

Ministère de l'Enseignement Supérieur
Et de la Recherche Scientifique

REPUBLIQUE DU MALI

UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI



UNIVERSITE DES SCIENCES DES
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES
DE BAMAKO

FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE



ANNEE UNIVERSITAIRE 2022-2023

N°

TITRE

**Évaluation de l'Épuisement Professionnel chez les
Diplômes d'Études Spécialisées (D.E.S.) aux Centres
Hospitalo-Universitaires du Point G et Gabriel Touré
Bamako, Mali**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 29 /07 /2023 devant la
Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS).

Par : M. Jean DOUYON

**Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine
(Diplôme d'Etat)**

Jury

Président : M. Sékou F TRAORE, *Professeur FAPH*

Membre : M. Souleymane dit Papa COULIBALY, *Maître de conférences FMOS*

Co-directeur : M. Modibo SANGARE, *Maître-assistant FMOS*

Directrice : Mme Fatoumata DICKO-TRAORE, *Professeur FMOS*

Évaluation de l'épuisement professionnel chez les DES au CHU POINT-G et au CHU Gabriel Touré

DEDICACES

Je dédie ce travail à:

L'éternel, Dieu tout puissant, le miséricordieux, le seul et unique créateur du ciel et de la terre; gloire à son nom. Tu me dis chaque jour: « **Aies pleinement confiance en moi qui suis chef de toute autorité et de toute domination** ». Colossiens 2:10.

Qui par sa grâce et sa bonté nous a permis de mener à bien ce travail.

Mon père feu Adégné Kéné DOUYON :

Papa ce travail est le tien. En plus d'être un guide pour nous dans la vie ; tu nous as appris le sens du travail, de la responsabilité, de la morale, de la dignité et de l'humilité. Tu es un exemple pour toute la famille car tu fus un travailleur acharné, rigoureux et exigeant envers toi-même et envers les autres. Je te suis toujours pris en exemple pour faire face aux énormes défis qui se sont présentés au fil de toutes ces années d'étude. Ton encouragement, ta patience, ton soutien tant moral qu'affectif, matériel et financier a contribué à la finalisation de ce travail. J'espère te rendre fier de moi à travers ce travail.

Nous sommes fiers de toi et cela pour toujours.

Ma mère Rébecca GUINDO :

Tes prières et tes bénédictions m'ont été d'un grand secours pour mener à bien mes études. Femme affectueuse, femme généreuse, femme travailleuse, femme patiente, femme courageuse, femme vertueuse, telles sont les qualités qui font de toi une personne admirable. Aucune dédicace ne saurait être assez éloquente pour exprimer ce que tu mérites pour tous les sacrifices que tu as dû consentir depuis ma naissance, durant mon enfance et même à l'âge adulte. Que Dieu te préserve et t'accorde santé, bonheur, longévité afin que tu profites du fruit de ce travail et que tu continues à faire des bénédictions pour nous. Merci Maman, Je ne te remercierai jamais assez.

Évaluation de l'épuisement professionnel chez les DES au CHU POINT-G et au CHU Gabriel Touré

REMERCIEMENTS :

Mes tantes :

Votre affection, votre soutien et vos conseils ne m'ont jamais fait défaut. Sachez que je vous aime profondément. Vous occupé une très grande place dans la réalisation de ce travail. Que DIEU, le clément, le miséricordieux nous bénisse et nous accorde ce que nos cœurs désirent.

Mes oncles :

Ce travail a été réalisé grâce à vos sages conseils et aux sacrifices que vous avez consentis pour moi. Je profite ici de l'occasion pour vous témoigner de toute ma reconnaissance. Merci pour vos prières, pour votre soutien inconditionnel aussi bien moral, affectif, matériel ou financier.

A mes frères : Paul, Joseph, Adama, David, Michel, Abraham, Gédéon

Recevez par ce travail le signe de mes sentiments affectueux et fraternels. La fraternité n'a pas de prix, j'espère et je souhaite qu'elle reste sacrée entre nous.

A mes sœurs: Eunice, Tabitha, Sara, Nèma

Je ne saurais jamais vous remercier assez d'avoir renforcé ma motivation et de m'avoir toujours poussée à poursuivre mes rêves. Vous ne cessez d'exprimer votre fierté à mon égard, j'espère toujours être à la hauteur de cet honneur.

Mention spéciale à la famille GUINDO à Kati:

Que dire ? Comment exprimer ce que je ressens ? Où trouver les mots qu'il faut pour vous remercier ? Famille d'accueil, l'hospitalité, je ne vous remercierai jamais assez pour tout le soutien dont j'ai bénéficié auprès de vous, je ne me suis jamais senti loin de ma famille biologique. C'est le moment de vous témoigner toute ma gratitude. J'espère que vous allez trouver dans ce travail, le témoignage de mes sentiments les plus sincères et les plus affectueux. Puisse

Évaluation de l'épuisement professionnel chez les DES au CHU POINT-G et au CHU Gabriel Touré

Dieu, vous protéger, vous procurer bonne santé, vous aider à réaliser vos vœux les plus chers.

A mes cousins et cousines:

Je vous réitère tout mon attachement fraternel, Vos affections, encouragements et soutiens m'ont apporté réconfort et consolation. Vous avez été d'un apport inestimable dans l'élaboration de ce travail. Soyez rassurés de ma sincère reconnaissance et de ma profonde gratitude.

A mes amis d'enfance : Akouni, Pierre, Caleb, Mamoudou, Amadingue, Esaïe, Moctar, Youssouf.

On a ri et pleuré ensemble, on s'est entr'aïdé et on s'est accepté mutuellement. De vous voir prospérer et réussir dans tous les aspects de votre vie est l'objet de mes prières quotidiennes. Je suis reconnaissante de vous avoir dans ma vie et je chérirai toujours le lien qui nous rassemble.

A mes amis de la FMOS-FAPH :

Dr Hama Kanambaye, Dr Zacharie Saye, Dr Paul Guindo, Dr Jacques Arama, Dr Gédéon Guindo, Dr fidèle Guindo, Dr Amos Coulibaly, Dr Pierre Diarra Dr Alassane Djiré, Dr Moussa Telly, M. Eric Diarra, Dr Sine Diakite.

Les gars les mots me manquent pour vous exprimer toute ma gratitude. Avec qui partager autant de peines et de joie à part vous ? Merci pour le soutien indéfectible et les conseils. Je suis très chanceux de vous avoir dans ma vie.

A mes camarades de la 11^{ème} promotion du numerus clausus :

Moussa Komou, Abdoulaye Douyon, Elly Togo, Abdoulaye Pamateck, Soumaila Samaké, Sana Kouriba.

Camarades, nous avons surmonté ensemble toutes nos difficultés. Ça n'a pas été facile mais nous y sommes arrivés. Merci à vous pour vos divers soutiens.

**Évaluation de l'épuisement professionnel chez les DES au CHU POINT-G et au
CHU Gabriel Touré**

Tout le personnel du Centre de Santé de la mission Catholique de Kati :

Vifs remerciements pour votre soutien ; particulièrement Mme Dioni Berthe Coulibaly, M. Marka Dembélé.

Merci pour votre esprit d'équipe et la fraternité que vous m'avez accordé.

A toutes les Sœurs Religieuses :

Merci pour vos prières et soutien de tout genre ; particulièrement

Sœur Margueritte Samaké, Sœur Marie René Keita, Sœur Rosalie Koné.

La famille feu David Sogoba :

Un infini merci pour votre soutien de tout genre.

Mes frères et sœurs de l'Association Santé Pour Christ (ASPC)

Merci pour vos encouragements et les enseignements que j'ai appris auprès de vous.

Tout le personnel du décanat de la faculté de Médecine et d'Odonto-Stomologie (FMOS).

A tous ceux qui m'ont aidé dans la réalisation de cette thèse :

Je n'oublierai jamais le moindre soutien tant matériel que moral.

Je vous remercie infiniment pour tout ce que vous avez fait pour moi, que chacun trouve ici l'expression d'une gratitude profonde même ceux dont les noms ne figurent pas.

**Évaluation de l'épuisement professionnel chez les DES au CHU POINT-G et au
CHU Gabriel Touré**

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A NOTRE MAÎTRE ET PRESIDENT DU JURY

Professeur Sékou Fantamady TRAORE

- PhD en Entomologie médicale
- Responsable de l'enseignement de la biologie cellulaire à la FMOS
- Responsable de l'enseignement de la zoologie à la FAPH
- Directeur du Département Entomologie à la MRTC

Honorable maitre

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations. Nous avons eu la chance et le privilège de profiter de votre culture scientifique votre disponibilité, votre rigueur scientifique dans les activités et votre qualité humaine font de vous un maitre hors pair. Veuillez trouver ici cher maître le témoignage de notre sincère reconnaissance.

**Évaluation de l'épuisement professionnel chez les DES au CHU POINT-G et au
CHU Gabriel Touré**

A NOTRE MAÎTRE ET MEMBRE DU JURY

Professeur Souleymane Dit Papa COULIBALY

- Ancien interne des hôpitaux du Mali.
- Praticien hospitalier au service de psychiatrie du CHU Point G
- Maître de conférences à la FMOS
- Membre de la Société Malienne de Santé Mentale (SOMASAM).
- Membre de la Société Africaine de Santé Mentale (SASM).
- Secrétaire général du Consortium Human Heredity and Health in Africa.
- Chef de service de Psychiatrie du CHU Point G

Cher Maître,

Vous êtes pour nous le modèle scientifique par excellence. Votre humanisme et votre empathie forcent le respect et l'admiration pour vos élèves que nous sommes. Malgré vos multiples occupations vous nous avez donné la chance d'intégrer votre équipe, acceptant ainsi de porter un regard critique sur notre travail. Veuillez croire cher maître, en l'expression de notre profonde gratitude. Que le Tout Puissant vous donne la force d'aller encore plus loin. Amen !

**Évaluation de l'épuisement professionnel chez les DES au CHU POINT-G et au
CHU Gabriel Touré**

A NOTRE MAÎTRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE

Docteur Modibo SANGARE

- Docteur en médecine
- Enseignant chercheur et Maitre-assistant à la Faculté de Médecine et D'Odontostomatologie
- Enseignant titulaire des cours d'anglais à la Faculté de Médecine et D'Odontostomatologie
- PhD en Neurosciences

Cher Maître,

Nous avons été impressionnés par votre disponibilité, votre simplicité, votre abord facile tout au long de cette thèse. Pendant tout notre séjour dans le service, nous avons été émerveillés par votre façon de travailler ; vous êtes sans doute un encadreur rigoureux, méthodique. Nous garderons de vous l'image d'un homme respectueux, courageux et modeste. Nous sommes très fiers d'avoir appris auprès de vous et nous espérons avoir été à la hauteur de vos attentes. Veuillez accepter, cher maître, dans ce travail l'assurance de notre sincère reconnaissance et de notre profond respect.

**Évaluation de l'épuisement professionnel chez les DES au CHU POINT-G et au
CHU Gabriel Touré**

A NOTRE MAÎTRE ET DIRECTRICE DU JURY

Professeur Fatoumata DICKO TRAORE

- Professeur Titulaire en Pédiatrie
- Chef de service de néonatalogie du CHU Gabriel Touré
- Secrétaire générale de l'Association Malienne des Pédiatres (AMAPED)
- Secrétaire générale de l'Association des Pédiatres d'Afrique Noir Francophone
- Membre du collège Ouest Africain des médecins
- Coordinatrice nationale du diplôme d'étude spécialisée en médecine communautaire.

Cher Maître, C'est un grand honneur que vous nous avez fait en acceptant de diriger ce travail. Les mots nous manquent pour exprimer tout le bien fait que nous pensons de vous. Nous avons été très impressionnés par votre simplicité, votre qualité de pédagogie et votre grande disponibilité. Votre amour du travail bien fait, fait de vous un maître respecté et admiré de tous. Recevez ici, cher maître, l'expression de nos salutations les plus respectueuses et de nos sincères remerciements. Puisse le bon Dieu vous accorder santé et longévité.

Évaluation de l'épuisement professionnel chez les DES au CHU POINT-G et au CHU Gabriel Touré

SIGLES ET ABBREVIATIONS

ANACT : Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions du Travail

ANFH : Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier

ARS : Agence Régionale de Santé

AS : Aide-Soignant

CHSCT : Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIRC : Centre International pour la Recherche sur le Cancer

CME : Commission Médicale d'Etablissement

CNAM : Conservatoire National des Arts et Métiers

CNIL : Commission Nationale de l'Information et des Libertés

CRRMP : Comité Régional de Reconnaissance des Maladies Professionnelles

DARES : Direction de l'Animation de la Recherche, des Etudes et des Statistiques

DGI : Direction Générale des Impôts

DGOS : Direction Générale de l'Offre des Soins

DMP : Dossier Médical Personnel

DMS-IV : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

DUERP : Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels

EHPAD : Etablissement d'Hébergement des Personnes Agées Dépendantes

ERI-Q : Effort-Reward Imbalance Questionnaire

Évaluation de l'épuisement professionnel chez les DES au CHU POINT-G et au CHU Gabriel Touré

ESENER : European Enterprise Survey on New and Emerging Risks

EU-OSHA : European Agency for Safety and Health at Work,

EVA : Echelle Visuelle Analogique

EVREST : EVolutions et RELations en Santé au Travail

FPE : Fonction Publique d'Etat

FPH : Fonction Publique Hospitalière

FPT : Fonction Publique Territoriale

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : Hôpital, Patients, Santé et Territoires

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

IMC : Indice de Masse Corporelle

INRS : Institut National de Recherche et de Sécurité

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

JCQ : Job Content Questionnaire

MBI : *Maslach Burnout Inventory*

MTPH : Médecine du Travail du Personnel Hospitalier

NWI-EO : Nursing Work Index Extended Organisation

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONVS : Observatoire National des Violences en milieu de Santé

OR2S : Observatoire Régional de la Santé et du Social

ORSOSA : ORganisation des SOins-SAnté

RAIVHAT : Réseau d'Analyse et d'Intervention face à la Violence et au
Harcèlement au Travail

RPS : Risques Psycho-Sociaux

SGA : Syndrome Général d'Adaptation

**Évaluation de l'épuisement professionnel chez les DES au CHU POINT-G et au
CHU Gabriel Touré**

SUMER : Surveillance Médicale des Expositions aux Risques professionnels

T2A : Tarification à l'Activité

TMS : Troubles Musculo-Squelettiques

UCP : Unité Centrale de Production

UNCAM : Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie

VAI : Veille, Alerte et Intervention

WCC : *Ways of Coping Check list*

WCC-R : *Ways of Coping Check list-Revised*

< : Inférieur

> : Supérieur

% : Pourcentage

Évaluation de l'épuisement professionnel chez les DES au CHU POINT-G et au CHU Gabriel Touré

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Répartition des enquêtés selon la tranche d'âge.....	47
Tableau II : Répartition des enquêtés selon le sexe.	47
Tableau III : Répartition des enquêtés selon la spécialité.	48
Tableau IV : Répartition des enquêtés selon le statut matrimonial.	48
Tableau V : Répartition des enquêtés selon le nombre d'enfants.	49
Tableau VI : Répartition des enquêtés selon le nombre d'heures de travail.	50
Tableau VII : Répartition des enquêtés selon nombre de jours de travail par semaine.	50
Tableau VIII : Répartition des enquêtés selon les horaires de travail dans la nuit.	51
Tableau IX : Répartition selon les troubles neuropsychiques.	52
Tableau X : Répartition selon les habitudes	53
Tableau XI : Le score et l'interprétation du questionnaire de l'épuisement professionnel.	54
Tableau XII : Répartition des participants selon la réponse a la question « Avez-vous déjà fait un traitement pour le stress ? »	54

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Le syndrome général d'adaptation selon Selye [26].....	14
Figure 2: Schématisation du modèle de Lazarus et Folkman	15
Figure 3: Le modèle du stress de Karasek et Theorell [30].	17
Figure 4: Le modèle de Siegrist [40]	21

**Évaluation de l'épuisement professionnel chez les DES au CHU POINT-G et au
CHU Gabriel Touré**

TABLE DES MATIERES

I.	INTRODUCTION.....	1
II.	Problème, Hypothèses et Questions de recherche	4
III.	OBJECTIFS.....	6
IV.	GENERALITES	8
V.	METHODES	43
VI.	RESULTATS.....	47
VII.	DISCUSSION	56
VIII.	CONCLUSION.....	61
IX.	REFERENCES.....	65
X.	ANNEXES	72

INTRODUCTION

I. INTRODUCTION

L'évolution du monde de travail a entraîné l'intensification du rythme de travail, la diminution des effectifs, la flexibilité et la précarité des emplois. Toutes ces conditions ont placé au-devant de la scène des risques professionnels encore peu étudiés par les politiques et les entreprises en comparaison à d'autres risques (chimiques, physiques et biologiques) : Ce sont des risques psychosociaux dits « risques émergents ». Il s'agit du « stress », de la « violence », du « harcèlement moral », de la « souffrance au travail » ... autant d'expressions [1].

Les données épidémiologiques mondiales fournissent des éléments convaincants sur les effets des facteurs de risque psychosociaux sur la santé humaine. Elles soulignent en effet leurs effets importants dans la survenue des maladies cardiovasculaires, des affections de la santé mentale et des troubles musculo-squelettiques [1].

Toutes ces données démontrent un accroissement de ces pathologies pouvant atteindre 50% à 100% en cas d'exposition élevée aux facteurs de risques psychosociaux au travail [2,3]. En plus, il est important de souligner la particularité des agents de santé face aux risques psychosociaux. Car, au-delà des risques professionnels classiques inhérents aux activités ordinaires de travail (risques physiques, chimiques et biologiques), ils accumulent des risques propres liés à leur travail de soignants : risques biologiques élevés et risques psychosociaux (stress) cela par le fait, du contact avec des personnes en souffrance, des horaires de travaux fluctuants et du contact avec le public [4].

Au Québec, plus de 88 % sur 295 des paramédicaux qui avaient participé à une étude présentaient au moins un facteur de risque de maladie cardiovasculaire chez les professionnels exposés aux forts risques psychosociaux. De même, cette étude spécifiait que ces paramédicaux réalisaient un travail à risque pouvant affecter aussi leur santé mentale et physique [5]. En France, un travailleur sur deux déclare être stressé au travail et ressentir intensément les rythmes imposés et/ou un manque de reconnaissance au regard de l'implication déployée [6]. Au

Évaluation de l'épuisement professionnel chez les DES au CHU POINT-G et au CHU Gabriel Touré

Congo-Brazzaville, le travail d'Ebatetou et al sur les « troubles du sommeil et travail posté chez les infirmiers d'un hôpital du Congo-Brazzaville » a montré que 44,1% présentaient des risques psychosociaux élevés [7].

Au Mali, quelques études ont été réalisées sur le sujet à savoir en 2021 par Dr NYANKE Romuald [8] qui a obtenu une fréquence de burnout à 65,5% mais également en 2023 par Tangara A [9] qui a obtenu une fréquence de 11%.

Dans le but d'évaluer les facteurs de risques psychosociaux chez les professionnels de santé inscrits en D.E.S. aux centres hospitalo-universitaires (C.H.U.) Point G et Gabriel TOURE nous avons décidé de mener cette étude.

**HYPOTHESE ET QUESTION
DE RECHERCHE**

II. Problème, Hypothèses et Questions de recherche

2.1. Problème de Recherche

Les médecins en spécialisation clinique doivent prendre des cours intensifs dans la plupart du temps en mode classe inversée. Au même moment, ils doivent faire des gardes régulières dans le service et aux urgences au nom de leur service. Ils doivent aussi travailler dans les cliniques et les cabinets privés pour épargner de l'argent en vue de payer les frais de scolarité et les dépenses liées à la prise en charge de leur famille. Cette situation leurs expose à un risque non négligeable de burnout ou épuisement professionnel.

2.2. Hypothèses de Recherche

2.2.1. Hypothèse Nulle H_0

- ❖ La proportion de D.E.S. aux CHU Point G et Gabriel TOURE, Bamako, Mali atteinte de burnout ou épuisement professionnel est similaire à celle rapportée en Afrique.

2.2.2. Hypothèse Alternative H_1

- ❖ La proportion de D.E.S. aux CHU Point G et Gabriel TOURE, Bamako, Mali atteinte de burnout ou épuisement professionnel est différente de celle rapportée en Afrique.

2.3. Questions de Recherche

- ❖ Quelle est la proportion de D.E.S. aux CHU Point G et Gabriel TOURE, Bamako, Mali atteinte de burnout ou épuisement professionnel ?
- ❖ Quels sont les facteurs de susceptibilité au burnout chez les médecins en spécialisation au CHU Point G et Gabriel TOURE, Bamako, Mali ?

OBJECTIFS

III. OBJECTIFS

3.1. Objectif général

Évaluer le syndrome d'épuisement professionnel chez les étudiants inscrits aux diplômes d'études spécialisées (D.E.S.) au CHU du Point G et Gabriel TOURE, Bamako, Mali

3.2. Objectifs spécifiques

- ❖ Étudier la fréquence d'épuisement professionnel chez les D.E.S. au CHU du Point G et Gabriel TOURE, Bamako, Mali ;
- ❖ Identifier les facteurs associés au burnout chez les D.E.S. au CHU Point G et Gabriel TOURE, Bamako, Mali ;

GENERALITES

IV. GENERALITES

À partir des années 1980, et surtout 1990, face à la montée de l'instabilité de l'environnement et de l'exposition à la concurrence internationale, les entreprises ont développé la recherche de gains de productivité et la réduction de l'ensemble des coûts. Elles ont transformé l'organisation de la production, notamment en développant la standardisation des lignes de production, la production juste-à-temps, les démarches de qualité totale, la déconcentration productive, ou encore le recours à la sous-traitance [9]. Concernant l'emploi, elles ont réagi par un accroissement de la productivité et une recherche de flexibilité tant quantitative que qualitative (diversification des horaires de travail, polyvalence, développement de formes d'emploi atypiques, externalisation des activités). Parallèlement, l'informatisation et les nouvelles technologies de l'information ont révolutionné le contrôle du travail [9]. Au total, ces changements organisationnels, visant à rendre les salariés plus autonomes, plus responsables et nécessitant de nouveaux savoir-faire, ont dans de nombreux cas, rendu le travail plus intéressant, mais au prix d'une intensification et d'une dégradation des conditions de travail [10,11] ; ils ont par ailleurs bousculé la structure verticale de l'emploi propre au modèle taylorien [12].

Par ailleurs, alors que la part de l'industrie dans l'emploi diminue, celle du tertiaire progresse, et favorise l'expansion des activités de service pour répondre aux besoins des entreprises et des personnes.

La pression sociale agit comme un stimulant de l'intervention publique. La volonté d'améliorer les conditions de travail va alors trouver un large écho dans les milieux politiques. Cela s'est traduit par la création, en décembre 1973, de l'Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT) et l'adoption de lois et de règlements qui ont conduit à la mise en œuvre de réformes [13].

1. Une histoire récente de liens santé-travail

L'expression « risques psychosociaux » (RPS) est apparue récemment dans les préoccupations des professionnels de la santé au travail. On peut situer son émergence au cours des années 2000 comme une extension du vocable « stress », qui a servi de cadre de référence, même si ces risques sont initialement apparus dans les années 1970 avec les changements profonds du monde du travail [14]. Cette notion de « stress » est plus ancienne, assez bien définie et recouvre des cadres théoriques explicatifs circonscrits. A l'époque le terme de RPS n'est pas vraiment stable, impliquant des concepts particulièrement poreux qui désignent soit des causes d'origine professionnelle, qualifiées de risques professionnels (comme par exemple, ceux du registre de l'organisation ou du management), soit des effets sur la santé (le stress, le harcèlement, la violence interne, la violence externe, le burnout, les addictions, la souffrance, etc...). À ce flou sémantique s'ajoutent des difficultés épistémologiques et méthodologiques, car ces risques sont au carrefour des sphères personnelles et professionnelles et touchent à la subjectivité comme à la difficulté d'authentifier les troubles. Toutefois, cette notion se diffuse toujours dans l'espace public, soutenue par les effets médiatiques de suicides survenus au sein de grandes entreprises et par le nombre croissant de décisions rendues par la justice relatives aux RPS, au-delà même des problèmes théoriques et méthodologiques qu'elle pose.

2. Sur et autour de la notion de « risque psychosocial »

D'après la définition de la santé de l'OMS, non amendée depuis 1948, la santé se conçoit comme un « état complet de bien-être physique, psychique et social et non uniquement comme absence de maladie ou d'infirmité ». Le concept de santé s'avère donc être multidimensionnel : la santé dépendrait de nombreux facteurs et serait une expérience subjective, personnelle voire même culturelle. Cette définition de la santé fait référence au contexte biologique mais également psychosocial de l'individu [15]. Cependant le terme « psychosocial »

Évaluation de l'épuisement professionnel chez les DES au CHU POINT-G et au CHU Gabriel Touré

est de nos jours un concept utilisé à grande échelle [16], d'où la nécessité de situer plus précisément ce que ce concept sous-entend.

Les termes « risques psychosociaux » laissent à penser que le psychosocial, c'est à dire la relation à l'autre, est toxique et représente un risque pour la santé.

Toutes les approches de la santé montrent que le « psychosocial » n'est pas un « risque » et ne peut en aucun cas être posé en référence à cette catégorie ; il est au contraire une dimension consubstantielle à la vie des personnes au travail et il ne peut être approché que comme une donnée même de la vie sociale en entreprise. Le terme de « risques » dans ce domaine est très ambigu.

Première notion sous-entendue : celle de « danger ». Le risque se définit comme la probabilité qu'une exposition au danger entraîne un dommage et les stratégies de prévention se doivent donc de faire en sorte que l'exposition soit nettement en dessous du niveau où vont apparaître les dommages ».

S'agissant des contextes en cause à l'occasion des actions sur les « RPS » et des pathologies associées, aucun danger ne peut être identifié en tant que tel. Nous savons que les causes sont multiples, se combinent à l'infini. Des facteurs d'organisation ont bien été mis en évidence comme favorisant des situations pathogènes, mais il n'existe pas à priori une ou des situations de « danger » ou un type « d'organisation dangereuse » pouvant dans une relation univoque de type « cause-effet », sur le modèle de la prévention classique, provoquer des effets pathogènes sur la santé des salariés.

Dans le même ordre d'idée, le concept de « risques » sous-entend la notion de « seuil » limite d'exposition. Là aussi, tant l'expérience d'intervention que les données scientifiques montrent l'incohérence de cette notion, s'agissant de contextes éminemment variables dans le temps et l'espace, de causes multiples, d'individus avec leur subjectivité.

Évaluation de l'épuisement professionnel chez les DES au CHU POINT-G et au CHU Gabriel Touré

Enfin, dernier pilier de cette approche préventive classique sous-entendue par le concept de risques, celui relatif à l'action de prévention : la prévention vise logiquement à éliminer les risques ou, à défaut, les réduire notamment par des dispositifs d'éloignement ou de protection par rapport aux contextes dangereux ; et ceci, souvent, par des processus de normalisation de ces contextes ou de normes d'hygiène du comportement [17]. Là aussi, cette approche est largement mise en défaut sur ce thème. L'approche du Réseau ANACT privilégie le point de vue que le travail est d'abord une opportunité essentielle pour construire sa santé par opposition à l'idée d'un travail d'abord « porteur de risques ». C'est dans le travail, en affrontant ses difficultés - et notamment au travers de la résolution des problèmes liés à l'écart entre le prescrit et le réel - que l'individu peut développer ses capacités, ses relations aux autres et ainsi construire sa santé. L'utilisation en intervention des concepts de « tensions » et de « régulation » [18] met bien en avant les difficultés du travail comme inhérentes à la situation professionnelle, mais sont tout autant déterminantes les réponses individuelles et collectives des salariés comme modes de construction de la santé, dans un processus plutôt de type « chaotique » et dont le résultat n'est jamais acquis de façon définitive. L'objet de l'action en entreprise sur ce thème devient moins alors la « réduction de risques » que la recherche du développement de moyens de « régulation » des difficultés et de la création d'environnements de travail [19] qui permettent aux salariés de développer leurs capacités. Cette approche s'inscrit alors moins dans une approche « réductrice des risques » que dans une approche dynamique et constructrice de la santé en agissant sur les capacités des organisations, cibles principales de l'action, à favoriser des processus vertueux tant pour des raisons de santé au travail que de performance. On est loin aussi des processus de normalisation surtout lorsqu'ils portent sur les comportements des individus.

Ainsi, nombreuses sont les ambiguïtés autour des « risques psychosociaux », sur la notion elle-même, mais plus généralement sur ce qu'elle infère. Pour autant cette expression nous permet d'agir et d'appuyer des transformations en

Évaluation de l'épuisement professionnel chez les DES au CHU POINT-G et au CHU Gabriel Touré

entreprise qui s'ouvrent plutôt vers cette conception large et constructrice de la santé.

Des risques difficiles à identifier, mais très présents

Comme nous venons de le voir, ces « nouveaux risques professionnels », caractérisés par leur subjectivité, leur multi causalité et l'absence de consensus conceptuel sont difficiles à définir, alors même qu'ils demeurent très présents dans le monde du travail et qu'ils constituent, à ce titre, un enjeu majeur de santé publique. [20 ; 21 ; 22]

A ce jour, les RPS au travail ne sont définis ni scientifiquement ni juridiquement. Toutefois nous retiendront la définition acceptée aujourd'hui, celle rendue dans son rapport final par le Collège d'expertise sur les risques psychosociaux missionné par le Ministère du travail en 2011 pour définir les indicateurs statistiques pour le suivi des RPS : « les risques psychosociaux au travail sont des risques pour la santé mentale, physique et sociale, engendrés par les conditions d'emploi et les facteurs organisationnels et relationnels susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental » [23].

Cette définition distingue clairement deux notions essentielles dans les sciences de prévention : [24 ; 25]

- le risque qui est la probabilité d'apparition d'un effet négatif redouté (atteintes à la santé mentale et physique ou dysfonctionnements sociaux) ;
- les facteurs de risque qui sont les éléments de tout type (relationnels, organisationnels ou appartenant aux conditions d'emploi) qui constituent la source du risque ou les éléments de majoration du risque.

Elle a le mérite d'inclure les éléments nécessaires à une démarche scientifique :

- les causes : les conditions d'emploi, les facteurs organisationnels et relationnels
- le mécanisme : l'interaction avec le fonctionnement mental
- les effets : l'altération de la santé mentale, physique et sociale.

Plusieurs modèles scientifiques du stress professionnel ont été développés pour essayer d'expliquer les problématiques complexes liées aux RPS. Ces modèles visent à décrire l'organisation du travail telle que la perçoivent les travailleurs. Ils représentent également un bon outil pour étudier l'analyse entre le travail et la santé.

2.1.1. Le modèle spécifique de Selye

Le stress peut être considéré comme la réponse de l'organisme à toute demande qui lui est faite, dans une finalité d'adaptation. Il s'agit d'un ensemble de symptômes non spécifiques qui apparaissent quelle que soit la nature de l'agression. Le stress correspond à des manifestations organiques non spécifiques en réponse à une agression physique. L'ensemble de ces réponses non spécifiques est provoqué par un agent agressif physique entraînant des réponses stéréotypées [26].

Selye, endocrinologue canadien d'origine autrichienne, considéré comme le « père » de la notion biologique ou physiologique du stress, a élaboré, en 1956, un modèle théorique le "Syndrome Général d'Adaptation" (SGA) qui précise qu'à la suite d'un stress, l'organisme a pour objectif de rétablir « l'homéostasie » [26].

Le "Syndrome Général d'Adaptation" se déroule en trois phases :

- une première, dite phase d'alarme (ou de choc) correspond à la réaction immédiate à l'exposition soudaine à un stressor, à laquelle l'individu n'était pas préparé. Toutes les défenses sont mobilisées pour faire face à l'agression. Elle est constituée d'un ensemble de symptômes qui reflètent la souffrance de l'organisme et peut durer de quelques minutes à plusieurs heures.
- la seconde, dite phase de résistance (ou d'habituation) a lieu si la situation se prolonge et correspond aux phénomènes adaptatifs développés pour faire face à la situation (mise en action de l'axe hypothalamo-hypophyso-

Évaluation de l'épuisement professionnel chez les DES au CHU POINT-G et au CHU Gabriel Touré

corticosurrénalien). Les manifestations physiologiques de la phase d'alarme s'atténuent, mais l'organisme poursuit sa « lutte » face au stresser.

- la troisième, dite phase d'épuisement est l'étape ultime qui survient si l'agent causal est suffisamment stressant, et l'exposition à celui-ci suffisamment prolongée, les capacités d'adaptation d'un être vivant étant toujours limitées. Les capacités adaptatives physiques et psychologiques sont dépassées, des manifestations pathologiques peuvent alors être observées. Dans cette phase on peut intégrer le « burnout syndrome » dont l'avatar ultime serait le « karoshi » nippon (la mort par le travail).

On peut résumer le syndrome général d'adaptation par le schéma suivant :

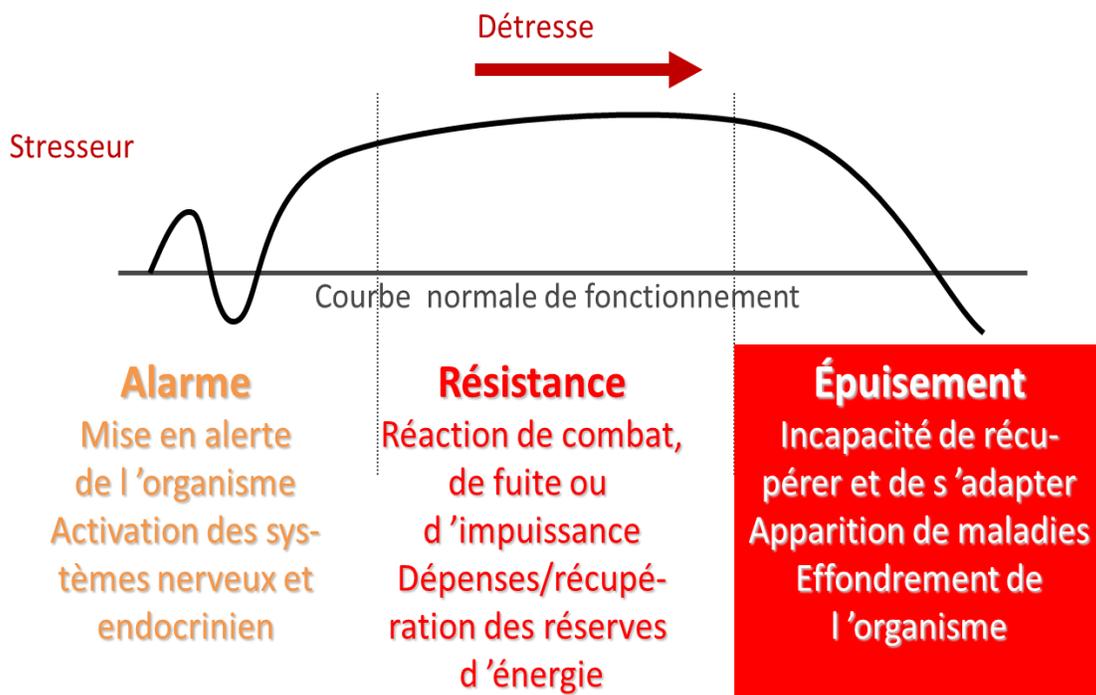


Figure 1: Le syndrome général d'adaptation selon Selye [26]

Évaluation de l'épuisement professionnel chez les DES au CHU POINT-G et au CHU Gabriel Touré

Si l'agression persiste en durée et en intensité, l'organisme perd ses ressources adaptatives et les conséquences sont négatives [27].

2.1.2. Le modèle théorique du stress, coping et adaptation

Le stress peut être vu comme le résultat d'une relation dynamique entre l'individu et les exigences de l'environnement, les ressources individuelles et sociales pour faire face à ces demandes, et la perception par l'individu de cette relation. C'est un processus par lequel des événements menaçants provoquent des comportements d'ajustement face à cette menace.

Il y a un stress quand une situation a été évaluée par le sujet comme impliquant et comme excédant ses ressources adaptatives [28]. Par conséquent, le stress dépend autant de la situation environnementale que des ressources ou des capacités pour y faire face. Le modèle développé par Lazarus et Folkman en 1984 met en évidence trois types de variables intervenant dans l'évaluation de stress: les prédicteurs, les médiateurs, les effets à court et à long termes [29]

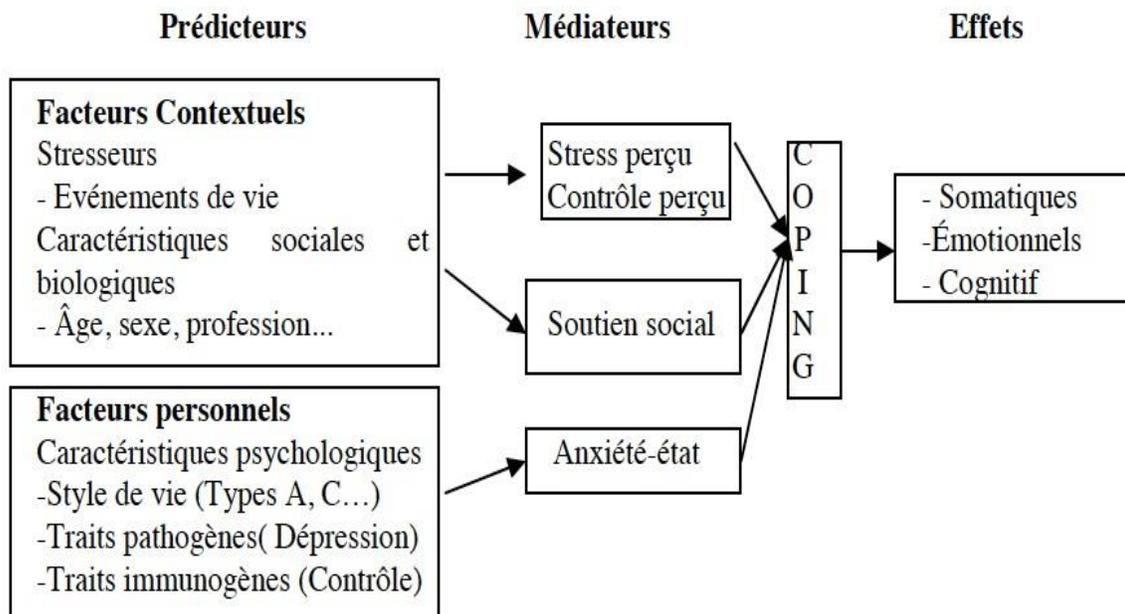


Figure 2: Schématisation du modèle de Lazarus et Folkman

Évaluation de l'épuisement professionnel chez les DES au CHU POINT-G et au CHU Gabriel Touré

Ce modèle souligne que le stress psychologique est déterminé par la perception individuelle de la relation spécifique avec l'environnement. Cette perception résulte de facteurs personnels et de facteurs contextuels ou environnementaux. Le constat de Lazarus et Folkman est que la prise en compte des prédicteurs (variables personnelles et variables environnementales) ne suffit pas à expliquer les conséquences sur la santé et sur le comportement des individus [29]. D'où la nécessité de déterminer la réaction face aux demandes environnementales et de décrire comment ces demandes peuvent affecter les processus d'adaptation de l'individu à long terme.

Le questionnaire « *Ways of coping check list* » (ou WCC), élaboré à partir du modèle de Lazarus, existe en une version complète et une plus courte (WCC-R).

Le modèle de Karasek et Theorell [30]

Dans le domaine du stress au travail, le modèle de Karasek (psychologue américain) repose sur le constat qu'une situation de travail caractérisée par une combinaison des demandes psychologiques élevées et d'une autonomie décisionnelle faible, augmente le risque de développer un problème de santé psychique et mentale.

Pour simplifier, ce modèle relie trois composantes :

- **demande psychologique ou exigences du travail, « job demand »** : correspond à une évaluation de la perception de la charge de travail et de sa vitesse d'exécution ainsi que celle des interruptions dans le travail. Elle correspond en quelque sorte aux deux premiers facteurs de risque psychosociaux « intensité du travail et temps de travail » et « exigences émotionnelles » du rapport du Collège d'expertise sur la prévention des risques psychosociaux (Gollac et Bodier 2011).
- **latitude décisionnelle ou degré d'autonomie, « job control »** : évalue la perception de la marge de manœuvre pour organiser et réaliser son travail, la créativité ou répétitivité des tâches menées dans le travail et la possibilité de

Évaluation de l'épuisement professionnel chez les DES au CHU POINT-G et au CHU Gabriel Touré

faire valoir ses compétences. Elle correspond au troisième facteur de risques psychosociaux « autonomie » du rapport Gollac.

- **soutien social** : évalue la perception de l'aide apportée par les collègues et l'encadrement de proximité pour réaliser son travail. Cette composante a été ajoutée par Johnson au modèle Karasek à la fin des années 1980 [31].

Aucune de ces composantes ne suffit, seule, à expliquer le stress au travail. C'est la combinaison d'une faible autonomie et d'une forte demande, appelée « tension au travail » (job-strain) qui engendre le stress (Bourbonnais et al. 2001). Au Québec, 25 % des femmes et 21 % des hommes étaient exposés à cette situation en 1998 [32].

Le manque de soutien de la part de la hiérarchie et des collègues renforce significativement cet effet.

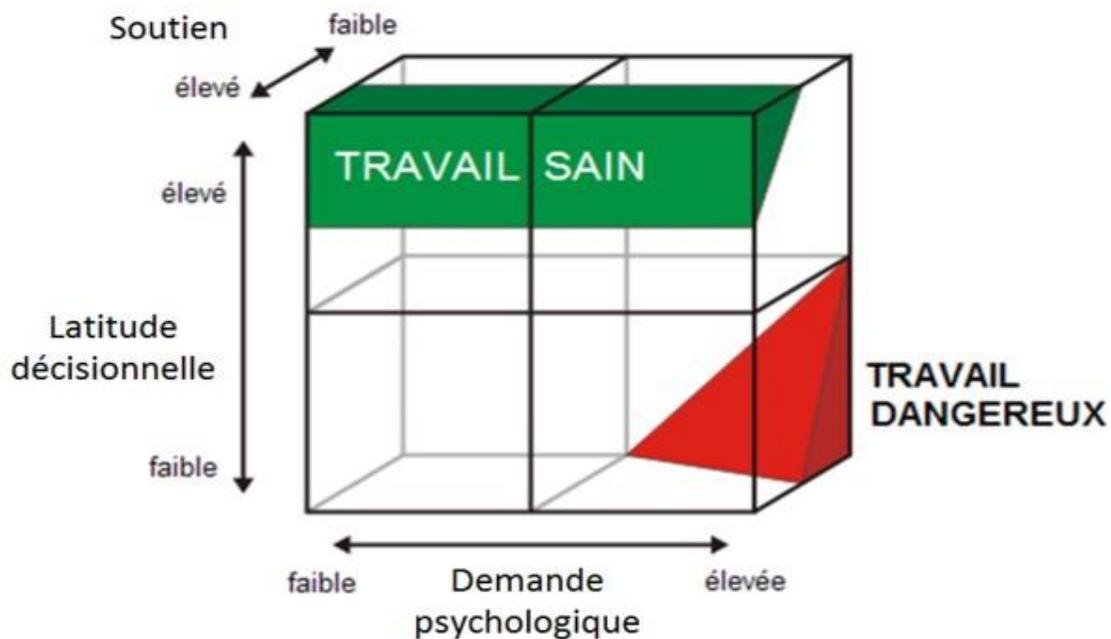


Figure 3: Le modèle du stress de Karasek et Theorell [30].

L'hypothèse est qu'un niveau élevé de latitude de décision (être créatif, utiliser et développer ses habiletés) ou de contrôle permet de réduire les effets négatifs des

Évaluation de l'épuisement professionnel chez les DES au CHU POINT-G et au CHU Gabriel Touré

demandes de l'environnement sur la santé. La combinaison d'une forte demande psychologique, d'une faible autonomie décisionnelle et d'un faible soutien social (iso-strain) représente la situation la plus délétère pour l'individu en terme de risque pour sa santé [33 ; 34]

De plus, dans une situation professionnelle contraignante l'absence ou le faible niveau de ressources individuelles entraîne une augmentation de l'intensité de stress perçu. L'existence d'un soutien social des collègues adéquat et d'une exigence de la hiérarchie modérée permet d'améliorer le bien-être de ces personnes. La perspective d'un tel fonctionnement apparaît diminuer le stress perçu et les conséquences sur le bien-être individuel, collectif semblent positives. Karasek et Theorell (1990) soulignent également que de telles dispositions peuvent conduire à un gain de productivité. [30]

Le modèle de Karasek s'accompagne d'un questionnaire : le Job Content Questionnaire (JCQ) (Brisson et al. 1998) qui permet d'évaluer un niveau d'exposition à des facteurs de risque de stress professionnel. Il s'agit d'un auto-questionnaire décliné en 49 questions, courtes et simples afin d'être accessibles au plus grand nombre et d'induire les réponses les plus spontanées possibles (Karasek et al. 1998). Les différents items explorent :

- la latitude décisionnelle (19 items)
- le soutien social (11 items)
- la demande psychologique et la charge mentale de travail (8 items)
- l'insécurité du travail (6 items)
- les exigences physiques (5 items).

Les réponses se font selon une échelle de Likert à 4 degrés : de « fortement en désaccord » à « tout à fait d'accord ». Des recommandations et formules sont ensuite données pour calculer les scores. Il existe des versions plus courtes du JCQ dont une en 18 items ne portant que sur les deux dimensions principales [29].

Évaluation de l'épuisement professionnel chez les DES au CHU POINT-G et au CHU Gabriel Touré

Le JCQ est traduit en plusieurs langues et validé par différentes études, y compris dans ses versions courtes [35 ; 36 ; 37].

En France, l'enquête SUMER-enquête nationale transversale périodique menée conjointement par la Direction de l'Animation de la Recherche, des Etudes et des Statistiques (DARES) et la Direction des Relations de Travail (inspection médicale du travail) en collaboration avec un réseau de médecins inspecteurs régionaux du travail et de médecins, utilise notamment le JCQ (version à 26 questions) pour évaluer les expositions aux facteurs de risque psychosociaux. Dans la dernière version de cette enquête (menée en 2009-2010) [38] dressant un état des lieux de l'exposition des salariés du secteur privé aux principaux risques professionnels (nuisances physiques, expositions biologiques ou chimiques et contraintes organisationnelles), la demande psychologique a augmentée (+ 2% en moyenne) entre 2003 et 2010 pour toutes les catégories socioprofessionnelles. En outre, les femmes sont davantage concernées que les hommes (20 % chez les hommes et 28 % chez les femmes) et disposent d'une faible latitude décisionnelle pour un soutien social équivalent [23 ; 39] et plus particulièrement dans les secteurs d'activité de la santé et de l'action sociale (55%) où les tensions avec le public renforcent les risques de « job strain ».

Dans la littérature, plusieurs études ont montré une relation entre divers types de TMS (maux de dos, membres supérieurs) et les demandes psychologiques élevées, mais beaucoup moins souvent avec la latitude décisionnelle ou le soutien social au travail faible. Une méta-analyse d'études longitudinales sur la réaction entre les TMS et le job strain, a montré que cette relation était significative pour les TMS au cou et aux épaules (13 études) et pour les TMS au dos (quatre études), mais pas pour les TMS aux membres supérieurs (cinq études) [39]. Ce modèle a été associé à la dépression, à la détresse psychologique, à l'épuisement professionnel et à la consommation importante des psychotropes [39].

2.1.3. Le modèle de Siegrist

Il s'agit d'un modèle bidimensionnel qui repose sur l'équilibre entre les efforts consentis par l'individu pour son travail et les récompenses attendues en retour. Ce modèle repose sur l'hypothèse qu'une situation de travail caractérisée par une combinaison d'efforts élevés et des faibles récompenses s'accompagne de réactions pathologiques sur le plan émotionnel et physiologique. Les faibles reconnaissances peuvent être d'ordre économique (salaire insuffisant), social (manque d'estime et de respect) ou organisationnel (insécurité de l'emploi et des faibles perspectives de promotion) [40].

Le modèle de Siegrist propose lui aussi un outil psychométrique : l'Effort-Reward Imbalance Questionnaire (ERI-Q) qui évalue trois dimensions :

1. les efforts extrinsèques :

Ce sont les contraintes et exigences liées au travail à la fois sur le plan psychologique que physique :

- les contraintes de temps,
- les interruptions fréquentes,
- les responsabilités nombreuses,
- la charge physique élevée,
- l'exigence croissante du travail.

2. les récompenses :

- le salaire,
- l'estime,
- le contrôle sur son propre statut professionnel (les perspectives de promotion, la sécurité d'emploi).

3. les efforts intrinsèques ou surinvestissement correspondent à des attitudes, des comportements qui sont associées à un engagement excessif dans le travail :

- la compétitivité,
- l'hostilité,
- l'impatience,

Évaluation de l'épuisement professionnel chez les DES au CHU POINT-G et au CHU Gabriel Touré

- l'irritabilité,
- le besoin d'approbation,
- l'incapacité à s'éloigner du travail.

Il existe une version courte de ce questionnaire (dix questions), déjà traduite et validée en français.

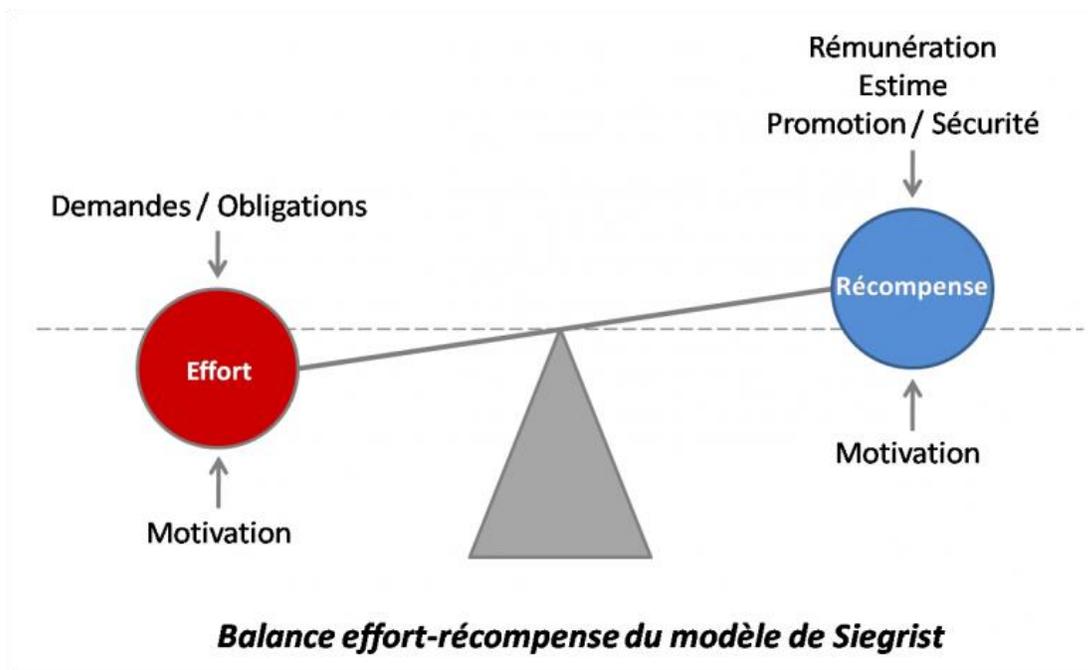


Figure 4: Le modèle de Siegrist [40]

Des déséquilibres importants entre les efforts consentis par les individus, dans le cadre de leur travail, et les récompenses obtenues en retour, peuvent constituer une source de stress.

L'existence de tels déséquilibre peut en outre résulter de situations très diverses. J. Siegrist, au Collège d'expertise sur le suivi statistique des risques psychosociaux au travail, en liste trois :

- « Il peut en effet arriver que certains individus n'aient pas le choix et soient contraints de travailler pour vivre, même s'ils ne sont pas parvenus à un

Évaluation de l'épuisement professionnel chez les DES au CHU POINT-G et au CHU Gabriel Touré

bon équilibre entre les efforts consentis et les récompenses obtenues. Ces individus n'ont pas la possibilité de changer de travail, ce qui les pousse à accepter des conditions dégradées ;

- D'autres font le choix stratégique d'accepter des conditions difficiles, en vue d'une évolution de carrière particulièrement favorable, dans les prochaines années. C'est un choix risqué, qui peut déboucher sur un succès mais peut également conduire à l'échec ;

- Enfin, certains individus se surinvestissent, de façon consciente ou inconsciente au travail, se rendant alors coupables d'un surengagement ».

Alors que « l'autonomie décisionnelle » est la partie centrale dans le modèle de Karasek, Siegrist utilise dans son modèle le concept de la « réciprocité sociale », la possibilité d'avoir accès aux avantages légitimes auxquels on est en droit de s'attendre, compte tenu de l'effort fourni au travail. Les études ont montré que 10-40 % de travailleurs sont exposés à un certain niveau de « déséquilibre effort/reconnaissance » surtout les employés appartenant à des groupes socio-économiques défavorisé [40]. Chacun de ces modèles explique une partie, mais jamais la totalité de la problématique du stress. On comprend bien que selon que l'on privilégiera tel ou tel modèle, les définitions que l'on donnera du stress, tout comme les approches évaluatives ou préventives que l'on préconisera seront différentes.

L'étude européenne stress impact avait conclu que : « Si l'on doit accorder une réelle attention au modèle transactionnel de Lazarus, qui devrait être considéré comme un modèle théorique de grande valeur, il faut aussi considérer ses difficultés à le mettre en pratique. D'un autre côté, les modèles de Karasek et de Siegrist sont relativement clairs et aisés dans leur mise en application sur le terrain, mais sont cependant limités pour comprendre les processus de développement du stress... Cela dit, les différentes voies explorées par chacun ne sont pas exclusives, mais complémentaires : Lazarus se focalise sur le processus même du stress, Karasek sur le poste de travail et Siegrist sur la perception des individus » [38 ; 41].

Car, comme le souligne l'ANACT en 2007 : « les facteurs de causes et d'effets se croisent à l'infini. Les situations pathogènes ne résultent pas d'une seule cause, mais toujours d'une série de causes, à un moment donné, dans un contexte précis pour une personne en particulier. Pour une même cause on observe des effets différents d'un individu à l'autre et différents pour un même individu selon les périodes et les contextes de travail ».

Aborder les risques psychosociaux en ne tenant compte que des aspects organisationnels et en adoptant donc une démarche ergonomique « pure » réduirait l'approche aux seules « conditions de travail ». De la même façon, aborder ces mêmes risques en ne tenant compte que de l'individu et en adoptant une démarche exclusivement médicale réduirait cette fois-ci l'approche à la seule santé mentale au travail. C'est bien sûr l'association de cette double dimension et son intégration qui nous a semblé pertinente en utilisant le questionnaire EVREST. Même si ce questionnaire se limite à une grande simplicité, il vise à décrire le salarié, les dangers de ses conditions de travail et l'ensemble des risques auxquels il est exposé, y compris les risques psychosociaux.

2.2. Risques psychosociaux et troubles psychosociaux

Pour éviter toute confusion, il est aussi nécessaire de bien distinguer les risques psychosociaux proprement dits, qui sont des risques professionnels, des troubles psychosociaux qui en sont les conséquences sur la santé physique et mentale des travailleurs.

Le terme « psychosocial » peut se définir sous la forme d'un facteur déclencheur (cause psychosociale, influence psychosociale, facteur à risque psychosocial), en tant que facteur médiateur (mécanisme psychosocial, environnement psychosocial, contexte psychosocial) et en tant que facteur résultant (stress psychosocial, bien-être psychosocial, santé psychosociale). En effet, le « psychosocial » peut être d'une part à l'origine d'un trouble, qualifié alors de facteur à risque psychosocial, comme par exemple le stress expérimenté sur le

Évaluation de l'épuisement professionnel chez les DES au CHU POINT-G et au CHU Gabriel Touré

lieu de travail qui est susceptible de conduire à des troubles gastriques. D'autre part, le « psychosocial » en tant que trouble en soi peut être désigné comme problème psychosocial, comme par exemple le stress professionnel lui-même.

Il s'avère difficile de trouver une définition unanime différenciant premièrement les problèmes psychosociaux et deuxièmement les facteurs à risque psychosociaux. En premier lieu, les troubles psychosociaux se retrouvent par exemple dans le quatrième axe de la classification des troubles mentaux du DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Cet axe comprend divers problèmes liés au groupe de référence, à l'environnement social, à l'éducation, à la profession, au logement, à la situation économique, à l'accès aux services de santé, aux institutions judiciaires voire pénales et autres problèmes psychosociaux et environnementaux. Ici le « psychosocial » renvoie à la dimension environnementale et correspond à un problème qui est en lien avec un contexte social. En deuxième lieu, les facteurs à risque qualifiés de psychosociaux sont entretemps bien intégrés dans les différents modèles des maladies physiques et renvoient aux répercussions sociales sur la santé.

On réduit souvent les RPS à la seule notion de « stress », qui n'est en fait qu'une des manifestations de ce risque. Les RPS sont « des risques pour la santé mentale, physique et sociale, engendrés par les conditions d'emploi et des facteurs organisationnels et relationnels susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental » [42], regroupés en six dimensions : l'intensité et le temps de travail, les exigences émotionnelles, l'autonomie au travail, les rapports sociaux au travail, la souffrance éthique et l'insécurité de la situation de travail. Ils sont à l'origine de troubles sur le plan psychologique, physique et social avec un impact prévisible plus ou moins grave sur le plan physique pour les salariés : fatigue, troubles du sommeil, pathologies mentales (dépression, anxiété) troubles musculo-squelettiques, maladies cardiovasculaires.

Ces troubles peuvent se traduire par un stress au travail mais aussi par un sentiment de malêtre ou de souffrance au travail, incivilités, par du

Évaluation de l'épuisement professionnel chez les DES au CHU POINT-G et au CHU Gabriel Touré

désengagement au travail, un absentéisme accru, des conflits entre les personnes (agressions physiques ou verbales, violences).

Les six dimensions d'analyse des risques psychosociaux

Dans un contexte de demande politique et sociale grandissante sur le thème des RPS au travail, et à la suite du rapport Nasse-Légeron sur la détermination, la mesure et le suivi des RPS au travail, le Collège d'experts de différentes disciplines réuni en 2011, a regroupé les facteurs de RPS en six dimensions. Cette démarche participe des lors à la définition même du risque psychosocial.

Ces six dimensions sont :

1) L'intensité du travail et le temps de travail : Le caractère exigeant du travail peut provenir du temps qu'il occupe ou de son intensité. Les exigences temporelles sont liées à la durée du travail et à l'organisation du temps de travail. L'intensité du travail se traduit en termes de facteurs de risque psychosociaux à travers des concepts tels que ceux de « demande psychologique » [43] ou « d'efforts » [44] : ils se rapportent aux exigences associées à l'exécution du travail en termes quantitatifs (contraintes de temps, quantité de travail excessive, etc.), mais aussi qualitatifs (complexité mal maîtrisée des tâches, concentration, demandes contradictoires, responsabilités, etc.) :

- La quantité de travail (évaluée en volume de tâches à réaliser par agent et en temps de travail. Un nombre d'heures supplémentaires élevé, des congés non pris doivent alerter). Une méta analyse en 2014 concluait que le fait de passer de longues heures au travail était associé à la dépression, à l'anxiété, aux troubles du sommeil et à l'apparition des maladies coronariennes [45].

- La pression temporelle au travail : elles concernent les horaires atypiques (travail en quart, travail de nuit), le sentiment de ne pas avoir assez de temps pour faire son travail et tout ce qui est lié à la notion d'urgence. La pression temporelle demeure liée aux situations professionnelles elles-mêmes (par exemple pour les personnels médicaux) ou aux conditions d'exercice des missions.

- La complexité du travail : elle s'apprécie en fonction des missions exercées, mais aussi de l'organisation de travail (polyvalence, suppléances, glissement de tâches).
- Les difficultés de conciliation entre vie professionnelle et personnelle renvoient quant à elles tant aux horaires eux-mêmes qu'à leur prévisibilité, à l'éloignement domicile du travail.

2) Les exigences émotionnelles :

La notion d'exigence émotionnelle est utile pour mesurer le coût pour la santé de ce qu'on appelle « travail émotionnel » (« emotion work » ou « emotional labour » en anglais) [46]. Cette dimension regroupe l'épuisement professionnel (burn-out), les relations avec les usagers, l'empathie et le contact avec la souffrance, les tensions avec les usagers, l'obligation de cacher ses émotions, la peur au travail. Elle concerne tous les travailleurs en contact direct avec des publics par essence nombreux dans la fonction publique hospitalière. Les exigences émotionnelles impliquent de maîtriser ses propres émotions et de faire en permanence « bonne figure » car le contact avec le public peut être source de tensions (plus ou moins fréquentes et intenses). Un aspect spécifique et très important pour nombre d'agents des services hospitaliers concerne le contact avec la détresse sociale et la souffrance sous toutes ses formes, y compris la mort et les situations de deuil. Enfin, le risque d'agressions verbales ou physiques, et le sentiment de peur au travail, sont aussi des facteurs de tension présents dans un grand nombre de situations de travail d'agents.

3) L'autonomie au travail

L'idée d'autonomie au travail a émergé très tôt dans la littérature consacrée au travail [32]. Elle désigne la possibilité pour le travailleur d'être acteur, et non passif, vis-à-vis de son travail, de sa participation à la production et de la conduite de sa vie professionnelle. Cette idée a connu un renouvellement à la fin des années 1970 grâce aux travaux de Robert Karasek (1979), qui montra l'intérêt de combiner les exigences du travail à ce qu'il appela la latitude décisionnelle (« *job decision latitude* »). Cette dernière dimension inclut l'autonomie dans la réalisation du travail, c'est-à-dire non seulement la marge

Évaluation de l'épuisement professionnel chez les DES au CHU POINT-G et au CHU Gabriel Touré

de manœuvre dont dispose le travailleur dans son travail, mais aussi sa participation dans la prise des décisions qui le concernent. Elle inclut également l'utilisation et le développement des compétences. L'autonomie au sens de Karasek est donc une autonomie au sens fort, comprenant tous les aspects du travail qui contribuent à l'autonomie de l'individu dans son emploi et sa carrière. La latitude décisionnelle croît avec le niveau de qualification. Les femmes bénéficient en général d'une moindre latitude décisionnelle que les hommes dans leur travail [41].

4) Les rapports sociaux au travail : cet axe recouvre les rapports sociaux entre travailleurs ainsi que les rapports sociaux entre le travailleur et l'organisation qui l'emploie. On y considère :

- la qualité des relations : qualité des relations interpersonnelles, insertion dans un ou des collectifs, qualité des relations avec les supérieurs, soutien que ces relations et cette insertion apportent ;
- le style de direction et le degré de justice de l'organisation ; - la violence éventuelle des relations.

Le manque de soutien social et émotionnel de la part des collègues ou de la hiérarchie, pilotage déficient du changement, mauvaise qualité du management (cohérence, clarté des explications, qualité de la communication, justice organisationnelle), conflits/harcèlement, non-reconnaissance constitueraient des facteurs favorisant les RPS.

5) L'insécurité de la situation de travail : comprend l'insécurité socio-économique et risque de changement non-maîtrisé de la tâche et des conditions de travail. L'insécurité socioéconomique, concerne à la fois les risques pesant sur la pérennité de l'emploi, sur le maintien du niveau du salaire ou sur le déroulement jugé normal de la carrière.

En comparaison avec la situation du secteur privé, la sécurité de l'emploi n'est pas un facteur qui concerne fortement le secteur public. Cependant, il existe, même au sein de la fonction publique hospitalière, des agents à statuts précaires (contrat à durée déterminée, contrats aidés) qui craignent pour leur avenir en cas de non-reconduction de leur contrat.

6) Les conflits de valeurs : incluent tous les conflits portant sur des choses auxquelles les travailleurs attribuent de la valeur [41] : conflits éthiques, qualité empêchée, sentiment d'inutilité du travail, atteinte à l'image du métier.

L'obligation de travailler d'une façon qui heurte, sous une forme quelconque, sa conscience professionnelle représente une contrainte dont l'émergence et l'effet sur la santé mentale ont été décrits par de nombreux médecins du travail, tant en France qu'ailleurs dans le monde. Cette dimension s'applique tout particulièrement au monde de l'hôpital, la notion même de « service public » se définissant en termes de valeurs : égalité d'accès, protections des personnes et services aux usagers. Un manque de moyens et une organisation de travail inadaptée aux besoins des usagers sont des points qui peuvent être à l'origine d'un conflit éthique pour les agents. Certains d'entre eux peuvent alors sentir une forte contradiction entre ce qu'ils vivent au quotidien et ce qu'ils estimeraient nécessaire pour faire un travail en conformité avec leur convictions, ce qu'il est possible d'appeler « la qualité empêchée ».

Cette classification en six grandes catégories de facteurs générateurs de RPS dans l'entreprise est désormais bien établie. Toutefois, si l'idée que des pathologies peuvent être engendrées par les dysfonctionnements de l'organisation du travail est aujourd'hui largement acceptée, celle-ci ne fait pas l'unanimité.

3. Risques psychosociaux dans le milieu de soins

3.1. Transformations organisationnelles des hôpitaux publics

Les hôpitaux publics, en France et ailleurs dans le monde, traversent une période de réforme culturelle et de réorganisation fonctionnelle afin de réduire les coûts et les déficits budgétaires, susceptible de générer des risques psychosociaux. Depuis le début des années 2000, en France, une succession de lois a conduit à des changements organisationnels et a changé la manière d'exercer les métiers de soins .

Le séminaire HAS de 2010 sur la « Qualité de vie au travail et qualité des soins dans les établissements de santé » évoquait plusieurs facteurs responsables de la dégradation des conditions de travail et suggérait quelques pistes d'actions.

Évaluation de l'épuisement professionnel chez les DES au CHU POINT-G et au CHU Gabriel Touré

Yves Clot, psychologue du travail, expliquait la complexité de la problématique, la relation entre la santé des personnels soignants et l'efficacité dans les établissements de soins. Pierre Lombrail, professeur de santé publique au CHU de Nantes, accentuait le fait que les établissements hospitaliers vivaient une densification et une accélération du travail. Il expliquait également que la réduction du temps de présence des personnes hospitalisées, l'augmentation de la technicité de soins, les exigences sécuritaires et les contraintes budgétaires ont modifié profondément la qualité du travail des soignants [42].

3.2. Conséquences sur les conditions de travail des salariés [43]

La conséquence majeure des restructurations des hôpitaux publics est la réduction des effectifs. De nombreuses études montrent qu'il existe un lien entre les restructurations des hôpitaux et l'épuisement professionnel. Cela est probablement dû à l'augmentation des contraintes et de la charge de travail liée à cette réduction des effectifs qui accompagne les changements organisationnels. Ces restructurations, mettant souvent l'accent sur un accroissement de la productivité, ne prennent pas en compte les facteurs qui peuvent influencer sur la qualité des soins et la vie professionnelle des soignants. En d'autres termes, un changement organisationnel entraînant une surcharge de travail permet d'améliorer la productivité à court terme mais à long terme les risques psychosociaux générés par cette augmentation de la charge de travail sont à l'origine d'une baisse de rendement et de la productivité du personnel de soins. De plus, cette surcharge de travail constitue un risque pour la santé physique et mentale des soignants et est un facteur de risque fréquemment rencontré en milieu de soins. D'ailleurs, Aiken et al. ont montré en 2002 que les hôpitaux à effectifs réduits ont des taux de mortalité significativement plus importants que les autres. Une étude réalisée par Cummings en 2003 a montré que l'un des effets observés lors des changements dans les hôpitaux est une perturbation des relations de l'équipe de soins. Ceci peut s'expliquer par le fait que plus la charge de travail est importante, plus le temps de discussion au sein des équipes est limité et moins les relations sont de bonne qualité.

D'autre part, il faut souligner combien le supérieur hiérarchique occupe un rôle crucial dans la gestion du changement. Les travailleurs attendent de ce dernier un support technique et émotionnel ainsi qu'une aide à la compréhension des événements auxquels ils sont confrontés. Il a également été démontré dans de nombreuses études l'importance du soutien social lors des changements de conditions de travail. Un bon soutien social semble réduire les effets néfastes de ces changements sur la santé des [43 ; 44]. A l'inverse, un manque de soutien du supérieur hiérarchique et de l'administration augmente l'insatisfaction au travail, l'épuisement professionnel et les symptômes dépressifs des salariés [45 ; 46].

4. RPS et maladies professionnelles [41]

La visibilité croissante de la problématique des atteintes à la santé mentale en milieu de travail incite depuis plusieurs années à faire une relecture de certains concepts juridiques. Notamment, les notions d'accident du travail et de maladie professionnelle, présentes en droit français depuis plus d'un siècle, demeurent, à la lumière des « risques psychosociaux », des catégories juridiques encore difficiles à cerner.

Elaborée autour du risque industriel, l'histoire législative et jurisprudentielle des risques professionnels témoigne d'un véritable travail de construction théorique et juridique faisant face à la difficulté de prendre en compte les réalités sociales extrêmement changeantes. C'est d'ailleurs pourquoi, aujourd'hui, les risques professionnels désignent de nombreuses situations. Le travail, ne cessant de se diversifier, fait naître avec lui ces nouveaux risques. L'accroissement des métiers de services, des nouveaux modes de management et de gestion, de nouveaux outils informatiques et technologiques mettent aujourd'hui davantage en lumière les risques « psychosociaux » du travail, tout comme au XIXe siècle, l'accroissement de l'industrie révélait plutôt ses nombreux risques physiques. L'importance grandissante accordée aux questions de santé mentale en milieu de travail ainsi que leur appropriation par l'opinion publique amène alors inévitablement à se questionner sur leur éventuelle prise en charge par le régime contemporain des risques professionnels.

Évaluation de l'épuisement professionnel chez les DES au CHU POINT-G et au CHU Gabriel Touré

En effet, la mise en lumière de pathologies mentales, liées à une organisation, une ambiance de travail, témoigne de la nécessité de les réparer, tant les conséquences peuvent être graves, voire dramatiques. Pour autant, le régime actuel des accidents du travail et des maladies professionnelles garde les traces de sa construction originaire, tournée essentiellement vers le risque physique, difficilement adaptable aux risques psychosociaux. La maladie professionnelle, à laquelle les troubles psychiques, s'inscrivant dans un processus lent, semblent davantage s'apparenter, est principalement reconnue sur une base de tableaux énumérant des maladies de manière limitative, dont les critères sont très précis. Les troubles psychosociaux n'y figurent pas. L'accident du travail est quant à lui surtout reconnu parce qu'il est soudain, ne permettant pas la prise en considération de tous les troubles psychiques.

Actuellement en l'absence de tableau de maladies professionnelles les concernant, les maladies psychiques peuvent être reconnues au titre de l'article L.461-1, alinéa 4 du Code de la Sécurité Sociale dès lors que la maladie présente une gravité justifiant une incapacité permanente égale ou supérieure à 25% et à condition qu'un lien « direct et essentiel » avec l'activité professionnelle ait été mis en évidence par un Comité Régional de Reconnaissance des Maladies Professionnelles (CRRMP). Quelques dizaines de cas de pathologies psychiques sont ainsi reconnues chaque année en France. Les demandes de reconnaissance et les cas reconnus sont en hausse continue. Pratiquement un dossier sur deux (46%) aboutit à une reconnaissance. Ce taux est stable depuis dix ans ainsi que la gravité des cas étudiés, mais il s'applique à un nombre croissant de dossiers (qui a doublé en 3 ans)

Évaluation de l'épuisement professionnel chez les DES au CHU POINT-G et au CHU Gabriel Touré

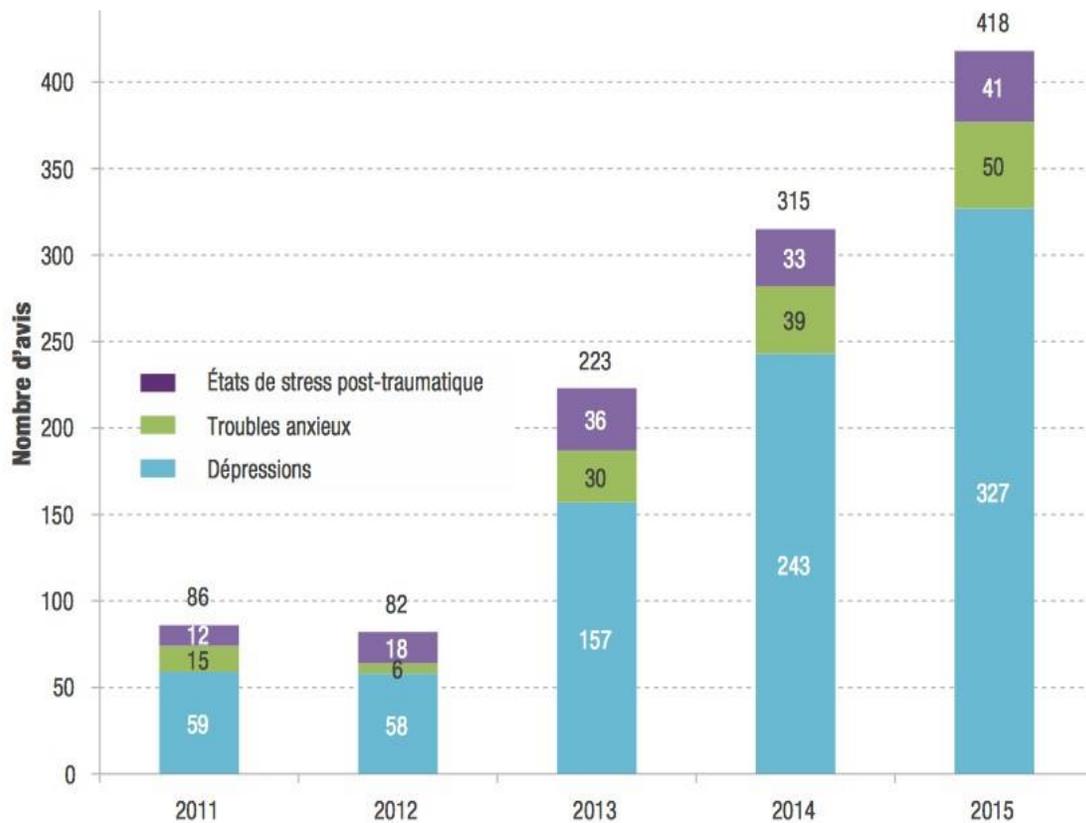


Figure 6: Détail par pathologies des avis favorables des CRRMP relatifs à des affections psychiques de 2011 à 2015 [41]

A noter que le syndrome d'épuisement professionnel, ou burnout, ne figure pas dans les nosographies d'usage international (DSM IV ou CIM10). Toutefois, les manifestations de ce syndrome d'épuisement professionnel sont majoritairement des dépressions graves ou des syndromes anxieux.

Dans la Fonction Publique Hospitalière, on parle de « maladie imputable au service ». Toute maladie pouvait jusqu'à l'heure faire l'objet d'une demande de reconnaissance car la présomption d'imputabilité ne s'appliquait pas. L'apport des preuves reposait sur l'agent. C'était la Commission de réforme qui ensuite se prononçait sur le caractère imputable ou non au travail de la pathologie, la décision finale relevant exclusivement de l'employeur. Toutefois, récemment, l'article 10 IV de l'ordonnance n°2017-53 du 19 janvier 2017 crée un régime de présomption d'imputabilité au service pour certaines maladies professionnelles contractées dans certaines conditions.

5. Cadre réglementaire des RPS [38]

Liés aux conditions générales de travail, les RPS, comme d'autres risques professionnels, font peser sur les salariés la menace d'une altération de leur santé qui peut se traduire par une maladie ou un accident. Il appartient à l'employeur de supprimer ou de réduire ces risques afin d'assurer la sécurité des salariés et de protéger leur santé physique et mentale. Pour ce faire il doit prendre les mesures appropriées et les mettre en œuvre conformément aux principes généraux de prévention énumérés par le Code du travail. Bien que l'expression RPS ne soit pas encore définie dans le Code du travail, pour plusieurs raisons déjà évoquées (notion multifactorielle, subjectivité de la personne, dimension individuelle et collective, voire sociétale ...), il existe tout de même des dispositions juridiques sur lesquelles on peut s'appuyer pour agir.

Le cadre réglementaire repose à la fois sur des textes spécifiques et d'autres non spécifiques, des textes européens et des textes français. Dès 1967, la Communauté Européenne s'est intéressée à la santé et à la sécurité des travailleurs. L'article 23 de l'acte unique européen du 17 février 1986, entré en vigueur en juillet 1987, introduit dans le traité de Rome un nouvel article 118 A 1 : «Les Etats membres s'attachent à promouvoir l'amélioration, notamment du milieu de travail, pour protéger la sécurité et la santé des travailleurs et se fixent pour objectifs l'harmonisation, dans le progrès, des conditions existantes dans ce domaine...». Dans les années 1990, les gouvernements ont été incités à se préoccuper des mauvaises conditions de travail ou des situations stressantes pour faire face à un fort absentéisme et à de nombreux départs prématurés. Il s'agissait de réduire le coût élevé du travail et des politiques sociales dans un contexte de forte compétitivité internationale et, dans une moindre mesure, de se préoccuper des aspects éthiques et sociaux associés à ces risques. Plusieurs directives, lois, accords ont été mis en place progressivement à partir des années 90.

La directive européenne du 12 juin 1989 (89/391/CEE) énonce des obligations pour les employeurs en termes d'évaluation des risques professionnels, y compris des risques psychosociaux et de mise en place de plans de prévention en

Évaluation de l'épuisement professionnel chez les DES au CHU POINT-G et au CHU Gabriel Touré

privilégiant la prévention à la source (éliminer le risque ou à minima le réduire). Son article 6 précise également que le travail doit être adapté à celui qui l'exécute et que les travailleurs doivent être consultés pour l'introduction et la planification des nouvelles technologies. Les RPS sont également visés par la directive écran 87/391/CEE, qui précise que les postes de travail doivent être analysés en tenant compte notamment du stress mental et l'article 13 de la directive temps de travail 93/104/CE qui prescrit d'éviter le travail monotone. La directive 2000/78/CE sur l'égalité de traitement en matière d'emploi et de travail énonce un cadre général pour assurer le respect de l'égalité entre les personnes et la non-discrimination en matière d'emploi et de travail. Dans le cadre de cette directive, le harcèlement au travail est considéré comme une discrimination.

L'Agence Européenne de la Santé et de la Sécurité au Travail mène également des actions dans le domaine des RPS. En 2002, elle a lancé la campagne européenne « Travailler sans stress ». A cette occasion, elle a publié un rapport contenant des exemples de bonnes pratiques en matière de prévention des RPS, récompensées lors d'une conférence à Bilbao.

La notion de document unique (DU) est introduite par le décret du 5 novembre 2001. Tout responsable d'établissement se doit d'évaluer les risques, de réaliser un inventaire y compris les risques psychosociaux et de préconiser des actions. Le DUERP (document unique d'évaluation des risques professionnels) permet un suivi et une réévaluation régulière des risques et doit être revu au minimum chaque année, en particulier après un accident ou un changement dans les conditions de travail.

En droit français la loi du 17 janvier 2002 dite Loi de modernisation sociale met l'accent sur la santé mentale des travailleurs : « l'employeur prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs » (Art. L. 4121-1 du Code du travail). Cette obligation est devenue une obligation de résultats. Cette loi introduit également la notion de harcèlement moral en droit français et elle est applicable aux établissements publics.

Évaluation de l'épuisement professionnel chez les DES au CHU POINT-G et au CHU Gabriel Touré

La directive européenne de 2006/54/CE sur l'égalité de traitement entre les femmes et les hommes en matière d'emploi et de travail a pour objet de simplifier et d'améliorer la législation communautaire sur l'égalité de traitement entre hommes et femmes en matière d'emploi et de travail en faisant un seul document. Cette directive définit le harcèlement et le harcèlement sexuel, qui sont considérés ici aussi comme une discrimination.

En 2009, le Parlement européen a adopté une résolution sur la santé mentale comprenant une partie dans laquelle il encourage la Commission européenne, les États membres et les employeurs à entreprendre certaines actions dans le domaine de la santé mentale au travail.

Un accord national interprofessionnel sur la prévention du stress au travail est signé le 2 juillet 2008 et rendu obligatoire pour toutes les entreprises en avril 2009. Reprenant et élargissant l'accord européen sur le stress du 2004, il propose des pistes d'actions et ouvre des perspectives pour la négociation et la prévention en entreprises :

« L'identification d'un problème de stress au travail doit passer par l'analyse de facteurs tels que :

- l'organisation et les processus de travail (aménagement du temps de travail, dépassement excessifs et systématiques d'horaires, degré d'autonomie, mauvaise adéquation du travail à la capacité ou aux moyens mis à disposition des travailleurs, charge de travail réelle manifestement excessive, des objectifs disproportionnés ou mal définis, une mise sous pression systématique qui ne doit pas constituer un mode de management) ;
- **les conditions et l'environnement de travail** (exposition à un environnement agressif, à un comportement abusif, au bruit, à une promiscuité trop importante pouvant nuire à l'efficacité, à la chaleur, à des substances dangereuses) ;
- **la communication** (incertitude quant à ce qui est attendu au travail, perspectives d'emploi, changement à venir, une mauvaise communication concernant les orientations et les objectifs de l'entreprise, une communication difficile entre les acteurs) ;

Évaluation de l'épuisement professionnel chez les DES au CHU POINT-G et au CHU Gabriel Touré

- **les facteurs subjectifs** (pressions émotionnelles et sociales, impression de ne pouvoir faire face à la situation, perception d'un manque de soutien, difficulté de conciliation entre vie personnelle et vie professionnelle) ».

Dès lors qu'un problème de stress au travail est identifié, une action doit être entreprise pour le prévenir, l'éliminer ou à défaut le réduire. La responsabilité de déterminer les mesures de prévention incombe à l'employeur et les instances représentatives du personnel doivent être associées à la mise en œuvre des mesures. Le rôle central du médecin du travail soumis au secret médical et du CHSCT sont réaffirmés, mais il est également prévu que l'entreprise puisse faire appel lorsque nécessaire, à un expert externe.

Le plan gouvernemental d'urgence de prévention du stress au travail d'octobre 2009 et les directives du Ministère du Travail de janvier 2010 imposent aux entreprises de plus de 1000 salariés (secteurs privé et public) la signature d'accords sociaux en matière de prévention des RPS. Un contrôle, par le Ministère du Travail, de l'avancée des démarches de négociation sociale de toutes ces entreprises, est effectué par le biais d'un portail internet spécifique où chacune reporte ses résultats. Cela donne lieu à un classement national des entreprises dont une première publication a été faite en février 2010.

L'accord du 26 mars 2010 sur le harcèlement et la violence au travail, en complément de la loi du 17 janvier 2002 sur le harcèlement moral, transpose au niveau national l'accord-cadre européen signé en 2007. Ce texte complète la démarche de l'accord de 2008 sur le stress en milieu professionnel et instaure l'obligation d'inscrire au règlement intérieur de l'entreprise les dispositions relatives à l'interdiction, la prévention et les sanctions en matière de violence et de harcèlement.

L'accord interprofessionnel du 19 juin 2013 sur la Qualité de Vie au Travail qui s'inscrit dans le prolongement des dispositions des accords nationaux interprofessionnels sur la mixité et l'égalité professionnelle entre les hommes et les femmes du 1er mars 2004, sur le stress au travail du 2 juillet 2008 et sur la prévention du harcèlement et de la violence au travail du 26 mars 2010, ne débouche pas sur des obligations réglementaires mais sur des recommandations,

Évaluation de l'épuisement professionnel chez les DES au CHU POINT-G et au CHU Gabriel Touré

en matière d'expression des salariés notamment. Il décrit des thèmes sur lesquels les partenaires sociaux peuvent négocier.

En ce qui concerne la fonction publique, un accord sur la santé et la sécurité au travail a été signé le 20 novembre 2009 entre le ministre en charge de la Fonction Publique et sept organisations syndicales représentatives et il s'agit d'un plan d'action national de lutte contre les risques psycho-sociaux. L'objectif est de développer une véritable culture de prévention pour améliorer les conditions de travail en créant un observatoire de la santé et de la sécurité au travail dans la Fonction Publique et la formation des fonctionnaires et notamment des managers aux enjeux de la santé au travail.

Le 22 octobre 2013 un autre accord cadre oblige chaque employeur public à élaborer un plan d'évaluation et de prévention des RPS. Ce plan repose sur un préalable indispensable : la phase de diagnostic, à laquelle les agents devront être associés, et qui devra intégrer le DUERP. Une circulaire du 20 mars 2014 fixe les conditions de mise en œuvre de ce plan pour les trois fonctions publiques. Pour la fonction publique hospitalière, l'instruction DGOS du 20 novembre 2014 précise les modalités de mise en œuvre. Elle rappelle notamment les quatre indicateurs de suivi, qui devront être systématiquement intégrés dans tous les plans locaux afin de produire des données nationales. Ces quatre indicateurs sont : le taux d'absentéisme pour des raisons de santé, le taux de rotation du personnel, le taux de visite sur demande de l'agent auprès du médecin du travail et le taux d'actes de violences physiques envers le personnel. Cette circulaire s'accompagne d'outils et notamment un guide d'aide à l'identification, évaluation et prévention des RPS, un référentiel de formation et une liste d'indicateurs de diagnostic des RPS.

Depuis maintenant plus d'une vingtaine d'années, les risques psychosociaux constituent un des risques majeurs pour la santé psychique et mentale des salariés et le bon fonctionnement des entreprises. Les conséquences globales sont évidentes, des coûts économiques et sociaux multiples (absentéisme important, arrêts maladies, difficultés d'insertion des individus atteints des RPS). La législation européenne évolue dans le même sens, en essayant de tracer

des règles claires concernant la protection des salariés et en encourageant les mesures de prévention des RPS dans les entreprises.

6. Test du burnout

6.1 Outils de « mesure » et de detection du burnout

a- Test d'Inventaire de Burnout de Maslach - MBI

Il est de loin le questionnaire le plus utilisé pour évaluer le burnout mais ce questionnaire n'est pas libre de droit. Il a 22 items (01 à 22) et la réponse a chaque item est catégorisée comme suite : 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.

- Le total du Score d'Épuisement Professionnel (SEP) est calculé en additionnant les scores obtenus aux questions 01, 02, 03, 06, 08, 13, 14, 16 et 20. Un SEP <17 est faible (vert), 18-29 est modéré (jaune) et >30 est élevé (rouge).
 - Le total du Score Dépersonnalisation / Perte d'empathie (SD) est calculé en additionnant les scores obtenus aux questions 05, 10, 11, 15 et 22. Un SD <5 est faible (vert), 6-11 est modéré (jaune) et >12 est élevé (rouge).
 - Le total du Score Accomplissement Personnel (SAP) est calculé en additionnant les scores obtenus aux questions 04, 07, 09, 12, 17, 18, 19 et 21. Un SAP <33 est faible (rouge), 34-39 est modéré (jaune) et >40 est élevé (vert).
- Pour déterminer le degré de burnout, il faut faire attention si les scores SEP et SD se trouvent tous les deux dans le rouge, surtout si votre degré d'accomplissement est également dans le rouge [48].

5.1. Questionnaire Burnout Copenhagen Burnout Inventory-CBI

Le questionnaire CBI interroge trois dimensions du burn-out et produit un score pour chacune. Le questionnaire est moins utilisé que le MBI mais il a l'avantage d'être gratuitement accessible. Le CBI a replacé la fatigue et l'épuisement au cœur du burnout et a montré de solides qualités psychométriques, à la fois analytiques et prédictives. L'autonomie de chacune de ses trois sous-échelles permet notamment des approches discriminantes assez fines, par exemple en

Évaluation de l'épuisement professionnel chez les DES au CHU POINT-G et au CHU Gabriel Touré

fonction de la profession étudiée. Il a 19 items et chaque item est noté de 1 (faible) à 5 (élevé).

- **Score Epuisement Personnel** Un SEP <13: Pas d'inquiétude. Peu ou pas de symptômes d'épuisement personnel. Un SEP entre 13 et 17: Vigilance. Un ou plusieurs symptômes d'épuisement personnel paraissent préoccupants. Un SEP >17 : Alerte. Vous êtes physiquement et psychiquement épuisé(e).
- **Score Epuisement Professionnel** Un SEP <15: Pas d'inquiétude. Peu ou pas de symptômes d'épuisement professionnel. Un SEP entre 15 et 19: Vigilance. Un ou plusieurs symptômes d'épuisement professionnel paraissent préoccupants. Un SEP >19 : Alerte. Vous êtes physiquement et psychiquement épuisé(e).
- **Score Epuisement Relationnel** Un SER <13 : Pas d'inquiétude. Peu ou pas de symptômes d'épuisement relationnel. Un SER entre 13 et 17 : Vigilance. Un ou plusieurs symptômes d'épuisement relationnel paraissent préoccupants. Un SER >17 : Alerte. Vous êtes physiquement et psychiquement épuisé(e).

Si le score n'est élevé (alerte) que pour une seule de ces trois dimensions, il se peut que le problème soit plutôt ponctuel. Il est néanmoins indiqué d'essayer de le comprendre et de le résoudre avant qu'il n'envahisse d'autres sphères de votre vie privée et/ou professionnelle. Un score élevé (alerte) dans deux ou toutes les trois dimensions indique un état d'épuisement professionnel préoccupant qui demande une attention urgente [49].

5.2. Questionnaire Burnout

Le questionnaire Burnout interroge ensemble trois dimensions du burn-out et produit un score global et non un score par dimension. Comme le CBI, il est libre de tout droit et gratuitement accessible. Contrairement aux deux autres questionnaires, le questionnaire burnout donne des recommandations pratiques pour réduire le niveau de stress et améliorer l'épuisement professionnel. C'est pour cette raison que nous l'avons d'ailleurs choisi pour notre étude. Il a 28 items et chaque item est noté comme suite : 1 = jamais / pas de changement 2

Évaluation de l'épuisement professionnel chez les DES au CHU POINT-G et au CHU Gabriel Touré

= rarement 3 = parfois 4 = souvent 5 = toujours / beaucoup de changement. Le score global est interprété ci-dessous :

- 28-38 : Vous avez l'air incroyablement moelleux, avec presque aucun stress au travail et vous semblez pratiquement résistant à l'épuisement professionnel.
- 38-50 Vous exprimez un faible niveau de stress lié au travail et ne risquez pas de vous épuiser. Examinez les questions pour lesquelles vous avez obtenu un score de 3 ou plus et réfléchissez aux moyens de réduire le stress.
- 51-70 : Vous semblez subir un stress modéré au travail et avez une bonne chance de vous épuiser. Pour chaque question pour laquelle vous avez obtenu un score de 4 ou plus, réfléchissez à des moyens de réduire le stress impliqué. Si possible, prenez des mesures pour améliorer votre attitude ou la situation entourant les choses qui vous dérangent le plus. □ 71-90 : Vous exprimez un niveau élevé de stress lié au travail et vous avez peut-être commencé à vous épuiser. Envisagez d'étudier la réduction du stress, l'assertivité et la prévention du burnout. Marquez chaque question pour laquelle vous avez obtenu un score de 4 ou plus et classez-les par ordre d'effet sur vous, en commençant par celles qui vous dérangent le plus. Pour au moins votre top trois, faites une liste des façons dont vous pouvez réduire le stress impliqué et prenez des mesures pour améliorer votre attitude et / ou votre situation. Si votre corps reflète ce stress, obtenez un examen médical.
- 91 et plus : Vous semblez être soumis à une quantité dangereuse de stress et vous approchez probablement d'un stade avancé d'épuisement professionnel. Sans certains changements dans vos comportements, votre attitude et votre situation professionnelle, votre potentiel de succomber à une maladie liée au stress est élevé. Envisagez de suivre des cours sur la réduction du stress et la prévention de l'épuisement professionnel et / ou demandez l'aide d'un professionnel. Ne vous laissez pas alarmer par un score élevé, mais faites-y attention ! Évaluez votre système de soutien professionnel et personnel.

Évaluation de l'épuisement professionnel chez les DES au CHU POINT-G et au CHU Gabriel Touré

Connaissez vos limites et respectez-les. Apprenez à demander de l'aide quand vous en avez besoin et à déléguer.

L'épuisement professionnel est réversible, quelle que soit sa distance. Bien sûr, le nombre le plus élevé signifie que plus tôt vous commencerez à être plus doux avec vous-même, meilleure sera la vie pour vous [50]. La version plus courte du questionnaire burnout de 21 items a été développée et utilisée en 2005 [51].

METHODES

V. METHODES

5.1. Cadre et lieu d'étude

Notre étude a eu lieu dans les services du CHU POINT-G et du CHU Gabriel TOURE.

- ❖ L'hôpital du Point " G " a été construit en 1906. Il est situé sur une colline à laquelle il emprunte son nom. Il a été fonctionnel en 1912 sous l'administration de Médecins militaires relevant de la section mixte des médecins et infirmiers coloniaux basés à Dakar (Sénégal). Erigé en hôpital national en 1959, l'hôpital du Point " G " a eu le statut d'Etablissement Public à caractère Administratif (EPA) en 1992 doté de personnalité morale et de l'autonomie financière suivant la loi N° 92.025/A.N.R.M du 05 Octobre 1992. En 2002 il est devenu un établissement public hospitalier (EPH) suivant la loi N° 02-048 du 22 Juillet 2002.

Géographiquement, l'hôpital est bâti sur une colline située au Nord de la ville de Bamako à 8 km du centre-ville, face à la colline de Koulouba. Il couvre une superficie de 25 hectares.

- ❖ Le CHU Gabriel Touré est un ancien dispensaire situé dans la commune III du district de Bamako. Il a été érigé en institution hospitalière le 17 février 1959. Il est situé en plein centre-ville dans le quartier commercial de la Commune III du District de Bamako. Il est limité au Nord par le quartier général du Ministère de la Défense et des Anciens Combattants, au Sud par la Société des Chemins de Fer (Trans rail SA), à l'Ouest par l'Ecole Nationale d'Ingénieurs ABDUL RAHMAN BABA TOURE (ENI-ABT) et à l'Est par le CHU IOTA.

5.2. Type et période d'étude

Nous avons effectué une étude transversale qui s'est déroulée du 1^{er} Janvier au 31 Mars 2021.

5.3. Population d'étude

Les praticiens en D.E.S. au CHU Point-G et du CHU Gabriel Touré pendant notre période d'étude ont constitué notre population d'étude.

5.3.1. Echantillonnage

En prenant 50% par défaut comme la prévalence du burnout chez les D.E.S, avec un intervalle de confiance de 95% et une marge d'erreur de 5%, le nombre total de D.E.S. a la FMOS de 480 (toutes les 26 spécialités de la 1 ère à la 4 eme année) en 2021, nous avons obtenu une taille minimale de l'échantillon de 214.

Compte tenu du nombre restreint des D.E.S., nous avons effectué un échantillonnage probabiliste exhaustif de tous les D.E.S. au CHU du Point G et Gabriel TOURE au moment de notre enquête soit un total de 80.

❖ Critères d'inclusion

Ont été inclus dans cette étude :

- ✓ Tout patricien en DES présents dans un des services du CHU POINT-G ou du CHU Gabriel TOURE et consentant à participer à l'étude.

❖ Critères de non inclusion

N'ont pas été inclus dans cette étude

- ✓ Les D.E.S. ayant un programme chargé qui ne les permet pas de participer à l'étude,
- ✓ Les D.E.S. n'ayant pas donné leur consentement pour participer à l'étude,
- ✓ Les praticiens qui ne sont pas en D.E.S.

5.4. Collecte des données

Les données ont été collectées à l'aide d'un questionnaire anonyme. Les personnes qui ont donné leurs consentements ont été invitées à répondre aux questions, dont les réponses ont été directement saisies sur une tablette. Les variables suivantes ont été collectées : l'âge, le genre, la profession, le statut matrimonial, le nombre d'enfants, le nombre d'heures de travail par jour, le nombre de jours de travail par semaine, les horaires de travail et le nombre de travail. Nous avons administré le test de *Maslach Burn out Inventory* (MBI test) pour déterminer la présence ou l'absence du burnout de façon globale et selon

Évaluation de l'épuisement professionnel chez les DES au CHU POINT-G et au CHU Gabriel Touré

les trois dimensions (l'épuisement professionnel, la dépersonnalisation et l'accomplissement personnel) [47].

5.5. Traitement et Analyse des données

Les données ont été traitées sur Microsoft office Excel 2016 et analysées sur le logiciel SPSS version 26.0. Nous avons groupé les questions pour évaluer les scores du burnout des participants en fonction de leurs réponses données.

5.6. Considérations éthiques

Le respect de la personne humaine fait partie intégrante de la présente étude qui s'est évertuée au respect des aspects suivants :

- ✓ Le respect de la personne humaine a été appliqué.
- ✓ Le consentement libre et éclairé des participants a été obtenu. personnes interrogées
- ✓ La confidentialité et l'anonymat ont été garanti, (seule l'équipe de recherche aura l'accès à la base de données).

RESULTATS

Évaluation de l'épuisement professionnel chez les DES au CHU POINT-G et au CHU Gabriel Touré

VI. RESULTATS

Notre étude portait sur les DES dans le CHU du Point G et du CHU Gabriel TOURE. Sur un nombre total de D.E.S. au moment de notre étude, 72 avaient accepté d'y participer et rempli le questionnaire soit un taux de réponses de 90%.

A. Données sociodémographiques

Tableau I : Répartition des enquêtés selon la tranche d'âge.

Tranche d'âge	Fréquence	Pourcentage
<30 ans	29	40,3
30-35 ans	34	47,2
36 ans et plus	9	12,5
Total	72	100,0

L'âge moyen des participants était de $31,70 \pm 3,57$ ans avec des extrêmes de 25 et 47 ans.

La tranche d'âge 30-35 ans était la plus représentée avec 47,2%.

Tableau II : Répartition des enquêtés selon le sexe.

Sexe	Fréquence	Pourcentage
Masculin	54	75,0
Féminin	18	25,0
Total	72	100,0

Le sexe masculin était majoritaire soit 75,0%. Le sexe ratio était de 3:1.

**Évaluation de l'épuisement professionnel chez les DES au CHU POINT-G et au
CHU Gabriel Touré**

Tableau III : Répartition des enquêtés selon la spécialité.

Spécialité	Fréquence	Pourcentage
DES en Chirurgie	20	27,8
DES en Médecine	17	23,6
DES en Pédiatrie	13	18,1
DES en Gynécologie	13	18,1
DES en Imagerie médicale	9	12,5
Total	72	100,0

Les enquêtés étaient des D.E.S en chirurgie dans 27,8%.

Tableau IV : Répartition des enquêtés selon le statut matrimonial.

Statut matrimonial	Fréquence	Pourcentage
Célibataire	31	43,1
Marié	41	56,9
Total	72	100,0

Les mariés étaient les plus représentés soit 56,9%.

**Évaluation de l'épuisement professionnel chez les DES au CHU POINT-G et au
CHU Gabriel Touré**

Tableau V : Répartition des enquêtés selon le nombre d'enfants.

Nombre d'enfants	Fréquence	Pourcentage
0 (néant)	28	38,9
1	21	29,2
2	13	18,1
3	9	12,5
5	1	1,4
Total	72	100,0

La majorité des enquêtés avait au moins un enfant.

**Évaluation de l'épuisement professionnel chez les DES au CHU POINT-G et au
CHU Gabriel Touré**

B. Résultats descriptifs

Tableau VI : Répartition des enquêtés selon le nombre d'heures de travail.

Nombre d'heure de travail par jour	Fréquence	Pourcentage
1-5 heures	3	4,2
5-10 heures	54	75,0
10-15 heures	12	16,7
15-20 heures	3	4,2
Total	72	100,0

Les enquêtés travaillaient entre 5 et 10 heures de temps par jour dans 75,0% des cas. Le nombre moyen d'heures de travail par jour était de $9,22 \pm 2,79$ heures avec des extrêmes de 5 et 20 heures.

Tableau VII : Répartition des enquêtés selon nombre de jours de travail par semaine.

Nombre de jours de travail par semaine	Fréquence	Pourcentage
5 jours	27	37,5
6 jours	28	38,9
7 jours	17	23,6
Total	72	100,0

Les enquêtés travaillaient six (6) jours par semaine dans 38,9%.

**Évaluation de l'épuisement professionnel chez les DES au CHU POINT-G et au
CHU Gabriel Touré**

Tableau VIII : Répartition des enquêtés selon les horaires de travail dans la nuit.

Nombre d'heures de travail dans la nuit	Fréquence	Pourcentage
0	31	43,1
2	8	11,1
3	6	8,3
4	15	20,8
5	4	5,6
6	3	4,2
7	2	2,8
11	1	1,4
12	2	2,8
Total	72	100,0

Les enquêtés travaillaient pendant quatre (4) heures dans la nuit dans 20,8%.

**Évaluation de l'épuisement professionnel chez les DES au CHU POINT-G et au
CHU Gabriel Touré**

Tableau IX : Répartition selon les troubles neuropsychiques.

Le faites-vous ?	Réponse (OUI)	Pourcentage
Inquiet la nuit, a du mal à dormir	46	63,9
Se sent moins compétent	40	55,6
Non apprécié au travail	36	50,0
Se sent fatigué même s'il dort suffisamment	62	86,1
Peur d'aller au travail	26	36,1
Se sent en colère, irrité, ennuyé ou déçu par les gens autour de lui	34	47,2
Plaintes physiques ou maladie fréquentes	50	69,4
Se sent dépassé	40	55,6
Pensez-vous qu'être homme ou femme peut vous rendre plus susceptible à l'épuisement plus que vous ne le pensez ?	33	45,8
Voir des amis proches et la famille moins souvent ?	66	91,7

Presque la totalité de nos enquêtés ont affirmé qu'ils voyaient leurs amis proches et la famille moins souvent soit 91,7% (66/72).

Les enquêtés se sentaient fatigués même s'ils avaient dormi suffisamment dans 86,1% (62/72).

**Évaluation de l'épuisement professionnel chez les DES au CHU POINT-G et au
CHU Gabriel Touré**

Tableau X : Répartition selon les habitudes

êtes-vous ?	Réponse (OUI)	Pourcentage
Plus oublieux (rendez-vous, délais, effets personnels) ou dissocié que d'habitude ?	50	69,4%
Toujours regarder l'horloge ?	60	83,3%
Éviter la conversation avec des collègues ou s'isoler des gens en général ?	34	47,2%
Appliquer rigoureusement les règles sans envisager de solutions plus créatives ?	44	61,1%
Augmenter votre consommation d'alcool ou de drogues ?	7	9,7%
Exprimez-vous facilement ou automatiquement des attitudes négatives, en particulier face aux changements ?	50	69,4%
Absent, malade plus souvent ou au travail ?	41	56,9%
Incapable de rire d'une plaisanterie sur vous-même ou avez de la difficulté à trouver de la joie ?	16	22,2%
Vivez des conflits interpersonnels avec des collègues / famille ?	32	44,4%
Trop occupé pour faire des choses ordinaires (passer des appels téléphoniques, lire, appeler / contacter la famille ou des amis)?	48	66,7%

Les enquêtés ont affirmé qu'ils regardaient toujours l'horloge soit 83,3% (60/72) et ils étaient plus oublieux ou dissociés que d'habitude dans 69,4% (50/72).

**Évaluation de l'épuisement professionnel chez les DES au CHU POINT-G et au
CHU Gabriel Touré**

Tableau XI : Le score et l'interprétation du questionnaire de l'épuisement professionnel.

<i>Maslach Burnout Inventory Scale*</i>			
Score*	Interprétation	Fréquence	Pourcentage
<38	Aucun stress	0	0,0
39-50	Stress faible	7	9,7
51-70	Stress modéré	41	56,9
71-90	Stress dangereux	22	30,6
91 et plus	Burnout [#]	2	2,8
Total		72	100,0

*Echelle de l'épuisement professionnel de Maslach #Burnout=épuisement professionnel

Les enquêtés semblaient subir un stress modéré au travail et avaient une bonne chance de s'épuiser (score 51-70) dans 56,9%.

Les enquêtés semblaient être soumis à une quantité dangereuse de stress et s'approchaient probablement d'un stade avancé d'épuisement professionnel dans 2,8%. Sans certains changements dans leur comportement, leur attitude et leur situation professionnelle, leur potentiel de succomber à une maladie liée au stress est élevé.

Tableau XII : Répartition des participants selon la réponse a la question « Avez-vous déjà fait un traitement pour le stress ? »

Réponse	Fréquence	Pourcentage
Oui	5	6,9
Non	67	93,1
Total	72	100,0

Dans notre étude 6,9% de nos enquêtés avaient déjà fait un traitement de stress.

DISCUSSION

VII. DISCUSSION

Notre étude s'était proposée de déterminer la proportion de burnout et d'identifier ses facteurs associés chez les D.E.S du CHU Point G et du CHU Gabriel TOURE. Cependant, elle a été confrontée aux nombreux cas de refus.

Nous avons effectué une étude transversale à collecte de données prospective qui s'est déroulée du 1^{er} janvier au 31 mars 2021 au cours duquel nous avons enquêtés 72 praticiens en DES.

Sur une population de 72 individus, l'âge moyen était de $31,70 \pm 3,57$ ans avec des extrêmes de 25 et 47 ans. La tranche d'âge 30-35 ans était la plus représentée soit 47,2%. Notre résultat est similaire à celui de de **Jisca K.B et al [48]** chez qui l'âge moyen était de $39,31 \pm 8,13$. Dans l'étude de **L.Nicoleta [49]**, parmi le personnel médical, l'âge prédominant était inférieur à 30 ans soit une population relativement jeune, cela étant expliqué d'une part la prédominance des internes (61%) dans son étude et d'autre part, le fait que notre étude concernait uniquement les praticiens en DES.

Dans notre étude, le sexe masculin était majoritaire soit 75,0%. Notre résultat est différent de celui d'**Ebatetou et al [7]** chez qui, le sexe ratio (F/H) était de 1,6. Ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que son étude concernait uniquement les infirmiers, un métier plus aimé par les femmes.

La majorité de nos enquêtés était DES en chirurgie (27,8%) parmi lesquels les mariés représentaient 56,9% et 61,1% avaient des enfants. Au Brazzaville, **Ebatetou et al [7]** ont retrouvé une prédominance de célibataires de 65,9%.

Évaluation de l'épuisement professionnel chez les DES au CHU POINT-G et au CHU Gabriel Touré

Les conditions de travail des soignants sont, avant tout, marquées par l'importance des horaires atypiques (travail de nuit, week-ends et jours fériés, horaires décalés, horaires irréguliers ou alternés).

Notre travail a montré une exposition élevée à l'intensité et rythme de travail. Dans notre étude, la majorité de nos enquêtés travaillaient 6 jours par semaine soit 38,9% chez qui la tranche moyenne d'heure de travail était de $9,22 \pm 2,79$ heures avec des extrêmes de 5 et 20 heures. A Rouen, en France, L. Nicoleta [49], a évoqué que 70% des salariés du secteur hospitalier déclaraient travailler 6 jours sur 7.

20,8% de nos enquêtés travaillaient pendant 4 heures dans la nuit. L. Nicoleta [49] a retrouvé les mêmes résultats dans sa population concernant le travail de nuit où un salarié sur trois travaillait la nuit.

Selon l'enquête DARES réalisée en 2010, 33% des praticiens travaillaient la nuit dont il s'agissait principalement des professionnels soignants : infirmiers, aides-soignants et médecins [33].

Dans la littérature, de nombreuses études ont montré que le travail de nuit, transgressant les rythmes circadiens, entraîne certaines conséquences sur la santé des agents de santé : troubles cardio-vasculaires, troubles nerveux, dépressifs ou névrotiques, troubles digestifs notamment liés à l'irrégularité des prises alimentaires en fonction des horaires de travail. [29, 32, 38]

Enfin, à long terme, le travail de nuit favoriserait l'apparition de cancers : en 2007, le Centre International pour la Recherche sur le Cancer (CIRC), a classé tout travail interrompant le rythme circadien dans le groupe 2A (facteurs « probablement cancérigènes » pour l'être humain) [45]. Le risque a été documenté pour le cancer du sein [46] mais pas pour d'autres tumeurs.

Les relations des salariés avec les collègues sont considérées comme bonnes. Dans notre population, la moitié de nos praticiens se déclaraient non appréciés au travail soit 50,0% (36/72).

Évaluation de l'épuisement professionnel chez les DES au CHU POINT-G et au CHU Gabriel Touré

A Rouen, la plupart des salariés (85%) déclaraient avoir de suffisantes possibilités d'entraide [49]

Dans l'enquête Dares en 2013, 8% des salariés du secteur hospitalier n'étaient pas aidés par leurs collègues pour mener leurs tâches à bien [24]. La seule différence marquée sur cette composante des risques psychosociaux concernait la proportion plus grande de salariés qui déclarent avoir été victimes d'une agression verbale de la part de leurs collègues ou supérieurs.

Pour **Estryn-Behar [27]**, un infirmier sur deux déclarait, en 2008, avoir des relations hostiles avec son cadre.

La vie d'un agent hospitalier est parsemée de joies et de peines, de hauts et de bas, d'évènements positifs comme négatifs. Curieusement, la psychologie et surtout la santé au travail se sont davantage focalisées sur les aspects négatifs du travail. On y parle de TMS, des RPS, burn-out Tous ces mots sont des maux qui donnent le sentiment que le travail est une source de souffrance permanente, confortant l'origine latine du mot travail - tripalium -qui signifie un instrument de torture. En fait, la santé au travail obéit à une grande loi de la psychologie humaine : Bad is stronger than good, « le Mal est plus fort que le bien ». [32]

Dans notre étude, 44,4% soit (32/72) vivaient des conflits interpersonnels avec des collègues. Ce résultat est similaire à celui de **L. Nicoleta [49]** chez qui 41,3% des agents hospitaliers étaient en conflits avec des collègues.

Sur notre population de 72 praticiens, 69,4% (50/72) étaient plus oublieux ou dissocié que d'habitude chez qui plus de la moitié ont affirmé qu'ils regardent toujours l'horloge soit 83,3% et 6,9% avaient déjà fait un traitement de stress. Dans l'étude d'**Ebatetou et al.**, sur les « troubles du sommeil et travail posté chez les infirmiers d'un hôpital du Congo-Brazzaville », 13,6 % avaient pris des somnifères durant les derniers mois [7].

Évaluation de l'épuisement professionnel chez les DES au CHU POINT-G et au CHU Gabriel Touré

Enfin, plus de la moitié de nos enquêtés semblaient subir un stress modéré au travail et avaient une bonne chance de s'épuiser (score 51-70) soit 56,9%. 2,8% de nos enquêtés semblaient être soumis à une quantité dangereuse de stress et s'approchaient probablement d'un stade avancé d'épuisement professionnel. Sans certains changements dans leur comportements, leur attitude et leur situation professionnelle, leur potentiel de succomber à une maladie liée au stress est élevé.

CONCLUSION

VIII. CONCLUSION

La description des facteurs de risques psychosociaux au travail des praticiens en DES au CHU Point G et Gabriel TOURE a mis en évidence que près de la moitié de ces D.E.S pourraient être exposés à des pathologies mentales et physiques en rapport avec leur exposition à ces risques au travail. En effet, Les dimensions les plus critiques identifiées sont l'intensité et rythme au travail.

Le burnout est un phénomène complexe à la frontière entre la medecine ,la psychologie et la sociologie .

Plus de la moitié des enquêtés semblaient subir un stress modéré au travail et avaient une bonne chance de s'épuiser soit 56,9% et 2,8% des enquêtés semblaient être soumis à une quantité dangereuse de stress et s'approchaient probablement d'un stade avancé d'épuisement professionnel.

Ainsi donc, ce portrait global nous donne des indications sur les contraintes psychosociales sur lesquelles agir prioritairement.

RECOMMANDATIONS

Évaluation de l'épuisement professionnel chez les DES au CHU POINT-G et au CHU Gabriel Touré

Au vu de ce travail, nous faisons ces recommandations suivantes : :

➤ Aux D.E.S

- De s'en tenir aux huit (8) heures de travail quotidien dans un seul boulot (si possible)
- D'apprendre à gérer le stress pour prévenir le burnout
- De faire l'activité physique sportive ou récréative régulièrement
- De se faire aider en cas de burnout
- D'avoir au moins six (6) heures de sommeil la nuit
- D'éviter d'abuser des excitants (le thé et le café) pour se forcer à travailler malgré la fatigue

➤ Aux Centres Hospitalo-universitaires

- De Veiller au bien-être physique et mental des D.E.S
- D'organiser des séminaires et ateliers sur la bonne gestion de l'emploi du temps, la bonne conciliation entre la vie professionnelle et familiale et sur la gestion du stress.

REFERENCES

IX. REFERENCES

1. **Risques psychosociaux au travail : une problématique européenne.** Note thématique Janvier 2010 Réf. Eurogip47/F. http://www.eurogip.fr/docs/Eurogip_RPSautravail_2010_47F.
2. **Aasa U, kalezic, N, lyskov, E., et al.** Stress monitoring of ambulance personnel during work and leisure time. *International archives of occupational and environmental health* 2006; 80(1):51-59. DOI: 10.1007/s00420-006-0103-x.
3. **Gernet I, Jeantet A.** Évaluation du travail et santé mentale. *Travailler, Revue internationale de psychopathologie et de psychodynamique du travail*, 2011, vol. 25.
4. **Bourbonnais R, Brisson C, Vézina M.** Long-term effects of an intervention on psychosocial work factors among healthcare professionals in a hospital setting. *Occupational and Environmental Medicine* 2011 ; 68 (7): 479-486. DOI:10.1136/oem.2010.055202
5. **Hegg-Deloye S, Brassard P, Prairie J et al.** Portrait global de l'exposition aux contraintes psychosociales au travail des paramédics québécois. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé* 2014, no 16-3. DOI : 10.4000/pistes.3859
6. **Niedhammer I, Chastang J F, Levy D, David S, Degioanni S.** (2007). Exposition aux facteurs psychosociaux au travail du modèle de Karasek en France: étude méthodologique à l'aide de l'enquête nationale Sumer. *Travailler* 2007 ; 1: 47-70
7. **Ebatetou A E.** Troubles du sommeil et travail posté chez les infirmiers d'un Hôpital du Congo-Brazzaville. *Annale des Sciences de la Santé.* 2019 ; 18(2) :23-30
8. **NOUNGA N R.** Etude du burnout chez le personnel soignant (medical et infirmier) de l'unité covid de l'hôpital du mali. [These de DES en Médecine]. Faculte de Médecine et d'odontostomatologie. Bamako, Mali 53 pages

9. **Tangara A** Etude pilote sur le syndrome de l'épuisement professionnel chez les étudiants et professionnels en médecine et en pharmacie au Mali [These de doctorat en Pharmacie]. Faculte de Pharamcie] Bamako, Mali. 2023. 91 Pages
10. **Davezies Ph.** Evolution des organisations du travail et atteintes à la santé. Travailler.1999;3:7-22.
11. **Aust B, Rugulies R, Skakon J, Scherzer T, Jensen C.** Psychosocial work environment of hospital workers : validation of a comprehensive assessment scale. Int J Nurs Stud, 2007;44(5):814-25
12. **Rhoades L, Eisenberger R.** Perceived organizational support: a review of the literature. J Appl Psychol. 2002;87(4):698-714.
13. **Bakker AB, Schaufeli WB, Sixma HJ, Bosveld W, Van Dierendonck D.** Patient demands, lack of reciprocity, and burnout: a five-year longitudinal study among general practitioners. J Organ Behav. 2000;21(4):425-41.
14. **Assurance Maladie - Risques Professionnels.** Rapport de gestion 2014. 2015:158p.
15. **Bannai A, Tamakoski A.** The association between long working hours and health: a systematic review of epidemiological evidence. Scand J Work Environ Health. 2014;40(1):5-18.
16. **Renzi C, Tabolli S, Ianni A, Di Pietro C, Puddu P.** Burnout and job satisfaction comparing healthcare staff of a dermatological hospital and a general hospital. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2005;19(2):153-7.
17. **Winters R, Neville S.** Registered nurse perspectives on delayed or missed nursing cares in a New Zealand Hospital. Nurs Prax N Z. 2012;28(1):19-28.
18. **Virtanen M, Stansfeld SA, Fuhrer R, Ferrie JE, Kivimäki M.** Overtime Work as a Predictor of Major Depressive Episode: A 5-Year Follow-up of Whitehall II Study. Plos One.2012;7(1):e30719.
19. **Jaeger C.** L'impossible évaluation du travail des téléopérateurs. Le cas de deux centres d'appel. Réseaux. 2002;114(4):51-90.

20. **Pisljar T, van der Lippe T, den Dulk L.** Health among hospital employees in Europe: a cross-national study of the impact of work stress and work control. *Soc Sci Med.* 2011;72(6):899-906.
21. **Cartron D, Gollac M.** Fast-work et mal travail. Colloque Organisation, Intensité au travail, Qualité du travail. 2002.
22. **Schreuder JA, Roelen CA, Koopmans PC, Moen BE, Groothoff JW.** Effort-reward imbalance is associated with the frequency of sickness absence among female hospital nurses: a cross-sectional study. *Int J Nurs Stud.* 2010;47(5):569-76.
23. **Cummings G, Estabrooks CA.** The effects of hospital restructuring that included layoffs on individual nurses who remained employed: A systematic review of impact. *Int J Sociol SocPolicy.* 2003;23(8/9):853.
24. **Niedhammer I, Chastang JF, Gendrey L, David S, Degioanni S.** Propriétés psychométriques de la version française des échelles de la demande psychologique, de la latitude décisionnelle et du soutien social du Job Content Questionnaire de Karasek: résultats de l'enquête nationale SUMER. *Santé Publique.* 2006;18(3):413-27
25. **Davie E.** Les risques psychosociaux dans la fonction publique. Rapport annuel sur l'état de la fonction publique. La Documentation française. 2014.
26. **Lau JB, Magarey J.** Review of research methods used to investigate violence in the emergency department. *Accid Emerg Nurs.* 2006;14(2):111-6.
27. **Selye H.** The stress of life. New York, McGraw-Hill. 1956. 324p
28. **Estry-Béhar M.** Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe. Rennes, EHESP. 2008. 383p.
29. **Pucher PH, Aggarwal R, Batrick N, Jenkins M, Darzi A.** Nontechnical skills performance and care processes in the management of the acute trauma patient. *Surgery* 2014;155(5):902-9.
30. **Institut National de Recherche en Sécurité (INRS).** Évaluer les facteurs de risques psychosociaux : l'outil RPS-DU, 2013.

<http://www.inrs.fr/accueil/dms/inrs/CataloguePapier/ED/TI-ED-6140/ed6140>.

31. **Arial M, Benoît D, Danuser B.** Division de l'attention lors d'interventions d'urgence préhospitalière : quelques apports de l'analyse d'activité en situation réelle de travail. *Journal International de Santé au Travail* 2010 ; (2) : 16-23
32. **Direction de l'Animation, de la Recherche, des Etudes et des Statistiques (DARES).** Risques psychosociaux au travail. Un panorama d'après l'enquête Santé et itinéraire professionnel, 2010 <https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/2014-031>.
33. **Theorell T, Ahlberg-Hulten G, Sigala F, Perski A, Soderholm M, Kallner A P.** Psychosocial and biomedical comparison between men in six contrasting services. *Work and Stress* 1990 4: 51-63
34. **Dujarier M A.** Au-delà du stress au travail, Une sociologie des agents publics au contact des usagers, M. Buscatto, M. Loriol, J.-M. Weller (Eds.). Erès, Toulouse (2008). 288 p. *Sociologie du travail* 2010 ; 52(3) : 429-431
35. **Ntawarhunga E, Chouanière D, Danuser B, Praz-Christinaz SM.** Effets du travail de nuit sur la santé. *Rev Med Suisse* 2008; 4 :2581-5.
36. **Bayon V, Prevot E, Leger D.** Travail posté et cancer. *Médecine du Sommeil* 2009;6:25-30.
37. **De Bacquer D, Van Resseghem M, Clays E.** Rotating shift work and the metabolic syndrome: a prospective study. *Int J Epidemiol* 2009; 38:848-54.
38. **Noël S.** La morbidité du travail à horaires irréguliers. *Rev Med Brux* 2009;30:309 -17.
39. **Code du travail congolais.** Loi n°45 du 15 mars 1975, modifiée par les lois n°22-88 du 17 septembre 1988 et n°6-96 du 6 mars 1996 Titre 4 relatif aux conditions du travail. Chapitre 2 : du travail de nuit. 23.

40. **Gold DR, Rogacz S, Bock N, et al.** Rotating shift work, sleep, and accidents related to sleepiness in hospital nurses. *Am J Public Health* 1992; 82: 1011-4.
41. **Anbazhagan S, Ramesh N, Nisha C, Joseph B.** Shift work disorder and related health problem among nurses working in a tertiary care hospital, Bangalore, South India. *Indian J Occup Environ Med* 2016; 20:35-38.
42. **Buysse D, Reynolds C, Monk T, Berman SS, Kupfer D.** A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res* 1988; 28: 193-213.
43. **Shen J, Botly LCP, Chung SA, Gibbs AL, Sabanadzovic S, Shapiro CM.** Fatigue and shift work. *J Sleep Res* 2006; 15: 1-5.
44. **Esquirol Y, Bongard V, Mabile L, Jonnier B, Soulat JM, Perret B.** Shift work and metabolic syndrome: respective impacts of job strain, physical activity, and dietary rhythms. *Chronobiol Int.* 2009;26(3):544-59.
45. **Léonard R.** Le travail et le temps. Le travail en horaires atypiques. Bruxelles. Institut National de Recherche sur les conditions de travail (INRCT). 1998 :33,72,87-95, 115-116.
46. **Straif K, Baan R, Grosse Y, Secretan B, El Ghissassi F, Bouvard V, Altieri A, Benbrahim-Tallaa L.** Carcinogenicity of shift-work, painting and fire-fighting. *Lancet Oncol.*2007;8(12):1065-6.
47. **Megdal SP, Kroenke CH, Laden F, Pukkala E, Schernhammer ES.** Night work and breast cancer risk: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Cancer.* 2005;41(13):2023-32.
48. **Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P.** (1997). Maslach Burnout Inventory: Third edition. In C. P. Zalaquett & R. J. Wood (Eds.), *Evaluating stress: A book of resources* (pp. 191-218). Scarecrow Education
49. **Kristensen, T. S., Borritz, M., Villadsen, E., & Christensen, K. B.** (2005). Copenhagen Burnout Inventory (CBI) [Database record]. APA PsycTests. <https://doi.org/10.1037/t62096-000>

50. **Burnout questionnaire.** Disponible a [https://www.eccta.org/Forms/Presentations/Conference/2017/Burnout Questionnaire_6-21-17.pdf](https://www.eccta.org/Forms/Presentations/Conference/2017/Burnout%20Questionnaire_6-21-17.pdf) Adapté par Michelle Post, MA, LMFT de Public Welfare, Vol. 39, n ° 1, 1981, American Public Welfare Association.
51. **Malach-Pines, A. (2005).** The Burnout Measure, Short Version. International Journal of Stress Management, 12(1), 78-88. <https://doi.org/10.1037/1072-5245.12.1.78>
52. **Maslach, C., Susan E. Jackson (1981).** The measurement of experienced burnout, Journal of occupational behaviour, Vol 2, 99-113 disponible à https://www.mgfrance.org/images/utilitaires-medicaux/test-maslach_burn-out.htm et consulte le 23 juillet 2022
53. **Jisca K.B, Patricia Atipo-G, et al.** Évaluation des Facteurs de Risques Psychosociaux chez les Professionnels de Santé à Pointe-Noire (Congo). Health Sci. Dis: Vol 21 (8) August 2020 pp 108-113
54. **LESUEUR Nicoleta,** Evaluation du retentissement des risques psychosociaux sur l'état de santé du personnel hospitalier du CHU de ROUEN. Thèse Med 26 Avril 2017. 149p

ANNEXES

X. ANNEXES

10.1. Fiche signalétique (Français) :

Nom : DOUYON

Prénom : JEAN

Titre : Évaluation de L'Épuisement Professionnel chez les Diplômes D'Études Spécialisées (D.E.S) aux Centres Hospitalo-Universitaires du Point G et Gabriel Touré.

Année : 2022-2023

Pays d'origine : Mali

Ville : Bamako

Email : douyon_j@yahoo.fr

Lieu de dépôt : FMOS/FAPH Bamako-Mali

Secteur d'intérêt : Santé Publique

RESUME :

Objectif :

L'Objectif de cette étude était d'évaluer le syndrome d'épuisement professionnel chez les diplômés d'études spécialisées (D.E.S.) aux CHU du Point G et Gabriel Touré.

Méthode :

Nous avons effectué une étude transversale à collecte prospective dans les services du CHU POINT-G et du CHU Gabriel TOURE qui a permis d'inclure les praticiens en DES consentant à participer à notre étude pendant la période du 1er Janvier au 31 Mars 2021. Les données concernant les caractéristiques sociodémographiques, facteurs et risques psychosociaux ont été compilées et analysées.

Résultats :

Durant la période d'étude 72 praticiens en D.E.S âgés de 30 à 47 ans avaient accepté d'y participer et remplir le questionnaire, soit un taux de réponses de 90%. Le sexe masculin était majoritaire soit 75,0%. Le sexe ratio était de 3/1.

Évaluation de l'épuisement professionnel chez les DES au CHU POINT-G et au CHU Gabriel Touré

Les D.E.S en chirurgie étaient les plus représentées avec 27.8%, parmi lesquels les mariés représentaient 56,9% et 61,1% avaient des enfants.

La majorité de nos enquêtés travaillaient 6 jours par semaine soit 38,9%, la moyenne d'heure de travail était de $9,22 \pm 2,79$ heures avec des extrêmes de 5 à 20 heures. La moitié de nos praticiens se déclaraient non appréciés au travail soit 50,0% (36/72). Dans cette étude, 44,4% soit (32/72) vivaient des conflits interpersonnels avec des collègues. Sur population de 72, 69,4% (50/72) étaient plus oublieux ou dissocié que d'habitude, plus de la moitié ont affirmé qu'ils regardent toujours l'horloge soit 83,3% et 6,9% avaient déjà fait un traitement de stress. Enfin, plus de la moitié de nos enquêtés semblaient subir un stress modéré au travail et avaient une bonne chance de s'épuiser (score 51-70) soit 56,9%. 2,8% de nos enquêtés semblaient être soumis à une quantité dangereuse de stress et s'approchaient probablement d'un stade avancé d'épuisement professionnel.

Mots clés :

Évaluation, épuisement professionnel, Diplômes D'Etudes Spécialisées, FMOS.

Évaluation de l'épuisement professionnel chez les DES au CHU POINT-G et au CHU Gabriel Touré

10.2. Fiche signalétique (anglais)

Material Safety Data Sheet (English):

Name: DOUYON

First name : JEAN

Title: Evaluation of Professional Exhaustion in Specialized Studies Diplomas (D.E.S) at the University Hospital Centers of Point G and Gabriel Touré.

Year: 2022-2023

Country of origin: Mali

City: Bamako

Email : douyon_j@yahoo.fr

Drop-off point: FMOS/FAPH Bamako-Mali

Focus Area: Public Health

SUMMARY:

Objective:

The objective of our study is to evaluate burnout syndrome in specialized studies diplomas (D.E.S.) at the CHU du Point G and Gabriel TOURE.

Method:

We carried out a cross-sectional study with prospective collection in the departments of CHU POINT-G and CHU Gabriel TOURE which made it possible to include practitioners in DES consenting to participate in our study during the period from January 1 to March 31, 2021. Data on socio-demographic characteristics, psychosocial factors and risks were compiled and analysed.

Results:

During the study period, 72 D.E.S. practitioners aged 30 to 47 agreed to participate and complete the questionnaire, representing a response rate of 90%. The male sex was in the majority or 75.0%. The sex ratio was 3:1. The D.E.S in surgery were the most represented with 27.8%, among which the bride and groom represented 56.9% and 61.1% had children.

The majority of our respondents worked 6 days a week or 38.9% with whom the average working time was 9.22 ± 2.79 hours with extremes of 5 and 20 hours. Half of our practitioners said they were not appreciated at work, i.e. 50.0% (36/72). In our study, 44.4% (32/72) experienced interpersonal conflicts with colleagues.

Évaluation de l'épuisement professionnel chez les DES au CHU POINT-G et au CHU Gabriel Touré

Of our population of 72 practitioners, 69.4% (50/72) were more forgetful or dissociated than usual in whom more than half said they always look at the clock (83.3% and 6.9% had already done stress treatment.

Finally, more than half of our respondents seemed to experience moderate stress at work and had a good chance of exhaustion (score 51-70) or 56.9%. 2.8% of our respondents appeared to be under a dangerous amount of stress and were probably approaching an advanced stage of burnout.

Keywords:

Assessment, burnout, specialized diplomas, FMOS.

10.3. QUESTIONNAIRE DE DÉROULEMENT (28 items)

Qui êtes-vous?

Age: /...../ ans

Genre: /...../

Profession: /...../

Statut matrimonial /...../

Nombre d'enfants /...../

Nombre d'heures de travail par jour : /...../

Nombre de jours de travail par semaine: /...../

Horaires de travail : dans la journée /.../ dans la nuit /...../ les deux /...../

Nombre de travail /...../

Pour chaque item ci-dessous, utilisez le scoring suivant:

1 = jamais / pas de changement 2 = rarement 3 = parfois 4 = souvent 5 =
toujours / beaucoup de changement

Le faites vous:

___ 1. Vous vous inquiétez la nuit, avez du mal à vous endormir ou à rester
endormi?

___ 2. Vous vous sentez moins compétent / efficace qu'auparavant ou
travaillez plus dur tout en accomplissant moins?

___ 3. Vous considérez-vous comme non apprécié ou «utilisé» au travail?

___ 4. Vous vous sentez fatigué / fatigué plutôt qu'énergique même lorsque
vous dormez suffisamment?

___ 5. Vous avez peur d'aller au travail ou vous sentez pris au piège dans votre
situation professionnelle?

___ 6. Vous sentez-vous en colère, irrité, ennuyé ou déçu par les gens autour
de vous?

___ 7. Souffrez de plaintes physiques ou de maladies fréquentes (maux de
tête, maux d'estomac/dos/cou, rhumes)?

___ 8. Vous vous sentez dépassé?

___ 9. Pensez-vous que le sexe semble plus problématique que cela ne vaut?

___ 10. Voir des amis proches et la famille moins souvent?

Es-tu:

___ 11. Plus oublieux (rendez-vous, délais, effets personnels) ou dissocié que
d'habitude?

___ 12. Toujours regarder l'horloge?

___ 13. Éviter la conversation avec des collègues ou s'isoler des gens en général?

___ 14. Appliquer rigoureusement les règles sans envisager de solutions plus
créatives?

___ 15. Augmenter votre consommation d'alcool ou de drogues?

___ 16. Exprimez-vous facilement ou automatiquement des attitudes négatives,
en particulier face aux changements?

___ 17. Absent, malade plus souvent ou au travail?

**Évaluation de l'épuisement professionnel chez les DES au CHU POINT-G et au
CHU Gabriel Touré**

- ___ 18. Incapable de rire d'une plaisanterie sur vous-même ou avez de la difficulté à trouver de la joie?
___ 19. Vivez des conflits interpersonnels avec des collègues / famille?
___ 20. Trop occupé pour faire des choses ordinaires (passer des appels téléphoniques, lire, appeler / contacter la famille ou des amis)?

Votre travail:

- ___ 21. Semble vide de sens ou rempli de trop de situations répétitives?
___ 22. Payez trop peu?
___ 23. Vous n'avez pas accès à un groupe de soutien social et professionnel?
___ 24. Dépendez-vous de sources de financement capricieuses ou n'avez-vous pas suffisamment de fonds pour atteindre les objectifs de l'agence?
___ 25. Manque de directives claires ou vous oblige à faire face à des changements de programme rapides?
___ 26. Comprend tellement de tâches différentes que vous vous sentez fragmenté?
___ 27. Exigez de faire face à un public en colère?
___ 28. Vous surcharger de travail, exiger de longs quarts de travail et des heures supplémentaires fréquentes ou vous refuser des pauses / temps morts autosurveillés, l'heure du déjeuner, un congé de maladie ou des vacances?

Score total: /...../ Interpretation du score:/...../
Avez-vous déjà fait un traitement pour votre stress ? Oui /.... / Non /...../
Si oui, quel type de traitement avez-vous reçu ? Médical /...../ traditionnel /...../
Si traitement Medical, quelle est la molécule reçue ? /...../
la molécule reçue ? /...../

QUE SIGNIFIE VOTRE SCORE Maintenant, placez-vous sur la peur du burnout. L'épuisement professionnel est réversible, quelle que soit sa distance. Bien sûr, le nombre le plus élevé signifie que plus tôt vous commencerez à être plus doux avec vous-même, meilleure sera la vie pour vous.

28 - 38 : Vous avez l'air incroyablement moelleux, avec presque aucun stress au travail et vous semblez pratiquement résistant à l'épuisement professionnel.

38 - 50: Vous exprimez un faible niveau de stress lié au travail et ne risquez pas de vous épuiser. Examinez les questions pour lesquelles vous avez obtenu un score de 3 ou plus et réfléchissez aux moyens de réduire le stress.

Évaluation de l'épuisement professionnel chez les DES au CHU POINT-G et au CHU Gabriel Touré

51 - 70: Vous semblez subir un stress modéré au travail et avez une bonne chance de vous épuiser. Pour chaque question pour laquelle vous avez obtenu un score de 4 ou plus, réfléchissez à des moyens de réduire le stress impliqué. Si possible, prenez des mesures pour améliorer votre attitude ou la situation entourant les choses qui vous dérangent le plus.

71 - 90: Vous exprimez un niveau élevé de stress lié au travail et vous avez peut-être commencé à vous épuiser. Envisagez d'étudier la réduction du stress, l'assertivité et la prévention du burnout. Marquez chaque question pour laquelle vous avez obtenu un score de 4 ou plus et classez-les par ordre d'effet sur vous, en commençant par celles qui vous dérangent le plus. Pour au moins votre top trois, faites une liste des façons dont vous pouvez réduire le stress impliqué et prenez des mesures pour améliorer votre attitude et / ou votre situation. Si votre corps reflète ce stress, obtenez un examen médical.

91 et plus: Vous semblez être soumis à une quantité dangereuse de stress et vous approchez probablement d'un stade avancé d'épuisement professionnel. Sans certains changements dans vos comportements, votre attitude et votre situation professionnelle, votre potentiel de succomber à une maladie liée au stress est élevé. Envisagez de suivre des cours sur la réduction du stress et la prévention de l'épuisement professionnel et / ou demandez l'aide d'un professionnel. Ne vous laissez pas alarmer par un score élevé, mais faites-y attention! Évaluez votre système de soutien professionnel et personnel. Connaissez vos limites et respectez-les. Apprenez à demander de l'aide quand

**Évaluation de l'épuisement professionnel chez les DES au CHU POINT-G et au
CHU Gabriel Touré**

vous en avez besoin et à déléguer! Adapté par Michelle Post, MA, LMFT de Public Welfare, Vol. 39, n ° 1, 1981, American Public Welfare Association.

10.4. SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail ; je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

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

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

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

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

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

JE LE JURE.