçants aux urgences de l'EPH d'Ouargla.

## **Méthode :**

Etude quantitative, transversale et descriptive, à l'aide d'une échelle standardisée et validée : le test d'inventaire de Burn-out de Maslach-MBI.

## **Résultats :**

Dans notre étude nous avons évalué le SBO chez 39 médecins généralistes et spécialistes exerçant aux PUMC de EPH Mohammed Boudief à Ouargla. L'incidence de syndrome de burn-out est de 77%, avec 97% de nos répondants sont au moins obtenus par l'un des degrés de burn-out, le niveau sévère de burn-out a été trouvé chez 15% des cas.

## **Conclusion :**

Notre étude confirme que plus le burn-out est présent chez les médecins exerçants aux urgences de l'EPH d'Ouargla, où il a été influencé par le volume de travail hebdomadaire, le nombre de garde par semaine, et l'ancienneté de travail.

**Mots clés :** burn-out, médecins urgentistes, EPH Ouargla.

# ABSTRACT

## **Introduction:**

Professional exhaustion or “burnout” is a psychological syndrome in response to chronic exposure to stress factors in the workplace. According to the WHO, burnout is a “feeling of intense fatigue, loss of control and inability to achieve concrete results at work”

Physicians, particularly those who manage acute and serious pathologies, such as doctors working in emergency departments, are particularly exposed to the risk of this syndrome,

## **Objective:**

The main objective of this study is to assess the risk of burnout among doctors working in the emergency room of the Ouargla EPH.

## **Method:**

Quantitative, cross-sectional and descriptive study, using a standardized and validated scale: the Maslach-MBI Burnout inventory test.

## **Results:**

In our study, we evaluated SBO in 39 general practitioners and specialists working at the PUMC of EPH Mohammed Boudief in Ouargla. The incidence of burnout syndrome is 77%, with 97% of our respondents having at least one of the degrees of burnout, the severe level of burnout was found in 15% of cases.

## **Conclusion:**

Our study confirms that burnout is present among doctors working in the emergency departments of the EPH of Ouargla, where the volume of weekly work influenced it, the number of calls per week, and the seniority of work.

**Key words:** burn-out, emergency doctors, EPH Ouargla.

# الملخص

## المقدمة

الاحترق المهني هو متلازمة نفسية ناتجة عن التعرض المزمن لعوامل الضغط في وسط العمل. وعلى حسب المنظمة العالمية للصحة الاحترق المهني هو شعور بتعب شديد، فقد السيطرة وعدم القدرة على الحصول على نتائج مادية في العمل.

## الهدف

الهدف الرئيسي من هذه الدراسة هو تقييم خطر الاصابة بمتلازمة الاحترق المهني عند اطباء الاستعجالات واطباء الانعاش على مستوى المستشفى العام محمد بوضياف بورقلة.

## الطريقة

دراسة كمية مستعرضة وتحليلية باستخدام مقياس موحد ومتحقق من صحته وهو مقياس جرد الاحترق المهني لماسلاش.

## النتائج

في دراستنا قمنا بتقييم متلازمة الاحترق المهني لدى 39 طبيبا عاما ومختصا. وكانت المتلازمة واردة بنسبة 77%، و97% من الأطباء كان مصابا على الاقل بأحد مستويات الاحترق المهني، و15% يملكون مستوى عالي من الاحترق المهني.

## الخاتمة

اكنت دراستنا وجود متلازمة الاحترق المهني لدى جمهور دراستنا بالإضافة الى عوامل خطورتها.

**الكلمات المفتاحية:** الاحترق المهني، اطباء الاستعجالات، مستشفى محمد بوضياف.

# **INTRODUCTION -PROBLEMATIQUE**

## **Introduction :**

Il est vrai que les besoins de rentabilité, de performance, de rapidité et d'efficacité se sont accrus et ces exigences sont devenues de référence dans le monde du travail, cependant de nombreuses personnes voient ces facteurs comme une menace qui, avec le temps pourrait mettre en danger la santé des individus car ils se manifestent par des troubles physique et psychologiques tel que le burn-out ou le syndrome de l'épuisement professionnel.

Selon l'OMS, le burn-out est un « sentiment de fatigue intense, de perte de contrôle et d'incapacité d'obtenir des résultats concrets au travail ». Derrière cette définition, se cache toute une série de symptômes physiques, émotionnels, intellectuels et psychiques aux effets dévastateurs qui peuvent bouleverser la vie professionnelle et personnelle d'un individu. A ce jour, le burn out n'est pas considéré comme une pathologie psychiatrique et n'est pas référencé dans le DSM IV (répertoire officiel des maladies mentales). C'est un trouble de l'adaptation au stress, une crise qui, non prise en charge, peut évoluer vers une dépression majeure avec un risque de passage à l'acte.

Évidemment le burn-out peut toucher toutes les professions dans divers secteurs par exemple le secteur de la santé comprend plusieurs catégories sont victimes de l'épuisement professionnel tel que les ambulanciers, les infirmiers et les médecins ..., cependant, la profession du médecin d'urgence est touchée par une prévalence deux fois supérieure à celle de la population générale[1], alors que le travail des urgentistes est dur et plein de contraintes, il ne se limite pas aux soins à donner aux patients mais aussi à la manière dont ils doivent procéder et à la bonne communication avec laquelle ils doivent communiquer et avoir une bonne relations avec les malades pour les mettre dans de bonnes conditions et les mettre en confiance afin de bien faire leur travail.

Bien que le burn-out ne soit pas reconnu comme maladie, il affecte la santé de l'individu avec des symptômes à la fois physiques et psychiatriques tels que la dépression, l'anxiété, des troubles du sommeil, et des conduites addictives [2], En effet, 50% des maladies chroniques sont imputables à la dépression et à l'anxiété [3].

Pour cela la psychologue américaine Christina Maslach continue les recherches et développe un instrument de mesure du burn-out, le Maslach burn-out inventory (MBI)[2].

Parmi les recherches menées sur ce phénomène on cite l'étude de Boulkroune Nora en 2008, sur le syndrome de bur-out chez les enseignants du supérieur à l'université Mentouri de Constantine Pour donner une idée superficielle du type de notre recherche avant d'entrer dans le vif du sujet. Cette étude a été menée auprès de (322) enseignants de cette université. Le chercheur a utilisé deux sortes d'outils, d'une part l'inventaire conventionnelle MBI, d'autre part elle a construit un questionnaire afin de vérifier ses hypothèses.

Les résultats de cette recherche montrent que 40% des enseignants enquêtés présentent un épuisement émotionnel, 18% des enseignants manifestent une déshumanisation et 47% présentent un manque d'accomplissement. Ces résultats sont obtenus à partir d'un traitement statistique des données [4].

A partir de tout ce qui précède nous tenons à éclaircir le phénomène en s'interrogeons à travers ces questions :

- **Est-ce que les médecins exerçants en urgence de l'EPH d'OUARGLA souffrent du burn-out ?**
- **Est-ce que les années de travail contribuent à l'apparition du burn-out ?**
- **Est-ce que le volume du travail peut-il être à l'origine du burn-out ?**

**L'objectif du thème d'étude :**

- **L'objectif principal** : démontrer et évaluer le risque du burn-out chez les médecins exerçant aux urgences de L'EPH MOHAMED BOUDIAF à OUARGLA
- **L'objectif secondaires** : la mise en évidence des facteurs influençant la survenu du burn-out.

## **Définition des concepts clés :**

### **Burn-out :**

Le syndrome du burn-out peut être envisagé comme un trouble de l'adaptation, c'est un sentiment négatif intense lié au travail, il touche surtout les travailleurs dans la relation d'aide. Il se caractérise par une fatigue prolongée (physique ou psychique), une perte d'intérêt, difficulté de concentration, diminution du sentiment de responsabilité, une réduction du temps de travail, le manque d'enthousiasme au travail, l'irritabilité, un état affectif négatif.

C'est souvent le résultat d'une période d'effort excessif au travail et d'un manque de temps de récupération.

### **Urgence :**

Selon le dictionnaire encyclopédique Larousse Le mot "urgence" se signifie un Caractère de ce qui urgent, de ce qui requiert une action, de nécessité d'agir vite, et, se définit comme « situation particulière impliquant une procédure accélérée ». [5]

Au niveau médical, l'urgence est un service hospitalier, en général, où on prodigue des soins d'importance immédiate. L'objectif étant de pouvoir traiter des symptômes le plus rapidement possibles.

L'Urgence médicale : « Toute circonstance qui, par sa survenue ou sa découverte, introduit ou laisse supposer un risque fonctionnel ou vital, si une action médicale n'est pas entreprise immédiatement. L'appréciation de l'urgence est instantanée et appartient autant à la victime qu'au soignant. » [6].

### **Médecin urgentiste :**

Le médecin urgentiste est celui qui reçoit des patients dont l'état nécessite une prise en charge rapide. Il évalue l'état du patient et établit un diagnostic en quelques minutes. Il doit reconnaître les situations les plus à risques et déterminer les gestes réellement urgents à poser. Si l'état de santé de la personne est critique, le temps peut être compté. Il doit garder son calme et faire preuve de réactivité.

Il ne sait jamais ce qui va arriver ni à quel moment. Suivant la gravité, il va intervenir pour restaurer ou maintenir les fonctions vitales de la personne (intubation, oxygénation, réanimation, etc.).



# Partie Théorique

# **CHAPITRE I : LE BURN-OUT**

## **1. Historique du Burn-out :**

L'épuisement professionnel, ou Burn-out, n'est pas un syndrome nouveau. C'était en 1969 que le terme Burn-out fait apparition pour la première fois. Dans son article H.B. Bradley avait défini le Burn-out comme : « un stress particulier lié au travail »[3].

En réalité le concept d'épuisement professionnel ou Burn-out n'était pas utilisé autre fois dans le même contexte qu'aujourd'hui. Donc, sa description ainsi son usage a été évolué à travers le temps depuis les années soixante-dix jusqu'à nos jours.

La première étude complète, sur le phénomène d'épuisement professionnel, a été menée par le psychologue et psychothérapeute américain Herbert J Feudenberger en 1974, dont la quelle il a décrit le concept comme « une perte d'enthousiasme accompagnée de divers symptômes physiques (fatigue, insomnie, maux de tête, troubles gastro-intestinaux)»[4].

Dans sa définition Feudenberger a cité les symptômes du Burn-out ainsi ses causes et ses conséquences sur le travail du personnel touché, en le considérant comme une maladie.

Ensuite, en 1976, Christina Maslach, chercheuse en psychologie sociale, d'après ses observations sur le travail des soignants et des avocats ainsi les manières dont ils font face aux exigences émotionnelles quotidiennes, elle a met l'hypothèse que le travail avec les autres, qui exige d'être en relation d'aide permanente, est la source du syndrome d'épuisement professionnel et émotionnel.

Contrairement aux propos de Feudenberger, dans lesquels il a mis les facteurs personnels au centre des problèmes qui provoquent un état de Burn-out.

Depuis, de 1974 à 1980, suite aux propos de Feudenberger et Christina Maslach, le concept du Burn-out a été défini d'après plusieurs chercheurs chacun selon sa conception de ce phénomène. Selon Axel Hoffman, médecin généraliste à la maison médicale Norman Bethune, il existe environ quarante-huit définitions différentes pour l'épuisement professionnel selon différentes visions.

Suite à leur étude sur le phénomène d'épuisement professionnel en 1981, Maslach et Jackson ont publié la définition détaillée du Burn-out qui est la plus suivie aujourd'hui et que notre travail se focalisera sur. D'après leur définition, ils ont construit une échelle de mesure de degré de Burn-out chez les individus

concernés le MBI ou le Maslach Burn-out Inventory qui sera notre outil d'investigation dans la réalisation de l'étude menée.

Après en 1996, une autre conception a été mise en évidence fondée par Leiter et Schaufeli (1996) qui affirme que : « le burn-out est présent dans toute occupation dans laquelle les individus sont psychologiquement engagés dans leur travail »[4].

Jusqu'à nos jours, les recherches sur l'épuisement professionnel continuent à se développer. Parce que le champ d'étude évolue, et que le Burn-out est en relation directe avec l'environnement de travail qui est en perpétuel changement au niveau des conditions, natures, et statut social...etc.

## **2. Définition du burn-out :**

### **a) Définition par H. Freudenberger :**

Le syndrome de burn-out a été décrit pour la première fois dans les années 70, par H. Freudenberger, psychiatre et psychanalyste new-yorkais. Il le définit comme « un état de fatigue ou de frustration résultant du dévouement à une cause, à un mode de vie ou à une relation qui n'a pas donné les bénéfices escomptés»[5].

Autre définition: le burn-out « est un état de fatigue chronique, de dépression et de frustration apporté par la dévotion à une cause, un mode de vie ou une relation qui échoue à produire les récompenses attendues et conduit en fin de compte à diminuer l'implication et l'accomplissement au travail»[3]

### **b) Définition par Christina Maslach :**

Dans les années 80, Christina Maslach, une chercheuse en psychologie sociale, entame une recherche sur les professionnels du monde médical et de la santé mentale puis l'élargit ensuite à d'autres professions.[6]. Elle définit le burn-out comme « un syndrome d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et de réduction de l'accomplissement personnel qui apparaît chez les individus impliqués professionnellement auprès d'autrui ».

- L'épuisement émotionnel correspond à l'épuisement des ressources affectives, une impression de ne plus pouvoir donner le meilleur de soi-même sur le plan psychologique.
- La dépersonnalisation se traduit par un retrait, une indifférence vis à vis

du travail.

- La réduction de l'accomplissement personnel correspond à une dévalorisation, une auto évaluation négative de soi-même au travail.
- A partir de ces notions, elle a construit une échelle scientifiquement validée, s'intitulant MBI[7].

Cette échelle sert encore aujourd'hui de référence pour l'évaluation du syndrome du burn-out. Elle est utilisée dans 90% de la littérature dans ce domaine.

**c) Définition par la 11eme Classification Internationale des Maladies**

Plus récemment, en mai 2019, la onzième révision de la Classification Internationale des Maladies (CIM-11) de l'OMS considère le burn-out ou épuisement professionnel comme un état lié au travail et non pas une maladie. Le burn-out y est défini tel « un syndrome conceptualisé comme résultant d'un stress chronique au travail qui n'a pas été correctement géré». [8]

Trois dimensions le caractérisent :

- un sentiment de manque d'énergie ou d'épuisement ;
- un retrait vis-à-vis du travail ou des sentiments de négativisme ou de cynisme liés au travail ;
- une perte d'efficacité professionnelle.

Le terme de burn-out se réfère alors spécifiquement au contexte du travail, sont exclues toutes autres expériences de la vie.

**3. Les dimensions du Burn-out :**

En fait, trois événements se produisent lorsque la personne est en burn-out. La personne atteinte se sent par une fatigue chronique, devient cynique, détachée de son travail et se sent de plus en plus inefficace.

Selon MBI, qui est le plus couramment utilisé dans les recherches récentes sur ce phénomène, il existe trois dimensions ou composantes principales de l'épuisement professionnel :

Figure 1. Le modèle Tridimensionnel de Maslach et Jackson (Josse, 2008)



### **3.1.L'épuisement émotionnel :**

Il s'agit d'une fatigue extrême qui représente la première manifestation du Burn-out et il représente la première dimension du Burn-out et la plus principale qui se caractérise par le fait d'avoir un sentiment d'être totalement vidé de ses ressources où la personne ressent un profond sentiment de fatigue émotionnelle et physique marquée par la hantise de devoir aller au travail, Cette fatigue devient chronique au point où les temps de repos habituels, sommeil, weekends ou même un congé, ne suffisent pas pour la dépasser.

Selon l'institut ressources : « L'épuisement émotionnel : un état de fatigue physique et psychologique, caractérisé par une absence quasi totale d'énergie émotionnelle qui se répercute sur la vitalité de l'individu. Celui-ci, trop engagé dans des activités professionnelles a épuisé peu à peu son "capital", énergie. Il se sent littéralement "vidé", "au bout du rouleau". Ce manque d'énergie est d'autant plus néfaste que l'individu pense qu'il n'a aucun moyen à sa disposition pour recharger ses batteries.»[9].

### **3.2. La dépersonnalisation, ou perte d'empathie :**

La dépersonnalisation est un symptôme psychologique dissociatif. Il s'agit d'un sentiment de perte de sens de soi-même, dans lequel un individu ne possède aucun contrôle de la situation[10].

Le symptôme peut être ressenti pendant quelques secondes à la suite d'un stress intense

et prolongé (notamment lors de crises d'angoisse), ou s'inscrire dans la durée. Les patients sentent avoir changé, ressentent une prise de recul important par rapport à eux-mêmes. Ce symptôme semble être un mécanisme de protection de l'esprit contre une anxiété qu'il ne peut plus supporter. Malgré son caractère relativement bénin, le phénomène engendre de grands niveaux d'anxiété, ce qui peut renforcer l'anxiété et conduire à une intensification du symptôme, donc La dépersonnalisation est une expérience subjective de déréalité de l'individu en lui-même.

Une patiente témoigne ainsi de cet état : « Je suis là et pas là. Je suis avec vous, mais ailleurs. C'est comme s'il y avait un voile, une sorte de brume entre le monde et moi [...] »[11]

Encore selon l'Institut RESSOURCES la deuxième dimension du Burn-out est considérée comme «Un état qualifié de dépersonnalisation, ou plutôt de “déshumanisation” caractérisé par une attitude négative et détachée de la part de l'individu envers les personnes avec lesquelles il interagit dans le contexte professionnel. Il n'éprouve plus aucune empathie envers les autres, traités comme de simples “objets”. Cette “froideur” des relations interpersonnelles prend souvent la forme de cynisme. »[9]

### **3.3. La réduction de l'accomplissement personnel :**

La troisième dimension du Burn-out est l'étape dans laquelle la personne touchée commence à avoir un regard particulièrement négative sur ses réalisations et son accomplissement personnel et professionnel.

Elle se traduit par la dévalorisation du travail lui-même (le travail est inintéressant, inutile, inefficace à changer le problème de fond, etc.), par un doute quant à sa valeur professionnelle, un sentiment d'incompétence, de l'auto-dévalorisation, une déflation de l'estime de soi, des sentiments de culpabilité, etc.

## **4. Les symptômes et les manifestations du burn-out :**

Burisch a proposé une classification des symptômes selon les différentes caractéristiques du Burn-out, présenté comme suit :

- Symptômes d'alerte de la phase initiale :
  - a) consommation énergétique excessive peut apparaître sous forme de:
    - hyperactivité
    - heures supplémentaires volontaires et non payées
    - sentiment d'être indispensable

- sentiment de ne pas avoir le temps
- déni des échecs et des déceptions
- limitation des relations sociales
- b) épuisement
  - impossibilité de s'arrêter, de marquer une coupure
  - manque d'énergie
  - sommeil non réparateur
- Réduction de l'engagement:
  - a) envers les élèves.
    - désillusionnement
    - prise de distance évitement des relations avec les collègues et les élèves
    - substitution de la relation d'aide par une relation de surveillance et de contrôle
    - imputation des problèmes élèves et/ou les personnels administratifs
    - déshumanisation
  - b) envers autrui en général
    - incapacité de donner
    - froideur
    - perte d'empathie
    - incompréhension
    - difficultés à écouter
    - cynisme
  - c) envers le travail
    - perte de l'idéalisme
    - désillusionnement
    - disposition négative vis-à-vis du travail
    - perte de l'envie d'aller au travail
    - surveillance constante de l'heure
    - multiplication des pauses
    - heures d'arrivée retardées
    - heures de départ avancées
    - absentéisme
    - importance donnée au temps libre, renaissance durant le week-end

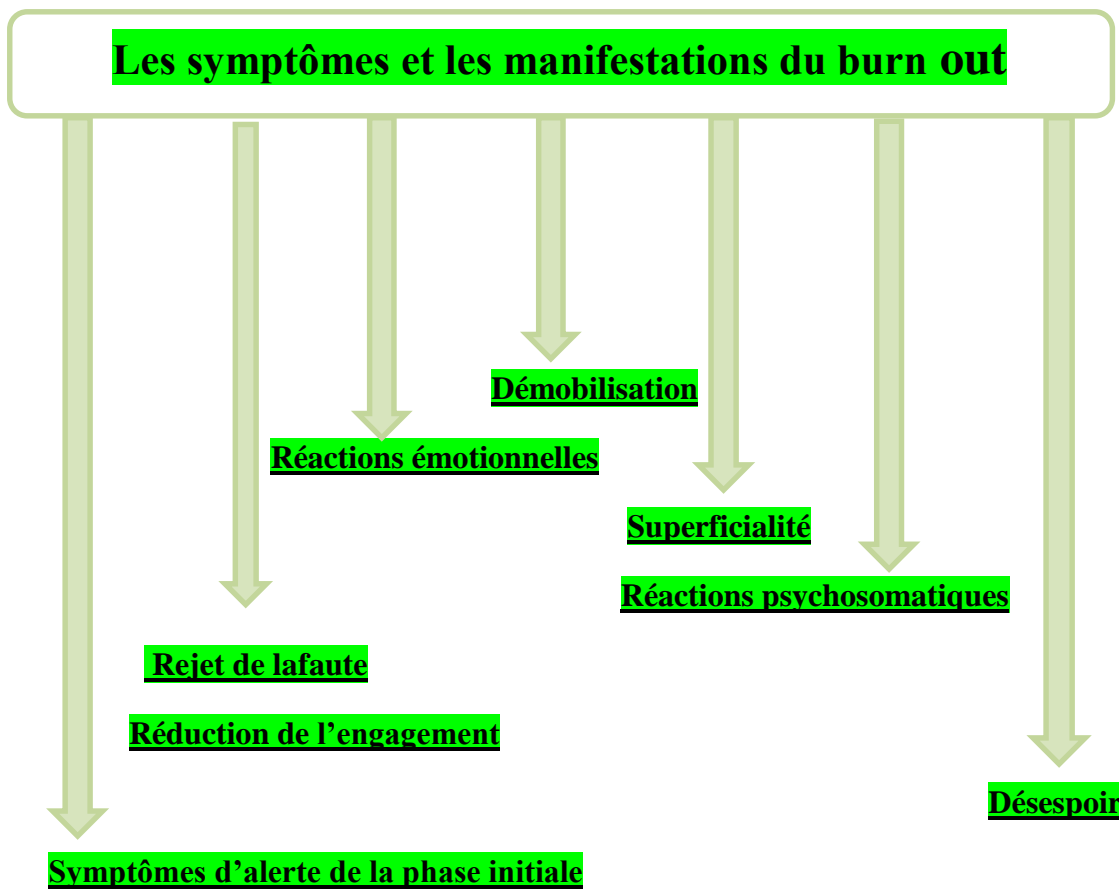


- importance accrue donnée aux conditions de travail matérielles
- d) relèvement des exigences
- impression d'un manque de reconnaissance
- impression d'être exploité
- problèmes familiaux
- conflits avec ses enfants
- Réactions émotionnelles – Rejet de la faute:
  - a) dépression
    - sentiment de culpabilité
    - sentiment d'insuffisance
    - perte du sens de l'humour
    - peur, angoisse, nervosité diffuses
    - labilité thymique
    - instabilité émotionnelle
    - impression de faiblesse
    - envies de pleurer
    - agitation
    - sentiment de désespoir, d'impuissance
    - pessimisme, fatalisme
  - b) agressivité
    - minimisation de sa propre part
    - impatience
    - intolérance
    - irritabilité
    - négativité
    - colère et ressentiment
    - méfiance
    - conflits fréquents avec autrui
- Démobilisation:
  - a) diminution de l'efficacité cognitive
    - troubles de la concentration et de la mémoire
    - inaptitude aux tâches complexes

- inexactitude
- désorganisation
- indécision
- b) démotivation
  - perte de la capacité d'initiative
  - perte de productivité
- c) dédifférenciation
  - manichéisme
  - résistance au changement de toute nature
- Superficialité:
  - a) de la vie émotionnelle
    - superficialité des réactions émotionnelles
    - indifférence
  - b) de la vie sociale
    - évitement des contacts informels
    - recherche de contacts plus intéressants
    - évitement des conversations relatives à son propre travail
    - excentricité
    - recentrage de la préoccupation sur soi-même
    - solitude
  - c) de la vie spirituelle
    - abandon des hobbies
    - désintérêt
    - ennui
    - troubles du sommeil
    - cauchemars
    - respiration courte
    - hypertension artérielle
    - tensions musculaires
    - mal de dos
    - migraines
    - nausées
    - prise ou perte de poids

- modification des habitudes alimentaires
- augmentation de la consommation de café, de tabac ou d'autres drogues
- Désespoir
  - rapport négatif à la vie
  - désespoir existentiel

Figure 2 : Symptomatologie du Burn-out selon Burisch (modifié)



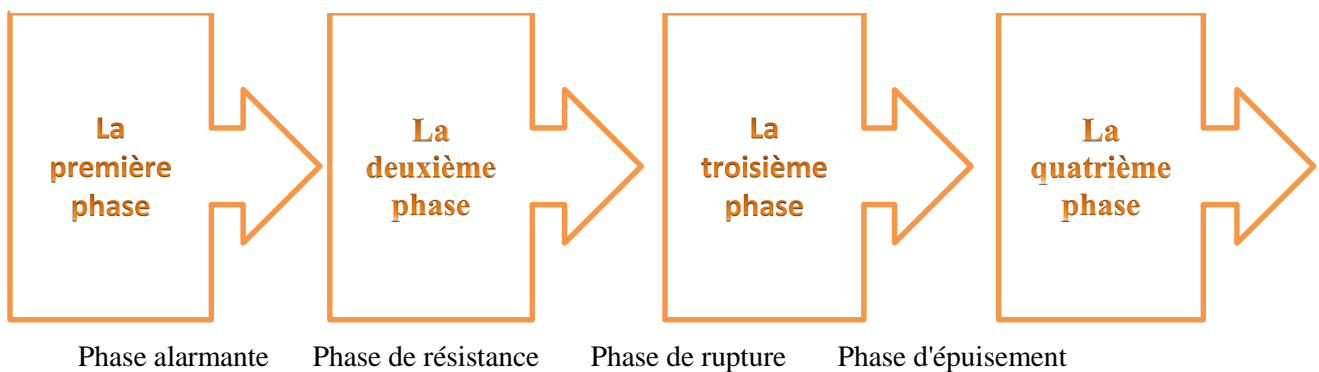
### **5. Les étapes d'installation du Burn-out :**

L'état d'épuisement professionnel est tout un processus qui se développe avec le temps et qui prend une longue durée pour s'installer en plusieurs phases. Plusieurs auteurs ont proposé de différentes divisions en phase à l'évolution de ce phénomène. Dans notre étude on abordera quatre phases du Burn-out qui sont:[12]

- La phase d'alarme, qui est une manifestation du stress.

- La phase de résistance, durant laquelle la personne victime s'adapte aux sensations de stress, le corps devient plus résistant.
- La phase de rupture, qui enclenche la réapparition des réactions qui caractérisent le stress de la phase d'alarme, mais ces réactions sont alors irréversibles.
- La phase d'épuisement, qui se traduit par une perte des défenses psychologiques et une angoisse constante.

*Figure 3 : les quatre phases de burn-out*



### **5.1. La première phase : phase alarmante :**

Elle est marquée par un état de stress qui devient chronique, apparaisse dans les premières années de la carrière du travail « Le stress est le premier signe de cette première phase du burn-out. Il se manifeste de façon répétée et pendant une longue période. Le stress, qui est alors constant, est qualifié de stress chronique »[12].

### **5.2. La deuxième phase : phase de résistance :**

Selon Eloïse Valli (2011 :16), cette phase se manifeste par : «Une perte d'enthousiasme en est d'ailleurs le premier signe. Le professionnel prend alors conscience de la complexité du métier ainsi que de ses réalités diverses. Un sentiment d'inutilité et de déception »[13].

Dans la deuxième phase le travail ne sera plus passionnant et le professionnel perd l'envie de travailler. Aussi, il voit les résultats non à la hauteur malgré les efforts fournis. Donc c'est de l'insatisfaction au travail. Le sentiment de pression et du stress devient habituel mais la victime essaye toujours de résister, tandis que, c'est à ce

moment-là ou il faut faire face au Burn-out avant de glisser vers autre phase plus graves.

### **5.3. La troisième phase : phase de rupture**

C'est à ce moment-là que se développent classiquement les troubles physiques, comportementaux et émotionnels décrits par la suite.

Si la personne touchée ne prendra pas soin d'elle dans les deux premières phases, la phase de rupture prendra place très rapidement. Le corps n'aura plus d'effort pour résister et faire face aux différentes sources de stress. Il est important de réagir dans ce stade parce que la fatigue est le stress ne disparaissent pas avec du repos, sommeil ou même avec des vacances, donc le Burn-out s'installe assez vite et devient difficile à s'en passer dans la phase suivante.

### **5.4. La quatrième phase : phase d'épuisement ou le Burn-out**

Dans la dernière phase la personne entre alors dans un état dépressif et vit dans une angoisse perpétuelle où il a besoin d'aide pour s'en passer et il ne peut plus la dépasser seul sans traitement psychique et physique proposés par des spécialistes, Il est ici trop tard pour réagir et très difficile pour faire face. Le traitement devient de plus en plus difficile.

« L'individu finit par s'épuiser, tant en ce qui concerne ses aptitudes physiques que psychiques. En effet, son système de défense est dépassé et il n'est plus capable d'affronter le stress chronique. C'est le burn-out : la personne se sent déprimée... Elle perd également confiance en elle et toute motivation envers son travail »[12].

## **6. Les facteurs provoquant le Burn-out :**

En réalité, le Burn-out ne se déclenche pas tout seul. Plusieurs éléments peuvent être à l'origine de ce mal être. Les recherches sur le phénomène d'épuisement professionnel ont qualifié les facteurs responsables de ce syndrome comme externes et/ou internes. Prenant l'exemple de la théorie de Freudenberg, dans laquelle il responsabilise les facteurs personnels (internes). Contrairement à Maslach qui insiste sur le fait que les facteurs favorisant un état de Burn-out sont d'ordres externes ; liés directement à l'environnement du travail et à la nature de la profession exercée. Dans le cas de notre étude, les deux types de facteurs sont mis en valeur. Donc nous allons traiter les deux types tout en faisant le lien avec le métier d'enseignant à l'école primaire surtout.

**6.1. Facteurs externes :**

Appelé également facteurs exogènes, les facteurs externes qui provoquent un Burn-out sont principalement liés aux relations et au contexte du travail. Pour Malsach (1981): «le burn-out peut s'avérer le résultat d'une exposition suivie à un stress difficile à gérer »[14]. Donc, le premier facteur externe de Burn-out est le stress du travail. L'une des principales sources de ce dernier est qui mène au Burn-out est la surcharge qualitative et quantitative du travail qui consomme excessivement les ressources de l'individu. En réalité, le professionnel devient de plus en plus épuisé si la charge de travail est constamment élevée. Ainsi, la pression par le temps rend les conditions de travail difficiles à gérer et augmente le risque de se craquer pour le travailleur ce qui mène à un état d'épuisement.

Un autre facteur, qui aggrave encore plus la situation, est l'ambiguïté des rôles dans le métier exercé ou ce qui est appelé le conflit des rôles. C'est-à-dire le travailleur n'a pas une seule tâche à accomplir mais les tâches qu'il s'en occupe sont multiples, diverses et qui dépassent parfois ses capacités. Ainsi, les nouvelles réformes et le changement de la nature de la profession peuvent contribuer à des troubles physiques et psychiques propices au Burn-out.

**6.2. Facteurs internes (individuels ou personnels) :**

« Le processus du burn-out peut être provoqué par certains éléments liés à l'individu lui-même. Il s'agit alors de facteurs internes ou endogènes (propres à la personne) »[15]. De ce fait on confirme la théorie de Freudenberg qui insiste par contre à Maslach sur les facteurs personnels liés à l'aspect psychique et à la personnalité de la personne touchée.

En effet, les métiers qui présentent une relation d'aide (médecins, soignants, psychologue, enseignant...) sont difficiles à exercer, parce que la personne est en contact quotidien avec le public, et elle est en risque d'être mal traitée par les gens qui lui faut faire face toute la journée, on parle de violence physique ou verbale et du non-respect. Toutes ces conditions augmentent le risque d'être en état de Burn-out.

Le travail des enseignants est qualifié comme émotionnel par excellence, car ils doivent fournir un plus d'effort pour exprimer les émotions de compréhension et d'amabilité tout au long de la journée de travail, avec toute personne et quoi que ce soit son réel état.

L'anxiété est l'une des premières caractéristiques de la personne victime du Burn-out : « L'anxiété se développe lorsque la personne a peur de l'échec ou si elle manque de confiance dans ce qu'elle entreprend. Face à cette incertitude, la réaction qui prévaut n'est autre que le stress, surtout si un sentiment d'impuissance se joint aux sentiments ressentis »[16]. Donc, le sentiment d'anxiété est présent chez tout le monde chacun selon sa personnalité, l'anxieux est défini comme un individu inquiet qui éprouve constamment un sentiment d'insécurité surtout envers son travail. Ce dernier peut augmenter les risques de s'épuiser.

Le deuxième aspect qui représente un facteur interne valorisant le Burn-out est bien d'avoir l'esprit excessif dans son travail, c'est le cas des hyperactifs. Ces derniers ont une exigence élevée envers soi-même et se sentent inutiles s'ils n'ont pas de tâches à accomplir. Pour Eloïse Valli : « il s'agit du fait d'accorder une très grande importance à la vie professionnelle. Pour l'individu, son travail est sa principale source de valorisation et il n'arrive pas à se détacher de son idéal »[16] Aussi, le désir de plaire à tout le monde est l'un des facteurs internes provoquant le Burn-out. Les personnes qui veulent faire plaisir aux autres à tout prix et qui sont incapables de dire non, ce qu'ils les obligent parfois d'assurer des rôles qu'ils les renvoient pas. Ce genre de personnes, perfectionnistes, ont un risque plus élevé d'être épuisés.

### **7. Les conséquences de burn-out :**

#### **7.1. Qualité des soins / Sécurité du patient / Erreurs médicales :**

Logiquement, un médecin en mal être psychologique, est moins concentré dans son travail et que cela peut avoir des répercussions importantes, puisque son travail consiste avant tout à prendre soin, à guérir un être malade[17].

Ont pu établir des liens entre le burn-out des professionnels de santé et la sécurité des patients. Panagioti et al sont allés plus loin et ont essayé de quantifier ces liens, fournissant des preuves quantitatives solides que l'épuisement professionnel des médecins est associé à des soins sous-optimaux aux patients. Il a été constaté, que les médecins souffrant d'épuisement professionnel étaient deux fois plus susceptibles d'être impliqués dans des incidents liés à la sécurité des patients, deux fois plus susceptibles de prodiguer des soins sous-optimaux aux patients en raison d'un manque de professionnalisme et trois fois plus susceptibles de recevoir un faible taux de satisfaction des patients[18].

De plus, d'après Shanafelt et al la qualité de vie mentale des chirurgiens américains était inversement corrélée aux erreurs médicales, chaque augmentation d'un point de la qualité de vie mentale étant associée à une diminution de 5,7% de la probabilité de signaler une erreur[19].

Le blâme et l'isolement face aux erreurs médicales et aux résultats médiocres, peuvent entraîner une lésion psychologique supplémentaire chez le médecin déjà en souffrance [20].

## **7.2. Productivité au travail :**

Dans la littérature, cette notion de perte de productivité au travail est retrouvée à de multiples reprises pour diverses raisons telles que l'absentéisme, les arrêts maladie, la diminution du nombre d'heures travaillées, la diminution du nombre de patients pris en charge, l'augmentation de départs prématurés à la retraite, la réduction du temps passé avec le patient.

Déjà décrit en 2001 aux les Etats unis et aux Pays bas, l'épuisement professionnel des médecins était associé à une perte de productivité et à une efficacité réduite sur le lieu de travail[21].

En 2014, les 5 études incluses dans une revue systématique de Dewa et al., confirment l'existence d'une relation inversement proportionnelle entre burn-out et productivité [22].

## **7.3. Coût sociétal du burn-out :**

Les médecins souffrant de problèmes de santé mentale sont coûteux pour les organisations de santé en raison des absences pour maladie, arrêts de travail, suspensions ou préretraites anticipées. Même s'il ne doit pas être considéré comme l'aspect le plus important du phénomène du burn-out chez les médecins, l'aspect économique n'est pas à négliger. En effet, même si le coût exact n'est actuellement pas connu pour la France, le coût du burn-out est reprise dans plusieurs articles étrangers depuis déjà plusieurs années[23] [24].

Aux Etats unis, au niveau organisationnel, le coût économique annuel associé à l'épuisement professionnel lié au roulement du personnel et à la réduction des heures cliniques est d'environ 7 600 dollars par médecin employé chaque année[25].A ce coût administratif, il faut rajouter le coût des soins pour



le professionnel de santé (suivi médical, psychothérapie, médicament psychotrope...).

## **8. Les moyens de prévention de burn-out :**

### ✓ **Sensibiliser pour mieux combattre :**

Depuis ce début d'année 2019, la souffrance des soignants est de plus en plus mise en lumière via les médias. Cet intérêt doit se poursuivre, afin de sensibiliser la population en général et ici plus particulièrement la population des médecins généralistes, afin de créer une réelle prise de conscience, car le burn-out ne touche pas seulement les autres !

### ✓ **Formation continue**

La médecine est une science complexe en évolution constante. Il est indispensable pour le professionnel de santé de se mettre à jour. Ce travail est nécessaire car les formations augmentent les compétences, qui augmentent elles-mêmes la satisfaction au travail du médecin.

La santé mentale des consultants est susceptible d'être protégée contre les exigences élevées de la pratique médicale, en maintenant ou en augmentant la satisfaction au travail[26] D'après Visser et al.,[27]

Les formations permettent en plus d'améliorer la résilience, qui est la capacité d'investir des ressources/connaissances personnelles, en les utilisant au mieux malgré des conditions de travail stressantes[28]

### ✓ **Groupe de pairs et groupe Balint**

Les groupes de pairs et groupes Balint peuvent apparaître comme une aide réelle dans la pratique quotidienne des médecins.

#### • **Groupes de pairs**

Un groupe de pairs est un groupe de médecins de la même spécialité, se réunissant régulièrement, sans hiérarchie entre eux, dans un climat de confiance favorisant la liberté de parole[29]. En général, les groupes de pairs se déroulent en 3 grandes étapes:

- ❖ Tout d'abord la présentation de cas cliniques par chaque participant ; le cas est choisi de façon aléatoire selon une méthode définie par le groupe, puis discuté par l'ensemble des participants.
- ❖ Le deuxième temps est consacré à échanger sur l'offre locale de santé pour permettre une meilleure coordination des soins.
- ❖ Puis dans un dernier temps, un temps d'échange libre est proposé pour par exemple apporter les réponses aux questions posées à la séance précédente, aborder un sujet de son choix, exposer des cas cliniques complexes rencontrés... Ils permettent ainsi une critique constructive de la pratique du médecin afin de l'améliorer.

- **Groupes Balint**

Les groupes Balint quant à eux, concernent l'ensemble des professionnels de santé. Ils permettent d'aborder et résoudre les difficultés inhérentes à la relation soignant-soigné[30]. Lors des séances de travail, un membre du groupe présente une situation clinique sans être interrompu par les autres membres, puis ils peuvent réagir, questionner, exprimer leur avis, alors que le présentateur entend et cherche à répondre aux questions. Ainsi, il perçoit une autre facette de la relation avec son patient.

Dans le groupe, il y a un à deux leaders de formation psychanalytique accrédités pour assurer la cohésion, éviter les dérives, assurer la libre circulation de la parole, aider à la compréhension des problèmes posés dans la relation de soin[31]. L'ensemble du groupe aide le présentateur à affronter, analyser, la situation qui lui pose problème et à retrouver la distance professionnelle nécessaire pour être le plus thérapeutique possible[30].

- ✓ **Les maisons de santé pluri-professionnelles (MSP)**

D'après cette étude, le fait de travailler en groupe n'apparaît pas comme un facteur protecteur du burn-out. Cependant il n'était pas précisé le type de structure dans lequel ils exerçaient.

Les MSP regroupent plusieurs professionnels de santé de premier recours (généralistes, infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes...) qui sont unis par un projet de santé commun.

Elles pourraient apparaître comme une mesure préventive du burn-out. En effet,

## **CHAPITRE I : Le burn out**

en plus d'être un réel atout pour les patients, elles peuvent permettre aux professionnels de santé d'avoir des collègues à proximité pour discuter, avoir un deuxième avis ou un avis complémentaire, voir se remplacer occasionnellement. Malgré tout, des études établissant un lien entre burn-out et exercice en MSP semblent nécessaire pour l'affirmer.

# **CHAPITRE II : L'URGENCE ET LES MEDECINS URGENTISTES**

### **Préambule**

Le système d'urgence connaît actuellement une augmentation importante d'activité, liée à des facteurs sanitaires, économiques, socioculturels et organisationnels. Il joue un rôle clé dans le système de santé. En milieu hospitalier, le personnel soignant et plus particulièrement les urgentistes exerçant dans les services d'urgences rencontrent souvent au cours de leurs pratiques quotidiennes de multiples contraintes dans leur lutte sans répit contre la souffrance et la maladie des patients qu'ils prennent en charge. D'autres plus, ces contraintes ne s'accroissent lorsqu'ils rencontrent des situations stressantes qui exigent un important investissement physique et émotionnel croissant dans leur activité professionnelle. En effet en matière d'urgence et catastrophes les médecins urgentistes, sont amenés à intervenir en premier lieu lors des situations critiques telles que les catastrophes naturelles, les accidents, etc., afin d'aider les victimes.

Cette situation stressante : la détresse et la mort entraînent une vulnérabilité chez la médecine urgentistes œuvrant auprès des victimes pouvant occasionner plus tard un traumatisme direct ou indirect.

### **1. la médecine d'urgence :**

La médecine d'urgence est définie par la société européenne de médecine d'urgence comme une spécialité médicale basée sur la connaissance et les aptitudes nécessaires à la prévention, au diagnostic et à la prise en charge de pathologies et d'accidents affectant des patients avec un spectre d'expression indifférenciée au niveau physique et comportemental[32].

### **2. Les formes d'urgence médicale :**

Il existe plusieurs formes d'urgences médicales, dont la perception est différente aussi bien du point de vue médical que des usagers des services d'urgences et selon Bouhroum (n.d):

- urgences médicales : concernent les patients qui nécessitent des gestes de réanimation de survie ; ce sont des urgences lourdes avec pronostic vital mis en jeu ou risque fonctionnel grave patent ou latent dont le traitement ne souffre aucun retard c'est – à-dire l'extrême urgence.
- urgences médicales potentielles : qui nécessitent une surveillance médicale continue.

- Urgence médicale différés : correspondent à des conditions médico-chirurgicales aiguës qui exigent un diagnostic d'où il s'ensuit un traitement différé, et les patients peuvent être évacués vers des lieux mieux équipés et moins précaires[33].
- Urgences médicales dépassées : pour lesquelles aucun geste utile ne peut être accompli dans l'immédiat, du moins sur les lieux d'accident. Si on réfère aux usagers des services d'urgence (les patients et leur famille), l'urgence médicale est ressentie différemment et dans ce cas, nous pouvons parler:
  - D'urgences médicales vraies : situation où un avis médical est indispensable immédiate. Mettant en jeu le pronostic vital ou fonctionnel.
  - D'urgences médicales ressenties : états morbides susceptibles par leur intensité ou leur soudaineté d'apparaître comme un état d'urgence pour une personne ou un entourage non qualifié.

### **3. Les Compétences d'un médecin d'urgence :**

Le médecin d'urgence compétent doit être capable[34] :

- De tenir compte des éléments éthiques et pronostiques dans les choix thérapeutiques en présence d'une défaillance vitale.
- D'attribuer une valeur de gravité à des signes cliniques ou paracliniques en fonction de l'état circulatoire, respiratoire ou neurologique.
- De mettre en œuvre une surveillance monitorisée des différents paramètres vitaux.
- De rechercher les éléments évocateurs d'une étiologie devant un mécanisme identifié de défaillance circulatoire.
- Devant une hémorragie avérée ou supposée, d'identifier les situations qui imposent une prise en charge étiologique immédiate.
- De poser les indications d'un examen explorant la coagulation en urgence et d'en interpréter les résultats.
- De mettre en œuvre les stratégies recommandées de prise en charge d'une hypocoagulabilité iatrogène, constitutionnelle ou acquise.
- De mettre en œuvre l'administration des produits dérivés du sang.
- De mettre en œuvre une réanimation cardio-respiratoire de l'adulte et de l'enfant.

- D'évaluer l'efficacité des manœuvres de réanimation cardio-respiratoires entreprises.
- D'évaluer le niveau lésionnel cérébro-médullaire.
- De mettre en œuvre les mesures symptomatiques de prise en charge d'une souffrance cérébrale aiguë.
- De poser l'indication d'une protection des voies aériennes devant un trouble de la conscience.
- D'identifier les situations pouvant relever d'une prise en charge étiologique d'une souffrance cérébrale aiguë.
- De mettre en œuvre une stratégie permettant d'identifier l'étiologie d'une souffrance cérébrale aiguë.
- De reconnaître les signes d'imagerie évocateurs des principales pathologies à l'origine d'une souffrance cérébrale aiguë.
- De tenir compte d'une probabilité élevée de mort cérébrale pour l'orientation du patient vers des structures habilitées aux prélèvements multiples d'organes.
- De choisir une technique de dégagement d'urgence.
- De reconnaître les éléments de gravité d'une dyspnée.
- De reconnaître les signes évocateurs d'un pneumothorax compressif.
- De reconnaître les signes d'obstruction complète des voies aériennes supérieures.
- De mettre en oeuvre les stratégies recommandées de prise en charge d'une dyspnée grave.
- De choisir la technique de libération des voies aériennes supérieures adaptée à la situation.
- De choisir la technique d'abord trachéal adaptée à la situation.
- De choisir la technique d'analgésie en vue d'un abord trachéal, adaptée à la situation.
- de choisir le mode ventilatoire adapté à la situation d'un patient.

#### **4. les services d'urgence en Algérie :**

Les services d'urgences sont disponibles tous les jours et à n'importe quelles heures. Étant donné que les gens peuvent en avoir besoin à tout moment. À l'arrivée dans un service d'urgence, les patients doivent passer par un tri. C'est ce qui permet de déterminer s'il s'agit d'une urgence vitale, fonctionnelle, ressentie ou sociale. Les

établissements hospitaliers ne sont pas les seuls à pouvoir recevoir une urgence médicale. En effet, il est aussi pratique de trouver un médecin de garde d'urgence étant donné que les services d'urgences des hôpitaux sont souvent saturés. Pour cela, il est possible de contacter un conseiller en ligne qui est également disponible pour ceux qui ont besoin d'une consultation chez un médecin un dimanche ou jour férié.

Mais actuellement le personnel des services d'urgences en Algérie affronte une multitude de contraintes d'ordres professionnels, matériels et organisationnels qui influent sur leur efficacité ainsi que la sur qualité des soins, et cela est dû à des raisons dont les plus importantes sont :

- Le débit élevé des patients consultants aux urgences.
- le manque de moyens médicaux et humains pour assurer les soins et apporter une bonne prise en charge des patients se présentant dans les services d'urgences qui ne cessent de s'accroître avec le temps.
- le manque de collaboration entre les différents acteurs et les différents services de santé.
- De nombreux patients viennent aux urgences à des heures inappropriées, bien que leur problème de santé ne soit ni urgent ni dangereux, ainsi ils détournent l'attention des médecins urgentistes sur les cas urgents dont ils sont occupés. tous ces facteurs sont une source d'insatisfaction et de frustration pour les patients ainsi que leur famille

### **5. Les soins d'urgences :**

Les urgences sont des services médicaux opérant des prises en charge globales des patients. De ce fait, les équipes soignantes y sont, forcément, des équipes pluri, ou multidisciplinaires. Plus que tout autre service hospitalier, le service des urgences est comme une ruche où s'entrecroisent dans un ballet incessant, médecins, internes, infirmiers, techniciens de la santé, brancardiers, agents d'entretien, aides-soignants, mais aussi, des agents administratifs, des agents caissiers, des assistantes sociales, des psychologues[35].

### **6. Les spécificités du service des urgences :**

La spécificité d'un service d'urgence repose, entre autres, sur la spécificité de ses missions. La principale mission des urgences est définie comme étant celle « d'offrir des soins tous les jours de l'année, 24h sur 24, à toute personne se présentant en



situation d'urgence physique ou psychiatrique ». De ce fait, la mission des urgences englobe l'accueil, le tri, le diagnostic, les soins immédiats, mais aussi, l'information du patient et de sa famille et l'orientation dans un deuxième temps, des patients vers d'autres domaines de soins. Ces soins prodigués dans ces services d'urgence adoptent une approche globale, que l'on appelle aussi approche holistique. La prise en charge s'appuie sur une évaluation médicale, chirurgicale, psychiatrique et/ou médico-sociale qui est entamée plus ou moins rapidement selon le degré de gravité et de menace vitale, et indépendamment de l'ordre d'arrivée aux urgences[36].

« La spécificité réside dans la rapidité de la prise en charge des patients que ce soit pour la participation à la démarche diagnostique, à la stratégie thérapeutique pour la mise en œuvre des soins infirmiers ou l'orientation des patients vers des services ou des structures adéquates. » Extrait du recueil des principaux textes relatifs à la formation et à l'exercice de la profession d'infirmier. On trouve deux types de service d'Urgences :

- les **S**ervices d'**A**ccueil des **U**rgences ou **S**ervice d'**A**ccueil et de **T**raitement des **U**rgences, centres des réseaux de Services d'Urgences.
- les **U**nités de **P**roximité d'**A**ccueil de **T**raitement et d'**O**rientation des **U**rgences, situés dans les hôpitaux de proximité.

Les unités d'Urgences sont ouvertes 24h/24h et ont pour obligation d'accueillir et de prendre en charge, sous la responsabilité d'un médecin «temps plein », qualifié et expérimenté, toute personne se présentant en situation d'urgence médico-chirurgicale ou psychiatrique. Les Urgences apparaissent ainsi comme l'ouverture de l'hôpital sur la société, lien direct entre la population et le milieu de soins. Cette porte d'entrée génère donc la venue de personne de tous horizons (culturels, et sociaux) dans une demande immédiate de soins. Les Urgences sont caractérisées par :

- un flux de fréquentation irrégulier.
- une diversité des motifs de consultation (médicaux, psychologiques, psychiatriques, sociaux, chirurgicaux, ...)
- une alternance de problèmes d'urgence graves – détresse vitales nécessitant précocité et qualité des soins – et moins graves, pouvant être

différés.

- l'existence d'un plateau technique complet (laboratoire, imagerie médicale, réanimation, bloc opératoire,...) disponible 24h/24h dans les S.A.U[33].

# Partie Pratique

# **MATERIEL ET METHODE**

### **1. Type de l'étude :**

Il s'agit d'une étude transversale, descriptive et analytique.

### **2. Lieux de l'étude :**

Nos sites d'étude sont les trois pavillons des urgences (médicales, chirurgicales, et pédiatriques) au niveau de l'EPH Mohammed Boudiaf Ouargla.

### **3. Population de l'étude :**

Les médecins concernés par l'étude travaillaient dans les différents pavillons des urgences notamment médicales, chirurgicales, et pédiatriques. Les médecins inclus dans notre étude sont des médecins praticiens généralistes et spécialiste.

### **4. Critères d'inclusion :**

- Tous médecins exerçant dans les services des urgences.

### **5. Critères d'exclusion :**

- Toute personne ne souhaitant pas répondre au questionnaire.
- Les médecins n'ayant pas rempli la totalité du questionnaire.

### **6. Collecte de données :**

Les données ont été collectées par un questionnaire distribué en fonction du nombre de médecins inclus dans notre étude.

### **7. Variables étudiées :**

- Le service de travail (urgences médicale, chirurgicale, ou pédiatrique).
- Le grade de médecin (généraliste ou réanimateur)
- L'âge
- Le sexe
- Le statut marital
- Le nombre d'enfants
- Le nombre d'heures de travail par semaine

- Le nombre de garde par semaine
- L'aménagement ou non du temps de travail
- La pratique ou non d'une activité sportive ou de loisir
- L'ancienneté de travail dans les services des urgences
- L'ancienneté de travail dans les autres services
- Le teste de MBI

### **8. La gestion des données :**

- La saisie et l'analyse des données a été faite sure SPSS version 22 et Excel 2013.
- L'évaluation du BOS a été faite selon le MBI.
- La recherche des corrélations a été effectuée par l'intermédiaire du test de corrélation de Spearman.

### **9. l'évaluation de SBO :**

L'évaluation des scores obtenus s'effectue en faisant le rapport avec les normes établies par **maslach** et ses collaborateurs (1981) comme suit :

- **Scores de l'épuisement émotionnel** :  $1+2+3+6+13+14+16+20=$  score.

- Score bas à 17
- Score modéré à 18 à 29
- Score élevé à 30

- **Score de la déshumanisation** :  $5+10+11+15+22 =$  score

- Score bas à 5
- Score modéré de 6 à 11
- Score élevé à 12

#### **Score de manque de l'accomplissement personnel**

$4+7+9+12+17+18+19+21=$  score

- Score bas à 33

- Score modéré de 34 à 39
- Score élevé à 40
- L'évaluation de la présence de burn-out syndrome est révélée par le score de ses trois composantes ; le burn-out est classé en élevé, modéré ou bas.
- On dit que le burn-out est élevé si le sujet obtient un niveau élevé pour les deux premiers scores et le troisième est bas.
- On dit que le burn-out est modéré si le sujet obtient un niveau modéré pour deux scores à l'échelle de MBI.
- On dit que le burn-out est faible si le sujet obtient un seul des deux scores (élevé et modéré).
- On dit que le burn-out est nul si le sujet n'obtient aucun niveau pathologique pour les trois scores à l'échelle de MBI (c.à.d. pour toutes les dimensions).

## **10. Plan d'analyse:**

- **Variables qualitatives:**

- Le niveau de burn-out (bas, modéré, élevé)
- Le degré des trois dimensions (EE, DP, et AP)
- la recherche de corrélations entre le syndrome de burn-out et les facteurs de risque (ancienneté, le nombre d'heures travaillées par semaine, le nombre de garde par semaine).

Sex-ratio

- **variables quantitatives:**

- calcul du médian d'âge
- Calcul de la moyenne des trois dimensions de burn-out

## **11. Considération éthique:**

Notre étude a respecté les principes de consentement éclairé des personnes et la garantie de l'anonymat.



# RESULTATS

## 1. Le taux de réponse :

Parmi 45 questionnaires rempli par les médecins nous avons exclus 6 questionnaires de réponse incomplète Le taux de réponse, le nombre de dossiers retenus était de39.

Tableau 1 : le taux de réponse

questionnaire remplie	45	70%
Questionnaire exclue	06	13%
Questionnaire retenus	39	87%

## **2. La répartition des médecins selon leur service de travail :**

Les médecins travaillant dans le pavillon des urgences médicales représentant la plus grande partie 44%.

Tableau 2 : La répartition des médecins selon leur service de travail.

	Fréquence	Pourcentage
urgence médical	17	44
urgence chirurgical	8	20
urgence pédiatrique	7	18
spécialiste	7	18
Total	39	100.0

### 3. La répartition des médecins selon le grade :

Les médecins généralistes sont plus nombreux que les réanimateurs.

Tableau 3 : La répartition des médecins selon leur grade.

	Fréquence	Pourcentage
généraliste	33	85
spécialiste	6	15
Total	39	100.0

**4. La répartition des médecins selon leur âge :**

L'âge des médecins varie entre 26 et 42 ans ; notre population est très jeune.

Tableau 4 : La répartition des médecins selon l'âge

	Fréquence	Pourcentage
26	2	5
27	3	8
28	7	18
29	9	23
30	7	18
31	3	8
32	2	5
33	1	2.5
35	2	5
38	1	2.5
40	1	2.5
42	1	2.5
Total	39	100.0

L'âge médian a été de 29.

**5. La répartition des médecins selon le sexe :**

Notre population d'étude est de prédominance féminine par 76,9%.

Tableau 5 : La répartition des médecins selon le sexe

	Fréquence	Pourcentage
homme	9	23
femme	30	77
Total	39	100.0

Sexe ratio : 0,3

**6. La répartition des médecins selon le statut marital :**

La majorité de médecins sont des célibataires.

Tableau 6 : La répartition des médecins selon le statut marital

	Fréquence	Pourcentage
célibataire	23	59.0
marié	15	38.5
divorcé	1	2.5
Total	39	100.0

## **7. La répartition des médecins selon le nombre de leurs enfants:**

La majorité des médecins n'ont pas d'enfants.

Tableau 7 : La répartition des médecins selon le nombre de leurs enfants

	Fréquence	Pourcentage
0	29	74
1	6	15
2	3	8
3	1	3
Total	39	100.0



### 8. La répartition des médecins selon leur durée hebdomadaire de travail :

Le nombre d'heure travaillée par semaine varie entre 20 et 98 heures dont la plus part des médecins travaillant 42 à 44 heures par semaine.

Tableau 8 : La répartition des médecins selon leur durée de travail hebdomadaire

	Fréquence	Pourcentage
20	1	3
30	4	10
35	4	10
36	1	3
40	4	10
42	8	20.5
44	8	20.5
45	1	3
50	1	3
56	1	3
60	1	3
75	4	10
98	1	3
Total	39	100.0

Moyenne=45.6

### **9. La répartition des médecins selon leurs nombre de gardes fait par semaine :**

La plus part des médecins fait une seul garde par semaine.

Tableau 9 : La répartition des médecins selon leurs nombre de garde fait par semaine

	Fréquence	Pourcentage
0	2	5
1	16	41
2	10	26
3	9	23
4	1	3
7	1	3
Total	39	100.0

### **10.La répartition de médecins selon la pratique d'une activité sportive ou loisir :**

Un nombre limité des médecins pratiquant des activités sportives ou loisirs.

Tableau 10 : La répartition des médecins selon la pratique d'une activité sportive ou loisir

	Fréquence	Pourcentage
oui	11	28
non	28	72
Total	39	100.0

### **11. La répartition des médecins selon l'aménagement du temps de travail :**

Un nombre minime des médecins faisant un aménagement du temps de travail.

Tableau 11 : La répartition des médecins selon l'aménagement du temps de travail

	Fréquence	Pourcentage
oui	12	31
non	27	69
Total	39	100.0

## **12.La répartition des médecins selon l'ancienneté de travail dans les services des urgences :**

La plus part de médecins ont une ancienneté de travail inférieur à 1ans.

Tableau 12 : la répartition des médecins selon l'ancienneté de travail dans les services des urgences.

	Fréquence	Pourcentage
<1ans	15	39
de 1à3ans	11	28
de3à5ans	9	23
>5ans	4	10
Total	39	100.0

### **13.La répartition des médecins selon l'ancienneté de travail dans les autres services :**

La plus part des médecins n'ont pas d'expérience dans des autre services

Tableau 13 : la répartition des médecins selon l'ancienneté de travail dans les autres services

	Fréquence	Pourcentage
0	33	85
1	2	5
3	2	5
4	1	2.5
5	1	2.5
Total	39	100.0

### **14. La répartition des médecins selon le degré de sévérité de l'épuisement émotionnel :**

La majorité des médecins ont un degré sévère d'épuisement émotionnel.

Tableau 14 : la répartition des médecins selon le degré de sévérité de l'épuisement émotionnel

	Fréquence	pourcentage
bas	3	8
modéré	13	33
sévère	23	59.0
Total	39	100.0

Moyenne=32,36

### **15.La répartition des médecins selon le degré de sévérité de dépersonnalisation :**

La majorité des médecins ont une intensité sévère de dépersonnalisation.

Tableau 15 : la répartition des médecins selon le degré de sévérité de dépersonnalisation

	Fréquence	Pourcentage
bas	8	20.5
modéré	15	38.5
sévère	16	41.0
Total	39	100.0

Moyenne=10,62



### **16. La répartition des médecins selon le degré de sévérité d'accomplissement personnel :**

La majorité des médecins ont une diminution d'accomplissement personnel.

Tableau 16 : la répartition des médecins selon le degré de sévérité d'accomplissement personnel

	Fréquence	Pourcentage
bas	18	46
modéré	15	39
élevé	6	15
Total	39	100.0

Moyenne=31,56

### **17.La répartition des médecins selon le niveau de burn-out :**

La majorité de médecins ont un niveau modéré de burn-out.

Tableau 17 : la répartition des médecins selon le niveau de burn-out

	Fréquence	Pourcentage
pas de burn-out	1	3
SBO bas	8	20.5
SBO modéré	24	61.5
SBO sévère	6	15
Total	39	100.0

### **18. Le taux de burn-out en relation avec le nombre d'heures de travail hebdomadaire :**

La majorité des médecins qui ont le burn-out travaillent plus de 40heures par semaine.

Tableau 18 : Le taux de burn-out en relation avec le nombre d'heures de travail hebdomadaire

	fréquence	pourcentage
<40heures	9	30
>40heures	21	70
total	30	100

**19. Le taux de burn-out en rapport avec le nombre de garde par semaine :**

La majorité des médecins qui ont le burn-out font plus d'un garde par semaine.

Tableau 19 : Le taux de burn-out en rapport avec le nombre de garde par semaine

	fréquence	pourcentage
1garde	13	43
2garde	8	27
plus de 2garde	9	30
total	30	100

## **20. Le taux de burn-out en rapport avec l'ancienneté de travail :**

La fréquence de médecins qui ont le burn-out augmente avec la diminution de l'ancienneté.

Tableau 20 : Le taux de burn-out en rapport avec l'ancienneté de travail

	fréquence	pourcentage
<1ans	12	40
de 1à3ans	10	33
de3à5ans	6	20
>5ans	2	3
Total	30	100

# DISCUSSION

## 1. La Discussion :

- Sur 39 réponses récupérées, 38 cas, soit 97% de nos répondants sont au moins obtenus par l'un des degrés de burn-out, le niveau sévère de burn-out a été trouvé chez 6 (15,4%) des cas, le niveau modéré de burn-out chez 24 (61,5%) des cas et le niveau faible chez 8 (20,5 %) des cas. Selon Ramirez et al. (1995)[37], seuls les individus qui présentent un niveau élevé de caractéristiques de Burnout peuvent être identifiés comme ayant le syndrome. Ainsi, il a été constaté que 15% des répondants répondaient aux critères diagnostiques du syndrome d'épuisement professionnel. Dans une étude Tunisienne similaire[38] un niveau de burn-out élevé dans 79% des cas a été trouvé, ce variation peut être lié à l'adoption du MBI, considéré comme plus rigoureux dans le diagnostic car il met en relation les trois dimensions du syndrome, ou avec le petit échantillon, limitant ainsi l'analyse[37]. Si la multidimensionnalité du *Burnout* est ignorée, comme Grunfeld *et al.* (2002)[37], c'est-à-dire que si l'on attribue la présence du syndrome en trouvant au moins un des trois : haut niveau d'EE ou DP, et bas niveau de RP, on aura un taux d'épuisement professionnel de 77%.
- Quand on considère les trois dimensions de l'instrument MBI, L'épuisement émotionnel est considéré comme le stade initial et le facteur central du burnout (LIMA et al. 2013) car il est la première réaction au stress généré par la demande de travail. Une fois épuisé, l'individu ressent une fatigue physique et émotionnelle, avec des difficultés à se détendre et à réaliser ses activités (BARBOSA et al., 2012)[37], notre résultats montrent une prédominance globale de l'épuisement émotionnel où 59% des médecins ayant un niveau élevé d'EE avec un moyenne =32,36 face à la dépersonnalisation où il était élevé chez 41% de médecins avec moyenne à 10,62, tandis que la moyenne de l'accomplissement personnel était de 31,56 ; un niveau bas ont été marqué chez 46%, ces résultats sont similaires à un enquête a été diffusée via le réseau de la Société européenne de médecine d'urgence où Un niveau élevé d'épuisement professionnel a été signalé pour la dépersonnalisation, l'épuisement émotionnel et l'accomplissement personnel chez 47 %, 46 % et 48 % des répondants, respectivement[39]. Selon les données de la littérature, ces dimensions peuvent rendre compte du processus d'installation de burn-out et, par conséquent, on peut penser que dans notre échantillon, la première

phase, celle de l'épuisement émotionnel est déjà engendrée chez plus de la moitié de la population à l'étude. \_

- La prédominance des femmes dans l'échantillon de recherche (77%). Les données de l'enquête sont statistiquement non pertinentes pour analyser la prévalence du syndrome selon le sexe. Selon C. MASLCH, les différentes composantes du syndrome peuvent être réparties inégalement en fonction du sexe : les femmes souffriraient plus d'épuisement émotionnel, tandis que les hommes déshumaniseraient plus les relations et souffriraient plus d'un manque d'accomplissement personnel[40], donc on peut expliquer les taux élevés de l'EE dans notre échantillon par la prédominance féminine.
- Les répondants étaient majoritairement célibataires 59%, des études similaires retrouvent que cette catégorie est plus disposée au burn-out, une étude tunisienne similaire[38] a considéré le statut marital célibataire comme facteur prédictif de survenue du burnout élevé (OR = 4,8 ; IC95% : 1,57-15,05).
- Dans notre étude seulement 15,4% sont des spécialistes ce qui ne nous permet de rapporter plus de précision sur le degré de burn-out pour ce groupe de médecins, et on ne peut pas étudier le burn-out selon le grade de médecin.
- Par ailleurs, les professionnels travaillant au niveau des services des urgences sont âgés de moins de 43 ans dont 38,5% avaient moins d'un an d'expériences, et 89,8% avaient moins de 05 ans d'expérience. Bien que la tranche d'âge plus 30 ans était peu représentée (28%) dans notre échantillon ce qui ne nous permet de rapporter plus de précision sur le degré du burn-out pour cette tranche d'âge de notre population, notre étude indique que la tranche d'âge comprend entre 26 à 30 ans ont été la plus touchée par l'épuisement professionnel. Des résultats similaires ont été rapportés par des études similaires, qui ont porté sur les professionnels de santé travaillant en milieux hospitaliers, qui indiquent un taux élevé du burn-out chez les sujets jeunes et moins expérimentés[41][42]. Plusieurs études ont rapporté que l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation diminuent avec l'âge. Ceci est expliqué par la protection apportée par l'expérience des individus et le développement des capacités d'adaptation et de gestion du stress en fonction de l'âge et des années d'expériences[43] [44]. Alors que dans notre échantillon une élévation de sentiment de l'épuisement émotionnel est observée, avec diminution de la dépersonnalisation et élévation de sentiment d'accomplissement personnel pour la tranche d'âge (entre 31



et 43 ans) avaient plus de 5ans d'expérience ; mais ces données reste non représentatives à cause de nombre limité de l'échantillon.

- Le volume de travail hebdomadaire est un indicateur statistiquement significatif et est directement liée au risque de syndrome, ainsi qu'à d'autres maladies psychologiques et à une faible satisfaction au travail, dans plusieurs études[37], notre étude est en accord avec ces données. Parmi les sondée 64.3% travaillent plus de quarante heures par semaine, et parmi ceux qui ont un Burnout 70% le font. A partir de ces résultat on peut considérer que le travail plus de 40 heures par semaine comme un facteur influençant la survenue de SBO.
- Le travail de nuit est aussi un facteur statistiquement significatif au SBO, dans notre étude 57% de médecins qui ont un burn-out font plus d'un garde par semaine.

## **2. Force et limite de l'étude :**

Les points forts de cette étude sont :

- ❖ Qu'il s'agit de la première étude sur le syndrome de burn-out chez les urgentistes et les réanimateurs seul au niveau de l'EPH Mohammed Boudiaf à Ouargla.
- ❖ La précision de facteurs influençant la survenue du burn-out permet une meilleure prise en charge de ce syndrome dans notre établissement hospitalière.

Notre étude a été limitée par :

- ❖ Le nombre limité de la population ne permet pas de mieux étudier la dépendance entre le SBO et ses facteurs influençant.
- ❖ La charge de travail chez les médecins de notre étude empêche ils de mieux répondre au questionnaire.
- ❖ Le renouvellement du personnel médical des urgences nous a empêchées de remettre le questionnaire à certains médecins.
- ❖ Certains médecins a refusés de remplir le questionnaire.

## **3. Les recommandations :**

D'après nos résultats on peut proposer :

- ❖ Une bonne éducation des médecins sur le SBO, leurs facteurs influençant, leurs symptômes, leurs conséquences et surtout leur prise en charge.
- ❖ Embaucher des médecins plus expérimentés avec les médecins qui ont moins d'expériences à fin de créé un équilibre.
- ❖ Le règlement du temps de travail de moins de 40heurs par semaine, et un garde par semaine.
- ❖ La prise en charge psychiatrique des médecins qui ont un niveau élevé de burn-out.

# Conclusion

## CONCLUSION

- Le SBO est un problème de santé publique, Déterminer la fréquence de ce mal contemporain dans les professions médicales est important, les médecins exerçant aux urgences sont les plus exposés à ce syndrome de fait de leur nature de travail.
- Dans notre étude nous avons évalué le SBO chez 39 médecins généralistes et spécialistes exerçant aux PUMC de EPH Mohammed Boudief à Ouargla
- L'incidence de syndrome de burn-out est de 77%, avec 97% de nos répondants sont au moins obtenus par l'un des degrés de burn-out, le niveau sévère de burn-out a été trouvé chez 15% des cas.
- Nous avons trouvé plusieurs facteurs influençant la survenue de burn-out présentent dans notre population d'étude (l'âge jeune, peu d'expérience, durée de travail hebdomadaire plus de 40heures, et faire plus d'un garde par semaine).

# Bibliographie

## BIBLIOGRAPHIE

- [1] « Shanafelt TD, Boone S, Tan L, Dyrbye LN, Sotile W, Satele D, et al. Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. *Arch Intern Med.* 2012;172(18):1377-85 ».
- [2] « Maslach & Jackson, 1986 ».
- [3]. « Hoffman, Burn-out : biographie d'un concept, Santé conjugée - avril 2005 - n° 32, disponible sur :  
[https://www.maisonmedicale.org/docrestreint.api/519/.../pdf/SC32\\_ah\\_I.pdf](https://www.maisonmedicale.org/docrestreint.api/519/.../pdf/SC32_ah_I.pdf)  
(Consulté le : 23 mars 2019) ».
- [4] « FREUDENBERGER HJ. The staff burn-out syndrome in alternative institutions. *Psychother Theory Res Pract* 1975, 12 : 72-83 ».
- [5] « Freudenberger HJ. Staff Burn-Out. *J Soc Issues.* 1974;30(1):159-65. »
- [6] « Legeron P, Olie J-P. Le burn-out [Internet]. Académie nationale de médecine. 2016 [cité 5 juill 2019]. Disponible sur: <http://www.academie-medecine.fr/le-burn-out/> ».
- [7] « Schaufeli WB, Taris TW. The conceptualization and measurement of burnout: Common ground and worlds apart. *Work Stress.* 2005;19(3):256-62. »
- [8] « OMS. Dans la Classification internationale des maladies, le burn-out, ou épuisement professionnel, est considéré comme un «phénomène lié au travail» [Internet]. [cité 5 juill 2019]. Disponible sur:  
[http://www.who.int/mental\\_health/evidence/burn-out/fr](http://www.who.int/mental_health/evidence/burn-out/fr) ».
- [9] « Institut RESSOURCES, Le burn-out, pathologie du stress, pathologie de civilisation, disponible sur : <http://ressources.be/blog/le-burn-out-pathologie-du-stress-pathologie-de-civilisation> (consulté le : 15/5/2019 à 23h46) ».
- [10] « Association américaine de psychiatrie, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 2004 (ISBN 0-89042-024-6). »
- [11] « Marc Hayat, « Il faudrait la “médiquer” un peu », *Revue française de psychanalyse*, vol. 66, no 2, 2002, p. 529 (ISSN 0035-2942, e-ISSN 2105-2964, DOI 10.3917/rfp.662.0529). »
- [12] « « Le burn-out : un processus en 4 phases » disponible sur <https://www.viata.fr/burn-out-4-phases> ».
- [13] « Eloïse Valli, « Burn-out d'enseignants », 20 février 2011, p.16, disponible sur:[https://www.psychanalyse.com/pdf/BURN%20OUT%20D%20ENSEIGNANTS%20MEMOIRE%202012%20\(53%20pages%20-%201,2%20mo\).pdf](https://www.psychanalyse.com/pdf/BURN%20OUT%20D%20ENSEIGNANTS%20MEMOIRE%202012%20(53%20pages%20-%201,2%20mo).pdf) (consulté le 22 janvier 2019) ».
- [14] « Maslach & Jackson, 1981, cités par Curchod-Ruedi et al. 2009 ».
- [15] « Curchod-Ruedi, D., Doudin, P.-A. & Peter, V. (2009). Le soutien social comme facteur de protection du burnout des enseignants. *Prismes. Revue pédagogique* .Juillet 2011 in Eloïse Valli, Burn-out d'enseignants, 20 février 2012, p.18 ».
- [16] « Eloïse Valli, Burn-out d'enseignants, 20 février 2012, p.18, disponible sur:[https://www.psychanalyse.com/pdf/BURN%20OUT%20D%20ENSEIGNANTS%20MEMOIRE%202012%20\(53%20pages%20-%201,2%20mo\).pdf](https://www.psychanalyse.com/pdf/BURN%20OUT%20D%20ENSEIGNANTS%20MEMOIRE%202012%20(53%20pages%20-%201,2%20mo).pdf) (consulté le 22 janvier 2019) ».
- [17] « Dewa CS, Loong D, Bonato S, Trojanowski L. The relationship between physician burnout and quality of healthcare in terms of safety and acceptability: a systematic review. *BMJ Open.* 2017;7(6):e015141. »

- [18] « Panagioti M, Geraghty K, Johnson J, Zhou A, Panagopoulou E, Chew-Graham C, et al. Association Between Physician Burnout and Patient Safety, Professionalism, and Patient Satisfaction: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Intern Med.* 2018;178(10):1317-30. »
- [19] « Shanafelt TD, Balch CM, Bechamps G, Russell T, Dyrbye L, Satele D, et al. Burnout and medical errors among American surgeons. *Ann Surg.* 2010;251(6):995-1000. »
- [20] « Stehman CR, Testo Z, Gershaw RS, Kellogg AR. Burnout, Drop Out, Suicide: Physician Loss in Emergency Medicine, Part I. *West J Emerg Med.* 2019;20(3):485-94. »
- [21] « Linzer M, Visser MR, Oort FJ, Smets EM, McMurray JE, de Haes HC, et al. Predicting and preventing physician burnout: results from the United States and the Netherlands. *Am J Med.* 2001;111(2):170-5. »
- [22] « Dewa CS, Loong D, Bonato S, Thanh NX, Jacobs P. How does burnout affect physician productivity? A systematic literature review. *BMC Health Serv Res.* 2014;14:325. »
- [23] « Wallace JE, Lemaire JB, Ghali WA. Physician wellness: a missing quality indicator. *The Lancet.* 2009;374(9702):1714-21. »
- [24] « Firth-Cozens J, King J. Are psychological factors linked to performance? In: Firth-Cozens J, King J, Hutchinson A, McAvoy P, eds. *Understanding doctors' performance.* Oxford: Radcliff e Publishing, 2006: 61-70. »
- [25] « Han S, Shanafelt TD, Sinsky CA, Awad KM, Dyrbye LN, Fiscus LC, et al. Estimating the Attributable Cost of Physician Burnout in the United States. *Ann Intern Med.* 2019 »;
- [26] « Ramirez AJ, Graham J, Richards MA, Cull A, Gregory WM. Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work. *Lancet Lond Engl.* 1996;347(9003):724-8. »
- [27] « Visser MRM, Smets EMA, Oort FJ, De Haes HCJM. Stress, satisfaction and burnout among Dutch medical specialists. *CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Medicale Can.* 2003;168(3):271-5. la satisfaction au travail a un effet protecteur contre les conséquences négatives du stress au travail. »
- [28] « Zwack J, Schweitzer J. If every fifth physician is affected by burnout, what about the other four? Resilience strategies of experienced physicians. *Acad Med J Assoc Am Med Coll.* 2013;88(3):382-9. »
- [29] « Société Française de Médecine Générale : Groupe de pairs [Internet]. [cité 6 août 2019]. Disponible sur: [http://www.sfm.org/groupe\\_de\\_pairs/](http://www.sfm.org/groupe_de_pairs/). »
- [30] « Reznik F. Le groupe Balint, une autre façon de penser le soin. *J Psychol.* 2009;n° 270(7):29-30. »
- [31] « Les\_groupes Balint | Société Médicale Balint [Internet]. [cité 17 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.balint-smb-france.org/groupe-balint.php>. »
- [32] « Gautier.S.2014, p 34-36 ».
- [33] « Benatia Yacine, 2008, p13 ».
- [34] « Marc PRÉVEL, Référentiel de compétences d'un médecin d'urgence, juin 2004. »
- [35] « (Coupeau, 2014). »
- [36] « (Winiger, 2011). »
- [37] « 10.32749/nucleodoconhecimento.com.br/sante/syndrome-depuisement-professionnel ».
- [38] « Burn-out élevé chez les réanimateurs et les urgentistes : prévalence et facteurs de risques K Belkhouja (1); H Elloumi (2); K Sifaoui (1); K Ben Romdhane (1); O

- Hamzaoui (1); T Ayech (1); J Ben Khelil (1); M Besbes (1). (1) Service de Réanimation Médicale, Hôpital A. Mami, Ariana, Tunisie; (2) Service de Psychiatrie, Hôpital Razi, Mannouba, Tunisie. »
- [39] « 10.1097/MEJ.0000000000000952 ».
- [40] « MASLACHC . vérité sur le burn-out. San Fransisco : Jossey Bass, 1997 ».
- [41] « Kamal AH, Bull JH, Wolf SP, et al. Prévalence et prédicteurs de l'épuisement professionnel chez les cliniciens en soins palliatifs et palliatifs aux États-Unis J Pain Symptom Manage. 2020 ; 59 : 6–13. [ PubMed ] [ Google Scholar ] ».
- [42] « El-Hage W., Hingray C., Lemogne C., et al. Professionnels de santé face à la pandémie de maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) : quels sont les risques pour la santé mentale ? Encéphale. 2020 ; 46 :S73–S80. [ Article PMC gratuit ] [ PubMed ] [ Google Scholar ] ».
- [43]. « Wu Y., Wang J., Luo C., et al. Une comparaison de la fréquence d'épuisement professionnel chez les médecins et infirmières en oncologie travaillant en première ligne et dans les services habituels pendant l'épidémie de COVID-19 à Wuhan, en Chine. J Gérer les symptômes de la douleur. 2020 ; 60 : 60–65. [ Article PMC gratuit ] [ PubMed ] [ Google Scholar ] ».
- [44]. « V Duqueroy. Burn-out des médecins français : enquête 2020. Medscape ; 200;33000229:20-11. »



# ANNEXES

# Annexes

## Le questionnaire de recherche :

Université Kasdi Merah – Ouargla

Département de médecine

Questionnaire

L'évaluation du syndrome de burnout chez les médecins des urgences

à l'EPH Mohammed Boudiaf – Ouargla

N°:

date:

1. Service : U. médical  U. chirurgical  U. pédiatrique
2. Grade : M. généraliste  M. spécialiste  spécialité :
3. Age :
4. Genre : Homme  Femme
5. Statut marital : Célibataire  Marié  Divorcé
6. N° d'enfants :
7. N° d'heures travaillées par semaine :
8. N° de gardes par semaine :
9. N° de congés annuels :
10. Pratique d'une activité sportive ou de loisirs : Non  Oui
11. Aménagement du temps de travail : Non  Oui
12. Ancienneté de travail : dans le service des urgences :  
dans des autres services :

## Teste d'inventaire de burnout de maslash – MBI

- Précisez la fréquence à laquelle vous ressentez la description des propositions suivantes en entourant le chiffre correspondant avec :

0 = Jamais

1 = Quelques fois par an, au moins

2 = Une fois par mois au moins

3 = Quelques fois par mois

4 = Une fois par semaine

5 = Quelques fois par semaine

6 = Chaque jour

13 - Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail	0	1	2	3	4	5	6
14 - Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail	0	1	2	3	4	5	6
15 - Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail	0	1	2	3	4	5	6
16 - Je peux comprendre facilement ce que mes patients ressentent	0	1	2	3	4	5	6
17 - Je sens que je m'occupe de certains patients de façon impersonnelle, comme s'ils étaient des objets	0	1	2	3	4	5	6
18 - Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort	0	1	2	3	4	5	6
19 - Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes patients	0	1	2	3	4	5	6
20 - Je sens que je craque à cause de mon travail	0	1	2	3	4	5	6
21 - J'ai l'impression, à travers mon travail, d'avoir une influence positive sur les gens	0	1	2	3	4	5	6
22 - Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail	0	1	2	3	4	5	6
23 - Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement	0	1	2	3	4	5	6
24 - Je me sens plein(e) d'énergie	0	1	2	3	4	5	6
25 - Je me sens frustré(e) par mon travail	0	1	2	3	4	5	6
26 - Je sens que je travaille « trop dur » dans mon travail	0	1	2	3	4	5	6
27 - Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes patients	0	1	2	3	4	5	6
28 - Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop	0	1	2	3	4	5	6
29 - J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes patients	0	1	2	3	4	5	6
30 - Je me sens ragaillard(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de patients	0	1	2	3	4	5	6
31 - J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail	0	1	2	3	4	5	6
32 - Je me sens au bout du rouleau	0	1	2	3	4	5	6
33 - Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement	0	1	2	3	4	5	6
34 - J'ai l'impression que mes patients me rendent responsable de certains de leurs problèmes	0	1	2	3	4	5	6



**Kahla Chaima et Radouani ouidjdène**

**Le risque de burn-out chez les médecins exerçants aux urgences de l'EPH d'Ouargla**  
**Mémoire de fin d'études pour l'obtention du doctorat en médecine**



## RESUME

### Introduction :

L'épuisement professionnel ou «burnout», est un syndrome psychologique en réponse à l'exposition chronique, au milieu de travail, aux facteurs de stress. Selon l'OMS le burn-out est un « sentiment de fatigue intense, de perte de contrôle et d'incapacité d'obtenir des résultats concrets au travail »

Les médecins, notamment ceux qui gèrent les pathologies aiguës et graves, tels que les médecins exerçants aux urgences, sont particulièrement exposés au risque de ce syndrome,

### Objectif

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer le risque du burn-out chez les médecins exerçants aux urgences de l'EPH d'Ouargla.

### Méthode :

Etude quantitative, transversale et descriptive, à l'aide d'une échelle standardisée et validée : le test d'inventaire de Burn-out de Maslach-MBI.

### Résultats :

Dans notre étude nous avons évalué le SBO chez 39 médecins généralistes et spécialistes exerçant aux PUMC de EPH Mohammed Boudief à Ouargla. L'incidence de syndrome de burn-out est de 77%, avec 97% de nos répondants sont au moins obtenus par l'un des degrés de burn-out, le niveau sévère de burn-out a été trouvé chez 15% des cas.

### Conclusion :

Notre étude confirme que plus le burn-out est présent chez les médecins exerçants aux urgences de l'EPH d'Ouargla, où il a été influencé par le volume de travail hebdomadaire, le nombre de garde par semaine, et l'ancienneté de travail.

Mots clés : burn-out, médecins urgentistes, EPH Ouargla.

**Mots clés :** burn-out, médecins urgentistes, réanimateurs, EPH Ouargla.

**Encadreur : Pr Djouadi Abdellah**

**Année Universitaire**  
**2022-2023**