

Prévalence et facteurs de risque de burnout chez le corps infirmier : Cas du CHP de Nador

Prevalence and risk factors of burnout among nurses: Case of the CHP of Nador

BERRICHI Abdelouahed

Enseignant chercheur

Faculté des Sciences Juridiques Économiques et Sociales - Oujda

Université Mohammed Premier – Maroc

Laboratoire Universitaire de Recherches en Instrumentation et Gestion des Organisations

abd.berrichi@ump.ac.ma

BENMOUMEN Mohammed

Enseignant chercheur

Faculté des Sciences - Oujda

Université Mohammed Premier - Maroc

Laboratoire Modélisation Stochastique et Déterministe

mohammed.benmoumen@ump.ac.ma

CHAMA Kamilia

Doctorante en sciences de gestion

Faculté des Sciences Juridiques Économiques et Sociales - Oujda

Université Mohammed Premier – Maroc

Laboratoire Universitaire de Recherches en Instrumentation et Gestion des Organisations

k.chama@ump.ac.ma

Date de soumission : 11/08/2021

Date d'acceptation : 10/09/2021

Pour citer cet article :

BERRICHI A. et Al. (2021) «Prévalence et facteurs de risque de burnout chez le corps infirmier : cas du CHP de Nador », Revue Française d'Economie et de Gestion « Volume 2 : Numéro 9» pp : 107- 131.

Author(s) agree that this article remain permanently open access under the terms of the Creative Commons Attribution License 4.0 International License



Résumé :

Le syndrome d'épuisement professionnel est devenu une réalité palpable chez le corps soignant au Maroc. Trois composantes définissent le burnout : l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et la diminution de l'accomplissement personnel. Pour estimer la prévalence du burnout chez le corps infirmier et faire un état des lieux des facteurs de risque, Une enquête a été menée auprès de 106 infirmiers (ères) du centre hospitalier provincial de la ville de Nador. Les résultats obtenus montrent que, 47.2% des infirmiers souffrent d'un épuisement émotionnel élevé, 24.5% de dépersonnalisation élevée et 36.8% ayant un accomplissement personnel bas. L'analyse par corrélation montre qu'une ancienneté dans le poste actuel allant de 5 à 10 ans, la charge du travail, les situations conflictuelles, le manque de relation d'aide et l'ambiguïté des rôles sont les variables ayant plus d'impact sur le développement de l'épuisement émotionnel comme la composante la plus exprimée auprès des infirmiers. En outre, l'évaluation du burnout sous son volet organisationnel par le biais d'une analyse en cinq points avec le recueil des attentes des infirmiers quant à l'avenir de leur profession ont permis d'instaurer un plan d'action (Recommandations).

Mots-clés : « Syndrome d'épuisement professionnel » ; « Corps infirmier » ; « CHP de Nador » ; « Test d'inventaire de Maslach » ; « Méthode d'analyse en cinq points ».

Abstract

The burnout syndrome has become a reality in the nursing sector in Morocco. Three dimensions define burnout: emotional exhaustion, depersonalization and decline in personal achievement. A questionnaire was administered to 106 nurses of the provincial hospital of the city of Nador in order to answer our problem: to estimate the prevalence of burnout in the nursing profession and to make an inventory of factors of risk. The figures obtained are: 47.2% of nurses with high emotional exhaustion, 24.5 with high depersonalization and 36.8% with low personal achievement. Correlation analysis shows that seniority in the current position ranging from 5 to 10 years, workload, conflict situations, lack of support relationship and role ambiguity are variables that have more impact on the development of emotional exhaustion as the most expressed component among nurses.

In addition, the evaluation of burnout under its organizational component through a five-point analysis with the collection of nurses' expectations for the future of their profession led to the implementation of an action plan (Recommendations).

Keywords: « Burnout » ; « Nursin » ; « Provincial hospital of Nador » ; « Maslach Burnout Inventory » ; « five point analysis method ».

Introduction

De nombreuses études scientifiques (environ 6000 livres et articles) ont été élaborées sur le burnout ou le syndrome d'épuisement professionnel dans divers milieux professionnels, dans différents pays. Elles ont en commun comme objectif de mieux comprendre et prévenir ce phénomène qui s'impose comme un vrai problème de santé publique (Hautefeuille, 2013).

Au niveau des pays en développement, l'on constate une pénurie en termes des recherches scientifiques, alors que ces pays souffrent davantage de manque des ressources humaines, matérielles ainsi que des contraintes liées à la performance et au rendement (Abdelaoui, et al., 2010), et surtout comptabilisent un manque flagrant de données sur le phénomène.

Ces facteurs contextuels justifient l'intérêt que nous portons sur le burnout, principalement dans un milieu hospitalier où tous les ingrédients semblent être réunis pour conduire à un mal-être chez le corps infirmier, généré par l'exercice d'un métier dans un contexte organisationnel caractérisé par des changements continus et une complexité grandissante. Conscients de la montée en puissance du mal-être des soignants, nous avons décidé d'étudier le syndrome d'épuisement professionnel du corps infirmier au niveau du Centre hospitalier provincial de Nador et ce, en l'absence du diagnostic officiel qui entre dans les classifications médicales de référence.

Partant de ces constats, notre présent article cible trois niveaux d'objectifs : le premier est d'évaluer la prévalence du burnout chez le corps infirmier du CHP de Nador; le second est d'identifier les facteurs de risque du burnout et les difficultés quotidiennes rencontrées par le corps infirmier; le troisième est de suggérer des mesures à mettre en place pour prévenir le burnout. Dès lors, la question centrale de notre recherche est la suivante : quelle est la prévalence du syndrome d'épuisement professionnel chez le corps infirmier exerçant au niveau du centre hospitalier provincial de Nador ? Et quels sont les facteurs de risque y pouvant faire un lit du burnout ?

Pour ce faire, nous allons procéder dans un premier temps à un cadrage théorique du burnout, un positionnement théorique pour choisir les modèles d'analyse appropriés à notre étude. En deuxième temps, une présentation de notre démarche méthodologique avec notre population cible. Une présentation de nos résultats avec leur discussion, sera menée dans un dernier temps.

Ainsi, les résultats qui seront mis en évidence dans le présent article permettront chemin faisant d'insister sur un ensemble d'inducteurs et sur les influences imbriquées de ces facteurs. Ces éléments organisationnels et personnels constituent autant de pistes d'actions en vue de l'amélioration des conditions de travail des infirmiers au Maroc.

1- Burnout: cadre théorique

Le concept du syndrome d'épuisement professionnel est tout d'abord un concept qui a été créé par des soignants et pour des soignants, pour en fait, faire une description de l'épuisement au travail des professionnels de l'aide et du soin. L'histoire de la naissance du burnout est récente mais mérite d'être rapportée. Elle permet de comprendre les difficultés d'acceptation du concept par la communauté scientifique. Selon (Canoui & Mauranges, 2015) ; il serait injuste de se contenter de faire remonter la notion d'épuisement professionnel à la décennie soixante-dix aux États unis, en France également des précurseurs vont envisager la fatigue du travail avec une terminologie proche, surmenage intellectuel (Desoille et Raynaud), surmenage des dirigeants (Bize et Goguelin), syndrome subjectif commun de la fatigue nerveuse (Bégoin), états d'épuisement (Veil).

Ainsi, l'épuisement au travail est un concept qui a été posé dès la fin des années 50, et c'était alors un concept développé au cours de ces années par Claude Veil. A partir des années 70, le « burnout » ou « brûlure interne » commence à devenir un élément de réalité sociale, chose qui a amené le psychiatre américain, Herbert Freudenberger à utiliser ce terme pour pouvoir rapprocher l'état mentale des jeunes travaillant auprès des toxicomanes dans une free clinic (Alkandry, 2015). En utilisant ce concept, Freudenberger a précisé plus tard en 1980 : *« je me suis rendu compte au cours de mon exercice quotidien que les gens sont parfois victimes d'incendie tout comme les immeubles ; sous l'effet de la tension produite par notre monde complexe, leurs ressources internes en viennent à se consumer comme sous l'action des flammes, ne laissant qu'un vide immense à l'intérieur, même si l'enveloppe externe semble plus ou moins intacte. »* (Delbrouck, 2014). A partir des années 80, plusieurs travaux vont suivre, le concept d'épuisement professionnel commence de plus en plus à s'élargir et à s'étendre pour toucher autres professions et autres domaines, et pas uniquement les travailleurs ancrés dans une relation d'aide (Hautefeuille, 2013).

Afin de cerner mieux le concept, vers l'année 1975 à San Francisco, Christina Maslach ; chercheur en psychologie sociale, a pu conceptualiser le burnout tout en remarquant une

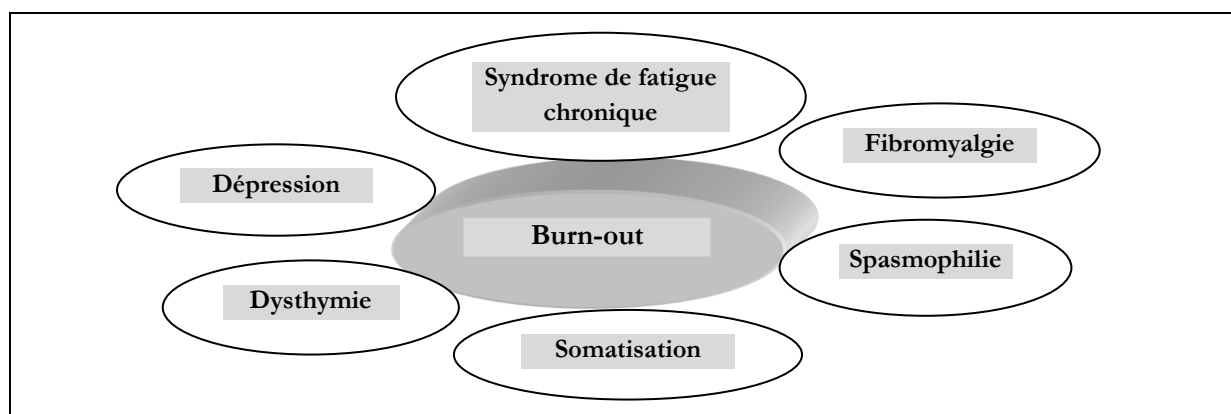
attitude cynique, insensible et négative auprès des professionnels du sauvetage et des urgentistes (Alkandry, 2015). En fait, l'importance et l'abondance des études, recherches, articles et thèses consacrées au burnout, syndrome d'épuisement professionnel ou Karoshi, s'est constatée clairement entre l'année 1983 et 2013 (Canoui & Mauranges, 2015), un état permettant d'assister à une panoplie de définitions attribuées au burnout a été constaté. D'où le manque d'un consensus ainsi qu'une classification internationale autour du syndrome (Hautefeuille, 2013).

Nous commençons tout d'abord par la définition du concept selon l'organisation mondiale de la santé, le burnout est alors caractérisé par « *un sentiment de fatigue intense, de perte de contrôle et d'incapacité à aboutir à des résultats concrets au travail* » (Lupien, 2016). Ainsi, Herbert J. Freudenberger en 1974 propose une première définition de burn-out fondée sur celle du dictionnaire Webster, dont D. Bérard et A. Duquette donnent la traduction suivante : « *l'épuisement professionnel est un état causé par l'utilisation excessive de son énergie et de ses ressources, qui provoque un sentiment d'avoir échoué, d'être épuisé ou encore d'être exténué* » (Peters & Mesters, 2007). Dans le même contexte, Christina Maslach en 1976, décrit le syndrome d'épuisement professionnel comme étant une « *incapacité d'adaptation de l'intervenant à un niveau de stress émotionnel continu causé par l'environnement de travail* » (Lahlou, 2013).

Certes, des points de divergence persistent selon les auteurs et les scientifiques autour du sujet, mais ils s'accordent tout de même majoritairement sur la définition de Christina Maslach et SE. Jackson (1981) qui est devenu un modèle de référence dans les recherches sur le burnout (Hautefeuille, 2013). Les deux psychologues, Christina Maslach et SE. Jackson, le définissent 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* » (Lahlou, 2013). Michel Delbrouck à son tour dans l'ouvrage « le burnout du soignant » (2014, p.31), considère le burnout comme « *un syndrome complet se compose d'un trépied de phases progressivement évolutives : l'épuisement professionnel, la dépersonnalisation et le sentiment d'incompétence* ». Ce concept ne se superpose pas à un diagnostic psychiatrique, peut mener à la dépression, englobe et dépasse le stress professionnel et donne une perte de sens au travail. Ainsi, selon les auteurs et les psychiatres il y a un grand risque de faire du burnout un fourre-tout, c'est pour cette raison ils proposent d'établir un diagnostic différentiel entre le syndrome d'épuisement professionnel et autres pathologies psychiatriques dépressives, anxieuses, paranoïaques qui prendraient le

masque d'un burnout (Delbrouck, 2014). Une des questions essentielles d'après Canoui & Mauranges, (2015), quand on procède à l'étude du syndrome d'épuisement professionnel il est important de savoir ce que l'on repère et ce que l'on évalue réellement. A cet égard, Michel Delbrouck et ses collaborateurs (2008) présentent le modèle ci-dessous qui permet de faire la distinction entre le burnout et les différentes pathologies psychiatriques.

Figure N° 1 : un « cluster » de symptômes au sein d'un « cluster » de syndromes



Source : Delbrouck, (2014, p. 124)

Parallèlement, une recherche faite sur le burnout au sein de la population active belge « synthèse du rapport final » par Hansez, Mauriaux et al (2010), au niveau du centre hospitalier de Liège, dont autres concepts proches du burnout peuvent également poser le problème de confusion tels que : la notion de « Workaholisme » et celle de la « charge psychosociale ».

Cette absence de validation internationale du burnout comme une maladie, avec un manque de déclaration officielle reconnue selon les normes diagnostiques ont constitués la cause majeure du manque des données épidémiologiques spécifiques au burnout (Matzner, et al.2008).

Pour étudier *de facto* ce sujet, nous devons passer par d'autres biais pour avoir des données chiffrées, à savoir par exemple sur le stress, les risques psychosociaux et autres maladies professionnelles. On doit se référer également à ceux du stress lorsqu'on veut réaliser une estimation des coûts engendrés par le burnout. (Hansez, et al. 2010). Ainsi, la revue toute actualité médicale (ACTU médecine) a publié en 2016 sur le thème « le burnout guetterait plus de 40 % des professionnels de la santé », que ce syndrome menace environ un tiers des infirmiers du monde. Egalement, la commission «santé au travail» du collègue français des anesthésistes – réanimateurs (CFAR) a pris conscience de ce fléau après que trois

anesthésistes se sont suicidés en Alsace en 2009. Pour ceci, à partir du 1^{er} octobre 2013, la commission a décidé de mettre un numéro vert (disponible sur le site CFAR) à la disposition des médecins et des infirmiers (Sahti, 2016).

Au Maroc, le système sanitaire présente des lacunes qui sont malheureusement innombrables (manque d'optimisation des ressources disponibles, absence de coordination entre les acteurs, etc ...). La composante humaine est donc loin d'être placée au cœur de toute tentative de réforme, décrit Berrada Ismail dans le numéro « burnout du soignant : cet inquiétant phénomène » (Doctinews, 2010). Dans le même contexte, près de 60% des soignants ont eu un score élevé de détresse psychologique, médecins et infirmiers étant à pied d'égalité dans cinq services hospitaliers marocains : oncologie, hématologie, réanimation, service des brûlés et des maladies infectieuses (Lahlou, 2013).

Bref, On s'accorde aujourd'hui à décrire l'environnement professionnel en général et celui médical en particulier, par une amplification des facteurs de risque (environnementaux, facteurs organisationnels, facteurs liés aux conditions du travail) qui participent activement au développement de cette "pathologie du travail". Par ailleurs, l'intensification des tâches (surmenage, manque de temps, cadence élevée, etc...), la violence des relations sociales (fortes exigences, peu de reconnaissance, reproches du chef...) et les mauvaises conditions du travail, sont les principaux déclencheurs du stress d'après Ahlam Nazih (2015). Par ailleurs, la question qui se pose à ce niveau est celle contributive au choix des outils d'évaluation et d'analyse du burnout.

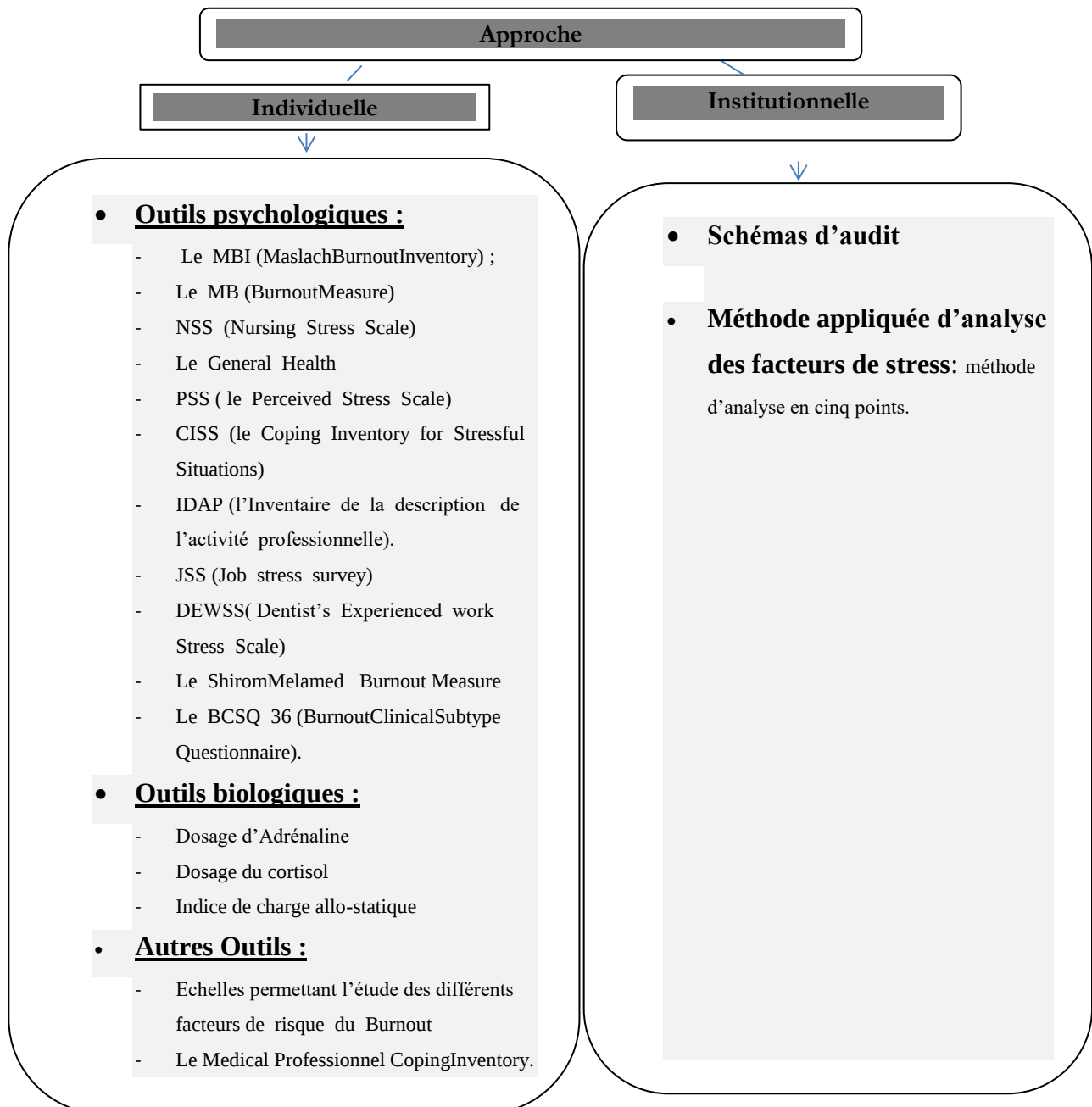
2- Positionnement théorique et choix des modèles d'analyse:

D'après les réflexions de Canoui et Mauranges (2015), l'évaluation en sciences humaines est marquée d'une caractéristique commune à toutes les approches quantitatives d'un vécu, à savoir, la difficulté qu'il y a à quantifier du qualitatif mais aussi la nécessité de le faire. A cet effet, ils posent les interrogations suivantes : Comment objectiver par une ou plusieurs données chiffrées du subjectif ? Comment lire ces résultats sans risquer de perdre le sens de la question posée ?

Ils poursuivent dans le même sens, que l'une des particularités du burnout est que le syndrome se dessine en même temps que s'élaborent les instruments de mesure. Ainsi l'approche quantitative du burnout a pour objectif l'appréciation du chiffre des individus touchés en déterminant en fait une « Prévalence ». Le recours aux plusieurs paramètres

(personnels et professionnels) avec l'association des échelles de mesure et d'évaluation tant sur le plan individuel qu'institutionnel demeure la stratégie la plus intelligente (Hautefeuille, 2013). Nous esquissons dès lors les différents outils et instruments répertoriés de la littérature (Figure N° 2).

Figure N° 2 : Instruments d'évaluation du syndrome d'épuisement professionnel



Source : élaboré par nos soins à partir de (Canoui & Mauranges, 2015, Hautefeuille, 2013, Marien, 2012, Olié & Légeron, 2016, Wiertz & Boitrelle, 2012, Langen, et al. 2012, Laurel & Gueguen, 2007).

Notre choix des modèles d'analyse, Par ailleurs, sera porté essentiellement sur deux instruments :

- Le Maslach Burnout Inventory (MBI)¹ évaluant le burnout sous **une approche individuelle**.
- Méthode appliquée d'analyse des facteurs de stress (Analyse en cinq points)² est exemple **d'approche dynamique**, afin de déterminer des priorités d'actions une fois le diagnostic du burnout est posé (Canoui & Mauranges, 2015).

Vu les qualités psychométriques du MBI en termes de validité, de fidélité, de consistance interne et de réalisation des études comparatives (Langevin, et al. 2012), cet outil de mesure est employé dans 90% des études selon Wiertz & Boitrelle (2012). En effet « *un consensus se retrouve parmi les différentes recherches, l'outil de mesure du burnout le plus employé est le MBI, utilisé dans 90% des études* » Hautefeuille (2013, p.37). Cependant des limites coexistent parallèlement³ (Langevin, et al. 2012).

3- Problématique et méthodologie:

3-1 Problématique et population à étudier :

Notre objectif névralgique dans cette étude est d'essayer de répondre à la question suivante : ***Quelle est la prévalence du syndrome d'épuisement professionnel chez le corps infirmier exerçant au niveau du centre hospitalier provincial de Nador ?et quels sont les facteurs de risque y pouvant faire un lit du burnout ?*** Pour ce faire, le centre hospitalier provincial de la ville de Nador a été ciblé comme terrain de recherche, et ce comme étant un pôle hospitalier de référence dans la province.

On assiste, par conséquent, à une gamme élargie et diversifiée aussi bien sur le plan des ressources humaines (le personnel soignant avec le personnel gestionnaire et administratif) que sur le plan des services et unités hospitalières. Cet élargissement des services (nombre et

¹ Le MBI se compose de 22 items et de trois sous échelles qui représentent les trois dimensions du syndrome d'épuisement professionnel; l'épuisement émotionnel (EE) : 9 items. La dépersonnalisation (DP) : 5 items et la diminution de l'accomplissement personnel (AP) : 8 items.

² La méthode d'analyse en cinq points s'est axée essentiellement sur cinq questions : les objectifs et les responsabilités dans le service, le soutien, l'ambiguïté des rôles et des tâches, les aspects ergonomiques du travail et enfin les dotations.

³ Nous pouvons dire avec une confiance élevée différencier les individus selon leurs scores du MBI. Mais nous ne pouvons dire avec certitude à partir de quel score un individu est burnouté, d'où la nécessité d'établir des bornes, des scores limitées basés sur des études cliniques solides pour l'établissement des valeurs qui déterminent le burnout ou absence de burnout.

nature) dans le CHP de Nador traduit la diversité des soins fournis et par conséquent une charge du travail et un stress pourraient être générés.

Ainsi, le **corps infirmier** a été désigné comme premier groupe de la population à étudier. La constitution de l'échantillon s'est faite sur la base d'une méthode d'échantillonnage probabiliste et ce dans la mesure où on dispose une base de données relevant de la population mère, fournie par le service statistique⁴ de l'hôpital. Le choix du corps infirmier comme échantillon a pour objectif le diagnostic du burnout sous sa « forme individuelle ». Un deuxième groupe a été défini par **les gestionnaires de l'hôpital** (directeur et responsable de la supervision et des formations continues) afin de répondre aux cinq thèmes relevant de la méthode d'analyse en cinq points. Le nombre des participants infirmiers, était de 106 soit **un taux de participation de 77%**⁵. Un questionnaire auto-administré de 58 questions, réparties en quatre parties avec un entretien complétant l'enquête, a été administré (voir annexe).

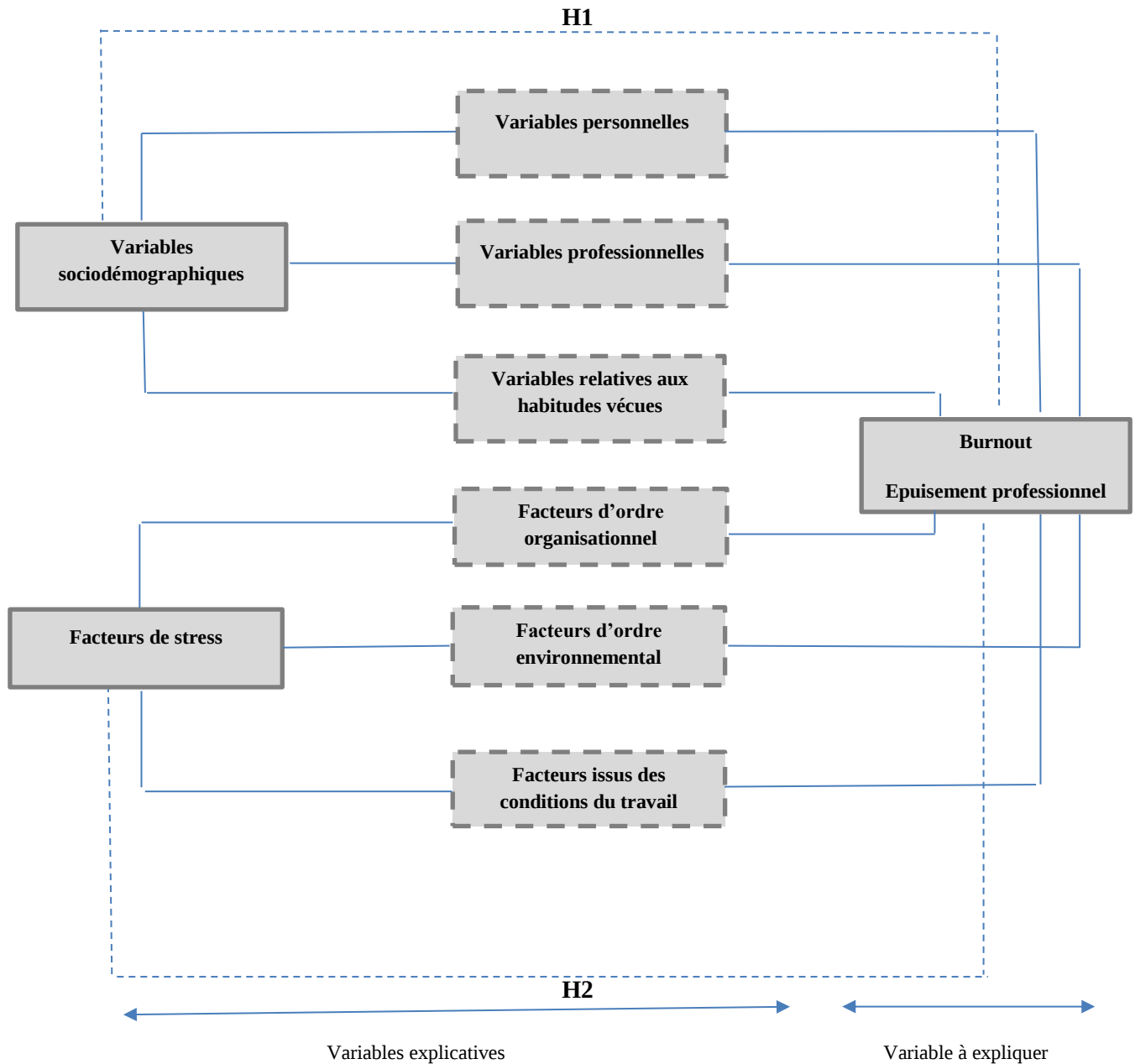
3-2 Modèle de recherche :

Notre modèle de recherche s'est composé de deux variables. La variable dépendante s'est définie par le syndrome d'épuisement professionnel, et nos variables indépendantes sont opérationnalisées par des variables personnelles et professionnelles, variables relevant de l'organisation du travail, des conditions du travail et dernièrement celles relatives à l'environnement du travail.

⁴ Une base de données exhaustive dont dispose le service statistique, en 2016, dans le dit hôpital : 169 personnes, cet effectif est réparti entre les différentes spécialités composant le cadre infirmier et techniciens de santé : infirmiers, techniciens de santé, sages-femmes et rééducateurs.

⁵ Ce taux a été calculé à partir du nombre réel des participants à notre enquête. 138 infirmiers ont été ciblés au total, vu qu'on a pu récupérer que 106 réponses dont 32 n'ont pas été retenues pour les motifs suivants : des réponses incomplètes ou celles reçues après le traitement statistique. En fait, 77% est le taux réel de participation des infirmiers ayant répondu correctement et dans le temps.

Figure N° 3 : Modèle de recherche



Source : élaboré par nos soins

3-3 Hypothèses de recherche :

A ce niveau, on émet deux hypothèses de recherches : La première hypothèse : nous émettons que certaines variables sociodémographiques (illustrées dans le tableau N° 1) impacteraient le burnout ou l'une de ses composantes: Epuisement émotionnel, Dépersonnalisation et

Diminution de l'accomplissement personnel (EE, DP, AP). La deuxième hypothèse: la conclusion qu'on a pu tirer de la littérature stipule que le burnout serait la conséquence d'une exposition prolongée à des facteurs du risque (illustrés dans le tableau N° 2). Ces facteurs seraient par ailleurs d'ordre organisationnel, environnemental et autres issus des conditions du travail (Maslach, 1982; Lindblom, et al. 2006; Canoui & Maurannges, 2015).

4- Présentation des résultats :

Nous esquissons respectivement nos résultats relatifs, aux différentes caractéristiques personnelles et professionnelles des infirmiers ayant participé à notre enquête, le niveau d'impact des facteurs du stress sur le corps infirmier. Ainsi que les résultats déterminant « la prévalence » relevant du test MBI.

4-1 Résultats relatifs aux caractéristiques sociodémographiques des participants :

Tableau N° 1: Prévalence des caractéristiques personnelles/professionnelles des infirmiers (Sociodémographiques)

Caractéristique	Modalité	Effectif(N)	Pourcentage (%)
Age	20 à 29 ans	33	31.1
	30 à 39 ans	42	39.6
	40 à 49 ans	10	9.4
	50 à 65 ans	21	19.8
Genre	Masculin	44	41.5
	Féminin	62	58.5
Statut marital	Marié	72	67.9
	Célibataire	32	30.2
	Divorcé	2	1.9
	Veuf	0	0
Nombre d'enfants	Aucun	37	34.9
	Un enfant	11	10.4
	Deux ou plus	26	24.5
Spécialité	Infirmier polyvalent	53	50
	Sage-femme	10	9.4
	Infirmier en psychiatrie	13	12.3
	Infirmier en anesthésie	10	9.4
	Autres	20	18.7
Service	Bloc opératoire	12	11.3
	Chirurgie	12	11.3
	Dialyse	10	9.4
	Psychiatrie	10	9.4
	Laboratoire	10	9.4
	Autres	52	49.2
Grade	IDE 2eme grade	79	74.5
	IDE 1 ^{er} grade	12	11.3
	IDE grade principal	9	8.5
	Adjoint de santé breveté principal	6	5.7

Echelle	9 10 11	78 17 11	73.6 16 10.4
Ancienneté dans l'administration	Moins de 5ans 5 à 10 ans 10 à 20 ans 20 à 30 ans Plus de 30 ans	15 41 10 15 25	14.2 38.7 9.4 14.2 23.6
Ancienneté dans le poste actuel	Moins de 5 ans 5 à 10 ans 10 à 20 ans 20 à 30 ans Plus de 30 ans	31 38 10 17 10	29.2 35.8 9.4 16 9.4
Activité sportive/culturelle	Oui Non	67 39	63.2 36.8
Sorties familiales/amicales	Aucune 1 à 5 fois Plus de 5 fois	21 51 34	19.8 48.1 32.1
Sommeil	Bon Agité Non réparateur	61 28 17	57.5 26.4 16

Source : élaboré par nos soins

4-2 Résultats relatifs aux facteurs du stress :

Nous proposons le tableau suivant illustrant les niveaux d'influence des facteurs de stress sur le corps infirmier, exerçant au niveau du centre hospitalier provincial de Nador.

Tableau N° 2

Facteurs du stress		Enoncé	Sans importance	Peu important	Assez important	Très important	Total
	1	L'interruption des tâches	11,30%	19,80%	31,10%	37,70%	100%
	2	L'ambiguïté des rôles	10,40%	19,80%	26,40%	43,40%	100%
	3	Existence du support hiérarchique	14,20%	25,50%	25,50%	34,90%	100%
	4	Evolution sur le plan professionnel	5,70%	10,40%	17%	67%	100%
	5	Le manque de soutien	7,50%	15,10%	18,90%	58,50%	100%
	6	Situations conflictuelles	5,70%	21,70%	30,20%	42,50%	100%
	7	Charge du travail	1,90%	11,30%	21,70%	65,10%	100%
	8	Manque de l'autonomie dans la prise de décision	4,70%	20,80%	18,90%	55,70%	100%
	9	Relation et communication avec le médecin chef	4,70%	19,80%	23,60%	51,90%	100%
	10	Relation et communication avec le Major du service	10,40%	16%	17%	56,60%	100%
	11	Relation et communication avec les infirmiers	5,70%	13,20%	16%	65,10%	100%
	12	La non disponibilité du médecin sur place pour faire face à une urgence	7,50%	9,40%	10,40%	72,60%	100%
	13	Exposition à la violence au milieu du travail	2,80%	7,50%	16%	73,60%	100%
	14	Manque de la relation d'aide	0,90%	10,40%	28,30%	60,40%	100%
	15	La distance soignant / soigné	9,40%	35,80%	22,60%	32,10%	100%
	16	Le manque d'échange	6,60%	26,40%	26,40%	40,60%	100%
	17	La technologie un progrès et un risque	4,70%	28,30%	29,20%	37,70%	100%
	18	Les méthodes de travail	1,90%	8,50%	21,70%	67,90%	100%
	19	Disponibilité du matériel sur place	3,80%	8,50%	11,30%	76,40%	100%
	20	Manque du matériel nécessaire pour faire face à une urgence	4,70%	10,40%	6,60%	78,30%	100%

Source : élaboré par nos soins

4-3 Résultats relatifs au test du Maslach Inventory Burnout chez les infirmiers du CHP/Nador :

Nous consacrons cet élément à la présentation des résultats relatifs aux trois dimensions du burnout chez les infirmiers de Nador après avoir appliqué le test MBI d'évaluation.

**Tableau N° 3: Prévalence du burnout chez les infirmiers exerçant au niveau du
CHP/Nador**

Variable	Modalité	Effectif	Pourcentage	% Validé	% Cumulé
Epuisement émotionnel	Bas	9	8.5	8.5	8.5
	Modéré	47	44.3	44.3	52.8
	Elevé	50	47.2	47.2	100
Dépersonnalisation	Bas	36	34	34.0	34.0
	Modéré	44	41.5	41.5	75.5
	Elevé	26	24.5	24.5	100
Accomplissement personnel	Bas	39	36.8	36.8	36.8
	Modéré	29	27.4	27.4	64.2
	Elevé	38	35.8	35.8	100

Source : élaboré par nos soins, enquête personnelle (2016)

5- Analyse et discussion des résultats :

Afin d'analyser nos résultats, nous avons choisi la méthode de corrélation bivariée qui sert à croiser deux variables. Ce croisement permet de déterminer s'il existe déjà une relation entre X et Y, de caractériser la forme de la liaison (faible ou forte), de tester si la liaison est statistiquement significative et de quantifier l'intensité de la liaison.

Pour ce faire, deux coefficients de corrélation ont été utilisés : le coefficient de Pearson (r) est établi entre deux variables quantitatives, et celui de Spearman (ρ) permettant d'analyser pareillement la liaison entre deux variables qualitatives.

Les coefficients (r) et (ρ) dévoilent la force des liens entre variables. Tandis que la valeur de (ρ) traduit le niveau de significativité de la corrélation ($p < 0.05$: présence d'association significative, $p > 0.05$: Absence d'association significative).

5-1 Résultats analytiques :

Dans notre échantillon composé de 106 infirmiers(ères).

- **47.2% ont un score élevé d'épuisement émotionnel soit 50 personnes**
- **24.5% ont un score élevé de dépersonnalisation soit 26 personnes**
- **36.8% ont un score bas d'accomplissement personnel soit 38 personnes.**

En se basant sur la corrélation bivariée, nous allons essayer d'étudier la liaison entre la composante la plus marquée, chez les infirmiers enquêtés, du syndrome d'épuisement professionnel : L'Epuisement émotionnel avec les variables personnelles, professionnelles et facteurs du stress tout en montrant l'intensité de liaison ainsi que le degré de significativité du test (p). En fait, le présent tableau récapitule ces résultats et liste les variables ayant une corrélation significative avec l'Epuisement émotionnel.

Tableau N° 4 : Variables corrélées significativement avec l'EE

Syndrome d'épuisement professionnel	Variables explicatives l'EE	
Epuisement émotionnel EE	Ancienneté dans le poste actuel	P= 0.044 (0.044<0.05)
	Charge du travail	P= 0.001 (0.001<0.05)
	Situations conflictuelles	P= 0.006 (0.006<0.05)
	Manque de la relation d'aide	P= 0.026 (0.026<0.05)
	Ambiguïté des rôles	P= 0.039 (0.039<0.05)

Source : Sortie SPSS

5-2 Discussion des résultats :

Partant de notre **Approche individuelle du burnout** et suite aux résultats analytiques relatifs à l'étude des liens de corrélation entre l'épuisement émotionnel et les variables sociodémographiques, il s'est montré qu'une seule variable est corrélée significativement avec notre variable dépendante : **l'ancienneté dans le poste actuel (allant de 5 à 10 ans)**, d'où une validation partielle de notre hypothèse n° 1. Ainsi nous proposons le profil suivant :

Profil des infirmiers du CHP/Nador exprimant un épuisement émotionnel élevé

- L'épuisement émotionnel est élevé entre la tranche d'âge allant de 30 à 39 ans,
- Pas de grande différence entre genre,
- Etre marié (e) augmente l'épuisement émotionnel,
- Etre un infirmier polyvalent exerçant au niveau du bloc opératoire augmente l'épuisement émotionnel,
- Etre un IDE 2ème grade classé à l'échelle 9 augmente également l'épuisement émotionnel,
- Avoir une ancienneté allant de 5 à 10 ans dans le même poste,
- Avoir une activité sportive et/ou culturelle avec un bon sommeil ne fait pas diminuer l'épuisement émotionnel.

Quant à notre deuxième hypothèse (n° 2), les facteurs du risque (du stress) définis par : **Charge du travail, Situation conflictuelles, Manque d la relation d'aide et Ambiguïté des rôles** sont les variables qui ont représenté une corrélation significative avec l'épuisement émotionnel. Par conséquence une validation partielle de l'hypothèse peut en être contribué. En somme, les chiffres dévoilés quant à la prévalence des trois dimensions du syndrome d'épuisement professionnel ainsi que l'existence d'une panoplie des facteurs de risque d'ordre personnelles, professionnelles, organisationnels et ceux liés aux conditions du travail montrent clairement qu'il existe un dysfonctionnement sur le plan du management institutionnel. A cet égard, des questions, au nombre de Cinq points, ont été adressées aux gestionnaires du CHP de Nador : la directrice de l'hôpital et le responsable de la supervision et des formations continues dans le même établissement. Ainsi, nous proposons ce tableau.

Tableau N° 5: Résultats relevant de l'entretien (Méthode en cinq points)

Questions	Réponses institutionnelles
Les objectifs et les responsabilités du service sont-ils suffisamment clairs pour chaque membre de l'équipe ?	Selon les deux responsables de l'hôpital, il y a une définition claire des objectifs et responsabilités pour chaque infirmier. Or cette définition est insuffisante tant qu'une réelle volonté de concrétisation de toutes les dispositions du règlement interne est absente.
Pour assumer ces objectifs, les soignants bénéficient-ils de soutiens suffisants ? Si oui, quel type de soutien en fait partie ?	Les soignants bénéficient de soutien au sein de l'institution, un accompagnement psychologique est toujours présent.
Les rôles et les fonctions de chacun sont-ils suffisamment définis pour permettre réellement à chacun d'assumer ses responsabilités ?	Tant que le chantier relatif au statut des infirmiers n'est pas concrétisé, le problème d'ambiguïté des rôles et des responsabilités des infirmiers se pose.
Une analyse ergonomique permet de répondre en particulier à la question de l'organisation technique du service .Est-elle adaptée pour remplir ses fonctions et ses missions ?	Certes, L'analyse ergonomique a pour objectif l'adaptation du travail à l'homme, mais au sein de nos service il n'existe plus d'analyse ergonomique, la construction et l'installation technique ne respectent plus cette analyse, d'ailleurs la médecine du travail qui doit accomplir cet objectif est absente au niveau de l'hôpital.
Les moyens matériels et humains sont-ils à votre avis suffisants ?	Les moyens matériels et humains ne sont plus suffisants, et c'est par ailleurs le principal problème qui entrave toute démarche de mise à niveau interne (au niveau de l'hôpital).

Source : élaboré par nos soins

L'objectif central de la méthode Analyse en Cinq Points abordant le burnout sous un "volet organisationnel" avec les attentes des infirmiers quant à l'avenir de leur profession (voir « partie N° 4 » dans notre questionnaire, annexe), étaient d'essayer de soulever les facteurs institutionnels "environnementaux" prédisposant le personnel infirmier à cette pathologie de travail et par voie de conséquence proposer un plan d'action.

- **Concrétiser la loi relative au statut** du corps infirmier, dont l'objectif est de minimiser le risque de l'ambiguïté des tâches et des responsabilités,
- **Concrétiser le système LMD** (Licence, Master, Doctorat),
- **Instaurer une unité de médecine du travail** au sein de l'hôpital,
- **Soutenir** et motiver le personnel,
- **Renforcer** les liens communicationnels,
- **Mettre en place régulièrement** des formations continues,
- **Former les infirmiers chefs** des unités en matière de gestion des soins et services,
- **Doter les services** en ressources humaines et matérielles,
- **Améliorer** les conditions du travail.

Conclusion

En menant une enquête sur le syndrome d'épuisement professionnel, l'objectif de notre recherche était d'étudier la prévalence de ce « phénomène de santé publique » chez le personnel infirmier exerçant au niveau du centre hospitalier provincial de la ville de Nador. Ainsi de réaliser un état des lieux des facteurs déclencheurs. Partant de notre problématique, le burnout était une réalité touchée profondément auprès des infirmiers, et ce après avoir invoqué deux instruments de diagnostic : le test MBI mesurant la prévalence du syndrome et la méthode d'analyse en cinq points triant les priorités d'action une fois le diagnostic est instauré.

Bien que la démarche analytique adoptée nous ait permis de vérifier nos hypothèses de recherche, notre étude incarne pourtant des limites comme toute recherche. Les principales sont celles liées à une subjectivité des réponses dans la mesure où l'infirmier va cacher ou nier sa réelle souffrance. Ce constat par ailleurs, peut impacter nos résultats.

Dans le même ordre d'idées, le sujet du burnout ou de l'épuisement professionnel revêt une importance extrême dans presque tous les secteurs et plus particulièrement chez les professions à risque. Chemin faisant, des nouvelles perspectives sont ouvertes, à savoir : le repérage d'autres facteurs de stress et l'étude *de facto* de nouvelles corrélations. Nous proposons également le croisement des trois dimensions de l'épuisement professionnel avec les différentes variables présentées (sociodémographiques et les facteurs de stress), et ce afin de consolider davantage l'apport de la recherche.

En somme et à la lumière des résultats obtenus dans cette recherche, un programme de prévention et de correction en effet a été proposé suite aux résultats émanant aussi bien de l'entretien avec les gestionnaires de l'hôpital, qu'aux ceux découlant des attentes et aspirations du personnel infirmier envers les perspectives de leur profession.

ANNEXE

la prévalence du Burnout chez le corps infirmier à la province de Nador

juin juillet - hôpital Hassani

Merci de nous consacrer quelques minutes pour répondre à ce questionnaire et nous vous assurons que le traitement des réponses sera confidentiel.

1-Les caractéristiques sociodémographiques

1. Quel est votre âge?

2. Quel est votre genre?

☐ 1. Masculin ☐ 2. Féminin

3. Quel est votre statut marital?

☐ 1. Marié(e) ☐ 2. célibataire ☐ 3. Divorcé(e)
☐ 4. Veuf(ve)

4. Quel est le nombre de vos enfants?

5. Quelle est votre spécialité dans la profession infirmière?

6. Quel est votre service?

7. Quel est votre grade?

8. Quelle est votre échelle?

9. Combien avez vous d'ancienneté en année dans l'administration?

10. Combien avez vous d'ancienneté en année dans le poste actuel?

11. Avez vous une activité sportive,culturelle,ou autre? laquelle?

12. Combien de fois sortez vous avec votre conjoint,famille,amis par mois?

13. Combien d'heures dormez-vous par nuit? et comment juger vous votre sommeil? (bon,agité,non réparateur...)?

2-Les sources principales du stress

Veuillez identifier l'importance de chacune de ces sources de stress pour vous,Placer un X dans le cercle coorespondant à votre choix.

14. L'interruption des tâches entre infirmiers

☐ 1. Sans importance ☐ 2. Peu important
☐ 3. Assez important ☐ 4. Très important

15. L'ambiguïté des rôles

☐ 1. Sans importance ☐ 2. Peu important
☐ 3. Assez important ☐ 4. Très important

16. Existence du support hiérarchique

☐ 1. Sans importance ☐ 2. Peu important
☐ 3. Assez important ☐ 4. Très important

17. Evolution sur le plan professionnel

☐ 1. Sans importance ☐ 2. Peu important
☐ 3. Assez important ☐ 4. Très important

18. Le manque de soutien

☐ 1. Sans importance ☐ 2. Peu important
☐ 3. Assez important ☐ 4. Très important

19. Situations conflictuelles

☐ 1. Sans importance ☐ 2. Peu important
☐ 3. Assez important ☐ 4. Très important

20. Charge du travail

☐ 1. Sans importance ☐ 2. Peu important
☐ 3. Assez important ☐ 4. Très important

21. Manque de l'autonomie dans la prise de décision

☐ 1. Sans importance ☐ 2. Peu important
☐ 3. Assez important ☐ 4. Très important

22. Relation et communication avec le médecin chef

- ☐ 1. Sans importance ☐ 2. Peu important
☐ 3. Assez important ☐ 4. Très important

23. Relation et communication avec le Major du service

- ☐ 1. Sans importance ☐ 2. Peu important
☐ 3. Assez important ☐ 4. Très important

24. Relation et communications avec les infirmiers

- ☐ 1. Sans importance ☐ 2. Peu important
☐ 3. Assez important ☐ 4. Très important

25. La non disponibilité du médecin sur place pour faire face à une urgence

- ☐ 1. Sans importance ☐ 2. Peu important
☐ 3. Assez important ☐ 4. Très important

26. Exposition à la violence au milieu du travail

- ☐ 1. Sans importance ☐ 2. Peu important
☐ 3. Assez important ☐ 4. Très important

27. Manque de la relation d'aide

- ☐ 1. Sans importance ☐ 2. Peu important
☐ 3. Assez important ☐ 4. Très important

28. La distance soignant / soigné

- ☐ 1. Sans importance ☐ 2. Peu important
☐ 3. Assez important ☐ 4. Très important

29. Le manque d'échange

- ☐ 1. Sans importance ☐ 2. Peu important
☐ 3. Assez important ☐ 4. Très important

30. La technologie un progrès et un risque

- ☐ 1. Sans importance ☐ 2. Peu important
☐ 3. Assez important ☐ 4. Très important

31. Les méthodes du travail

- ☐ 1. Sans importance ☐ 2. Peu important
☐ 3. Assez important ☐ 4. Très important

32. Disponibilité du matériel sur place

- ☐ 1. Sans importance ☐ 2. Peu important
☐ 3. Assez important ☐ 4. Très important

33. Manque du matériel nécessaire pour faire face à une urgence

- ☐ 1. Sans importance ☐ 2. Peu important
☐ 3. Assez important ☐ 4. Très important

3-Vos comportements face à votre travail

veuillez lire attentivement chacun de ces énoncés et indiquer comment il correspond à votre expérience en placant un X dans le cercle correspondant à votre réponse.

34. Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail

- ☐ 1. jamais
☐ 2. quelques fois par année au moins
☐ 3. une fois par mois au moins
☐ 4. quelques fois par mois
☐ 5. une fois par semaine
☐ 6. quelques fois par semaine
☐ 7. chaque jour

35. Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail

- ☐ 1. jamais
☐ 2. quelques fois par année au moins
☐ 3. une fois par mois au moins
☐ 4. quelques fois par mois
☐ 5. une fois par semaine
☐ 6. quelques fois par semaine
☐ 7. chaque jour

36. Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail

- ☐ 1. jamais
☐ 2. quelques fois par année au moins
☐ 3. une fois par mois au moins
☐ 4. quelques fois par mois
☐ 5. une fois par semaine
☐ 6. quelques fois par semaine
☐ 7. chaque jour

37. Je peux comprendre facilement ce que mes malades ressentent

- ☐ 1. jamais
☐ 2. quelques fois par année au moins
☐ 3. une fois par mois au moins
☐ 4. quelques fois par mois
☐ 5. une fois par semaine
☐ 6. quelques fois par semaine
☐ 7. chaque jour

38. Je sens que je m'occupe de certains malades de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets

- ☐ 1. jamais
☐ 2. quelques fois par année au moins
☐ 3. une fois par mois au moins
☐ 4. quelques fois par mois
☐ 5. une fois par semaine
☐ 6. quelques fois par semaine
☐ 7. chaque jour

39. Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'efforts

- ☐ 1. jamais
☐ 2. quelques fois par année au moins
☐ 3. une fois par mois au moins
☐ 4. quelques fois par mois
☐ 5. une fois par semaine
☐ 6. quelques fois par semaine
☐ 7. chaque jour

40. Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes malades

- ☐ 1. jamais
- ☐ 2. quelques fois par année au moins
- ☐ 3. une fois par mois au moins
- ☐ 4. quelques fois par mois
- ☐ 5. une fois par semaine
- ☐ 6. quelques fois par semaine
- ☐ 7. chaque jour

41. Je sens que je craque à cause de mon travail

- ☐ 1. jamais
- ☐ 2. quelques fois par année au moins
- ☐ 3. une fois par mois au moins
- ☐ 4. quelques fois par mois
- ☐ 5. une fois par semaine
- ☐ 6. quelques fois par semaine
- ☐ 7. chaque jour

42. J'ai l'impression, à travers mon travail, d'avoir une influence positive sur les gens

- ☐ 1. jamais
- ☐ 2. quelques fois par année au moins
- ☐ 3. une fois par mois au moins
- ☐ 4. quelques fois par mois
- ☐ 5. une fois par semaine
- ☐ 6. quelques fois par semaine
- ☐ 7. chaque jour

43. Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail

- ☐ 1. jamais
- ☐ 2. quelques fois par année au moins
- ☐ 3. une fois par mois au moins
- ☐ 4. quelques fois par mois
- ☐ 5. une fois par semaine
- ☐ 6. quelques fois par semaine
- ☐ 7. chaque jour

44. Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement

- ☐ 1. jamais
- ☐ 2. quelques fois par année au moins
- ☐ 3. une fois par mois au moins
- ☐ 4. quelques fois par mois
- ☐ 5. une fois par semaine
- ☐ 6. quelques fois par semaine
- ☐ 7. chaque jour

45. Je me sens plein (e) d'énergie

- ☐ 1. Jamais
- ☐ 2. Quelques fois par année au moins
- ☐ 3. Une fois par mois au moins
- ☐ 4. Quelques fois par mois
- ☐ 5. Une fois par semaine
- ☐ 6. Quelques fois par semaine
- ☐ 7. Chaque jour

46. Je me sens frustré(e) par mon travail

- ☐ 1. Jamais
- ☐ 2. Quelques fois par année au moins
- ☐ 3. Une fois par mois au moins
- ☐ 4. Quelques fois par mois
- ☐ 5. Une fois par semaine
- ☐ 6. Quelques fois par semaine
- ☐ 7. Chaque jour

47. Je sens que je travaille " trop dur " dans mon travail

- ☐ 1. Jamais
- ☐ 2. Quelques fois par année au moins
- ☐ 3. Une fois par mois au moins
- ☐ 4. Quelques fois par mois
- ☐ 5. Une fois par semaine
- ☐ 6. Quelques fois par semaine
- ☐ 7. Chaque jour

48. Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes malades

- ☐ 1. Jamais
- ☐ 2. Quelques fois par année au moins
- ☐ 3. Une fois par mois au moins
- ☐ 4. Quelques fois par mois
- ☐ 5. Une fois par semaine
- ☐ 6. Quelques fois par semaine
- ☐ 7. Chaque jour

49. travailler en contact direct avec les gens me stress trop

- ☐ 1. Jamais
- ☐ 2. Quelques fois par année au moins
- ☐ 3. Une fois par mois au moins
- ☐ 4. Quelques fois par mois
- ☐ 5. Une fois par semaine
- ☐ 6. Quelques fois par semaine
- ☐ 7. Chaque jour

50. J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes malades

- ☐ 1. Jamais
- ☐ 2. Quelques fois par année au moins
- ☐ 3. Une fois par mois au moins
- ☐ 4. Quelques fois par mois
- ☐ 5. Une fois par semaine
- ☐ 6. Quelques fois par semaine
- ☐ 7. Chaque jour

51. Je me sens ragaillardi(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes malades

- ☐ 1. Jamais
- ☐ 2. Quelques fois par année au moins
- ☐ 3. Une fois par mois au moins
- ☐ 4. Quelques fois par mois
- ☐ 5. Une fois par semaine
- ☐ 6. Quelques fois par semaine
- ☐ 7. Chaque jour

52. J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail

- ☐ 1. Jamais
- ☐ 2. Quelques fois par année au moins
- ☐ 3. Une fois par mois au moins
- ☐ 4. Quelques fois par mois
- ☐ 5. Une fois par semaine
- ☐ 6. Quelques fois par semaine
- ☐ 7. Chaque jour

53. Je me sens au bout de rouleau

- ☐ 1. Jamais
- ☐ 2. Quelques fois par année au moins
- ☐ 3. Une fois par mois au moins
- ☐ 4. Quelques fois par mois
- ☐ 5. Une fois par semaine
- ☐ 6. Quelques fois par semaine
- ☐ 7. Chaque jour

54. Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement

- ☐ 1. Jamais
- ☐ 2. Quelques fois par année au moins
- ☐ 3. Une fois par mois au moins
- ☐ 4. Quelques fois par mois
- ☐ 5. Une fois par semaine
- ☐ 6. Quelques fois par semaine
- ☐ 7. Chaque jour

55. J'ai l'impression que mes malades me rendent responsables de certains de leurs problèmes

- ☐ 1. Jamais
- ☐ 2. Quelques fois par année au moins
- ☐ 3. Une fois par mois au moins
- ☐ 4. Quelques fois par mois
- ☐ 5. Une fois par semaine
- ☐ 6. Quelques fois par semaine
- ☐ 7. Chaque jour

4-Vos attentes avec vos suggestions quant à l'avenir de la profession

56. Selon vous quel est le principal facteur de stress lié à votre profession?

57. Comment voyez-vous votre avenir ou celui de la profession?

58. Selon vous, quelles solutions peuvent être proposées pour remédier à ce syndrome d'épuisement professionnel à l'hôpital?

Bibliographie

Abdelaoui, M. Benayad, M. Beriyah, R & Bouchikhi, FZ. (2010). Etude des facteurs de stress chez les sages-femmes au niveau de bloc maternité à l'hôpital Al Farabi Oujda. Mémoire de fin d'étude du 1er cycle pour l'obtention du diplôme d'Etat, Sagefemme, Oujda, 2010, 37 p.

Alkandry, S. (2015). Burnout : comprendre pour agir. DoctineWS n° 82. Novembre 2015.

Berrada, I. (2010). Burnout des soignants : cet inquiétant phénomène. DoctineWS n° 22. Dimanche 11 juillet 2010.

Canoui, P. Mauranges, A & Florentin, A. (2015). Le burnout à l'hôpital : le syndrome d'épuisement professionnel des soignants. Elsevier Masson SAS, 5ème édition. 192 p.

Delbrouck, M. (2014). Le burnout du soignant : le syndrome d'épuisement professionnel. 2ème édition. 4ème tirage. 280 p.

Delbrouck, M. (2014). Burnout: comprendre et accompagner. Revue santé mentale n° 190. Septembre 2014.

Hansez, I. Mauriaux, P. Firket, P & Braeckman, L. (2010). Recherche sur le burnout au sein de la population active belge : Synthèse du rapport final. Avec le soutien du fonds social Européen. Liège.

Hautefeuille, N. (2013). Syndrome d'épuisement professionnel (burnout) du chirurgien-dentiste. Thèse pour le diplôme d'Etat de Docteur en chirurgie dentaire, Sous la direction de Mesdames les docteurs A Valérie et E Bénédicte. Paris, France, 2013, 176p.

Lahlou, F. (2013). Le burnout en milieu hospitalier à la ville de Fès : Enquête auprès des médecins .Mémoire pour l'obtention du diplôme de spécialité en médecine, Psychiatrie, sous la direction du Monsieur le professeur I Rammouz. Fès, Maroc, Juin 2013, 129 p.

Langevin, V. Boin, S. R, A & Francois, M. (2012). Risques psychosociaux : outils d'évaluation (Maslach Burnout Inventory). Références en santé au travail n° 131. Septembre, 2012.

Lourel, M. Gueguen, N & Mouda, F. (2007). L'évaluation du burnout de Pines : adaptation et validation en version française de l'instrument Burnout Measure Short version (BMS-10). Pratiques psychologiques 13 (2007) 353-364. Société française de psychologie, publié par Elsevier Masson SAS.

Lupien, S. (2016). Le burnout : Epuisement professionnel. Santé mentale et émotive, les maladies mentales, Passeport santé.

Marien, P. (2012). Analyse psychopathologique et interactionniste du stress professionnel chronique dans les métiers de l'urgence : Etude des facteurs de risque et mise en place d'un programme de prévention. Thèse n° 2017, Doctorat de l'université Bordeaux II, Mention sociétés, politique, santé publique, spécialité psychologie, sous la direction du Monsieur le professeur M Grégory. Bordeaux, France, Décembre 2012, 350p.

Matzner, A. Oberson, G. Tafer, N. De Blas, N & Sansonnens, N. (2008). Immersion en communauté, Université de Genève, Juin 2008, 43 p.

Mesters, P. (2007). Le burnout ou syndrome d'épuisement professionnel. Dossier, journal du conseil économique et social n° 10, Edition Robert Laffont. Paris.

Nazih, A. (2015). Stress chronique au travail : le mal insidieux. Edition n° 4676, le 29/12/2015.

Olie, J. P & Legeron, P. (2016). Le burnout. Académie nationale de médecine, Rapport, le 16 février 2016.

Peters, S & Mesters, P. (2007). Vaincre l'épuisement professionnel: Toutes les clés pour comprendre le burnout. Editions Robert Laffont, S.A. 251 p.

Rakotomalala, R. (2015). Analyse de corrélation : Etude des dépendances/variables quantitatives, version 1.1. Université lumière Lyon 2 .2015, 105p.

Sahti, K. (2016). Le burnout guetterait plus de 40% des professionnels de la santé. ACTU médecine n° 4732, 24 mars 2016.

Wiertz, R & Boitrelle, A. (2012). Etude de la prévalence du syndrome d'épuisement professionnel auprès des psychiatres hospitalières du Nord Pas de Calais. ½ Journée de la fédération régionale de recherche en santé mentale, 28 Juin, 2012.