

Ministère de l'Éducation Nationale, de l'Enseignement  
Supérieur et de la Recherche Scientifique

\*\*\*\*\*



**U.S.T.T-B**

*Université des Sciences des  
Techniques et des Technologies  
de Bamako*

REPUBLIQUE DU MALI

\*\*\*\*\*

**Un Peuple-Un But-Une Foi**



**Faculté de Médecine  
et d'Odontostomatologie**

*FMOS*

Année universitaire 2021-2022

Thèse N° :..... /

**THEME**

**ETAT DE BURN OUT CHEZ LE PERSONNEL SOIGNANT  
IMPLIQUE DANS LA PRISE EN CHARGE DES MALADES  
MENTAUX AU CHU POINT G : CAS DES SERVICES DE  
PSYCHIATRIE ET D'ACCUEIL DES URGENCES**

Présenté et Soutenu publiquement le.../.../2022  
devant le jury de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

Par :

**M. Sodovo Axel Judy LOKONON**

**Pour l'obtention du Grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)**

**JURY**

**Président : Pr Arouna TOGORA**

**Directeur : Pr Souleymane COULIBALY**

**Co-Directeur : Dr Souleymane Papa COULIBALY**

**Membre : Dr Apérou dit Eloi DARA**

**FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE**  
**ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 – 2021**

**ADMINISTRATION**

DOYEN : Mr Seydou DOUMBIA - PROFESSEUR  
VICE-DOYEN : Mme Mariam SYLLA - PROFESSEUR  
SECRETAIRE PRINCIPAL : Mr Monzon TRAORE - MAITRE DE CONFERENCES  
AGENT COMPTABLE : Mr Yaya CISSE - INSPECTEUR DU TRESOR



**LES ENSEIGNANTS A LA RETRAITE**

1. Mr Mamadou KOUMARE
2. Mr Ali Nouhoum DIALLO
3. Mr Aly GUINDO
4. Mr Mamadou M. KEITA
5. Mr Siné BAYO
6. Mr Sidi Yaya SIMAGA
7. Mr Abdoulaye Ag RHALY
8. Mr Boukassoum HAIDARA
9. Mr Boubacar Sidiki CISSE
10. Mr Sambou SOUMARE
11. Mr Daouda DIALLO
12. Mr Issa TRAORE
13. Mr Mamadou K. TOURE
14. Mme SY Assitan SOW
15. Mr Salif DIAKITE
16. Mr Abdourahmane S. MAIGA
17. Mr Abdel Karim KOUMARE
18. Mr Amadou DIALLO
19. Mr Mamadou L. DIOMBANA
20. Mr Kalilou OUATTARA
21. Mr Amadou DOLO
22. Mr Baba KOUMARE
23. Mr Bouba DIARRA
24. Mr Bréhima KOUMARE
25. Mr Toumani SIDIBE
26. Mr Souleymane DIALLO
27. Mr Bakoroba COULIBALY
28. Mr Seydou DIAKITE
29. Mr Amadou TOURE
30. Mr Mahamane Kalilou MAIGA
31. Mr Filifing SISSOKO
32. Mr Djibril SANGARE
33. Mr Somita KEITA
34. Mr Bougouzié SANOGO
35. Mr Alhousseini Ag MOHAMED
36. Mme TRAORE J. THOMAS
37. Mr Issa DIARRA
38. Mme Habibatou DIAWARA
39. Mr Yeya Tiémoko TOURE
40. Mr Sékou SIDIBE
41. Mr Adama SANGARE
42. Mr Sanoussi BAMANI
43. Mme SIDIBE Assa TRAORE
44. Mr Adama DIAWARA
45. Mme Fatimata Sambou DIABATE
46. Mr Bakary Y. SACKO
47. Mr Moustapha TOURE
48. Mr Boubakar DIALLO
49. Mr Dapa Aly DIALLO

Pharmacologie  
Médecine interne  
Gastro-Entérologie  
Pédiatrie  
Anatomie-Pathologie-Histo-embryologie  
Santé Publique  
Médecine Interne  
Législation  
Toxicologie  
Chirurgie Générale  
Chimie Générale & Minérale  
Radiologie  
Cardiologie  
Gynéco-Obstétrique  
Gynéco-Obstétrique  
Parasitologie  
Chirurgie Générale  
Zoologie - Biologie  
Stomatologie  
Urologie  
Gynéco- Obstétrique  
Psychiatrie  
Bactériologie  
Bactériologie – Virologie  
Pédiatrie  
Pneumologie  
Psychiatrie  
Cardiologie  
Histo-embryologie  
Néphrologie  
Chirurgie Générale  
Chirurgie Générale  
Dermato-Léprologie  
Gastro-entérologie  
O.R.L.  
Ophtalmologie  
Gynéco-Obstétrique  
Dermatologie  
Entomologie Médicale, Biologie cellulaire, Génétique  
Orthopédie Traumatologie  
Orthopédie Traumatologie  
Ophtalmologie  
Endocrinologie-Diabetologie  
Santé Publique  
Gynéco- Obstétrique  
Biochimie  
Gynécologie/Obstétrique  
Cardiologie  
Hématologie

50. Mr Mamady KANE
51. Mr Hamar A. TRAORE
52. Mr. Mamadou TRAORE
53. Mr Mamadou Souncalo TRAORE
54. Mr Mamadou DEMBELE
55. Moussa Issa DIARRA
56. Mr Kassoum SANOGO
57. Mr Arouna TOGORA
58. Mr Souleymane TOGORA
59. Mr Oumar WANE
60. Mr Abdoulaye DIALLO
61. Mr Saharé FONGORO
62. Mr Ibrahim I. MAIGA
63. Mr Moussa Y. MAIGA
64. Mr Siaka SIDIBE
65. Mr Aly TEMBELY
66. Mr Tiéman COULIBALY
67. Mr Zanafon OUATTARA
68. Mr Abdel Kader TRAORE
69. Mr Bah KEITA
70. Mr Zimogo Zié SANOGO
71. Mr Samba Karim TIMBO
72. Mr Cheick Oumar GUINTO
73. Mr Samba DIOP
74. Mr Adama Konoba KOITA
75. Mr Mamadou B. DIARRA
76. Mr Youssouf SOW

- Radiologie et Imagerie Médicale  
 Médecine Interne  
 Gynéco-Obstétrique  
 Santé Publique  
 Médecine Interne  
 Biophysique  
 Cardiologie  
 Psychiatrie  
 Odontologie  
 Chirurgie Dentaire  
 Anesthésie – Réanimation  
 Néphrologie  
 Bactériologie – Virologie  
 Gastro-entérologie – Hépatologie  
 Radiologie et Imagerie Médicale  
 Urologie  
 Orthopédie Traumatologie  
 Urologie  
 Médecine Interne  
 Pneumo-Phtisiologie  
 Chirurgie Générale  
 ORL et Chirurgie cervico-faciale  
 Neurologie  
 Anthropologie de la Santé  
 Chirurgie Générale  
 Cardiologie  
 Chirurgie Générale



## **LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. & PAR GRADE**

### **D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES**

#### **1. PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE**

- |                                  |                               |
|----------------------------------|-------------------------------|
| 1. Mr Nouhoum ONGOIBA            | Anatomie & Chirurgie Générale |
| 2. Mr Mohamed Amadou KEITA       | ORL                           |
| 3. Mr Youssouf COULIBALY         | Anesthésie-Réanimation        |
| 4. Mr Sadio YENA                 | Chirurgie Thoracique          |
| 5. Mr Djibo Mahamane DIANGO      | Anesthésie-Réanimation        |
| 6. Mr Adegné TOGO                | Chirurgie Générale            |
| 7. Mr Bakary Tientigui DEMBELE   | Chirurgie Générale            |
| 8. Mr Alhassane TRAORE           | Chirurgie Générale            |
| 9. Mr Yacaria COULIBALY          | Chirurgie Pédiatrique         |
| 10. Mr Drissa KANIKOMO           | Neurochirurgie                |
| 11. Mr Oumar DIALLO              | Neurochirurgie                |
| 12. Mr Mohamed KEITA             | Anesthésie Réanimation        |
| 13. Mr Niani MOUNKORO            | Gynécologie/Obstétrique       |
| 14. Mr. Drissa TRAORE            | Chirurgie Générale            |
| 15. Mr Broulaye Massaoulé SAMAKE | Anesthésie Réanimation        |

#### **2. MAITRES DE CONFERENCES / MAITRES DE RECHERCHE**

- |                                  |                               |
|----------------------------------|-------------------------------|
| 1. Mme Diénéba DOUMBIA           | Anesthésie/Réanimation        |
| 2. Mr Nouhoum DIANI              | Anesthésie-Réanimation        |
| 3. Mr Lamine TRAORE              | Ophtalmologie                 |
| 4. Mr Ibrahima TEGUETE           | Gynécologie/Obstétrique       |
| 5. Mr Youssouf TRAORE            | Gynécologie/Obstétrique       |
| 6. Mr Mamadou Lamine DIAKITE     | Urologie                      |
| 7. Mr Honoré Jean Gabriel BERTHE | Urologie                      |
| 8. Mr Boubacar BA                | Médecine et chirurgie buccale |
| 9. Mr Lassana KANTE              | Chirurgie Générale            |
| 10. Mr Bréhima COULIBALY         | Chirurgie Générale            |

11. Mr Birama TOGOLA
12. Mr Soumaïla KEITA
13. Mr Moussa Abdoulaye OUATTARA
14. Mme Kadidiatou SINGARE
15. Mr Hamidou Baba SACKO
16. Mr Seydou TOGO
17. Mr Aladji Seïdou DEMBELE
18. Mme Fatoumata SYLLA
19. Mr Tioukany THERA
20. Mr Siaka SOUMAORO
21. Mr Adama I GUINDO
22. Mr Seydou BAKAYOKO

Chirurgie Générale  
Chirurgie Générale  
Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire  
ORL-Rhino-Laryngologie  
ORL  
Chirurgie Thoracique et Cardio Vasculaire  
Anesthésie-Réanimation  
Ophtalmologie  
Gynécologie  
ORL  
Ophtalmologie  
Ophtalmologie

### 3. MAITRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE

- |                                  |  |
|----------------------------------|--|
| 1. Mr Koniba KEITA               | Chirurgie Générale                         |
| 2. Mr Sidiki KEITA               | Chirurgie Générale                         |
| 3. Mr Amadou TRAORE              | Chirurgie Générale                         |
| 4. Mr Bréhima BENGALY            | Chirurgie Générale                         |
| 5. Mr Madiassa KONATE            | Chirurgie Générale                         |
| 6. Mr Sékou Bréhima KOUMARE      | Chirurgie Générale                         |
| 7. Mr Boubacar KAREMBE           | Chirurgie Générale                         |
| 8. Mr Abdoulaye DIARRA           | Chirurgie Générale                         |
| 9. Mr Idrissa TOUNKARA           | Chirurgie Générale                         |
| 10. Mr Ibrahima SANKARE          | Chirurgie Thoracique et Cardio Vasculaire  |
| 11. Mr Abdoul Aziz MAIGA         | Chirurgie Thoracique                       |
| 12. Mr Ahmed BA                  | Chirurgie Dentaire                         |
| 13. Mr Seydou GUEYE              | Chirurgie Buccale                          |
| 14. Mr Issa AMADOU               | Chirurgie Pédiatrique                      |
| 15. Mr Mohamed Kassoum DJIRE     | Chirurgie Pédiatrique                      |
| 16. Mr Boubacary GUINDO          | ORL-CCF                                    |
| 17. Mr Youssouf SIDIBE           | ORL  |
| 18. Mr Fatogoma Issa KONE        | ORL  |
| 19. Mme Fadima Koréissy TALL     | Anesthésie Réanimation                     |
| 20. Mr Seydina Alioune BEYE      | Anesthésie Réanimation                     |
| 21. Mr Hammadoun DICKO           | Anesthésie Réanimation                     |
| 22. Mr Moustapha Issa MANGANE    | Anesthésie Réanimation                     |
| 23. Mr Thierno Madane DIOP       | Anesthésie Réanimation                     |
| 24. Mr Mamadou Karim TOURE       | Anesthésie Réanimation                     |
| 25. Mr Abdoul Hamidou ALMEIMOUNE | Anesthésie Réanimation                     |
| 26. Mr Daouda DIALLO             | Anesthésie Réanimation                     |
| 27. Mr Abdoulaye TRAORE          | Anesthésie Réanimation                     |
| 28. Mr Siriman Abdoulaye KOITA   | Anesthésie Réanimation                     |
| 29. Mr Mahamadoun COULIBALY      | Anesthésie Réanimation                     |
| 30. Mr Abdoulaye KASSAMBARA      | Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale  |
| 31. Mr Mamadou DIARRA            | Ophtalmologie                              |
| 32. Mme Assiatou SIMAGA          | Ophtalmologie                              |
| 33. Mr Sidi Mohamed COULIBALY    | Ophtalmologie                              |
| 34. Mme Fatimata KONANDJI        | Ophtalmologie                              |
| 35. Mr Abdoulaye NAPO            | Ophtalmologie                              |
| 36. Mr Nouhoum GUIROU            | Ophtalmologie                              |
| 37. Mr Bougadary Coulibaly       | Prothèse Scellée                           |
| 38. Mme Kadidia Oumar TOURE      | Orthopédie Dentofaciale                    |
| 39. Mr Oumar COULIBALY           | Neurochirurgie                             |
| 40. Mr Mahamadou DAMA            | Neurochirurgie                             |
| 41. Mr Youssouf SOGOBA           | Neurochirurgie                             |
| 42. Mr Mamadou Salia DIARRA      | Neurochirurgie                             |
| 43. Mr Moussa DIALLO             | Neurochirurgie                             |
| 44. Mr Abdoul Kadri MOUSSA       | Orthopédie Traumatologie                   |
| 45. Mr Layes TOURE               | Orthopédie Traumatologie                   |
| 46. Mr Mahamadou DIALLO          | Orthopédie Traumatologie                   |
| 47. Mme Hapssa KOITA             | Stomatologie et Chirurgie Maxillo -Faciale |
| 48. Mr Alhousseïny TOURE         | Stomatologie et Chirurgie Maxillo -Faciale |



49. Mr Amady COULIBALY	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
50. Mr Amadou KASSOGUE	Urologie
51. Mr Dramane Nafou CISSE	Urologie
52. Mr Mamadou Tidiani COULIBALY	Urologie
53. Mr Moussa Salifou DIALLO	Urologie
54. Mr Alkadri DIARRA	Urologie
55. Mr Soumana Oumar TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
56. Mr Abdoulaye SISSOKO	Gynécologie/Obstétrique
57. Mme Aminata KOUMA	Gynécologie/Obstétrique
58. Mr Mamadou SIMA	Gynécologie/Obstétrique
59. Mr Seydou FANE	Gynécologie/Obstétrique
60. Mr Amadou BOCOUM	Gynécologie/Obstétrique
61. Mr Ibrahim Ousmane KANTE	Gynécologie/Obstétrique
62. Mr Alassane TRAORE	Gynécologie/Obstétrique



#### **4. ASSISTANTS / ATTACHES DE RECHERCHE**

1. Mme Lydia B. SITA Stomatologie

### **D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES**

#### **1. PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE**

1. Mr Cheick Bougadari TRAORE Anatomie-Pathologie **Chef de DER**
2. Mr Bakarou KAMATE Anatomie Pathologie
3. Mr Mahamadou A. THERA Parasitologie – Mycologie

#### **2. MAITRES DE CONFERENCES / MAITRES DE RECHERCHE**

1. Mr Djibril SANGARE Entomologie Moléculaire Médicale
2. Mr Guimogo DOLO Entomologie Moléculaire Médicale
3. Mr Bakary MAIGA Immunologie
4. Mme Safiatou NIARE Parasitologie – Mycologie
5. Mr Karim TRAORE Parasitologie – Mycologie
6. Mr Moussa FANE Biologie, Santé publique, Santé-Environnement
7. Mr Mamoudou MAIGA Bactériologie-Virologie (Disponibilité)
8. Mr Aboubacar Alassane OUMAR Pharmacologie
9. Mr Bréhima DIAKITE Génétique et Pathologie Moléculaire
10. Mr Yaya KASSOGUE Génétique et Pathologie Moléculaire

#### **3. MAITRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE**

1. Mr Abdoulaye KONE Parasitologie– Mycologie
2. Mr Sanou Kho COULIBALY Toxicologie
3. Mme Aminata MAIGA Bactériologie Virologie
4. Mme Djeneba Bocar FOFANA Bactériologie-Virologie
5. Mr Sidi Boula SISSOKO Histologie embryologie et cytogénétique
6. Mr Bourama COULIBALY Anatomie Pathologie
7. Mr Boubacar Sidiki Ibrahim DRAME Biologie Médicale/Biochimie Clinique
8. Mr Mamadou BA Biologie, Parasitologie Entomologie Médicale
9. Mr Bamodi SIMAGA Physiologie
10. Mr Oumar SAMASSEKOU Génétique/Génomique
11. Mr Nouhoum SAKO Hématologie/Oncologie Cancérologie
12. Mme Mariam TRAORE Pharmacologie
13. Mr Saïdou BALAM Immunologie
14. Mme Arhamatoulaye MAIGA Biochimie
15. Mr Modibo SANGARE Pédagogie en Anglais adapté à la Recherche Biomédicale
16. Mr Hama Abdoulaye DIALLO Immunologie
17. Mr Bassirou DIARRA Bactériologie-Virologie

18. Mr Adama DAO
19. Mr Ousmane MAIGA
20. Mr Cheick Amadou COULIBALY
21. Mr Drissa COULIBALY
22. Mr Abdallah Amadou DIALLO
23. Mr Sidy BANE

Entomologie médicale  
Biologie, Entomologie, Parasitologie  
Entomologie  
Entomologie médicale  
Entomologie, Parasitologie  
Immunologie

#### 4. ASSISTANTS / ATTACHES DE RECHERCHE

1. Mr Harouna BAMBA
2. Mr Moussa KEITA
3. Mme Assitan DIAKITE
4. Mr Ibrahim KEITA

Anatomie Pathologie  
Entomologie Parasitologie  
Biologie  
Biologie moléculaire



### D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

#### 1. PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE

1. Mr Adama Diaman KEITA Radiologie et Imagerie Médicale
2. Mr Sounkalo DAO Maladies Infectieuses et Tropicales
3. Mr Daouda K. MINTA Maladies Infectieuses et Tropicales
4. Mr Boubacar TOGO Pédiatrie
5. Mr Moussa T. DIARRA Hépatogastro-Entérologie
6. Mr Ousmane FAYE Dermatologie
7. Mr Youssoufa Mamoudou MAIGA Neurologie
8. Mr Yacouba TOLOBA Pneumo-Phthisiologie **Chef de DER**
9. Mme Mariam SYLLA Pédiatrie
10. Mme Fatoumata DICKO Pédiatrie
11. Mr Souleymane COULIBALY Psychologie
12. Mr Mahamadou DIALLO Radiologie et Imagerie Médicale
13. Mr Ichaka MENTA Cardiologie

#### 2. MAITRES DE CONFERENCES / MAITRES DE RECHERCHE

1. Mme KAYA Assétou SOUKHO Médecine Interne
2. Mr Abdoul Aziz DIAKITE Pédiatrie
3. Mr Idrissa Ah. CISSE Rhumatologie
4. Mr Ilo Bella DIALL Cardiologie
5. Mr Souleymane COULIBALY Cardiologie
6. Mr Anselme KONATE Hépatogastro-Entérologie
7. Mr Japhet Pobanou THERA Médecine Légale/Ophthalmologie
8. Mr Adama Agouissa DICKO Dermatologie
9. Mr Issa KONATE Maladies Infectieuses et Tropicales

#### 3. MAITRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE

1. Mr Mahamadoun GUINDO Radiologie et Imagerie Médicale
2. Mr Salia COULIBALY Radiologie et Imagerie Médicale
3. Mr Koniba DIABATE Radiothérapie
4. Mr Adama DIAKITE Radiothérapie
5. Mr Aphon Sallé KONE Radiothérapie
6. Mr Mody Abdoulaye CAMARA Radiologie et Imagerie Médicale
7. Mr Mamadou N'DIAYE Radiologie et Imagerie Médicale
8. Mme Hawa DIARRA Radiologie et Imagerie Médicale
9. Mr Issa CISSE Radiologie et Imagerie Médicale
10. Mr Mamadou DEMBELE Radiologie et Imagerie Médicale
11. Mr Ouncoumba DIARRA Radiologie et Imagerie Médicale
12. Mr Ilias GUINDO Radiologie et Imagerie Médicale
13. Mr Abdoulaye KONE Radiologie et Imagerie Médicale
14. Mr Alassane KOUMA Radiologie et Imagerie Médicale
15. Mr Aboubacar Sidiki N'DIAYE Radiologie et Imagerie Médicale
16. Mr Souleymane SANOGO Radiologie et Imagerie Médicale

17. Mr Ousmane TRAORE
18. Mr Boubacar DIALLO
19. Mme Djénébou TRAORE
20. Mr Djibril SY
21. Mme Djénéba DIALLO
22. Mr Hamadou YATTARA
23. Mr Seydou SY
24. Mr Hamidou Oumar BA
25. Mr Massama KONATE
26. Mr Ibrahim SANGARE
27. Mr Youssouf CAMARA
28. Mr Samba SIDIBE
29. Mme Asmaou KEITA
30. Mr Mamadou TOURE
31. Mme COUMBA Adiaratou THIAM
32. Mr Mamadou DIAKITE
33. Mr Boubacar SONFO
34. Mme Mariam SAKO
35. Mme Hourouma SOW
36. Mme Kadiatou DOUMBIA
37. Mme Sanra Déborah SANOGO
38. Mr Abdoulaye Mamadou TRAORE
39. Mr Yacouba CISSOKO
40. Mr Garan DABO
41. Mr Jean Paul DEMBELE
42. Mr Mamadou A.C. CISSE
43. Mr Seybou HASSANE
44. Mr Guida LANDOURE
45. Mr Thomas COULIBALY
46. Mr Adama Seydou SISSOKO
47. Mr Dianguina dit Noumou SOUMARE
48. Mme Khadidia OUATTARA
49. Mr Souleymane dit Papa COULIBALY
50. Mme Siritio BERTHE
51. Mme N'DIAYE Hawa THIAM
52. Mr Yamoussa KARABINTA
53. Mr Mamadou GASSAMA
54. Mr Belco MAIGA
55. Mme Djénéba KONATE
56. Mr Fousseyni TRAORE
57. Mr Karamoko SACKO
58. Mme Fatoumata Léonie DIAKITE
59. Mme Lala N'Drainy SIDIBE
60. Mme SOW Djénéba SYLLA  
Nutrition
61. Mr Djigui KEITA
62. Mr Souleymane SIDIBE
63. Mr Drissa Mansa SIDIBE
64. Mr Issa Souleymane GOÏTA

**Radiologie et Imagerie Médicale**

- Médecine Interne  
 Médecine Interne  
 Médecine Interne  
 Néphrologie  
 Néphrologie  
 Néphrologie  
 Cardiologie  
 Cardiologie  
 Cardiologie  
 Cardiologie  
 Cardiologie  
 Cardiologie  
 Cardiologie  
 Cardiologie  
 Cardiologie  
 Cardiologie  
 Hépato-Gastro-Entérologie  
 Hépato-Gastro-Entérologie  
 Hépato-Gastro-Entérologie  
 Maladies Infectieuses et Tropicales  
 Maladies Infectieuses et Tropicales  
 Maladies Infectieuses et Tropicales  
 Maladies Infectieuses et Tropicales  
 Médecine d'Urgence  
 Neurologie  
 Neurologie  
 Neurologie  
 Neurologie-Neurophysiologie  
 Pneumologie  
 Pneumologie  
 Psychiatrie  
 Dermatologie  
 Dermatologie  
 Dermatologie  
 Dermatologie  
 Pédiatrie  
 Pédiatrie  
 Pédiatrie  
 Pédiatrie  
 Pédiatrie  
 Pédiatrie  
 Pédiatrie  
 Endocrinologie, Maladies Métaboliques et  
 Rhumatologie  
 Médecine de la Famille/Communautaire  
 Médecine de la Famille/Communautaire  
 Médecine de la Famille/Communautaire



**4. ASSISTANTS / ATTACHES DE RECHERCHE**

1. Mr Boubacari Ali TOURE Hématologie Clinique
2. Mr Yacouba FOFANA Hématologie
3. Mr Diakalia Siaka BERTHE Hématologie

**D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE**

**1. PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE**

1. Mr Seydou DOUMBIA Epidémiologie
2. Mr Hamadou SANGHO Santé Publique, Chef de D.E.R.



## 2. MAITRES DE CONFERENCES / MAITRES DE RECHERCHE

- |                              |                           |
|------------------------------|---------------------------|
| 1. Mr Cheick Oumar BAGAYOKO  | Informatique Médicale     |
| 2. Mr Sory Ibrahim DIAWARA   | Epidémiologie             |
| 3. Mr Abdourahmane COULIBALY | Anthropologie de la Santé |

## 3. MAITRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE

- |                                  |                                      |
|----------------------------------|--------------------------------------|
| 1. Mr Hammadoun Aly SANGO        | Santé Publique                       |
| 2. Mr Ousmane LY                 | Santé Publique                       |
| 3. Mr Ogobara KODIO              | Santé Publique                       |
| 4. Mr Oumar THIERO               | Biostatistique/Bioinformatique       |
| 5. Mr Cheick Abou COULIBALY      | Epidémiologie                        |
| 6. Mr Moctar TOUNKARA            | Epidémiologie                        |
| 7. Mr Nouhoum TELLY              | Epidémiologie                        |
| 8. Mme Lalla Fatouma TRAORE      | Santé Publique                       |
| 9. Mr Nafomon SOGOBA             | Epidémiologie                        |
| 10. Mr Cheick Papa Oumar SANGARE | Nutrition                            |
| 11. Mr Salia KEITA               | Médecine de la Famille/Communautaire |
| 12. Mr Samba DIARRA              | Anthropologie de la Santé            |
| 13. Mr Housseini DOLO            | Epidémiologie                        |

## 4. ASSISTANTS / ATTACHES DE RECHERCHE

- |                               |                                |
|-------------------------------|--------------------------------|
| 1. Mr Seydou DIARRA           | Anthropologie de la Santé      |
| 2. Mr Abdrahamane ANNE        | Bibliothéconomie-Bibliographie |
| 3. Mr Mohamed Mounine TRAORE  | Santé Communautaire            |
| 4. Mr Souleymane Sékou DIARRA | Epidémiologie                  |
| 5. Mr Yéya dit Sadio SARRO    | Epidémiologie                  |
| 6. Mme Fatoumata KONATE       | Nutrition et Diététique        |
| 7. Mr Bakary DIARRA           | Santé Publique                 |

## CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

- |                                    |                              |
|------------------------------------|------------------------------|
| 1. Mr Ousseynou DIAWARA            | Parodontologie               |
| 2. Mr Amsalla NIANG                | Odonto Préventive et Sociale |
| 3. Mme Daoulata MARIKO             | Stomatologie                 |
| 4. Mr Issa COULIBALY               | Gestion                      |
| 5. Mr Klétigui Casmir DEMBELE      | Biochimie                    |
| 6. Mr Brahim DICKO                 | Médecine Légale              |
| 7. Mme Tenin KANOUTE               | Pneumo- Phtisiologie         |
| 8. Mr Bah TRAORE                   | Endocrinologie               |
| 9. Mr Modibo MARIKO                | Endocrinologie               |
| 10. Mme Aminata Hamar TRAORE       | Endocrinologie               |
| 11. Mr Ibrahim NIENTAO             | Endocrinologie               |
| 12. Mr Aboubacar Sidiki Tissé KANE | OCE                          |
| 13. Mme Rokia SANOGO               | Médecine Traditionnelle      |
| 14. Mr Benoît Y KOUMARE            | Chimie Générale              |
| 15. Mr Oumar KOITA                 | Chirurgie Buccale            |
| 16. Mr Mamadou BA                  | Chirurgie Buccale            |
| 17. Mr Baba DIALLO                 | Epidémiologie                |
| 18. Mr Mamadou WELE                | Biochimie                    |
| 19. Mr Djibril Mamadou COULIBALY   | Biochimie                    |
| 20. Mr Tietie BISSAN               | Biochimie                    |
| 21. Mr Kassoum KAYENTA             | Méthodologie de la recherche |
| 22. Mr Babou BAH                   | Anatomie                     |
| 23. Mr Zana Lamissa SANOGO         | Ethique-Déontologie          |
| 24. Mr Lamine DIAKITE              | Médecine de travail          |
| 25. Mme Mariame KOUMARE            | Médecine de travail          |
| 26. Mr Yaya TOGO                   | Economie de la santé         |
| 27. Mr Madani LY                   | Oncologie                    |
| 28. Mr Abdoulaye KANTE             | Anatomie                     |
| 29. Mr Nicolas GUINDO              | Anglais                      |
| 30. Mr Toumaniba TRAORE            | Anglais                      |
| 31. Mr Kassoum BARRY               | Médecine communautaire       |



- 32. Mr Blaise DACKOOU
- 33. Mr Madani MARICO

Chimie organique  
Chimie générale

**ENSEIGNANTS EN MISSION**

Bamako, le 11 / 03 / 2022

Le Secrétaire Principal



*[Signature]*  
Dr Monzon TRAORE

**DEDICACES  
ET  
REMERCIEMENTS**

## **DÉDICACES**

Je dédie ce travail à ma famille.

## **REMERCIEMENTS**

J'adresse mes sincères remerciements :

- **A mon pays le Bénin**

Berceau de nos ancêtres, terre sacrée et de prospérité.

- **Au Mali**

Terre de « d'accueil », chaleureuse et hospitalière, merci ton accueil ; merci d'avoir fait de moi le modeste médecin que je suis aujourd'hui.

- **A celui qui fut mon tuteur sur le sol malien: Feu Arsène M. DEGUENON**

Aucun remerciement ne saurait exprimer mon respect, mon amour éternel et ma considération pour les sacrifices consentis pour mon instruction et mon bien être. Tu as été pour moi, bien avant mon arrivée à Bamako, le grand frère exemplaire, le protecteur, l'ami et le conseiller. Tu as été l'instrument de ma venue au Mali et donc, le maître de projet de ma nouvelle vie ici. Tes

prières ont été pour moi d'un grand soutien au cours de ce long parcours. Que Dieu, tout puissant, te garde, te procure la paix éternelle où que tu sois. Amen !

- **A mes beaux-parents : Honorat TAKPA et Djenebou YEO**

Les mots seuls ne sauraient exprimer tout l'amour et l'affection que je porte pour vous. Puisse Dieu, Tout Puissant, vous procurer santé et longue vie.

- **A ma femme : Monarelles Dona Raïssa R. H. TAKPA**

Merci pour ta patience et pour tes encouragements, ta confiance et ton soutien affectif. Tu as été d'une grande aide, une excellente conseillère dans les temps difficiles. Les mots ne sauraient exprimer toute ma reconnaissance. Je te remercie pour tous ces sacrifices que tu as consentis pour que je sois ici aujourd'hui. Que Dieu tout Puissant te récompense à la hauteur de tes efforts.

- **A Dr Blaise DONOU**

Vous êtes pour moi l'exemple de la parabole du bon samaritain ; vous m'avez pris sous votre aile comme un petit frère et vous avez toujours veillé à ce que je ne manque de rien. Merci Dr Blaise pour ces moments. Merci d'avoir contribué à faire de moi l'homme que je suis. Que le Tout-puissant vous accorde longue vie et succès dans vos entreprises.

- **Au corps professoral de la FMOS**

Merci pour la qualité de la formation que j'ai reçue.

- **A mes oncles et tantes : Steve, Salomé, Blanchard, Benoit, Feu Alain.**

Je vous dédie ce travail en témoignage de l'amour et le respect que j'ai pour vous. Puisse Dieu vous préserver et vous procurer tout le bonheur et la prospérité.

- **A Mr Madou DIARRA, Mr Cheik Oumar DIALLO :**

Merci pour votre présence et pour votre soutien tout au long de mon cursus. Votre aide, votre confiance et vos conseils m'ont forgé et ont fait de moi l'homme que je suis aujourd'hui.

- **Aux Docteurs : Dr Ghislain VIGNON ; Dr Christophe AKOTEGNON ; Dr Fulbert DAGBOZOUNKOU ; Dr Luizhino NASSARA ; Dr Hérodote TOKPANOUE ; Dr Éric MITCHOAGAN ; Dr Jocelyne TCHIAKPE ; Dr Abdoul Djamal MOUKAÏLA.**

Merci de m'avoir accueilli au Mali, de m'avoir entouré et soutenu tant sur le plan universitaire que social. J'espère être aujourd'hui le reflet de ce que vous espérez.

- **A Mr Michael Jeff N. MBATCHOU, PDG de Mining and Safety Services :** Merci pour votre soutien et votre confiance. Vos conseils m'ont permis de grandir et vous m'avez enseigné énormément de choses que je ne saurais quantifier. Vous avez énormément semé dans ma vie et je prie le Tout Puissant de vous rendre encore plus. Je compte sur vous pour toujours en apprendre davantage.
- **A mes collègues et amis : Mr Feliciano Adéola KOUGNIMON ; Mr Daouda FOMBA ; Dr KONE Hawa BAZI ; Dr Kebo Régis AGONHOU ; Henning K. Tarcicius DABLA ; Dr Souleymanou ALI ; Mr Timothée SAKPONOU ; Mr Hamadoun DJITTEYE ; Mr Mahamadou Diamé KEITA ;**

S'il y a des personnes aussi heureuses que moi au Mali et ailleurs en ce jour, c'est bien vous. Vous avez toujours été à mes côtés, avec vous, j'ai partagé des moments de joie et de peine.

- **A mes collègues : Dr Mariette ANADJEME ; Kamilath BANGBOLA ; Dr Diesta GBEBO ; Anna ODJO ; Dr Aristide SOHE ; Théodore KINDJINOU ;** Puisse les cieux guider vos pas dans ce beau monde et encore merci.
- **A mes cadets de Bamako :**

Sachez que chacun de vous est une partie de moi. Vous êtes ma richesse. Merci pour les bons moments passés ensemble. Vous et moi, c'est une histoire d'hier, d'aujourd'hui et de demain, où que vous soyez.

- **A la promotion FUBUC**

Vous m'avez marqué par votre déterminisme, votre rigueur et votre enthousiasme dans vos stages de formation et tout l'honneur était pour moi d'être auprès de vous. Grande est ma joie en ce jour de vous dire merci.

- **A tout le personnel des services de Psychiatrie et des Urgences du CHU POINT G :**

Merci pour la rigueur de l'encadrement et merci pour la convivialité. Pardon pour mes écarts de langages et de conduites.

- **A mes collègues, faisant fonction d'internes au service de Psychiatrie du CHU POINT G : Alou TRAORE ; Marie-Noelle DIAWARA ; Jean Mari MOUNKORO, Issa COULIBALY ; Bamiki TOURE, Lassana DANTE ; Abdrahamane TOLO ; Moïse COULIBALY ; Adama TRAORE :** Merci pour tous les moments passé ensemble.

- **A tout le personnel de Mining and Safety Services,** merci pour votre sympathie et encouragement.

- **A l'Association des Elèves, Etudiants et Stagiaires Béninois au Mali « AEESBM » :**

Tu as facilité mon intégration sur cette terre d'accueil et m'a permis de m'épanouir au sein d'une nouvelle famille : la promotion **FUBUC**. Un seul mot : merci !

- **Un grand merci à tous ceux qui me sont chers et que j'ai omis de citer.**

**HOMMAGES AUX  
MEMBRES DU JURY**

## **HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY**

### **A notre Maître et Président du jury**

#### **Professeur Arouna TOGORA**

- **Ancien Psychiatre et pédopsychiatre**
- **Maître de conférences à la FMOS**
- **Ancien chef de service de psychiatrie au CHU point G**
- **Coordinateur du DES de psychiatrie à la FMOS**
- **Vice-président de la SOMASAM**

Cher Maître, Vous nous avez entièrement honoré en acceptant spontanément de présider ce jury. Votre exceptionnelle disponibilité fait également de vous un maître exceptionnel. Veuillez trouver ici cher maître, l'expression de toute notre reconnaissance, de tout notre respect et nos vifs remerciements.



**A notre Maître et Directeur de Thèse**

**Professeur Souleymane COULIBALY**

- **Président de l'Association Malienne des Psychologues Praticiens pour le Développement, l'Education et la Santé (AMPPDES)**
- **Président de l'Association Malienne d'aide aux migrants et aux personnes en Détresse Psychosociale (AMIDEP)**
- **Secrétaire général adjoint de la Ligue Malienne de Lutte contre l'Epilepsie (LMLE)**
- **Membre de la Société Africaine de Santé Mentale (SASM)**
- **Membre du consortium Human Heredity and Health in Africa.**
- **Psychologue clinicien au CHU Point G.**
- **Enseignant à la FMOS.**
- **Professeur titulaire en Psychologie clinique et psychopathologie**
- **Secrétaire générale de la SOMASAM**

Merci de nous accorder une partie de votre précieux temps en faisant partie de ce jury. C'est un grand honneur pour nous de vous avoir comme directeur de thèse. Votre souci constant de la bonne formation des étudiants, du travail bien fait, de votre rigueur scientifique, votre infatigable et disponibilité nous ont marqué et surtout votre modestie font de vous l'un des maîtres les plus appréciés.

Soyez rassurée de ma reconnaissance et de ma plus profonde gratitude.

**A notre Maître et Co-directeur**

**Docteur Souleymane dit Papa COULIBALY**

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

Nous ne cesserons jamais de vous remercier pour la confiance que vous avez placée en nous pour effectuer ce travail. Ce fût un réel plaisir d'apprendre à vos côtés. Homme de principe, votre disponibilité, votre rigueur et votre modestie font de vous un maître exemplaire. Votre amour pour le travail bien fait, votre intégrité et votre simplicité nous ont marqué. Trouvez en cet étude cher maître, l'expression de notre admiration et notre profonde reconnaissance.

**A notre Maître et Juge**

**Docteur Apéro dit Eloi DARA**

- Praticien hospitalier au service de Psychiatrie du CHU Point G.
- Praticien et spécialiste en Psycho traumatisme.
- Membre de la Société Malienne de Santé Mentale (SOMASAM).

C'est un honneur pour nous de vous compter parmi les membres du jury, vous qui avez été à l'origine de ce travail. Vous nous avez encadrés et dirigés avec beaucoup de rigueur et d'attention malgré vos multiples occupations. Votre simplicité, votre humilité sans façon, vos conseils d'homme avisé dont nous avons pu profiter pendant les moments difficiles, vos hautes qualités humaines et intellectuelles nous ont profondément marqués et font de vous notre modèle. Pendant notre séjour au service de Psychiatrie, nous avons apprécié votre abord facile et la clarté de vos suggestions tout en profitant de vos expériences de clinicien. C'est ici l'occasion de vous exprimer notre immense gratitude et reconnaissance.

Que l'Eternel vous protège et vous comble.

## **LISTE DES ABREVIATIONS**

A : Agréabilité ;

AP : Accomplissement personnel ;

BIT : Bureau International du Travail ;

BO : Burn Out ;

C : Conscienciosité ;

CHU : Centre Hospitalier Universitaire ;

DP : Dépersonnalisation ;

E : Extraversion ;

EE : Epuisement émotionnel ;

EP : Epuisement professionnel ;

Inf : Inférieur ;

MBI : Maslach Burn out Inventory ;

N : Négativité ;

O : Ouverture d'esprit ;

P : Probabilité ;

SAU : Service d'Accueil des Urgences ;

SEP : Syndrome d'épuisement professionnel ;

Sup : Supérieur ;

## **LISTE DES TABLEAUX**

<b>TABLEAU I:</b> Répartition des enquêtés en fonction de l'âge.....	34
<b>TABLEAU II:</b> Répartition des enquêtés en fonction du sexe.....	34
<b>TABLEAU III:</b> Répartition des enquêtés en fonction de la situation matrimoniale.....	34
<b>TABLEAU IV :</b> Répartition des enquêtés en fonction de profil du soignant.....	35
<b>TABLEAU V :</b> Répartition des enquêtés en fonction du lieu d'exercice.....	35
<b>TABLEAU VI:</b> Répartition des enquêtés en fonction de l'ancienneté dans la profession.....	35
<b>TABLEAU VII:</b> Répartition des enquêtés en fonction de la durée journalière de travail.....	35
<b>TABLEAU VIII:</b> Répartition des enquêtés en fonction de l'expérience de séjour en Psychiatrie.....	36
<b>TABLEAU IX:</b> Répartition des enquêtés en fonction de l'expérience dans la prise en charge des malades mentaux.....	36
<b>TABLEAU X:</b> Répartition des enquêtés en fonction du degré d'expression de l'anxiété état ou situationnelle.....	36
<b>TABLEAU XI:</b> Répartition des enquêtés en fonction du degré d'expression de l'anxiété trait ou personnelle.....	36
<b>TABLEAU XII:</b> Répartition des enquêtés en fonction du degré d'expression de l'ouverture d'esprit.....	37
<b>TABLEAU XIII:</b> Répartition des enquêtés en fonction du degré d'expression de conscienciosité.....	37
<b>TABLEAU XIV:</b> Répartition des enquêtés en fonction du degré d'expression d'extraversion	
<b>TABLEAU XV:</b> Répartition des enquêtés en fonction du degré d'expression d'agréabilité...	37
<b>TABLEAU XVI:</b> Répartition des enquêtés en fonction du degré d'expression de négativité..	38
<b>TABLEAU XVII:</b> Répartition des enquêtés en fonction de la fréquence du Burn out dans les différents services.....	38
<b>TABLEAU XVIII:</b> Répartition des enquêtés en fonction de la fréquence du Burn out et de l'épuisement professionnel.....	38
<b>TABLEAU XIX:</b> Répartition des enquêtés en fonction de la fréquence du Burn out et de a dépersonnalisation.....	39

<b>TABLEAU XX:</b> Répartition des enquêtés en fonction de la fréquence du Burn out et de l'accomplissement personnel.....	39
<b>TABLEAU XXI :</b> Répartitions des enquêtés en fonction des trois (3) dimensions du MBI....	39
<b>TABLEAU XXII:</b> Répartition des enquêtés en fonction de leur reconnaissance ou non des symptômes de maladie mentale.....	40
<b>TABLEAU XXIII :</b> Répartition des enquêtés en fonction du ressenti traumatique des soignants lors de la prise en charge des malades mentaux .....	40
<b>TABLEAU XXIV :</b> Répartition des enquêtés en fonction de la fréquence du Burn out et de l'âge.....	41
<b>TABLEAU XXV :</b> Répartition des enquêtés en fonction de la fréquence du Burn out et du Sexe.....	41
<b>TABLEAU XXVI :</b> Répartition des enquêtés en fonction de la fréquence du Burn out et du Statut matrimonial .....	41
<b>TABLEAU XXVII :</b> Répartition des enquêtés en fonction de la fréquence du Burn out et du Profil du soignant.....	42
<b>TABLEAU XXVIII :</b> Répartition des enquêtés en fonction de la fréquence du Burn out et du Lieu d'exercice.....	42
<b>TABLEAU XXIX :</b> Répartition des enquêtés en fonction de la fréquence du Burn out et des années d'exercice.....	42
<b>TABLEAU XXX :</b> Répartition des enquêtés en fonction de la fréquence du Burn out et du travail journalier.....	42
<b>TABLEAU XXXI :</b> Répartition des enquêtés en fonction de la fréquence du Burn out et du Séjour en Psychiatrie.....	43
<b>TABLEAU XXXII :</b> Répartition des enquêtés en fonction de la fréquence du Burn out et de l'expérience de prise en charge.....	43
<b>TABLEAU XXXIII :</b> Répartition des enquêtés en fonction de la fréquence du Burn out et le degré d'expression de l'anxiété état.....	43
<b>TABLEAU XXXIV :</b> Répartition des enquêtés en fonction de la fréquence du Burn out et le degré d'expression de l'anxiété trait.....	44
<b>TABLEAU XXXV:</b> Répartition des enquêtés en fonction de la fréquence du Burn out et du degré d'expression de l'ouverture d'esprit.....	44

<b>TABLEAU XXXVI:</b> Répartition des enquêtés en fonction de la fréquence du Burn out et du degré d'expression de Conscienciosité .....	.44
<b>TABLEAU XXXVII:</b> Répartition des enquêtés en fonction de la fréquence du Burn out et du degré d'expression de l'extraversion.....	45
<b>TABLEAU XXXVIII:</b> Répartition des enquêtés en fonction de la fréquence du Burn out et du degré d'expression de l'agréabilité.....	45
<b>TABLEAU XXXIX:</b> Répartition des enquêtés en fonction de la fréquence du Burn out et du degré d'expression de Burn out et de Négativité.....	45
<b>TABLEAU XXXX :</b> Répartition des enquêtés en fonction de la fréquence du Burn out et des compétences pouvant engendre un vécu traumatique chez les soignants (N= 50).....	46

## **Sommaire**

Titres	Pages
Introduction.....	1
Objectifs.....	3
I-Généralités.....	4
II-Méthodologie.....	25
III-Résultats.....	34
IV-Discussion.....	47
Conclusion et Recommandations.....	54
Références bibliographiques.....	63
Annexes.....	XXI



# **INTRODUCTION**

## **INTRODUCTION**

Durant ces dernières années, le travail a profondément changé, ainsi que ses effets sur la santé des travailleurs [1]. Parmi les nouveaux risques recensés, certains peuvent mettre en jeu l'état de santé (physique et/ou mentale) des travailleurs, leur performance au travail et la satisfaction que l'on peut y éprouver [2].

L'épuisement professionnel peut conduire à un syndrome connu sous le terme de « Burn Out » qui représente de nos jours un réel problème de santé publique avec des conséquences lourdes pour la santé des travailleurs [2].

Le Burn Out est un syndrome caractérisé par une fatigue physique et psychique intense, généré par des sentiments d'impuissance et de désespoir [3]. Les médecins, dont le métier serait en soi, déjà bien difficile, se retrouverait depuis plusieurs années dans un univers médical bouleversé par des changements, des exigences et contraintes multiples et variées, mais en augmentation croissante avec le temps (responsabilité médicale, surcharge administrative, altération de la relation médecin/patient, pression politique et sociale...) [4]. Le personnel de psychiatrie et des urgences, confronté aux souffrances des patients admis et à la difficulté de la prise en charge pourrait être plus à même de développer ce syndrome de Burn Out. Ces soignants pourrait être non seulement exposés à l'intensité du travail mais aussi et surtout aux ressentis des événements traumatisants qui en augmentant leur niveau de stress, peuvent être à l'origine des troubles mentaux des soignants [4]. Ceci peut conduire à un état de Burn Out.

Le travail de l'équipe soignante est spécifique en milieu psychiatrique. Compte tenu des conditions de travail assez stressantes et relatives à l'entourage professionnel et aux demandeurs de soins qui peuvent être exigeants, plaintifs et presque toujours insatisfaits [5]. Le soignant faisant la prise en charge doit lui-même dépensé sur le plan affectif car obligé de répondre affectivement aux états émotionnels de ses malades. Par exemple, le soignant devra apaiser l'agressivité d'un patient agressif, essayer de remonter le moral à un dépressif, être attentif et très disponible pour un patient schizophrène ou avec une démence et tout cela au dépend de son humeur, de son physique, de son psychisme et de toutes les difficultés dont il s'occupait déjà tant personnellement que professionnellement. Cela pourrait lui coûter énormément d'énergie.

Le travail ne consiste pas uniquement à appliquer les prescriptions ordonnées par les thérapeutes mais aussi à maîtriser les malades mentaux si nécessaire, à fournir une énergie physique, à supporter leur comportement, à les accompagner dans leurs besoins les plus

élémentaires, à apaiser leur peine et leurs tourments et à les aider à surmonter leurs faiblesses et difficultés médico-sociales [6;7]. A cela s'ajoutent les histoires des patients, les conditions de leur venue ou de leur prise en charge qui peuvent constituer un véritable vécu traumatique la plupart du temps pour les soignants impliqués.

Ainsi, quel que soit le lieu de travail du soignant s'occupant de la prise en charge des malades mentaux, qu'il soit en service de psychiatrie ou au niveau du service d'accueil des urgences, nous pensons que ce dernier court un risque accru de Burn Out car se trouvant déjà exposé à la charge de travail et en même temps devant s'investir émotionnellement à l'empathie et le soutien aux malades. De là, nous pensons que ces soignants pourraient être sujets à un état de Burn Out sans savoir à quel degré d'expression chez le personnel au niveau des deux services.

Plusieurs études ont été initiées dans le monde sur cette thématique. En France EMBRIACON et al. 2007 [8] et PONCET MC et al. 2007 [9] ont rapporté à travers des études réalisées en 2007, des taux de Burn Out de 46,5% et 30% chez le personnel soignant des soins intensifs. De même SHANAFELT TD et al. [10] ont démontré en 2012 que 65% des soignants américains avaient le Burn Out et que 40,2% d'entre eux n'étaient plus satisfaits de leur travail. En Australie, ARORA et al. [11] ont retrouvé en 2013 un taux de 60% de Burn Out parmi les soignants des secteurs des urgences. En Afrique, GHARBI et coll. [12] ont rapporté d'après une étude réalisée en Tunisie en 2012 que 54% des soignants des unités des urgences avaient le syndrome d'épuisement professionnel. Au Bénin, une étude réalisée à Cotonou en 2007 par HOUNKPE SB [13] a montré que la prévalence du stress professionnel parmi les agents de santé était de 69,5%.

Peu d'études existent en Afrique subsaharienne et plus particulièrement au Mali. Une étude réalisée au service d'accueil des urgences du CHU Gabriel TOURE avait retrouvé une prévalence de Burn out de 66,67% [14]. Par contre aucune étude concernant notre thème n'a encore été réalisée au Centre Hospitalier Universitaire Point G. Partant de là, nous pensons que la prise en charge des patients présentant des troubles mentaux serait cause du Burn Out chez le personnel soignant impliqué. Pour vérifier notre hypothèse, nous avons choisi le présent thème intitulé « Etat de Burn Out chez le Personnel Soignant Impliqué dans la Prise en Charge des Malades Mentaux au CHU Point G : Cas des services de Psychiatrie et d'Accueil des Urgences ».

# **OBJECTIFS**

## **OBJECTIFS**

### **1-Objectif général**

Etudier l'état de Burn Out chez les soignants des services de Psychiatrie et d'Accueil des Urgences impliqués dans la prise en charge des malades mentaux au CHU Point G.

### **2-Objectifs spécifiques**

1-Décrire les caractéristiques sociodémographiques du personnel soignant au niveau des deux (02) services.

2-Déterminer la prévalence du Burn out chez le personnel soignant au niveau des deux (02) services.

3-Déterminer les facteurs du Burn out chez les soignants impliqués dans la prise en charge des troubles mentaux au niveau des deux services.

# **GENERALITES**

## **I-Généralités**

### **1.1. Le stress**

#### **1.1.1. Définition**

Lorsqu'un individu est soumis à une agression ou une menace quelle qu'elle soit, il y répond immédiatement par une réaction que l'on nomme « stress ». D'après le dictionnaire "Le Robert", le terme stress signifie "effort intense et tension" [15]. C'est un ensemble de réponses produites par l'organisme lorsqu'il rencontre une situation qui lui demande un effort d'adaptation [16].

Au début du siècle dernier, ce terme était utilisé par les ingénieurs ; il exprimait l'action d'exercer une contrainte, la pression sur des métaux et la capacité du matériel à y résister. Actuellement le mot "stress" désigne à la fois la pression de l'environnement et la réaction de l'organisme à cette dernière [17].

Le stress focalise l'attention sur la situation problématique (vigilance) ; il mobilise l'énergie nécessaire à l'évaluation de la situation et à la prise de décision (augmentation des facultés de perception et rapidité de leur intégration) et il prépare à l'action adaptée à la situation.

#### **1.1.2. Types de stress [18]**

##### **1.1.2.1. Stress normal**

La réaction de stress normal se déroule en 4 phases :

**-Une phase d'alarme** : des moyens de défense sont mobilisés pour réagir rapidement à l'agent stressant. Le stress cause l'apparition de réactions physiques et psychologiques caractéristiques.

Au niveau somatique, le rythme cardiaque s'accélère, la respiration se fait plus rapide, les muscles se tendent. Les effets psychiques se traduisent par la vigilance, l'euphorie, un sentiment de détresse ou d'oppression. Ce "séisme" physiologique et hormonal a pour but de permettre au corps de réagir efficacement pour survivre ;

**-Une phase de résistance** : lorsque l'agent stressant persiste, la défense est maintenue et les réserves d'énergie nécessaires sont reconstituées. Les premiers signes physiques de la réaction d'alarme ont disparu. Le corps s'adapte et la résistance s'élève au-dessus de la normale.

**-Une phase d'épuisement** : lorsque l'exposition au stress se poursuit trop longtemps, les défenses s'effondrent. La personne n'est plus capable de répondre adéquatement à la situation stressante et des symptômes caractéristiques apparaissent.

**-Une phase de récupération** : lorsque l'agent stressant est géré, la tension baisse, la personne se détend et peu à peu, les réserves énergétiques se reconstituent.

Cette réponse de l'organisme en situation difficile est donc naturelle, normale et utile à la survie.

Elle le met en alerte et libère les moyens énergétiques qui lui permettent de contrer l'agent stressant. Elle constitue avant tout un phénomène favorable visant à faire face efficacement aux situations exceptionnelles. Cet ensemble de réactions d'adaptation est appelé stress protecteur ou bien encore stress adaptatif.

L'absence de stress est nuisible car nos ressources cessent d'être mobilisées et notre performance devient médiocre. Le stress est donc nécessaire mais à l'unique condition que les réactions biologiques et psychologiques soient déclenchées à bon escient et dans des limites acceptables [19]. Le stress peut être comparé à la marche. Sans même que nous nous en apercevions, lorsque nous marchons, nous sommes alternativement en déséquilibre d'un pied sur l'autre. De la même façon, nous vivons des moments de stress lorsqu'un changement significatif intervient dans ce qui constitue notre stabilité quotidienne. A faible dose, ce stress est positif car sans ce petit déséquilibre, nous ne pourrions pas avancer. Mais s'il devient trop intense ou trop répétitif, nous risquons de trébucher, de tomber et de nous blesser.

#### **1.1.2.2. Eustress et distress [18;20;21]**

Le terme générique de stress recouvre deux catégories de réaction : d'une part les réactions normales, adaptatives et d'autre part les réactions de stress dépassé inadéquates ou inadaptées.

L'homme a besoin dans sa vie quotidienne d'un niveau minimal de stress. Des objectifs accessibles et stimulants, des échéances réalistes, des changements voulus, des défis intéressants ajustés au plan de vie, aux valeurs, aux circonstances et aux capacités personnelles procurent ce type de stress.

Les réactions neurophysiologiques au stress s'appuient sur une mise à disposition des ressources personnelles pour mieux s'adapter et agir. Elles ont permis à l'homme de la préhistoire de fuir ou combattre un prédateur et constituent donc un héritage de nos ancêtres.



Le stress est en ce cas une énergie positive nécessaire à la mobilisation des ressources, à la motivation, à la performance et de façon générale, au goût de vivre.

C'est ce que l'on appelle **l'eustress**.

Cependant, les individus ne sont pas soumis seulement aux stress planifiés ou recherchés. Des situations ressenties comme menaçantes, contraignantes ou déplaisantes, l'impression de ne pas disposer des ressources nécessaires pour y répondre, de nombreuses demandes émanant simultanément de l'environnement ou durant une trop longue période conduisent à la détresse. Ce stress négatif induit une diminution des performances et mène à l'épuisement. C'est ce que l'on appelle **le distress** ou **stress dépassé**.

L'absence de stress est nuisible car nos ressources cessent d'être mobilisées et notre performance devient médiocre. Le stress est donc nécessaire mais à l'unique condition que les réactions biologiques et psychologiques soient déclenchées à bon escient et dans des limites acceptables [19]. Le stress peut être comparé à la marche. Sans même que nous nous en apercevions, lorsque nous marchons, nous sommes alternativement en déséquilibre d'un pied sur l'autre. De la même façon, nous vivons des moments de stress lorsqu'un changement significatif intervient dans ce qui constitue notre stabilité quotidienne. A faible dose, ce stress est positif car sans ce petit déséquilibre, nous ne pourrions pas avancer. Mais s'il devient trop intense ou trop répétitif, nous risquons de trébucher, de tomber et de nous blesser.

Aujourd'hui les risques de dangers mortels ou les situations de stress aigu sont plus rares dans notre société. Ils ont été remplacés par des sources de stress de la vie quotidienne qui agissent de façon continue et répétée : bruit, lumière électrique, promiscuité dans les salles de soins, charge de travail, interruptions, tensions relationnelles... [22].

Le personnel soignant, plus précisément celui de la Psychiatrie vit la même situation. Ceux-ci sont en effet soumis à divers éléments stressants tels que les difficultés des prises en charge, la trop grande attente des accompagnants, la vétusté du plateau technique, l'insuffisance du personnel soignant en Psychiatrie, les locaux inadaptés pour prendre en charge ou hospitaliser les patients...

Pourtant, le cerveau réagit comme s'il s'agissait d'un risque vital, sans différencier un danger qui menace l'intégrité physique et un stress sans conséquences majeures (par exemple, lorsque quelqu'un subit un reproche sur son travail). La réaction physiologique est identique, donc disproportionnée. À l'inverse des hommes préhistoriques, nous subissons, en général, ces

pressions sans agir physiquement. Le stress chronique s'installe. Les capacités d'adaptation n'étant pas illimitées, des désordres physiques et psychologiques plus ou moins importants peuvent apparaître. Le stress affaiblit le système de défense immunitaire de l'organisme [23].

Pour certaines personnes, un piège réside dans l'excitation induite par le stress protecteur. En effet, droguées par leur propre adrénaline, elles ont tendance à vouloir la prolonger et passent à la phase de stress dépassé sans en avoir perçu les signaux avertisseurs [24].

### **1.1.3. Les formes de stress**

Les agents stressants auxquels nous sommes soumis sont multiples. Leur accumulation risque de nous faire passer au-delà de notre seuil de tolérance. En fonction du type de facteurs conduisant au **stress dépassé**, on parle de **stress de base**, de **traumatisme vicariant** et de **fatigue de compassion**, de **Burn out** (épuisement professionnel) ou de **stress cumulatif**.

#### **1.1.3.1. Le stress de base [25]**

Le stress de base est le prix de l'effort consenti pour intégrer et s'adapter à une nouvelle situation. Une nouvelle relation affective, une rupture sentimentale, un nouveau travail, un déménagement, etc. sont autant de situations où nous devons faire face à une situation non familière à laquelle nous devons nous adapter relativement rapidement. Après une possible période d'euphorie et d'enthousiasme comparable à une « lune de miel », nous pouvons éprouver des difficultés parce que notre mode de vie est modifié, parce que nous devons assimiler de nombreuses informations et parce que nous devons mettre en œuvre de nouvelles procédures. Durant cette période d'adaptation, nous pouvons éprouver alternativement des moments d'enthousiasme et de tristesse, manifester un sentiment de détachement et un retrait émotionnel.

#### **1.1.3.2. Le stress traumatique [26]**

Le stress traumatique est une forme particulière et sévère de stress dépassé. Il peut apparaître lorsqu'une personne a vécu un événement traumatique, également dénommé incident critique. Un tel événement constitue une menace pour la vie, l'intégrité physique et/ou mentale d'une personne ou d'un groupe de personnes. Cette confrontation à la mort comme réelle ou possible produit une peur intense et/ou un sentiment d'impuissance et/ou d'horreur et remet en cause les valeurs essentielles de l'existence que sont la sécurité, la paix, la bonté, la solidarité, la morale, le prix de la vie, l'accessibilité au sens des choses, etc.

Un événement est dit traumatique lorsqu'il dépasse les capacités de gestion de la majorité des individus. Soulignons cependant qu'un événement peut s'avérer traumatisant pour une personne et non pour une autre ou être traumatisant pour un individu aujourd'hui alors qu'il ne l'aurait pas été hier.

Dans les heures et les jours suivants un incident critique, les personnes affectées peuvent manifester un ensemble de réactions physiques, émotionnelles, cognitives et comportementales.

La grande majorité de ces réactions est considérée comme normale en regard de ce qu'elles ont dû affronter, même si ces réactions peuvent sembler « inadaptées » ou « anormales » à l'entourage. Notons cependant que le caractère habituel de ces manifestations ne signifie pas qu'elles soient faciles à gérer pour les victimes et leur entourage.

Parmi les réactions communément observées [27], retenons :

► **Au niveau somatique** : une fatigue permanente, des réactions de sursaut, des troubles gastro-intestinaux (nausées, vomissement, diarrhées ou constipation, douleurs abdominales), des douleurs musculaires (maux de dos et de nuque), des céphalées, des vertiges, des tremblements, des sueurs, des palpitations, etc.

► **Au niveau émotionnel** : la peur, l'angoisse et l'anxiété, l'apathie, le sentiment d'impuissance, la tristesse, la culpabilité, la colère, l'anesthésie affective, une perte de confiance dans les hommes, Dieu et l'ordre du monde (lequel est généralement considéré comme juste et logique), etc.

► **Au niveau cognitif** : la désorientation, la confusion, des phénomènes de dissociation (impression d'irréalité), une incapacité à se rappeler un aspect important de l'événement traumatique, des difficultés de concentration, etc.

► **Au niveau comportemental** : l'irritabilité, l'agressivité envers soi-même (tendances suicidaires, comportements d'autodestruction tel que l'alcoolisme) ou contre autrui (violence physique et/ou verbale), l'agitation, une activité ralentie ou, à l'inverse, excessive, un absentéisme ou au contraire, un « présentéisme » au travail, une modification du comportement sexuel, les troubles du sommeil (insomnies, réveils nocturnes ou précoces), etc.

Ces réactions relèvent du stress. Elles ne sont pas spécifiques à un incident critique et peuvent survenir en réponse à d'autres situations ou événements. Certains effets sont par contre propres au traumatisme :

- **les reviviscences** : il s'agit de manifestations par lesquelles le sujet a l'impression de revivre la scène traumatisante (souvenirs récurrents, flash-back, cauchemars, impression que l'événement va se reproduire, détresse lors de l'exposition à des indices pouvant évoquer ou ressembler à un des aspects de l'événement traumatique).
- **les évitements** : la personne évite tout ce qui rappelle l'événement traumatique (les lieux, les personnes, les conversations, les sentiments, les activités, etc.).
- **l'activité neurovégétative** : elle présente de l'hyper vigilance, elle sursaute au moindre bruit et son sommeil est perturbé. Elle se plaint de palpitations cardiaques, de douleurs dans la poitrine, de nausées ou de diarrhées. Elle a l'impression d'avoir la gorge serrée ou ressent un poids sur la poitrine et respire avec difficulté. Elle transpire, tremble et frissonne. Elle ressent des fourmillements dans les extrémités ainsi que de la dureté, des crampes et de la tension dans les muscles.

Dans le mois qui suit l'événement, le stress reste aigu mais il devrait se dissiper peu à peu. La personne commence à intégrer l'expérience et la plupart des réactions s'atténuent puis disparaissent [28]. Passé ce cap, la persistance des réactions, voire l'apparition de signes supplémentaires ou plus intenses, fait suspecter l'apparition d'un véritable traumatisme psychique et l'évolution vers la chronicité.

#### **1.1.3.2.1. Le traumatisme vicariant et la fatigue de compassion** [29;30;31;32]

Le traumatisme vicariant résulte d'une surcharge émotionnelle. Ceux qui choisissent, par exemple, de s'engager auprès de personnes en détresse (malades mentaux, blessés, laissés pour compte, patients etc.) se confrontent à des situations qui leur feront éprouver des émotions intenses. Ces confrontations avec la souffrance d'autrui peuvent être à l'origine d'une souffrance psychologique plus ou moins importante et plus ou moins tardive appelée traumatisme secondaire ou traumatisme vicariant. Les effets de la traumatisme vicariante se cumulent avec le temps et peuvent conduire à l'état de fatigue de compassion.

Le personnel du service de psychiatrie est quotidiennement exposé et soumis à la traumatisme vicariante. Cela est due aux différentes histoires des malades et/ou des accompagnants qui entraînent non seulement une surcharge émotionnelle, mais à long terme un état de fatigue de compassion. Cela a un impact sur la qualité des services dispensés dans le milieu intra hospitalier mais aussi sur la qualité de vie de tout un chacun dans le milieu extrahospitalier. Ces situations peuvent entraîner des troubles de la personnalité, une dépression...

La traumatisation vicariante et la fatigue de compassion ont pour effet majeur une modification de la vision de soi et du monde (perte du sentiment de sécurité et de confiance, perte de la capacité à être en connexion avec les autres, désespoir ; cynisme, désillusion, perte de l'estime de soi, négativité au travail, tendance au blâme, identification à la victime).

### **1.1.3.2.2. Stress aigu et syndrome psycho traumatique**

A partir de quand exactement peut-on dire qu'une personne est véritablement traumatisée ?

Lorsque des personnes sont exposées à un événement hautement stressant ou potentiellement traumatisant, certaines vont réagir immédiatement de façon adaptée (bien que pouvant présenter transitoirement de réactions gênantes telles que sensations d'engourdissement, confusion, vécu d'irréalité, agitation, etc.), d'autres par des réactions de stress traumatique aigu (sensation de détachement, absence de réaction émotionnelle, sidération, déréalisation, flash-back et images récurrents de l'événement, sentiment de revivre l'expérience, souffrance lors de l'exposition à ce qui peut rappeler l'événement traumatique, évitement), voire pour certains sujets fragiles et prédisposés, par un comportement pathologique (paralysie, mutité, ou cécité sans cause organique, tics, troubles obsessionnels compulsifs, convulsions, bouffées délirantes, etc.).

Ces premières réactions ne présagent cependant pas de leur évolution. En effet, dès les premiers jours et les premières semaines, on découvre que si certains (qu'ils aient réagi de façon adaptée ou non) voient leurs symptômes s'estomper et disparaître spontanément, d'autres par contre (et là aussi qu'ils aient présenté un stress adapté ou un stress dépassé/traumatique ou une réaction pathologique) commencent à souffrir de symptômes psychotraumatiques (notamment, les reviviscences, les cauchemars) et développent un syndrome psychotraumatique, qui peut s'avérer transitoire ou passer à la chronicité. Seul l'avenir peut révéler, rétrospectivement, quels sont les sujets qui ont vécu l'événement comme maîtrisable et quels sont ceux qui l'ont vécu comme traumatisant.

L'impact traumatique ne peut donc être évalué qu'après une phase de latence d'un mois minimum et pouvant aller jusqu'à trois mois. Dans cet intervalle de trois mois, on peut dire que les réactions sont normales et qu'elles relèvent du stress aigu. Au-delà mois, on peut parler de traumatisme « chronique ».

### **1.1.3.2.3. PTSD et syndrome psycho traumatique**

Le PTSD ne constitue qu'une partie des symptômes que peuvent manifester les personnes souffrant des suites d'un événement traumatique.

PTSD est l'acronyme de la dénomination anglophone Post-Traumatique Stress Disorder. En français, on parle d'Etat de Stress Post Traumatique ou ESPT. Le PTSD ou ESPT est restrictif et ne comprend que les reviviscences, les conduites d'évitement et l'activation neurovégétative dont nous venons de parler. Or, certaines personnes ne présenteront pas ce type de symptômes mais souffriront de dépression, de troubles anxieux, de maladies psychosomatiques ou de troubles comportementaux (abus d'alcool ou de drogues, comportement suicidaire, conduite agressive).

La souffrance psycho traumatique recouvre donc une vaste gamme d'états s'étendant des cas modérés aux cas sévères. La gravité sera évaluée tant par rapport à la quantité de symptômes que par rapport à leur intensité. En effet, une personne peut présenter de nombreuses manifestations peu gênantes ou ne manifester que quelques réactions mais très invalidantes [28].

### **1.1.3.2.4. Les traumatismes de survenue différée**

Les effets d'un traumatisme peuvent se manifester longtemps après l'événement. Certaines personnes réagissent de façon parfaitement adaptée à un incident critique et elles ne se sentent plus affectées après quelques jours ou quelques semaines. Si le début des symptômes survient au moins six mois après l'événement traumatique, on parlera d'une « survenue différée ». Le trauma peut en effet resurgir à une époque ultérieure lorsqu'une personne subit un stress important ou qu'elle est exposée à un ou des événements qui rappellent directement ou symboliquement le trauma dont elle a été victime à l'origine (trauma antérieur, deuil, rupture).

### **1.1.3.2.5. Les altérations de la personnalité**

Au moment de l'impact traumatique et dans les jours qui suivent l'événement, les victimes attribuent facilement leurs réactions à l'épreuve qu'elles viennent de vivre. Par contre, lorsque les symptômes apparaissent plus de six mois après l'incident critique, elles ne font généralement plus le lien avec celui-ci. Or, lorsqu'il n'est pas pris en compte, le traumatisme psychique finit par altérer la personnalité.

Il s'agit généralement d'un changement de la personnalité caractérisé par une altération de l'intérêt porté aux autres (attitude de dépendance dans les relations affectives ou au contraire,

indépendance exacerbée, refus d'établir des relations affectives durables, rudesse dans les échanges avec autrui, impression d'anesthésie émotionnelle) et au monde extérieur (perte de curiosité pour les activités, réduction des activités, perte de motivation, monde extérieur perçu comme artificiel ou déréel, avenir appréhendé comme dépourvu de promesse) ainsi que par une attitude d'hypervigilance et d'alerte.

#### **1.1.4. L'agent stressant et la personne stressée [23]**

Le stress est une notion subjective puisqu'une même stimulation extérieure peut affecter différemment chaque individu. Les réactions au stress peuvent être comparées à ce qui se passe à bord d'un bateau lors d'une traversée sur une mer houleuse. Tous les passagers n'ont pas les mêmes réactions. Certains souffrent du mal de mer et sont très malades, d'autres le sont moins, d'autres encore pas du tout. Par ailleurs, certaines vagues, quoique moins hautes que d'autres, peuvent provoquer davantage de nausées. De même, les agents stressants les plus bouleversants ne sont pas nécessairement les plus durablement néfastes. Par ailleurs, une personne peut réagir différemment à une même situation stressante en fonction du moment où celle-ci survient dans sa vie. Ainsi, certaines personnes sont indisposées par les remous de la mer déchaînée alors qu'elles ne l'ont pas été antérieurement dans des circonstances analogues. Inversement, d'autres se sentent confortables alors qu'elles ont souffert sur d'autres océans agités. La signification attribuée aux agents stressants va également influencer sur le vécu de la situation. Ainsi, le navigateur passionné appréhendera les éléments déchaînés autrement que le passager contraint d'utiliser la voie maritime.

Retenons que le stress est un processus dans lequel interviennent un agent stressant et une personne. Il dépend autant de la situation que de la manière dont celle-ci est appréhendée.

#### **1.1.5. Conséquences du stress dépassé**

Aujourd'hui les risques de dangers mortels ou les situations de stress aigu sont plus rares dans notre société. Ils ont été remplacés par des sources de stress de la vie quotidienne qui agissent de façon continue et répétée : bruit, lumière électrique, promiscuité dans les salles de soins, charge de travail, interruptions, tensions relationnelles... [22].

Le personnel soignant, plus précisément celui de la Psychiatrie vit la même situation. Ceux-ci sont en effet soumis à divers éléments stressants tels que les difficultés des prises en charge, la trop grande attente des accompagnants, la vétusté du plateau technique, l'insuffisance du personnel soignant en Psychiatrie, les locaux inadaptés pour prendre en charge ou hospitaliser les patients...

Pourtant, le cerveau réagit comme s'il s'agissait d'un risque vital, sans différencier un danger qui menace l'intégrité physique et un stress sans conséquences majeures (par exemple, lorsque quelqu'un subit un reproche sur son travail). La réaction physiologique est identique, donc disproportionnée. À l'inverse des hommes préhistoriques, nous subissons, en général, ces pressions sans agir physiquement. Le stress chronique s'installe. Les capacités d'adaptation n'étant pas illimitées, des désordres physiques et psychologiques plus ou moins importants peuvent apparaître. Le stress affaiblit le système de défense immunitaire de l'organisme [23].

Pour certaines personnes, un piège réside dans l'excitation induite par le stress protecteur. En effet, droguées par leur propre adrénaline, elles ont tendance à vouloir la prolonger et passent à la phase de stress dépassé sans en avoir perçu les signaux avertisseurs [24].

De même qu'un médicament utile peut devenir nuisible au-delà d'une certaine dose, des réactions de stress trop intenses, trop fréquentes, trop prolongées et mal gérées peuvent produire des effets négatifs. Ceux-ci peuvent s'exprimer dans la sphère relationnelle, professionnelle, comportementale, somatique et affective. Le stress dépassé va se manifester principalement par des difficultés relationnelles, par une contre-productivité professionnelle, par une modification de l'humeur, par des troubles du comportement et par des plaintes somatiques. Ces réactions auront des répercussions sur l'entourage familial et professionnel [33]. En effet, comme le bâillement, le stress est contagieux. Il se communique entraînant de véritables « épidémies » de conflits, de dépressions, de ruptures et de démissions difficiles à maîtriser.

A quoi remarque-t-on qu'une personne est en stress dépassé ?

**-Au niveau relationnel**, retenons l'apparition d'attitudes inhabituelles pour la personne (irritabilité, propension aux larmes, méfiance injustifiée, attitude négative ou pessimiste, etc.), la déshumanisation de la relation à l'autre (cynisme, humour déplacé, sexisme, racisme, intolérance, jugement critique, agressivité), l'augmentation des demandes émotionnelles auprès de la famille, des amis et des collègues (le besoin de parler sans discontinuer et d'être écouté, d'être pris en charge, etc.), l'apathie, l'évitement des relations familiales et/ou amicales et/ou sociales et/ou professionnelles et le repli sur soi.

**-Au niveau professionnel**, on peut observer une détérioration progressive de l'efficacité professionnelle (difficulté de concentration, fuite ou hyperactivité stérile, rigidité dans la manière de penser, résistance excessive au changement, etc.) ainsi qu'une perte d'objectivité



quant à ses propres performances, capacités ou compétences et celles des autres (surévaluation ou dévalorisation).

**-Au niveau comportemental**, il est fréquent de présenter des troubles du sommeil (insomnies, sommeil agité, réveils nocturnes ou précoces), des troubles de l'appétit (boulimie ou anorexie), une tendance à recourir à des substances psychoactives (alcool, médicaments psychotropes, drogues), une irritabilité et des comportements à risque pour la personne elle-même et/ou pour autrui (conduite automobile dangereuse, comportement provocateur, rapports sexuels non protégés, etc.).

**-Au niveau somatique**, les signes peuvent être une fatigue excessive, l'apparition de problèmes mineurs de santé (maux de tête et de dos, troubles gastro-intestinaux, rhumes et gripes répétés ou prolongés, problèmes dermatologiques, palpitations, vertiges, perturbation du sommeil, etc.), l'aggravation d'un problème de santé existant et les plaintes excessives concernant des problèmes mineurs de santé.

**-Au niveau émotionnel**, les répercussions principales sont la modification de la vision de soi, du monde et des autres (attitude négative envers soi-même, son conjoint, le travail, la vie, les collègues, etc.), les troubles de l'humeur (variation importante de l'humeur, exacerbation de la sensibilité, crises de larmes et de colère, état dépressif, angoisses, etc.) [14].

#### **1.1.6. Les conséquences du stress chronique**

Que se passe-t-il lorsque l'on est soumis à des facteurs de stress durant de longues périodes ?

Si le stress perdure, il peut provoquer ou aggraver une maladie physique ou mentale [34].

Le stress a sur l'organisme un effet reconnu. Il peut se retrouver à l'origine ou aggraver le développement d'une maladie somatique telle que l'hypertension, l'infarctus du myocarde, l'asthme, les ulcères, les colites, l'eczéma, le psoriasis, le diabète, les problèmes thyroïdiens, etc.

Comme autres conséquences, nous pouvons aussi avoir l'apparition ou l'aggravation de troubles de la personnalité, de troubles anxieux, de troubles dépressifs...

-Au niveau psychologique, le stress déclenche principalement 3 types d'émotion : l'anxiété (la perception d'un danger met l'individu en état d'alerte), l'agressivité (elle donne la force et la motivation pour attaquer ou détruire le danger) et la dépression (l'individu ne peut pas ou ne peut plus contrer les sources de stress, il endure sans agir). Une personne soumise à une

activation permanente de l'une de ces émotions risque de développer un trouble anxieux, comportemental ou dépressif ou encore d'autres troubles mentaux.

## **1.2. Le Burn out**

### **1.2.1. Définition**

Le Burn Out ou épuisement professionnel découle de l'épuisement des mécanismes d'adaptation au stress subi dans le cadre du travail. Il affecte généralement les cadres professionnels qui assument la responsabilité de personnes et qui poursuivent des objectifs difficiles à atteindre.

Le Burn Out est un concept introduit pour la première fois en 1974 par le psychiatre américain Freudenberger pour décrire l'épuisement au travail, de professionnels de l'aide et du soin. Christina Maslach a par la suite, au début des années 1980, étudié et analysé plus en détails l'épuisement survenant en milieu professionnel (dans les domaines sociaux, de la santé et de l'enseignement). Si au départ, il était donc surtout associé aux métiers d'aide et de soins, il s'est progressivement étendu à tous les travailleurs et types de travail. Par ailleurs, il reste actuellement dans la littérature considéré comme exclusivement lié au travail (y compris non rémunéré, ce qui inclut aussi les étudiants par exemple) même si certains auteurs veulent étendre le Burn Out au-delà du travail.

Les définitions du Burn Out sont par ailleurs principalement symptomatiques et ne donnent pas vraiment d'indication sur les origines de la souffrance. Le concept reste flou pour beaucoup de professionnels.

La définition de Schaufeli & Enzmann [35] permet de synthétiser un certain nombre d'éléments qui se retrouvent dans les diverses définitions : "le Burn Out est un état d'esprit négatif persistant, lié au travail, chez des individus "normaux", qui est caractérisé par de l'épuisement, un sentiment d'inefficacité, une démotivation et des comportements dysfonctionnels au travail. Cet état d'esprit n'est souvent pas remarqué par le travailleur pendant un long moment. Il résulte d'une différence entre les intentions et la réalité du travail. Souvent, les travailleurs entretiennent cet état d'esprit par des stratégies d'adaptation qui sont inefficaces". Selon certains auteurs, le Burn Out pourrait cependant se définir par la seule dimension d'épuisement émotionnel. Toutes les théories le considèrent en effet comme sa dimension principale, et la traduction française du mot «Burn Out » en « épuisement » va dans ce sens. La troisième dimension (l'efficacité professionnelle) est par ailleurs la plus controversée.

La Société allemande de psychiatrie, psychothérapie, psychosomatique et neurologie [36] définit quant à elle le Burn Out comme « un trouble lié à une situation de stress, qui représente un état de risque non spécifique pouvant engendrer des maladies secondaires tant psychiatriques (par ex. insomnies, dépression, troubles anxieux, addiction) que somatiques (par ex. syndrome métabolique, diabète, maladies cardio-cérébrovasculaires, acouphène) dans le cas de la chronicisation de l'état de stress ou d'une récupération insuffisante ainsi que d'une prédisposition correspondante ».

Dans son rapport, la HAS définit également l'épuisement professionnel comme un «épuisement physique, émotionnel et mental qui résulte d'un investissement prolongé dans des situations de travail exigeantes sur le plan émotionnel.

### **1.2.2. Aspect clinique**

Un Burn Out est toujours susceptible d'avoir des effets sur la situation familiale (on ne parvient pas à se détendre à la maison parce que l'on a des exigences trop élevées au travail). Le Burn Out ne fait actuellement pas l'objet d'un diagnostic officiel dans les classifications médicales de référence que sont la Classification Internationale des Maladies (CIM-10) de l'Organisation mondiale de la santé, et le Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux (DSM5) de l'Association américaine de psychiatrie. Il est cependant repris dans la CIM 10 dans les codes Z (les facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé), rubrique « Troubles liés aux difficultés à gérer sa vie », clé diagnostique ZT3.0 « Z73.0 Syndrome d'épuisement (Burn out) ». Il ne passe donc pas pour un trouble psychique à part entière, mais il peut en accompagner un. Un chevauchement considérable avec la neurasthénie peut par ailleurs aussi être constaté (code F48 dans la CIM 10, trouble qui se caractérise principalement par une fatigue mentale ou physique. Il correspond en effet à la définition, à l'exception d'une persistance des symptômes après la disparition du facteur responsable du stress de départ. La catégorie V 62 du DSM IV correspond également à un problème professionnel non lié à une pathologie mentale. La littérature apporte donc un grand nombre de définitions du Burn Out.

Ce sont en fait les travaux de Christina Maslach [37] qui servent de référence pour définir les dimensions du Burn Out : il s'agirait d'un **syndrome d'épuisement émotionnel**, de **dépersonnalisation** et de **réduction de l'accomplissement personnel**. En élaborant une échelle de mesure, sur base d'entretiens, elle a en effet pu mettre en évidence plusieurs dimensions, sur base desquelles elle a élaboré une deuxième échelle plus précise (« Maslach,

Burnout Inventory », MBI) et proposé une définition du burnout [37]. On constate donc que la définition est ici basée sur un instrument de mesure, alors que c'est habituellement l'inverse qui se produit.

### **1.2.3. Critères diagnostiques**

Elaboré aux Pays-Bas par trois associations professionnelles (de psychologues, médecins généralistes et médecins du travail) le Burn Out se définit de la manière suivante : Il est question de Burn Out quand les trois critères suivants sont présents:

- Il y a épuisement, surmenage (« overspanning »)
- Les plaintes sont apparues il y a plus de 6 mois
- La sensation de fatigue et d'épuisement sont clairement à l'avant plan.

Ils définissent par ailleurs la notion d'«overspanning » par la présence des 4 critères suivants:

1. Au moins trois des plaintes suivantes sont présentes :

\*Fatigue

\*Sommeil perturbé ou agité

\*Irritabilité

\*Ne plus supporter le bruit / la foule

\*Labilité émotionnelle

\*Ruminations

\*Se sentir traqué

\*Problèmes de concentration ou de mémoire

2. Les sentiments de perte de contrôle et / ou d'impuissance agissent en réponse à l'incapacité de faire face au stress dans le fonctionnement quotidien. La gestion du stress est insuffisante ; la personne n'y arrive plus et a le sentiment de perdre prise.

3. Il y a des limitations importantes dans le fonctionnement professionnel et / ou social.

4. La détresse, la perte de contrôle et le dysfonctionnement ne sont pas seulement le résultat direct d'un trouble psychiatrique. Cette définition implique donc que le Burn Out nécessite une détresse (1<sup>er</sup> critère), des stressors face auxquels on ne sait plus faire face (2<sup>ème</sup> critère) et un

dysfonctionnement professionnel ou social clair (3<sup>ème</sup> critère). Pour mieux définir ce dysfonctionnement, le groupe qui a élaboré la directive propose de considérer que la personne doit avoir abandonné au moins 50 % d'un ou plusieurs rôles sociaux (rôle d'employé, de père ou de mère, etc.). Le quatrième critère signifie que ces symptômes ne sont pas la conséquence directe d'un trouble psychiatrique, comme la dépression (un Burn Out peut cependant être diagnostiqué en parallèle à une dépression). Pour qu'il soit question de Burn Out, il faut également un aspect chronique, et la fatigue doit être en premier plan. Par contre, le groupe qui a élaboré ces directives ne considère pas que le lien au travail soit une caractéristique nécessaire du Burn Out.

Le Conseil suédois de la santé [38] et du bien-être a quant à lui introduit la notion de « trouble de l'épuisement » dans la version suédoise de la CIM-10, afin de permettre un diagnostic de « Burn Out clinique ». Les critères sont :

- a) une fatigue physique ou psychologique depuis au moins 2 semaines, en conséquence de stressseurs clairement identifiés et présents depuis au moins 6 mois et
- b) un manque significatif d'énergie psychologique ou d'endurance est clairement à l'avant plan du tableau clinique et
- c) au moins 4 symptômes ont été présents pratiquement tous les jours les deux dernières semaines (problème de mémoire ou de concentration, difficulté à traiter les demandes ou à faire face à la pression, irritabilité ou labilité émotionnelle, problèmes de sommeil, fatigue physique et manque d'endurance, symptômes somatiques comme mal de dos, mal à la nuque, palpitations, symptômes gastro-intestinaux, vertiges, hypersensibilité au son). Ces symptômes doivent causer une détresse significative et une déficience fonctionnelle, et ne doivent pas être attribuables à une autre cause qu'un stress au travail ou dans la sphère privée.

Selon une équipe de recherche dirigée par Schaufeli W et Hans De Witte, il y aurait 5 symptômes constitutifs du burnout :

1. l'épuisement (physique et psychologique),
2. la perte de contrôle cognitif (problèmes de mémoire, d'attention, de concentration dus à une perturbation du fonctionnement cognitif),
3. la perte de contrôle émotionnel (réactions émotionnelles exacerbées, faible tolérance),

4. des symptômes dépressifs (humeur sombre, sentiment de culpabilité), une distanciation mentale (on se retire, mentalement ou physiquement) de son travail.

#### **1.2.4. Mécanisme du Burn out**

Les recommandations suisses considèrent le Burn Out comme étant dû à un déséquilibre entre l'implication de l'employé et le gain personnellement mis à profit, ou à une disproportion entre les exigences professionnelles et les ressources professionnelles. La présentation clinique du Burn Out est caractérisée par un épuisement prononcé permanent en concomitance avec une capacité de récupération altérée s'accompagnant des symptômes d'un état de stress tels que la forte sensibilité aux stimuli, l'agressivité, la labilité émotionnelle, les troubles de l'attention, de multiples symptômes végétatifs, des troubles du sommeil et des performances moindres. Le Burn Out est donc conçu comme un processus évoluant le plus souvent d'un état de stress (surtout lié au travail mais pas uniquement), de plus en plus chronique vers une dépression avec une résistance nettement insuffisante au stress. Les symptômes sont fonction du stade d'évolution du Burn Out.

Une équipe de recherche dirigée par Schaufeli W et Hans De Witte a aussi élaboré sa propre définition du Burn Out, dans le but de mettre en place un instrument d'évaluation qui pourrait servir en pratique clinique. Ils décrivent le Burn Out de la manière suivante : « En raison d'une surcharge au travail, souvent accompagnée d'une vulnérabilité personnelle et/ou de difficultés dans la vie privée, l'énergie nécessaire à la régulation de certains processus cognitifs et émotionnels ne peut plus être mobilisée. Cette perte de contrôle s'associe à l'épuisement pour aboutir à une réaction d'autoprotection dans laquelle est adoptée une distance mentale par rapport à la source d'épuisement (dans le cas d'un Burn Out : le travail). Il s'agit alors principalement d'une attitude négative, par exemple sous forme de cynisme. Néanmoins, cette attitude peut également se traduire par une distance physique prise par rapport au travail (par exemple en évitant le contact avec les collègues). La perte de contrôle engendre en outre une humeur dépressive chez la personne. Cette humeur est donc la conséquence d'une réaction émotionnelle et ne doit pas être assimilée à une dépression en tant que trouble psychologique indépendant. Les symptômes de tension nerveuse (stress) sont considérés comme des symptômes secondaires et peuvent être utilisés pour obtenir une image plus complète du Burn Out. Ils constituent souvent le premier motif pour lequel une aide est sollicitée et peuvent être le signe avant-coureur d'un Burn Out sous forme de surmenage ».

### **1.2.5. Facteurs de risque**

Les situations à risque sont notamment celles où la personne perçoit un déséquilibre entre les besoins de ses tâches professionnelles et les moyens dont elle dispose pour les réaliser, une ambiguïté et/ou un conflit entre son rôle et celui d'un collègue, une difficulté à communiquer avec ses collègues ou ses supérieurs hiérarchiques, le sentiment de manque de contrôle sur son environnement de travail, la perception que le travail qu'elle accomplit est incohérent, le manque de congruence entre ses attentes face au travail et la réalité de celui-ci, un manque de soutien de la hiérarchie, une charge de travail trop lourde, etc. [22;39;40].

Dans ces situations, elle peut être insatisfaite ou douter de la valeur de son travail parce qu'elle compare les résultats obtenus avec une norme idéale ou avec ceux qu'elle désire réellement obtenir. Elle peut se plaindre d'une fatigue continue et d'épuisement mental, se sentir démotivée et incompétente, aspirer à s'échapper de cette situation professionnelle insatisfaisante, se montrer irritable et souffrir de troubles psychosomatiques. Parmi ces facteurs de risques, nous pouvons en dénombrer quelques-uns :

- l'environnement de travail,
- le degré de complexité de la tâche à accomplir,
- la personnalité,

### **1.2.6. Le stress cumulatif**

Le stress peut être comparé à une calculatrice car il additionne tout : les petits tracas de la vie quotidienne, les pressions professionnelles, les situations à risque, les événements de vie, etc. [41]. Le stress cumulatif résulte :

\*soit d'une exposition prolongée au stress parfois mineur, prévisible et répétitif [39;42;43]. On parle alors de stress chronique. A l'image d'une goutte d'eau qui, peu à peu, entame et creuse la pierre sur laquelle elle vient inexorablement tomber, la multiplication des petits soucis peut venir à bout des individus les plus résistants par l'accumulation d'une série d'événements difficiles (au niveau professionnel et/ou privé). Les multiples consultations avec des nombres de patients trop nombreux à consulter, le dépassement des temps de travail journalier, les prises en charge avec des cas de comorbidités et bien d'autres sont des exemples d'événements difficiles au niveau professionnel qui peuvent entraîner un stress cumulatif et cela s'observe au service de psychiatrie du CHU Point G.

Cette forme de stress se développe lentement mais son émergence sera d'autant plus rapide que les possibilités de récupération sont insuffisantes (manque de sommeil, de vacances, de

périodes de récupération, de loisirs, etc.) et que la personne présente des facteurs personnels de vulnérabilité (expériences antérieures hautement stressantes ou traumatiques non assimilées, difficultés sentimentales ou familiales, etc.) [44].

### **1.2.7. Stratégie de 'Coping' [45]**

L'individu en général et le soignant en particulier, confronté à des demandes physiques et psychologiques très intenses, répond par des stratégies comportementales et cognitives appelées en anglais « Coping » et en français « faire face » ou « adaptation ». En 1984, Lazarus et Folkman définissent le coping comme l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux déployés pour gérer des exigences spécifiques internes et/ou externes qui sont évaluées par la personne comme consommant ou excédant ses ressources. Ils identifient trois (03) types de stratégies :

1. Le coping centré sur le problème qui vise à réduire les exigences de la situation ou à augmenter ses propres ressources pour y faire face.
2. Le coping centré sur l'émotion qui comprend les tentatives pour réguler les tensions émotionnelles induites par la situation.
3. Le coping centré sur le soutien social qui consiste à obtenir la sympathie et l'aide d'autrui.

Le coping n'est efficace que si elle permet à l'individu de maîtriser la situation stressante et/ou de diminuer son impact sur son bien-être physique et psychique en l'occurrence les facteurs qui permettent la survenue du Burn Out. Quelques fois, ces stratégies s'avèrent efficaces dans notre milieu mais pas à long terme. S'agissant d'une situation maîtrisable, les études indiquent que les stratégies centrées sur le problème sont fonctionnelles et associées à des indicateurs de santé mentale positifs. Cependant, lorsque la situation affrontée échappe au contrôle de la personne comme c'est souvent le cas avec les malades mentaux, des efforts répétés sont inutiles, épuisants et éventuellement nocifs pour la santé ce qui pourrait encore être à l'origine du Burn Out. Dans ces cas, les stratégies centrées sur les émotions s'avèrent relativement efficaces à court terme, mais induisent à long terme des états dépressifs.

Brandtstädter et Renner (1990) relèvent une meilleure santé mentale chez les individus qui sont capables d'intégrer simultanément deux stratégies de coping, soit d'agir pour transformer la réalité (assimilation) puis de réviser leurs aspirations, leurs priorités, leurs valeurs (accommodation). Cependant, plusieurs auteurs soulignent le caractère actif et adaptatif du lâcher-prise, qui implique une transformation intérieure.



Seligman (2011), fondateur de la psychologie positive, suggère que les stratégies associées aux composantes du bien-être s'avèrent favorables en tout temps, notamment les relations interpersonnelles positives, le sens et l'accomplissement. À l'inverse, il apparaît que les stratégies d'évitement sont pratiquement toujours néfastes, surtout si les stressseurs se manifestent avec une certaine chronicité comme dans le cas de la prise en charge des malades mentaux où les stressseurs sont presque toujours omniprésents.

En somme, nous retenons que les stratégies reliées au bien être seraient efficaces en tout temps, que celles associées à l'évitement seraient dysfonctionnelles, que le coping centré sur le problème serait adaptatif quand la situation est contrôlable et que le lâcher-prise le serait en situations non contrôlables. Toutefois, aucun modèle actuel n'intègre en un tout cohérent tous ces éléments, ni ne nous renseigne sur une façon de les utiliser pour améliorer ses stratégies de coping. Ce qui souligne une énorme difficulté quant aux moyens de faire face au Burn Out dans le milieu médicale lorsque cela s'avère nécessaire.

*Etat de BURN OUT chez le Personnel Soignant Implique dans la Prise en Charge des Malades Mentaux au  
CHU Point G : Cas des Services de Psychiatrie et d'Accueil des Urgences*

# **METHODOLOGIE**

## **II-METHODOLOGIE**

### **2.1.Cadre et Lieu de l'étude :**

Il s'agissait d'une étude réalisée auprès des soignants travaillant dans le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) Point G, précisément dans les services de Psychiatrie et d'Accueil des Urgences.

#### **2.1.1. Présentation du CHU Point-G**

L'hôpital du Point G est créé en 1906 par le colonisateur sur une superficie de 25 hectares. Le nom Point G, donné à la colline qui abrite l'hôpital, est une dénomination de repère géodésique des militaires colons. Situé sur la colline du Point G, au nord du district de Bamako en commune III, sur la rive gauche du fleuve Niger, il occupe une superficie de 25 hectares dont près de 70% sont actuellement bâtis.

L'hôpital militaire devient par arrêté numéro 174 de février 1958, un hôpital civil.

L'hôpital du Point G est un établissement public hospitalier depuis la loi N°026048 du 22 juillet 2002, puis centre hospitalier universitaire (CHU) après la signature de la convention hospitalo-universitaire du 14 mars 2007

##### **2.1.1.1.Organisation et fonctionnement**

Le CHU Point G est une structure sanitaire de 3ème référence, sur la pyramide sanitaire du pays. Il assure une mission de soins, de formation et de recherche. Il est géré par trois organes : le conseil d'Administration, la Direction Générale, et le Comité de Direction.

Le Conseil d'Administration :

Il est composé de 19 membres :

- Le président du conseil d'administration est un membre élu parmi les membres avec voix délibérative.
- Les autres membres du conseil d'administration sont élus avec des voix délibératives et des voix consultatives.
- Les membres du conseil d'administration sont nommés pour une période de trois (3) ans renouvelables par décret pris en conseil de ministres sur proposition du ministre de la santé.

La Direction Générale :

Le CHU Point G est dirigé par un Directeur Général (DG) nommé par décret pris en conseil de ministres sur proposition du ministre de la Santé ; il est assisté d'un Directeur Général Adjoint nommé par arrêté ministériel (qui fixe ses attributions spécifiques) sur proposition du Directeur Général de l'Hôpital.

Le directeur exerce ses attributions dans les limites des lois et règlements en vigueur conformément aux dispositions des articles 68, 69 et 70 de la loi N°02-050 du 22 juillet 2002 portant la loi hospitalière.

Le Comité de Direction :

Le comité de direction est chargé d'assister le DG dans ses tâches de gestion. Le Comité de Direction comprend le DG (président), le DGA, le président de la Commission Médicale d'Etablissement, le président de la Commission des Soins Infirmiers et Obstétricaux, le président du Comité Technique d'Etablissement.

Organes consultatifs :

La Commission Médicale d'Etablissement :

Son organisation et ses modalités de fonctionnement sont prévues dans les articles 12, 13, 14, 15, 16,17 du décret N°03-337 PRM du 7 Août 2003 fixant organisation et modalité de fonctionnement du CHU Point G.

La Commission des Soins Infirmiers et Obstétricaux : dont l'organisation et le fonctionnement sont prévus dans les articles 18, 19, 20, 21,22 du décret N° 03-337 PRM du 7 Août 2003.

Le Comité Technique d'Etablissement : dont l'organisation et le fonctionnement sont prévus dans les articles 18, 19, 20, 21,22 du même décret.

Le Comité d'Hygiène et de Sécurité : dont l'organisation et le fonctionnement sont fixés par les articles 28, 29, 30, 31, 32, 33 du décret N°03- 337 PRM du 7 Août 2003.

#### **2.1.1.2.Services existants au CHU Point G :**

L'administration générale :

Qui comprend :

La Direction, le Secrétariat Général, la Comptabilité, le Contrôle Financier, le Bureau des Entrées, le Service Social, le Service Informatique, le Service des Statistiques, le Service de Maintenance. Les services techniques :

- L'Anesthésie, Réanimation et Urgences
- Le Service de Chirurgie, la Gynéco-obstétrique, l'Urologie et la Coeliochirurgie ;
- Le Service d'Hémo - Oncologie ;
- Le Service de Rhumatologie ;
- Le Service de Médecine Interne ;
- Le Service de Néphrologie et d'Hémodialyse ;
- Le Service de Neurologie ;
- Le Service de Cardiologie ;
- Le Service des Maladies Infectieuses et tropicales ;
- Le Service de Pneumo-phtisiologie ;
- Le Service de Psychiatrie ;
- Le Service d'Anatomo-Pathologie ;
- Le service d'Expertise de Médecine Légale ;
- Le Service d'Imagerie Médicale et de Médecine Nucléaire ;
- Le Laboratoire ;
- La Pharmacie Hospitalière ;
- La Buanderie ;
- La Cuisine ;
- La Cafétéria ;
- La Morgue.
- La Gastroentérologie.

### **2.1.1.3. Présentation du service de psychiatrie du CHU Point « G »**

C'est le 1er service de psychiatrie au sein d'un hôpital général et le 3ème niveau de référence au Mali.

Les bâtiments sont situés au nord-est dans la cour de l'hôpital. Les infrastructures :

Schématiquement on distingue :

- « L'ancien service », appelé communément « Cabanon », entouré d'un enclos grillagé, est le 1er bloc et la première construction du service, remontant au temps colonial. Il est situé à l'entrée du service, construit selon un style carcéral avec une capacité d'accueil limitée de vingt (20) lits, il recevait quatre à cinq fois ce nombre.
- Le nouveau pavillon d'accueil des urgences psychiatriques, abritant des salles de consultation, de soins et de garde : Situé en face de la cour grillagée, entre la cafétéria et la première case d'hospitalisation. Il est composé de deux salles de garde pour les internes, et les assistants médicaux, d'une salle de soins, de deux salles de consultation, d'un secrétariat, d'un magasin et deux (02) toilettes.
- Le bloc d'admission et d'hospitalisation : Annexé à l'ancien service, la cour grillagée, il est situé au nord-est, il comporte trois parties :  
Le pavillon des hommes : Composé de bureaux pour l'administration, de chambres d'isolement qui sont au nombre de quatre (4) et de grandes salles d'hospitalisation pour les malades chroniques abandonnés par leurs familles et les malades de la file active. Ce pavillon a une capacité d'accueil de 44 lits d'hospitalisations.  
Le pavillon des femmes : Il est composé de bureaux pour l'administration et de deux grandes salles pour une capacité d'hospitalisation de 10 lits par salle. La terrasse de ce pavillon sert de lieu de spectacle pour les séances de « Kotèba » thérapeutiques.
- Le bloc des cases :  
Il est construit en matériaux locaux et prévu pour les hospitalisations de malades avec accompagnants. Ces cases servent de moyens pour intégrer la famille dans la prise en charge du patient. Ce bloc est composé de vingt et un (21) cases de deux places chacune.

Au centre du service, se trouve une coupole construite également en matériaux locaux, sous laquelle se tiennent les séances de psychothérapie de groupe et parfois la visite hebdomadaire des malades.

Le terrain de sport : Situé entre la cafétéria et le service de Pneumo-physiologie.

Le Personnel :

Il est composé de :

- Un (1) Professeur Titulaire en Psychologie clinique.
- Un (1) Maître Assistant en Psychiatrie.

- Sept (07) Psychiatres, praticiens hospitaliers
- Sept (07) Assistants Médicaux spécialisés en santé mentale.
- Six (06) Techniciens de Surface
- Des thésards, des stagiaires en médecine et des différentes écoles de santé et de l'INFSS (Institut National de Formation en Sciences de la Santé) et les stagiaires-psychologues.

Un groupe d'animateurs en art dramatique, contractuel, vient tous les Vendredi à partir de 8 heures pour des représentations du « Kotèba » thérapeutique.

Le fonctionnement du service de psychiatrie :

Le service fonctionne sur le mode de psychiatrie de type communautaire et il mène des :

- Activités de soins (consultations et hospitalisations),
- Activités de formation,
- Activités de recherche.

Tous les jours la garde est assurée par une équipe constituée d'un Médecin Psychiatre, d'un Médecin Généraliste en formation de D.E.S, un thésard, un Major, d'un technicien de surface et un infirmier.

Une visite hebdomadaire (tous les jeudis) aux malades, est effectuée par l'ensemble du personnel médical et paramédical.

Le « Kotèba » thérapeutique :

Le « Kotèba » est une technique psychothérapique originale à l'image du psychodrame de MORENO. Chaque vendredi, un groupe d'animateur sous la supervision du psychologue, anime le « kotèba » thérapie. La séance est ouverte au public.

#### **2.1.1.4.Présentation du service d'accueil des urgences du CHU Point « G »**

C'est le premier service visible dès l'entrée dans le CHU Point G. Il est constitué d'une salle d'accueil, de trois (3) salles contenant dix-sept (17) lits d'hospitalisation à courte durée réparties comme suit :

- Une (1) salle de huit (8) lits,
- Une (1) salle de quatre (4) lits,

-Une (1) salle de cinq (5) lits.

En plus des quatre (4) chariots d'observation, il est aussi constitué d'un bloc opératoire, d'une salle de réveil et enfin des bureaux pour le personnel. Ces bureaux sont répartis comme suit :

-Un (1) bureau pour le chef de service,

-Un (1) bureau pour le médecin fonctionnaire,

-Un (1) bureau pour le médecin contractuel de l'hôpital,

-Un (1) bureau pour quatre (4) médecins bénévoles,

-Un (1) bureau pour les infirmiers, les infirmières et leur bénévole,

-Un (1) bureau pour les garçons de salle,

-Une (1) salle des Internes.

## **2.2.Type d'étude**

Il s'agissait d'une étude descriptive et transversale à recrutement prospectif.

## **2.3.Période de l'étude**

Elle s'est déroulée sur 10 Mois allant du 04 janvier au 19 Novembre 2021.

## **2.4.Population d'étude :**

Il s'agissait de tout le personnel hospitalier au Service de Psychiatrie et au Service d'Accueil des Urgences du CHU Point G présent durant la période d'étude, recrutés de manière exhaustive et qui participe à la prise en charge des malades mentaux.

## **2.5.Echantillonnage**

Nous avons fait un échantillonnage exhaustif sur l'ensemble des médecins, des thésards, des stagiaires et des infirmiers disposés à participer à l'étude.

## **2.6.Critère d'inclusion et de non inclusion**

### **2.6.1. Critères d'inclusion**

Sont inclus dans l'étude les professionnels de santé travaillant dans les services de Psychiatrie et d'Accueil des Urgences qui ont délibérément consenti, c'est-à-dire accepté de participer à l'étude.



## **2.6.2. Critères de non inclusion**

Ne sont pas inclus les professionnelles dans lesdits services qui n'ont pas consenti à participer à l'étude.

Ne sont pas aussi inclus, les professionnels de la santé appartenant aux dits services qui n'étaient pas présents durant la période d'étude.

N'ont pas été inclus, les soignants qui venaient de commencer leur stage dans les dits services.

## **2.7. Collecte des données**

### **2.7.1. Outils de collecte des données**

#### **2.7.1.1. Présentation des outils**

Nous avons utilisé le MBI ou Maslach Burnout Inventory, les questionnaires d'anxiété état et d'anxiété trait de Spielberger, le test d'autoévaluation de la personnalité Big Five avec le modèle OCEAN et un test improvisé d'évaluation de la connaissance générale dans la prise en charge des troubles mentaux et du vécu traumatique des soignants.

#### **2.7.1.2. Variables**

Pour mener à bien notre collecte des données, nous avons ordonné les variables en deux catégories : les variables dépendantes et les variables indépendantes.

##### **2.7.1.2.1. Variables indépendantes ou explicatives**

Il s'agit des :

-variables sociodémographiques (Age, Sexe, Situation matrimoniale) ;

-variables professionnelles (Lieu d'exercice, Type d'exercice, Ancienneté dans l'exercice, Durée journalière de travail, Séjour dans le service de psychiatrie, Expérience dans la prise en charge)

-variables personnelles (Anxiété état, Anxiété trait, Ouverture d'esprit, Conscienciosité, Extraversion, Agréabilité, Négativité)

-variable vécu traumatique des soignants dans la prise en charge des cas de tentative de suicide, dépression, confusion mentale et schizophrénie

##### **2.7.1.2.2. Variables dépendantes ou expliquées**

Il s'agit ici du Burn out et cette catégorie regroupe :

- Le Burn out et ses trois critères (faible, modéré et élevé) ;
- Prévalence du Burn out ;
- Les trois composantes ou dimensions du Burn out (épuisement émotionnel, dépersonnalisation et accomplissement personnel).

### **2.7.2. Procédure de collecte des données**

Les données ont été recueillies à partir d'un questionnaire anonyme. Les questionnaires ont été distribués main à main au personnel.

### **2.8.La saisie et le traitement des données**

La saisie a été faite sur Microsoft Word 2013. De plus l'analyse des données a été faite avec le logiciel IBM Spss version 22.0 et le calcul du score de MBI a été fait sur Microsoft Excel 2013.

### **2.9.Les aspects éthiques**

Notre étude a été réalisée avec le consentement éclairé verbal des différents participants. L'identité du personnel restera strictement confidentielle.

Dans le cadre de l'obtention du processus de consentement éclairé, les questionnaires ont été accompagnés d'une courte présentation dans laquelle l'objectif de l'étude a été fourni et la confidentialité garantie. Ainsi, nous avons expliqué aux participants que ce travail se faisait dans le cadre de l'obtention du Diplôme d'Etat de Doctorat en Médecine Générale.

### **2.10. Conflit d'intérêt : Aucun**

# **RESULTATS**

### **3-RESULTATS**

Sur 70 questionnaires distribués, 50 réponses ont été récupérées, soit un taux de participation de 71,4%. Tous les questionnaires récupérés ont pu être exploités.

#### **3.1. Caractéristiques sociodémographiques, professionnelles et personnelles des soignants.**

##### **3.1.1. Caractéristiques sociodémographiques.**

**TABLEAU I:** Répartition des enquêtés en fonction de l'âge.

Variables	EFFECTIF	POURCENTAGE (%)
20-29 ans	<b>30</b>	<b>60</b>
30-39 ans	10	20
40-49 ans	7	14
50 ans et Plus	3	6
Total	50	100

Les enquêtés de 20-29ans étaient les plus représentés dans 60% des cas.

**TABLEAU II:** Répartition des enquêtés en fonction du sexe.

Variable	EFFECTIF	POURCENTAGE (%)
Masculin	<b>36</b>	<b>72</b>
Féminin	14	28
Total	50	100

Les enquêtés de sexe masculin étaient les plus représentés dans 72% des cas.

**TABLEAU III:** Répartition des enquêtés en fonction de la situation matrimoniale.

Variable	EFFECTIF	POURCENTAGE (%)
Marié	24	48
Célibataire	<b>26</b>	<b>52</b>
Total	50	100

Les enquêtés célibataires étaient les plus représentés dans 52% des cas.

### **3.1.2. Caractéristiques professionnelles.**

**TABLEAU IV :** Répartition des enquêtés en fonction de profil du soignant.

Variable	EFFECTIF	POURCENTAGE(%)
Stagiaires	<b>18</b>	<b>36</b>
Thésards	11	22
Infirmier	11	22
Médecin	10	20
Total	50	100

Les stagiaires étaient les plus représentés dans 36% des cas.

**TABLEAU V :** Répartition des enquêtés en fonction du lieu d'exercice.

Variable	EFFECTIF	POURCENTAGE(%)
Psychiatrie	<b>26</b>	<b>52</b>
Urgences	<b>24</b>	<b>48</b>
Total	50	100

Les enquêtés en service de Psychiatrie étaient les plus représentés dans 52% des cas.

**TABLEAU VI:** Répartition des enquêtés en fonction de l'ancienneté dans la profession

Variable	EFFECTIF	POURCENTAGE(%)
Inf à 01 an	<b>18</b>	<b>36</b>
De 1 et 5 ans	17	34
De 6 à 10 ans	8	16
10 ans et Plus	7	14
Total	50	100

Les enquêtés ayant moins d'un (1) an d'ancienneté dans la profession étaient les plus représentés dans 36% des cas.

**TABLEAU VII:** Répartition des enquêtés en fonction de la durée journalière de travail.

Variable	EFFECTIF	POURCENTAGE(%)
Moins de 08H	<b>28</b>	<b>56</b>
Plus de 08h	22	44
Total	50	100

Les enquêtés ayant une durée journalière de travail de moins de huit (8) heures étaient les plus représentés dans 56% des cas.

**TABLEAU VIII:** Répartition des enquêtés en fonction de l'expérience de séjour en Psychiatrie.

Variable	EFFECTIF	POURCENTAGE(%)
OUI	<b>37</b>	<b>74</b>
NON	13	26
Total	50	100

Les enquêtés ayant une expérience de séjour en Psychiatrie étaient les plus représentés dans 74% des cas.

**TABLEAU IX:** Répartition des enquêtés en fonction de l'expérience dans la prise en charge des malades mentaux.

Variable	EFFECTIF	POURCENTAGE(%)
OUI	<b>38</b>	<b>76</b>
NON	12	24
Total	50	100

Les enquêtés ayant une expérience dans la prise en charge des malades mentaux étaient les plus représentés dans 76% des cas.

### **3.1.3. Caractéristiques personnelles.**

**TABLEAU X:** Répartition des enquêtés en fonction du degré d'expression de l'anxiété état ou situationnelle.

Variable	EFFECTIF	POURCENTAGE(%)
Faible	<b>23</b>	<b>46</b>
Modéré	9	18
Elevé	18	36
Total	50	100

Les enquêtés avec un niveau d'expression faible de l'anxiété état étaient les plus représentés dans 46% des cas.

**TABLEAU XI:** Répartition des enquêtés en fonction du degré d'expression de l'anxiété trait ou personnelle.

Variable	EFFECTIF	POURCENTAGE(%)
Faible	<b>22</b>	<b>44</b>
Modéré	17	34
Elevé	11	22
Total	50	100

Les enquêtés avec un niveau d'expression faible de l'anxiété trait étaient les plus représentés dans 44% des cas.

**TABLEAU XII:** Répartition des enquêtés en fonction du degré d'expression de l'ouverture d'esprit.

Variable	EFFECTIF	POURCENTAGE(%)
Faible	0	0
Modéré	<b>25</b>	<b>50</b>
Elevé	<b>25</b>	<b>50</b>
Total	50	100

Les enquêtés avec un degré d'expression modéré et élevé d'ouverture d'esprit étaient les plus représentés chacun dans 25% des cas.

**TABLEAU XIII:** Répartition des enquêtés en fonction du degré d'expression de conscienciosité

Variable	EFFECTIF	POURCENTAGE(%)
Faible	0	0
Modéré	22	44
Elevé	<b>28</b>	<b>56</b>
Total	50	100

Les enquêtés avec un degré d'expression élevé de conscienciosité étaient les plus représentés dans 56% des cas.

**TABLEAU XIV:** Répartition des enquêtés en fonction du degré d'expression d'extraversion

Variable	EFFECTIF	POURCENTAGE(%)
Faible	0	0
Modéré	<b>29</b>	<b>58</b>
Elevé	21	42
Total	50	100

Les enquêtés avec un degré d'expression modéré d'extraversion étaient les plus représentés dans 58% des cas.

**TABLEAU XV:** Répartition des enquêtés en fonction du degré d'expression d'agréabilité

Variable	EFFECTIF	POURCENTAGE(%)
Faible	0	0
Modéré	13	26
Elevé	<b>37</b>	<b>74</b>
Total	50	100

Les enquêtés avec un degré d'expression élevé d'agréabilité étaient les plus représentés dans 74% des cas.

**TABLEAU XVI:** Répartition des enquêtés en fonction du degré d'expression de négativité

Variable	EFFECTIF	POURCENTAGE(%)
Faible	1	2
Modéré	<b>43</b>	<b>86</b>
Elevé	6	12
Total	50	100

Les enquêtés avec un degré d'expression modéré de négativité étaient les plus représentés dans 86% des cas.

### 3.2. Prévalence du Burn out

**TABLEAU XVII:** Répartition des enquêtés en fonction de la fréquence du Burn out dans les différents services.

Burn out	Psychiatrie		SAU	
	Effectif	Pourcentage(%)	Effectif	Pourcentage(%)
Faible	7	27	3	12
Modéré	<b>12</b>	<b>46</b>	<b>17</b>	<b>71</b>
Elevé	7	27	4	17
Total	26	100	24	100

Les enquêtés avec un degré d'expression modéré de Burn Out étaient les plus représentés dans 71% des cas au SAU et dans 46% des cas en Psychiatrie.

**TABLEAU XVIII:** Répartition des enquêtés en fonction de la fréquence du Burn out et de l'épuisement professionnel.

Epuisement émotionnel	Psychiatrie		SAU	
	Effectif	Pourcentage(%)	Effectif	Pourcentage(%)
Faible	<b>9</b>	<b>34,5</b>	8	33
Modéré	8	31	7	29
Elevé	<b>9</b>	<b>34,5</b>	<b>9</b>	<b>38</b>
Total	26	100	24	100

Au SAU, Les enquêtés avec un degré d'expression élevé d'épuisement émotionnel étaient les plus représentés dans 38%. En Psychiatrie, Les enquêtés avec un degré d'expression faible et élevé d'épuisement émotionnel étaient les plus représentés dans 34,5% des cas chacun.



**TABLEAU XIX:** Répartition des enquêtés en fonction de la fréquence du Burn out et de la dépersonnalisation.

Dépersonnalisation	Psychiatrie		SAU	
	Effectif	Pourcentage(%)	Effectif	Pourcentage(%)
Faible	<b>14</b>	<b>54</b>	<b>17</b>	<b>71</b>
Modéré	6	23	5	21
Elevé	6	23	2	8
Total	26	100	24	100

Les enquêtés avec un degré d'expression faible de dépersonnalisation étaient les plus représentés dans 71% des cas au SAU et dans 54% des cas en Psychiatrie.

**TABLEAU XX:** Répartition des enquêtés en fonction de la fréquence du Burn out et de l'accomplissement personnel.

Accomplissement personnel	Psychiatrie		SAU	
	Effectif	Pourcentage(%)	Effectif	Pourcentage(%)
Faible	8	31	<b>13</b>	<b>54</b>
Modéré	<b>10</b>	<b>38</b>	9	38
Elevé	8	31	2	8
Total	26	100	24	100

Au SAU, les enquêtés avec un degré d'expression faible de l'accomplissement personnel étaient les plus représentés dans 54% des cas. En Psychiatrie, les enquêtés avec un degré d'expression modéré de l'accomplissement personnel étaient les plus représentés dans 38% des cas.

**TABLEAU XXI :** Répartitions des enquêtés en fonction des trois (3) dimensions du MBI

LES DIMENSIONS DU MBI						
SCORES	EE		DP		AP	
	EFF	%	EFF	%	EFF	%
<b>Elevé</b>	20	40	6	12	10	20
<b>Modéré</b>	15	30	13	26	19	38
<b>Bas</b>	15	30	31	62	21	42
<b>Total</b>	50	100	50	100	50	100

Le Burn out est défini par l'atteinte d'au moins une des 3 dimensions :

Un score d'épuisement émotionnel élevé ou un score de dépersonnalisation élevé ou encore un score bas d'accomplissement personnel. Dans notre étude, 40% des cas avaient un score d'EE élevé, 12% avaient un score de DP élevé et 42% avaient un score bas d'AP bas.

### **3.3. Compétences des soignants dans la prise en charge des troubles mentaux**

**TABLEAU XXII:** Répartition des enquêtés en fonction de leur reconnaissance ou non des symptômes de maladie mentale.

Variable	OUI		NON		TOTAL
	Effectif	Pourcentage (%)	Effectif	Pourcentage (%)	
Agitation	<b>29</b>	<b>58</b>	21	42	50
Agressivité	<b>36</b>	<b>72</b>	14	28	50
Tentative de suicide	<b>45</b>	<b>90</b>	5	10	50
Délire	<b>36</b>	<b>72</b>	14	28	50
Propos incohérents	<b>38</b>	<b>76</b>	12	24	50
Désorientation	<b>32</b>	<b>64</b>	18	36	50
Bizarries	<b>39</b>	<b>78</b>	11	22	50

L'analyse de ce tableau nous a permis d'affirmer que plus de 50% des enquêtés avait une connaissance suffisante en matière de signes de maladie mentale.

**TABLEAU XXIII :** Répartition des enquêtés en fonction du ressenti traumatique des soignants lors de la prise en charge des malades mentaux

Vécu traumatique	OUI		NON		Total
	Effectif	Pourcentage (%)	Effectif	Pourcentage (%)	
Tentative de suicide	<b>29</b>	<b>58</b>	21	42	50
Confusion mentale	16	32	<b>34</b>	<b>64</b>	50
Dépression	16	32	<b>34</b>	<b>64</b>	50
Schizophrénie	16	32	<b>34</b>	<b>64</b>	50

Les enquêtés ayant présentés un vécu traumatique en rapport avec la prise en charge de cas de tentative de suicide étaient les plus représentés dans 58% des cas.

### 3.4.Facteurs du Burn out

#### 3.4.1. Burn out et Caractéristiques sociodémographiques.

**TABLEAU XXIV :** Répartition des enquêtés en fonction de la fréquence du Burn out et de l'âge.

Âge	Burn out			Total	P
	Faible	Modéré	Elevé		
20-29 ans	5(17%)	<b>15(50%)</b>	10(33%)	30	0,22
30-39 ans	3(30%)	<b>6(60%)</b>	1(10%)	10	
40-49 ans	2(29%)	<b>4(57%)</b>	1(14%)	7	
50 ans et Plus	1(33%)	<b>2(67%)</b>	0	3	
Total	11	27	12	50	

Les enquêtés ayant 50ans et plus présentaient un score modéré de Burn out dans 67% des cas.

**TABLEAU XXV :** Répartition des enquêtés en fonction de la fréquence du Burn out et du Sexe.

Sexe	Burn out			Total	P
	Faible	Modéré	Elevé		
Masculin	10(28%)	<b>17(47%)</b>	9(25%)	36	0,212
Féminin	1(7%)	<b>10(71%)</b>	3(22%)	14	
Total	11	27	12	50	

Les enquêtés de sexe féminin présentaient un score modéré de Burn Out dans 71% des cas.

**TABLEAU XXVI :** Répartition des enquêtés en fonction de la fréquence du Burn out et du Statut matrimonial :

Statut matrimonial	Burn out			Total	P
	Faible	Modéré	Elevé		
Marié	3(15%)	<b>11(55%)</b>	6(30%)	20	0,5
Célibataire	8(27%)	<b>16(53%)</b>	6(20%)	30	
Total	11	27	12	50	

Les enquêtés célibataires et mariés présentaient un score modéré de Burn out respectivement dans 53% et 55% des cas.

### 3.4.2. Burn out et caractéristiques professionnelles

**TABLEAU XXVII :** Répartition des enquêtés en fonction de la fréquence du Burn out et du Profil du soignant :

Profil de soignant	Burn out			Total	P
	Faible	Modéré	Elevé		
Stagiaires	2(11%)	<b>12(67%)</b>	4(22%)	18	0,291
Thésard	0	<b>6(55%)</b>	5(45%)	11	
Infirmier	<b>6(54%)</b>	4(36%)	1(9%)	11	
Médecin	3(30%)	<b>5(50%)</b>	2(20%)	10	
Total	11	27	12	50	

Les stagiaires présentaient un score modéré de Burn out dans 67% des cas.

**TABLEAU XXVIII :** Répartition des enquêtés en fonction de la fréquence du Burn out et du Lieu d'exercice :

Lieu d'exercice	Burn out			Total	P
	Faible	Modéré	Elevé		
Psychiatrie	8(31%)	<b>11(42%)</b>	7(27%)	26	0,124
SAU	3(12%)	<b>16(67%)</b>	5(21%)	24	
Total	11	27	12	50	

Les enquêtés aux SAU présentaient un score modéré de Burn Out dans 67% des cas.

**TABLEAU XXIX :** Répartition des enquêtés en fonction de la fréquence du Burn out et des années d'exercice

Années d'exercice	Burn out			Total	P
	Faible	Modéré	Elevé		
Inf à 01 an	0	<b>11(61%)</b>	7(39%)	18	<b>0,004</b>
De 1 et 5 ans	4(23%)	<b>12(71%)</b>	1(6%)	17	
De 6 à 10 ans	<b>5(62%)</b>	2(25%)	1(13%)	8	
10 ans et Plus	2(29%)	2(29%)	<b>3(42%)</b>	7	
Total	11	27	12	50	

Les enquêtés ayant entre 1 et 5ans d'expérience professionnelle présentaient un score modéré de Burn out dans 71% des cas.

**TABLEAU XXX :** Répartition des enquêtés en fonction de la fréquence du Burn out et du travail journalier

Travail journalier	Burn out			Total	P
	Faible	Modéré	Elevé		
Moins de 08H	3(11%)	<b>17(60%)</b>	8(29%)	28	0,092
Plus de 08h	8(36%)	<b>10(46%)</b>	4(18%)	22	
Total	11	27	12	50	

Les enquêtés qui faisaient moins de 08h de travail journalier présentaient un score modéré de Burn Out dans 60% des cas.

**TABLEAU XXXI :** Répartition des enquêtés en fonction de la fréquence du Burn out et du Séjour en Psychiatrie

Séjour en Psychiatrie	Burn out			Total	P
	Faible	Modéré	Elevé		
OUI	<b>9(45%)</b>	5(25%)	6(30%)	20	0,202
NON	2(7%)	<b>22(73%)</b>	6(20%)	30	
Total	11	27	12	50	

Les enquêtés n'ayant pas fait de séjour en Psychiatrie présentaient un score modéré de Burn Out dans 73% des cas.

**TABLEAU XXXII :** Répartition des enquêtés en fonction de la fréquence du Burn out et de l'expérience de prise en charge

Expérience de prise en charge	Burn out			Total	P
	Faible	Modéré	Elevé		
OUI	10(43,5%)	<b>7(30,4%)</b>	6(26,1%)	23	0,206
NON	1(4%)	<b>20(74%)</b>	6(22%)	27	
Total	11	27	12	50	

Les enquêtés n'ayant pas d'expérience de prise en charge de patients ayant présentés des troubles mentaux présentaient un score modéré de Burn out dans 74% des cas.

### 3.4.3. Burn out et caractéristiques personnelles

**TABLEAU XXXIII :** Répartition des enquêtés en fonction de la fréquence du Burn out et le degré d'expression de l'anxiété état

Anxiété état	Burn out			Total	P
	Faible	Modéré	Elevé		
Faible	7(30%)	<b>14(61%)</b>	2(9%)	23	0,172
Modéré	2(22%)	<b>5(56%)</b>	2(22%)	9	
Elevé	2(12%)	8(44%)	8(44%)	18	
Total	11	27	12	50	

Les enquêtés avec un score faible d'anxiété état présentaient un score modéré de Burn Out dans 61% des cas.

**TABLEAU XXXIV :** Répartition des enquêtés en fonction de la fréquence du Burn out et le degré d'expression de l'anxiété trait

Anxiété trait	Burn out			Total	P
	Faible	Modéré	Elevé		
Faible	7(31%)	<b>14(64%)</b>	1(5%)	22	<b>0,019</b>
Modéré	3(18%)	<b>10(59%)</b>	4(23%)	17	
Elevé	1(9%)	3(28%)	<b>7(63%)</b>	11	
Total	11	27	12	50	

Les enquêtés avec un score faible d'anxiété trait présentaient un score modéré de Burn Out dans 64% des cas.

**TABLEAU XXXV:** Répartition des enquêtés en fonction de la fréquence du Burn out et du degré d'expression de l'ouverture d'esprit

Ouverture d'esprit	Burn out			Total	P
	Faible	Modéré	Elevé		
Faible	0	0	0	0	<b>0,013</b>
Modéré	6(24%)	9(36%)	<b>10(40%)</b>	25	
Elevé	5(20%)	<b>18(72%)</b>	2(8%)	25	
Total	11	27	12	50	

Les enquêtés avec un score élevé d'ouverture d'esprit présentaient un score modéré de Burn out dans 72% des cas.

**TABLEAU XXXVI:** Répartition des enquêtés en fonction de la fréquence du Burn out et du degré d'expression de Conscienciosité

Conscienciosité	Burn out			Total	P
	Faible	Modéré	Elevé		
Faible	0	0	0	0	<b>0,031</b>
Modéré	5(23%)	8(37%)	<b>9(40%)</b>	22	
Elevé	6(21%)	<b>19(68%)</b>	3(11%)	28	
Total	11	27	12	50	

Les enquêtés avec un score élevé de conscienciosité présentaient un score modéré de Burn out dans 68% des cas.

**TABLEAU XXXVII:** Répartition des enquêtés en fonction de la fréquence du Burn out et du degré d'expression de l'extraversion

Extraversion	Burn out			Total	P
	Faible	Modéré	Elevé		
Faible	0	0	0	0	0,117
Modéré	6(21%)	<b>13(44%)</b>	10(35%)	29	
Elevé	5(24%)	<b>14(67%)</b>	2(9%)	21	
Total	11	27	12	50	

Les enquêtés avec un score élevé d'extraversion présentaient un score modéré de Burn Out dans 67% des cas.

**TABLEAU XXXVIII:** Répartition des enquêtés en fonction de la fréquence du Burn out et du degré d'expression de l'agréabilité

Agréabilité	Burn out			Total	P
	Faible	Modéré	Elevé		
Faible	0	0	0	0	0,001
Modéré	1(8%)	4(31%)	<b>8(61%)</b>	13	
Elevé	10(22%)	<b>23(49%)</b>	4(9%)	47	
Total	11	27	12	50	

Les enquêtés avec un score modéré d'agréabilité présentaient un score élevé de Burn out dans 61% des cas.

**TABLEAU XXXIX:** Répartition des enquêtés en fonction de la fréquence du Burn out et du degré d'expression de Burn out et de Négativité

Négativité	Burn out			Total	P
	Faible	Modéré	Elevé		
Faible	<b>1(100%)</b>	0	0	1	0,001
Modéré	7(16%)	<b>25(58%)</b>	11(26%)	43	
Elevé	<b>3(50%)</b>	2(33%)	1(17%)	6	
Total	11	27	12	50	

Les enquêtés avec un score faible de négativité présentaient un score faible de Burn Out dans 100% des cas

### **3.4.4. Burn out et compétences des soignants**

**TABLEAU XXXX :** Répartition des enquêtés en fonction de la fréquence du Burn out et des compétences pouvant engendrer un vécu traumatique chez les soignants. (N= 50)

Variables	Score de Burn out			Total	P
	Faible	Modéré	Elevé		
Tentative de suicide (Oui)	7(24%)	<b>17(59%)</b>	5(17%)	29	0,036
Confusion mentale (Oui)	5(31%)	7(44%)	4(25%)	16	0,519
Dépression (Oui)	5(31%)	7(44%)	4(25%)	16	0,519
Schizophrénie (Oui)	5(31%)	7(44%)	4(25%)	16	0,519

Les enquêtés avec un vécu traumatique lié à la prise en charge d'un cas de tentative de suicide présentaient un score modéré de Burn Out dans 59% des cas.



# **DISCUSSION**

## **IV-DISCUSSION**

### **4.1. Les limites de l'étude**

Nous avons utilisé le MBI ou Maslach Burnout Inventory qui est une échelle qui ne permet pas d'avoir une orientation clinique du syndrome en particulier les symptômes physiques mais s'exprime sous forme d'un score dans chacune des 3 dimensions (EE, DP, AP). Les auteurs considèrent le Burn out comme une variable continue traduisant un degré d'épuisement faible, modéré ou élevé. Il n'est donc pas possible de répondre de manière radicale et binaire à la question « Burn out ou pas Burn out ».

Nous avons utilisé le test d'autoévaluation de Big Five, composé de 45 items qui explore la personnalité d'un individu. Il ne s'exprime pas sous forme d'un score global, mais sous forme d'un score dans chacune des cinq (5) dimensions (O, C, E, A, N). Chaque score est exprimé en « faible/modéré/élevé ». C'est un score fréquemment utilisé dans le milieu professionnel, surtout dans le cadre d'un recrutement et d'une évaluation individuelle d'un travailleur.

Concernant la taille de l'échantillon, nous n'avons pas inclus les soignants qui venaient de commencer leur stage ou l'exercice de leur profession dans les deux services parce qu'ils manquent d'expérience et n'ont pas encore assez de recul vis-à-vis des situations de prises en charge des maladies mentales. Ils peuvent générer un stress supplémentaire et surajouter l'épuisement.

Dans notre étude, l'estimation du Burn out pourrait être biaisée du fait que nous n'avons pas inclus les soignants en congé d'autant plus que le congé aurait pu être lié ou non à un syndrome d'épuisement professionnel, mais aussi parce que nous n'avons pas inclus d'autres soignants de services différents des deux pris en compte qui auraient pu avoir un quelconque lien avec la prise en charge des maladies mentales.

La distribution des questionnaires a été faite de main en main aux enquêtés, ce qui minimisait le risque de perte. Nous avons utilisé un questionnaire à 18 pages pour avoir un maximum d'information mais cela rendait très difficile le travail de remplissage et occasionnait de nombreux refus s'agissant de la participation à l'enquête, du fait de la taille du questionnaire. Nous avons eu de sérieuses difficultés à convaincre les différents acteurs de dégager un temps pour permettre le remplissage des questionnaires. Nous avons aussi observé quelques questionnaires dont le remplissage était incomplet du fait de la longueur et du temps nécessaire pour le remplissage qui était assez long. Les difficultés principales étaient la longueur des

questionnaires, le temps nécessaire pour le remplissage qui était assez long et la difficulté d'aborder la thématique de la prise en charge des maladies mentales en dehors de la Psychiatrie.

Concernant l'éthique, le fait de retenir le diagnostic de Burn out chez les répondants sans pouvoir retrouver ceux dont les scores sont inquiétants et les traiter à temps est une limite majeure vue l'anonymat des réponses.

#### **4.2. Caractéristiques sociodémographiques, professionnelles et personnelles des soignants.**

L'âge moyen était de  $38,5 \pm 18,5$  ans avec des extrêmes allant de 20 à 57 ans et la tranche d'âge la plus représentée était celle de 20 à 29 ans avec un pourcentage de 60% de la population d'étude. Ce résultat est en accord avec les résultats de TCHAOU BA et al. en 2018 qui ont obtenu que l'âge moyen des soignants était de  $34,4 \pm 9,3$  ans avec des extrêmes de 21 et 58 ans et la tranche d'âge la plus représentée était celle des soignants de 21 et 30 ans (46,3%) [46]. Selon LARAQUI O et al. en 2008, l'âge moyen était de  $41 \pm 9,5$  ans [5]. Cela pourrait s'expliquer par la prédominance de jeunes soignants tels que les stagiaires présents lors de la période d'étude et qui en plus étaient très favorables et disponibles pour les entretiens.

Le sexe masculin représentait 72%. Selon LARAQUI O et al. en 2008, le sexe féminin représentait 53,9% [5]. Nos résultats pourraient s'expliquer par le fait que dans le contexte malien, les femmes ayant beaucoup de charges à domicile et devant assurer l'éducation des enfants sont moins enclines à faire de longues études telles que les études médicales.

Les soignants célibataires représentaient 52% et ceux en couples étaient de 48%. TCHAOU BA et al. en 2018 ont retrouvé 76 soignants (62%) qui vivaient en couple et 46 soignants (37%) étaient célibataires [46]. Selon LARAQUI O et al. en 2008, 75% des soignants vivaient en couple [5]. Ces résultats pourraient s'expliquer par le fait que la majeure partie des enquêtés étaient de jeunes étudiants stagiaires qui n'étaient pas encore en couple. Selon TCHAOU BA. DJIDONOU A. GANDAHO P. et Al en 2018, la population d'étude était répartie en thésards (33%), aides-soignants (23%), infirmiers (22%), médecins (10%) ce qui corrobore les résultats de notre étude [46]. Cela s'expliquerait par le grand nombre et la grande disponibilité des étudiants stagiaires lors de nos enquêtes.

Le personnel soignant ayant le plus participé à l'étude se trouvait être en Psychiatrie avec 52% puis celui du SAU avec 48%. Selon LARAQUI O et al. en 2008, le personnel paramédical

représentait 75,5 % [5]. Cette divergence de résultats pourrait s'expliquer par le fait que les populations d'étude étaient différentes d'une étude à l'autre.

Le personnel soignant avec moins de cinq (05) ans représentait 70% de la population d'étude. Selon LARAQUI O et al. en 2008, l'ancienneté moyenne au travail était de  $12,9 \pm 3,8$  ans [5]. Ce résultat est comparable à celui de TCHAOU BA et al. en 2018, dont la durée d'ancienneté prédominante était inférieure à cinq (05) ans, soit 63% [46]. Cela pourrait s'expliquer par la prédominance des stagiaires et des thésards au moment des enquêtes.

La plupart des soignants travaillaient moins de 08h par jour soit 56%. Ce résultat n'est pas en accord avec celui de LARAQUI O et al. en 2008, dont 81,5 % des sujets effectuaient des heures supplémentaires [5]. Ce résultat est peut-être dû au fait qu'au service d'Accueil des Urgences, les équipes travaillent en rotation en faisant une garde de 24H chaque quatre (04) jours, ce qui équivaut à six (06) heures de travail par jour.

### **4.3. Prévalence du Burn Out et ses composantes**

► La prévalence du Burn Out en Psychiatrie était de 73% de modéré à élevé contre 88% de modéré à élevé aux Urgences. SHANAFELT TD et al. en 2012 et KELLER KL et al. en 1989 en Amérique, ont rapporté des fréquences respectives de 65% dans la population générale de médecins et 60% chez le personnel de médecine d'urgence [10;47]. En France, EMBRIACO N et al. ainsi que PONCET MC et al. ont rapporté à travers des études réalisées en 2007, des taux de Burn out encore plus bas de 46,5% et de 30% chez le personnel des infirmiers [8;9]. En Tunisie, Gharbi R et al ont retrouvé, une fréquence de 54% et au Maroc, LARAQUI O et al. en 2008 ont retrouvé une fréquence de 21,7% [12;5]. Au Bénin, HOUNKPE SB en 2007 avait retrouvé une prévalence du stress de 69,5% chez les agents de santé de deux centres hospitaliers au Bénin et TCHAOU BA et al. en 2018 ont retrouvé une prévalence du stress de 68,3% chez le personnel d'anesthésie réanimation [13;46]. Quant au Mali, KOTY Z. en 2018 a retrouvé une prévalence de 66,67% d'atteinte de Burn out chez les Médecins anesthésistes réanimateurs.

Nos résultats pourraient s'expliquer par les différences socioéconomiques entre les pays, notamment en matière de rémunération, de conditions de travail et de la qualité du plateau technique.

Un score d'épuisement émotionnel élevé est retrouvé chez 34,5% des soignants en service de Psychiatrie et était élevé à modéré chez 65,5%. Au niveau du service d'Accueil des Urgences, un score élevé était retrouvé chez 38% et était élevé à modéré chez 67%. Nos résultats sont

comparables avec les taux rapportés par LLOYD C et al. en 2005, sont de 46% [48]; ceux de BERTRAND F et al. en 2009 sont de 60% [53] et ceux d'ARORA M et al. en 2013 de 60% [11]. TCHAOU BA et al. en 2018 ont retrouvé un taux de 92,7% [47].

Un score de dépersonnalisation faible était retrouvé chez 54% en service de psychiatrie avec un taux élevé à modéré chez 46%. Un score faible était retrouvé chez 71% des soignants du service des Urgences avec un score élevé à modéré chez 29%. BERTRAND F et al. en 2009 [53] ainsi que de Bell et al en 2002 ont retrouvé respectivement 78% et 66% [52]. TCHAOU BA et al. en 2018 a retrouvé un taux 76,4% [46].

Un score modéré d'accomplissement personnel était retrouvé chez 38% des soignants du service de Psychiatrie et était bas à modéré chez 69%. Un score faible ou bas d'accomplissement personnel était retrouvé chez 54% des soignants au service des urgences et était bas à modéré chez 92%. Nos résultats sont semblables à ceux obtenu par GILLESPIE en 2003, soit de 100% [40], différentes de ceux obtenu par GUINAUD en 2006 qui était de 48% [41] et de ceux obtenu par BELL J et al. en 2002 qui était de 34%. Celui de TCHAOU BA et al. en 2018 était de 80,8% [46].

Ceci s'explique par le fait que la vie quotidienne à Bamako devient de plus en plus stressante et aurait une influence sur la majoration du stress au travail; la haute densité démographique représentée par le taux élevé des demandeurs de soins drainés vers les services d'Urgences puis de Psychiatrie du CHU Point G pourrait également justifier ces chiffres élevés.

#### **4.4.Facteurs associés au Burn Out**

Il est difficile d'établir des conclusions quant au rôle des variables sociodémographiques, professionnelles et des vécus traumatiques des soignants sur l'apparition du Burn out car les études ont des résultats divergents.

Le rôle de l'âge dans la survenue du Burn out est encore très discuté dans la littérature. Dans notre étude, la tranche d'âge [20-29] était la plus touchée avec un score de Bun out modéré à élevé dans 83% des cas avec u score élevé dans 33% des cas. Cependant, il n'existe pas de lien statistiquement significatif entre la tranche d'âge et le Burn out ( $p=0,22$ ). Les plus jeunes présentaient un score plus élevé de Burn out que les plus âgés. Une étude menée par KOTY Z en 2018 a montré l'âge jeune associé à un taux plus important de Burn out. Ceci s'explique par le fait que les plus jeunes n'ont pas suffisamment de recul sur leur profession et que devant les

situations stressantes, ils sont plus fragiles donc ils peuvent perdre leur courage et leur empathie. Mais avec l'âge avancé, on a suffisamment de recul sur les situations stressantes.

Le rôle du sexe sur l'apparition du Burn out est également controversé. Dans notre étude, nous n'avons pas trouvé un lien entre le rôle du sexe dans l'apparition du Burn out ( $p=0,212$ ). Cependant, nous avons retrouvé chez les femmes, un score de Burn out modéré à élevé dans 93% des cas avec un score élevé dans 22% des cas. Nos résultats vont à l'encontre de ceux retrouvés par KOTY Z en 2018 et ceux qui sont annoncés par Maslach, ce sont les hommes qui seraient plus atteints que les femmes. Ceci s'explique par le fait que dans notre société, les hommes sont mieux outillés pour gérer l'épuisement professionnel que les femmes.

Être marié augmenterait le risque de faire le Burn out selon nos résultats. Nous avons eu chez les mariés un score de Burn Out modéré à élevé dans 85% des cas avec un score élevé dans 30% des cas. Cependant, il n'y a pas de lien statistiquement significatif ( $p=0,5$ ). Ces résultats vont dans le sens contraire de ceux retrouvés par KOTY Z qui considérait que vivre en couple constituait un élément protecteur et que la vie en famille serait corrélée à la satisfaction au travail [14].

Il n'y a pas de lien statistiquement significatif entre les caractéristiques professionnelles et la survenue du Burn Out en dehors de l'ancienneté professionnelle ( $p=0,004$ ) qui présente un lien statistiquement significatif avec la survenue de Burn Out.

Chez les thésards, nous avons retrouvé un score de Burn out modéré à élevé dans 100% des cas avec un score élevé dans 45% des cas. Cela pourrait s'expliquer par le manque d'expérience et la charge de travail que doivent endurer les thésards qui feraient qu'ils ne savent pas comment agir devant certains cas de troubles mentaux. Cela pourrait créer une pression supplémentaire et expliquer la survenue du Burn out.

Le service le plus représenté était le service d'Accueil des Urgences avec un score de Burn out modéré à élevé dans 88% des cas et un score élevé dans 23% des cas. Cela s'expliquerait par le nombre élevé d'étudiants externes qui étaient présents au service des Urgences pour leur stage pendant les enquêtes.

Les soignants avaient un nombre d'heure journalier de travail de moins de 08h en majorité, soit un score de Burn out modéré à élevé dans 89% des cas avec un score élevé dans 29% des cas. Ce résultat pourrait s'expliquer par le système de garde au service des Urgences qui préconise une garde de 24 heures chaque 04jours, ce qui reviendrait à 06heures de travail par jour.

Les sujets avec moins d'une année d'ancienneté professionnelle avaient un taux plus élevé de Burn out soit un score de Burn out modéré à élevé dans 100% des cas avec un score élevé dans 39% des cas. Nos résultats vont dans le même sens que ceux de KOTY Z qui a retrouvé que les plus jeunes en profession étaient les plus touchés [14]. Ceci s'explique par le fait qu'au début de la profession, la motivation atteint son apogée ; ainsi avec la pratique quotidienne, cette vision idéaliste du jeune professionnel commence à se dissiper peu à peu, laissant place à la désillusion, au désespoir et par conséquent au Burn out.

Pendant l'exercice de leur fonction, les enquêtés qui n'avaient jamais fait un séjour dans le service de Psychiatrie présentaient un score de Burn out modéré à élevé dans 93% des cas avec un score élevé dans 20% des cas. Nous avons observé le même résultat pour les enquêtés qui n'avaient jamais pris en charge un trouble mental. Ils avaient un score de Burn out modéré à élevé dans 96% des cas dont celui score élevé dans 22% des cas. Le fait d'avoir une certaine connaissance en matière de trouble mental et/ou d'avoir fait le service de psychiatrie, apporte des connaissances théoriques et pratiques nécessaires qui seraient favorables contre la survenue du Burn out. Néanmoins nous n'avons pas observé de lien statistiquement significatif entre ces variables et la survenue du Burn out.

Il n'y a pas de lien statistiquement significatif entre le niveau d'anxiété état ou situationnelle et le degré de Burn out ( $p=0,172$ ). Le niveau d'anxiété trait ou personnelle présente quant à lui un lien statistiquement significatif avec la survenue du Burn out ( $p=0,019$ ). Un score de Burn out modéré à élevé a été retrouvé dans 91% des cas dont celui élevé dans 63% chez ceux qui avaient un degré d'anxiété trait élevé. Nos résultats sont supérieurs à ceux de LARAQUI O et al. en 2008, où les troubles sous forme d'anxiété étaient retrouvés chez 46,5% du personnel soignant [5]. Cela s'expliquerait par le fait qu'au début de la profession, les soignants sont peu expérimentés et ont très peu de charge alors qu'après un certain temps, la hausse des activités et du stress au travail entraîne une modification de leur niveau d'anxiété de base. Cela peut entraîner un Burn out si le soignant se laisse submerger par les différentes contraintes liées à son activité.

Les traits de personnalités selon le modèle OCEAN sont statistiquement liés à la survenue de Burn out en dehors de l'extraversion qui ne présente pas de lien statistique significatif avec la survenue de Burn out ( $p=0,117$ ).

Les soignants avec un niveau d'ouverture d'esprit élevé présentaient un score de Burn out modéré à élevé dans 80%. Nous pouvons en déduire qu'un degré élevé d'ouverture d'esprit

constitue un facteur favorisant dans la survenue du Burn out ( $p=0,013$ ). Les soignants qui ont beaucoup d'idée ou qui sont plus entraînés à essayer de nouvelles choses sont plus enclins à faire le Burn out que ceux qui restent pragmatiques, qui s'attachent aux conventions et qui restent dans le domaine qu'ils connaissent bien.

Les soignants avec un niveau de conscienciosité élevé présentaient un score de Burn out modéré à élevé dans 79%. Nous pouvons en déduire qu'un degré élevé de conscienciosité fait partie des facteurs favorisant dans la survenue du Burn out ( $p=0,031$ ). Ainsi les soignants organisés, travailleurs et qui prennent en compte un maximum de détails dans la prise en charge d'un malade mental sont enclins à faire le Burn out que ceux qui se prennent plus de liberté dans l'accomplissement de leur tâche.

Les soignants avec un niveau d'agréabilité modéré avaient un score de Burn out modéré à élevé dans 92% des cas avec un score élevé dans 61% des cas. Nous pouvons en déduire que l'agréabilité est un trait de personnalité qui protège contre la survenue du Burn out ( $p= 0,001$ ). Ainsi le soignant qui aime collaborer avec ses collègues est enclin à faire le Burn out que celui qui préfère prendre des décisions seule.

Les soignants avec un niveau de négativité modéré présentaient un score de Burn out modéré à élevé dans 92% des cas avec un score élevé dans 61% des cas. Nous pouvons en déduire que la négativité serait aussi un facteur favorisant de la survenue du Burn out ( $p=0,001$ ). Ainsi le soignant qui est moins dans la négativité et donc moins prédisposé à être anxieux, est moins enclin à faire le Burn out.

En dehors des pathologies telles que la confusion mentale, la dépression, et la schizophrénie ( $p=0,519$ ) qui ne sont pas liées statistiquement à la survenue du Burn out chez le personnel soignant, la tentative de suicide ( $p=0,036$ ) est associée à la survenue du Burn out chez ces derniers. Les sujets ayant admis avoir vécu un événement traumatique après ou lors de la prise en charge d'un patient pour tentative de suicide avaient un score de Burn out modéré à élevé dans 76% des cas avec un score élevé dans 17% des cas. Cela pourrait s'expliquer par le fait que les soignants ne savent pas comment réagir devant un cas de tentative de suicide et ils sont perdus et désemparés. Ils doivent aussi puiser en eux-mêmes, la force de faire bonne figure et de rassurer l'entourage malgré leur état. Les attentes que les accompagnants et quelques fois le patient ont envers lui en tant que soignant et qu'il a du mal à satisfaire peuvent entraîner aussi un vécu traumatique et ainsi la survenue d'un Burn out.



**CONCLUSION  
ET  
RECOMMANDATIONS**

## **CONCLUSION**

Au terme de notre étude, nous pouvons affirmer que :

- La tranche d'âge la plus représentée était celle de 20 à 29ans ;
- Le sexe le plus représenté était le sexe masculin ;
- La situation matrimoniale la plus représentée chez les soignants était celle du célibat.
- La prévalence du Burn out en Psychiatrie était de 73% et celle aux Urgences était de 88%.
- l'ancienneté professionnelle ( $p=0,004$ ) : l'expérience acquise en exerçant la profession médicale constituerait un facteur protecteur contre la survenue du Burn out.

Les facteurs associés à la survenue du Burn Out dans cette étude étaient :

- L'anxiété trait ou personnel ( $p=0,019$ ) : son augmentation était liée à celui du Burn out. L'augmentation du niveau l'anxiété personnel serait impliquée dans la survenue du Burn out et constituerait donc un facteur favorisant dans la survenue du Burn out.
- L'ouverture d'esprit des traits de personnalité selon le modèle OCEAN ( $p=0,013$ ) : Une augmentation du niveau d'ouverture d'esprit est intrinsèquement lié à une augmentation du score du Burn out. Le degré d'ouverture d'esprit élevé constituerait donc un facteur favorisant dans la survenue du Burn out et un faible degré d'ouverture d'esprit, un facteur protecteur contre la survenue du Burn out.
- La conscienciosité des traits de personnalité selon le modèle OCEAN ( $p=0,031$ ) : Un niveau élevé de conscienciosité est lié à un score de Burn out élevé. Le degré de conscienciosité constituerait donc un facteur favorisant dans la survenue du Burn out chez les soignants tandis qu'un degré faible constituerait un facteur protecteur contre la survenue du Burn out.
- L'agréabilité des traits de personnalité selon le modèle OCEAN ( $p=0,001$ ) : Un niveau élevé d'agréabilité est associé à une baisse du score de Burn out chez les soignants. Le degré élevé d'agréabilité constituerait donc un facteur protecteur contre la survenue du Burn out tandis qu'un niveau faible d'agréabilité constituerait un facteur favorisant dans la survenue du Burn out.

-La négativité des traits de personnalité selon le modèle OCEAN ( $p=0,001$ ) : Le degré de négativité est associé au Burn out. La négativité constituerait donc un facteur favorisant dans la survenue du Burn out.

-Vécu traumatique des soignants en lien avec la prise en charge des cas de tentative de suicide ( $p=0,036$ ) : Un vécu traumatique en lien avec un cas de tentative de suicide est impliqué d'après les recherches dans la survenue du Burn out. Il constituerait donc un facteur favorisant dans la survenue du Burn out.

## **RECOMMANDATIONS**

Au terme de ce travail, nous formulons donc les recommandations suivantes et de façon respectueuses, afin d'assurer une meilleure prise en charge des cas :

\*Au Ministère de la santé

Promouvoir la formation des médecins à la spécialité de Psychiatrie et de Médecine d'urgence.

\*A la Direction du CHU Point G

Assurer une meilleure sécurité des personnes et des biens dans le service de Psychiatrie et le service d'Accueil des Urgences.

\*Aux médecins praticiens en Psychiatrie

Veillez à une meilleure répartition des tâches ainsi qu'au suivi quant à l'exécution de ces tâches.

\*A la population

Consulter dès l'apparition des premiers signes d'alarme (Insomnie, Comportements étranges, désorientation spatio-temporelle, Amnésie, Instabilité, refus alimentaire...).

# **BIBLIOGRAPHIE**

## **BIBLIOGRAPHIE**

1. Bureau International du Travail. 1993. Le stress dans le monde du travail : étude du Bureau International du Travail. Genève, BIT.
2. **Bressol E.** Organisations du travail et nouveaux risques pour la santé des salariés. Avis et rapports du Conseil économique et social, République française, 2004 ; 132 p.
3. **Bourbonnais R,** Comeau M, Vezina M. Job strain and evolution of mental health among nurses. *J Occup Health Psychol* 1999 ;4 :95–107.
4. **Estryn-Behar M.** Stress at work and mental health status among female Hospital workers. *Br J Ind Med* 1990 ;47(1) :20–8.
5. **Laraqui O,** Laraqui S, Laraqui C.H et al. Evaluation des contraintes psychosociales et organisationnelles chez le personnel de soins au Maroc : à propos d'une étude multicentrique. *Revue Santé Publique*, sous presse.
6. **Akrout M,** Khalfallah T, Bachir H, et al. Etude des violences exercées sur le personnel de trois centres hospitaliers tunisiens. *Arch Mal Prof* 2003 ;64(1) :13–7
7. **Pierrick Brient.** DU REGARD À LA PAROLE : LA RELATION SOIGNANT-SOIGNÉ EN PSYCHIATRIE De Boeck Supérieur 2007/1 no 28 | pages 61 à 68.
8. **Embriaco N,** Azoulay E, Barrau K, Kentish N, Pochard F, Loundou A, et al. 2007. High level of burn out in intensivists: prevalence and associate factors. *Am J Respir Crit Care Med* ; 11(75) :686–92.
9. **Poncet MC,** Toullic P, Papazian L, Kentish-Barnes N, Timsit JF, Pochard F, et al. 2007. Burn out syndrome in critical nursing staff. *Am J Respir Crit Care Med* ; 11(75) : 698– 704.
10. **Shanafelt TD,** Boone S, Tan L, Dyrbye LN, Sotile W, Satele D et al. 2012. Burnout and satisfaction with work-life balance among us physicians relative to the general us population. *Arch Intern Med* ; 172 :1377–85.
11. **Arora M,** Asha S, Chinnappa J, Ashish D. 2013. Burnout in emergency medicine physicians. *Emergency Medicine Australasia* ; 98(125): 491–5.
12. **Gharbi R,** Bouchada N, Touil Y, Atig R, Fekih Hassen M, Elatrous S. 2012. Le burnout en milieu de réanimation et urgences : prévalence et facteurs de risque. *Réanimation* ; 22: 18790.
13. **Houkpa SB.** 2007. Etude du stress chez les agents de santé de deux centres hospitaliers au Bénin. Mémoire de certificat d'études de spécialités FSS : Université d'Abomey Calavi.
14. **KOTY Z.** Thèse de Burn Out syndrom chez le personnel d'Anesthésie réanimation des CHU du Mali, 2018
15. **Le Robert,** Dico en ligne, « <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/stress> »
16. **ANACT.** Prévenir le stress d'origine professionnelle. Travail et changement, Paris. 2004.

17. **André C**, Lelord F, Légeron P. Le stress. Toulouse : Éditions Privat, 1998.
18. **Evelyne Josse**. Le stress : Quelques repères notionnels. [www.resilience-psy.com](http://www.resilience-psy.com). 2007
19. **Cooper L**. « Handbook of stress medicine and health ». Boca Raton (USA) : CRC Press, 2005.
20. **Canoui P**, Mauranges A « Le burn-out ». Paris : Masson, 2004.
21. **Chapelle**, Frédéric et Benoît Monié, Bon stress et mauvais stress : mode d'emploi, Édition Odile Jacob, 2007.
22. **Claudine Carillo**. La gestion du stress au travail. Elsevier Masson 2011.
23. **Ferreri M**, Légeron P. Travail, stress et adaptation. Paris : Elsevier, 2002.
24. Enjeux–Les Échos. Stress : l'entreprise est-elle coupable ? (Étude de l'IFAS). N° 207. 2004.
25. Le stress, Quelques repères notionnels, Evelyne Josse 2007
26. **BRIDE B**. Prevalence of Secondary Traumatic Stress Among Social Workers. Social Work & Christianity 2007 ; 51(2) : 63-70.
27. **Simbron Y**, Légeron P. Les conséquences du stress au travail. Actua Med Int – Psychiatry 1997 ; 14(201 suppl).
28. **GATES D**, GILLESPIE G, SUCCOP P. Violence against nurses and its impact on stress and productivity. Nurs Econ 2011 ; 29(2) : 59-66.
29. **ABENDROTH M**, FLANNERY J. Predicting the Risk of Compassion Fatigue : A Study of Hospice Nurses. Journal of Hospice and Palliative Nursing 2006 ; 8(6) : 346-56.
30. **FIGLEY C**. Compassion fatigue as secondary stress disorder: An overview. Compassion fatigue : coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized Brunner/Mazel editeur. New York 1995 : 1-20.
31. **STAMM R**. Compassion Fatigue in the Treatment of Combat-Related Trauma During Wartime. Clinical Social Work Journal 2007 ; 35 : 183-93.
32. **SZABO B**. Compassion fatigue and nursing work: Can we accurately capture the consequences of caring work? International Journal of Nursing Practice 2006; 12: 136-42.
33. **INRS**. Le stress au travail. [www.inrs.fr](http://www.inrs.fr)
34. **Siegrist J**. Adverse health effects of high effort-low reward conditions. Journal of Occupational Health Psychology 1996 ; 1 :27–41.
35. **Schaufeli WB**, Enzmann D, The Burnout companion to study and practice : A critical analysis, books.google.com ,1998.

36. **Maslach C**, Jackson SE, Leiter MP, Maslach Burnout Inventory, Psycnet.apa.org, 1997.
37. Health Superior Council, Burnout and work, Health.begium.be, Avis 2017.
38. **Kirouac L**. 2012. Du surmenage professionnel au burn-out : réponses sociales et issues individuelles aux difficultés du travail d'hier et d'aujourd'hui. Lien social et Politiques ; 1(67): 51-66.
39. **Légeron P**. « Le stress au travail ». Paris : Odile Jacob, 2003.
40. **Karasek RA**, Theorell T. Healthy work : stress, productivity, and the reconstruction of working life. New York, NY : Basic Book ; 1990, 381 p.
41. **Légeron P**, Guéritault V. « L'épuisement professionnel ». In : Guedj M-J, Pascal J-C, eds. La Psychiatrie en urgence. Paris : Éditions de l'Interligne, 2006.
42. **Légeron P**. Le stress au travail : de la performance à la souffrance. Droit Social, N° 12, Décembre. 2004.
43. **DYRBYE LN**, **MASSIE FS, JR.**, **EACKER A**, **HARPER W**, **POWER D**, **DURNING SJ**, et al. Relationship between burnout and professional conduct and attitudes among US medical students. Jama 2010 ; 304(11) : 1173-80.
44. **Lazarus RS**, Folkman S. Stress, Appraisal and Coping. New York : Springer Publishing Compagny ; 1984.
45. **TCHAOU BA et al**. Burn out Chez Le personnel Soignant
46. **Keller KL**, Koenig WJ, Management of stress and prevention of burnout in emergency physicians, Annals of emergency medicine, Elsevier 1989.
47. **Lloyd C**, Mckenna K, King R, Sources of stress experienced by occupational therapists and social workers in mental health settings, Wiley Online Library 2005.
48. **Gillepsie M**, Melby V, « Burnout among nursing staff in accident and emergency and acute medicine: a comparative study, Journal of clinical nursing », Wiley Online Library 2003.
49. **Alaoui Yazidi A**, Bartal M, Mahmal A, et al. Tabagisme dans les hôpitaux de Casablanca : connaissances, attitudes et Pratiques. Revu Mal Respir 2002 ;19 :435-42.
50. **Bakker K**, Siergrist J, Schaufeli. Effort-reward imbalance and burnout among nurses. Journal of advanced Nursing 2000 ; 31(4) :884-91.
51. **Bell J**, Rodham K, « Work stress: An exploratory study of the practices and perceptions of female junior healthcare managers », Journal of nursing management, Wiley Online Library 2002.
52. **Bertrand F**, Hansez I, BarbierM, Évaluation des pratiques de diagnostic de stress au sein d'entreprises belges: facteurs bloquants et facteurs stimulants, Le travail humain, 2009



53. **Blegen MA**. Nurses' job satisfaction : meta-analysis of related variables. *Nurse RES* 1993 ;42(1) :36–41
54. **Bosma H**, Peter R, Siergrist J, et al. Two alternative job stress models and the risk of coronary heart disease. The effortreward imbalance model. *Am J Public Health* 1998 ;98 :68-74.
55. **Boukourt C**, Lamara MA, Benmessaoud H, et al. Evaluation des troubles anxiodépressifs chez le personnel soignant. *Arch Mal Prof* 2004 ;65(23) :139.
56. **Bruchon-Sweitzer M**, Dantzer R. Introduction à la psychologie de la santé. Paris : PUF, 2000.
57. **Cadet B**. Stress et prises de risques professionnels. *Arch Mal Prof* 2003 ;64(3) :148–56.
58. **Canou P**, Mauranges A. Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants. De l'analyse du burnout aux réponses. Paris : Masson Ed ; 2001, 230 p.
59. **Chamoux A**, Paris A, Deshelles J, et al. Stress et travail : rôle de la pénibilité psychique du travail. Résultat de l'enquête nationale multicentrique ASMT 96. *Arch Mal Prof* 1997 ;57 : 5701.
60. **De Gaudemaris R**, Lang T. Organisation et contraintes du travail : un nouveau facteur de risque cardiovasculaire. *Revu Prat* 2002 ;560 :62–5.
61. **Djeriri K**, Charof R, Laurichesse H, et al. Comportement et conditions de travail exposant au sang : analyse des pratiques dans trois établissements de soins du Maroc. *Med Mal Infect* 2005 ;35 :396–401.
62. **Estryn-Behar M**. Health and satisfaction of healthcare in France and Europe workers. Prevention of early exit. *PRESST-NEXT*, 2004 ; 64 p.
63. **Eurogip**. Pathologies psychiques liées au travail : quelle reconnaissance en Europe ? Paris. 2004.
64. **Fanello S**, Morlier-Tournelle C, Ripault B, et al. Souffrance psychique des cadres infirmiers : étude portant sur 97 cadres d'un centre hospitalier universitaire français. *Arch Mal Prof* 2003 ;64(6) :375–82.
65. **Fanello S**, Ripault B, Heuze V, et al. Souffrance psychique liée au travail : étude réalisée chez 456 soignants d'un centre hospitalier universitaire. *Arch Mal Prof* 2003 ; 64(2) :70–6. Evaluation du stress chez le personnel de sante au Maroc : à propos d'une étude multicentrique.
66. **FIGLEY CR**. Compassion fatigue : Psychotherapists chronic lack of self care. *Journal of Clinical Psychology* 2002 ; 58(11): 1433-41.
67. **Guinaud M**. Evaluation du burn out chez les internes de médecine générale et étude des facteurs associés. Th : Med:Université Joseph Fourier (Grenoble), 2006.
68. **Keller KL**, Koenig WJ, Management of stress and prevention of burnout in emergency physicians, *Annals of emergency medicine*, Elsevier 1989.

69. **Laraqui CH**, Tripodi D, Rahhali A, et al. Knowledge, practice, and behavior of health care workers confronted to AIDS and the occupational risk of HIV transmission in Morocco. *Med Mal Infect* 2002 ;32 :307–14.
70. **Lazarus RS**, Folkman S. An analysis of coping in a middle-aged community sample. *J Health Soc Behav* 1980 ;21 :219–39.
71. **Lloyd C**, Mckenna K, King R, Sources of stress experienced by occupational therapists and social workers in mental health settings, Wiley Online Library 2005.
72. **Michael B F**, Présentation des maladies mentales, Manuel MSD : Version pour le grand public, Colombia, Mars 2020
73. **Morceau F**, Mestre C. Les facteurs qui influent sur la santé du personnel hospitalier : situations de contraintes, mécanismes de défenses des soignants. *Arch Mal Prof* 1995 ;56(7) :579–90.
74. **Mrizak N**, Assadi J, El Maalel O, et al. Evaluation de la souffrance des soignants par l'analyse du concept de l'épuisement professionnel. *Arch Mal Prof* 2004 ;65(2–3) :140.
75. **Niedhammer I**, Goldberg M, Leclerc A, et al. Psychosocial factors at work and subsequent depressive symptoms in the Gazel cohort. *Scand J Work Environ Health* 1998 ;24 :197–205.
76. **Pichené A**. Dépistage du stress psychique chronique au moyen d'un questionnaire. Notes techniques et scientifiques de l'INRS. Institut national de recherches et de sécurité'. Paris 1995 ; 64 p.
77. **Raskin M**, Peeke HVS, Dickmann W, Pinsker H. Panic and generalized anxiety disorders : developmental antecedents and precipitants. *Arch Gen Psychiatry* 1982 ; 39(6) : 687-9.
78. **Sahler B**, Berthet M, Douillet P, Mary-Cheray I. Prévenir le stress et les risques psychosociaux au travail. Paris : ANACT, 2007.
79. **Schnall PL**, Landsbergis A. Job strain and cardiovascular disease. *Annu Revu Public health* 1994 ; 15 :381–411.
80. **Schulze B**, Hochstrasser B, Keck ME, « Le burn out : un défi à différents points de vue », PrimaryCare, Psychaanalyse.com 2013.
81. Stress Impact Consortium. Impact of changing social structures on stress and quality of live : individual and social perspectives. Rapport non publié, réalisé par 6 pays européens sous l'égide de l'Université de Surrey. UK : Surrey University, 2006.
82. **SZABO B**. Compassion fatigue and nursing work: Can we accurately capture the consequences of caring work? *International Journal of Nursing Practice* 2006; 12: 136-42.

# **ANNEXES**

**FICHE D'ENQUETE POUR L'EVALUATION DE L'ETAT DE BURN OUT  
IMPLIQUE DANS LA PRISE EN CHARGE DES MALADES MENTAUX**

Date de l'observation : ...../...../.....

I-Caractéristiques sociodémographiques et professionnelles

Données sociodémographiques

Genre : .....

Age : .....

Profession : .....

Niveau d'instruction : .....

Situation Matrimoniale : .....

Nombre d'enfants en charge :.....

Ethnie : .....

Adresse : .....

Conditions socioprofessionnelles

Lieu d'exercice professionnel :.....

Ancienneté professionnelle :.....

Nombre d'heures quotidiennes de travail :.....

EVALUATION DE L'ETAT DE BURN OUT (Entourez la réponse correspondante à votre choix)

Question 1 : Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail

- Jamais
- Quelques fois par an, au moins
- Une fois par mois au moins
- Quelques fois par mois
- Une fois par semaine
- Quelques fois par semaine
- Chaque jour

Question 2 : Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail surtout lorsque j'ai pris en charge des patients présentant des troubles mentaux

- Jamais (compter 0)
- Quelques fois par an, au moins (compter 1)
- Une fois par mois au moins (compter 2)
- Quelques fois par mois (compter 3)
- Une fois par semaine (compter 4)
- Quelques fois par semaine (compter 5)
- Chaque jour (compter 6)

Question 3 : Je me sens fatigué (e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail

- Jamais (compter 0)
- Quelques fois par an, au moins (compter 1)
- Une fois par mois au moins (compter 2)
- Quelques fois par mois (compter 3)
- Une fois par semaine (compter 4)
- Quelques fois par semaine (compter 5)
- Chaque jour (compter 6)

Question 4 : Je peux comprendre facilement ce que mes patients ressentent

- Jamais (compter 0)
- Quelques fois par an, au moins (compter 1)
- Une fois par mois au moins (compter 2)
- Quelques fois par mois (compter 3)
- Une fois par semaine (compter 4)
- Quelques fois par semaine (compter 5)
- Chaque jour (compter 6)

Question 5 : Je sens que je m'occupe de certains patients, en particulier ceux qui présentent des troubles mentaux de façon impersonnelle, comme s'ils étaient des objets

- Jamais (compter 0)
- Quelques fois par an, au moins (compter 1)
- Une fois par mois au moins (compter 2)

- Quelques fois par mois (compter 3)
- Une fois par semaine (compter 4)
- Quelques fois par semaine (compter 5)
- Chaque jour (compter 6)

Question 6 : Travailler avec des malades mentales tout au long de la journée me demande beaucoup d'efforts

- Jamais (compter 0)
- Quelques fois par an, au moins (compter 1)
- Une fois par mois au moins (compter 2)
- Quelques fois par mois (compter 3)
- Une fois par semaine (compter 4)
- Quelques fois par semaine (compter 5)
- Chaque jour (compter 6)

Question 7 : je m'occupe très efficacement des problèmes de mes patients

- Jamais (compter 0)
- Quelques fois par an, au moins (compter 1)
- Une fois par mois au moins (compter 2)
- Quelques fois par mois (compter 3)
- Une fois par semaine (compter 4)
- Quelques fois par semaine (compter 5)
- Chaque jour (compter 6)

Question 8 : Je sens que je craque à cause de mon travail

- Jamais (compter 0)
- Quelques fois par an, au moins (compter 1)
- Une fois par mois au moins (compter 2)
- Quelques fois par mois (compter 3)
- Une fois par semaine (compter 4)
- Quelques fois par semaine (compter 5)
- Chaque jour (compter 6)

Question 9 : J'ai l'impression à travers mon travail d'avoir une influence positive sur les gens

- Jamais (compter 0)
- Quelques fois par an, au moins (compter 1)
- Une fois par mois au moins (compter 2)
- Quelques fois par mois (compter 3)
- Une fois par semaine (compter 4)
- Quelques fois par semaine (compter 5)
- Chaque jour (compter 6)

Question 10 : Je suis devenue plus insensible aux gens depuis que j'ai affaire aux malades mentaux

- Jamais (compter 0)
- Quelques fois par an, au moins (compter 1)
- Une fois par mois au moins (compter 2)
- Quelques fois par mois (compter 3)
- Une fois par semaine (compter 4)
- Quelques fois par semaine (compter 5)
- Chaque jour (compter 6)

Question 11 : je crains que prendre en charge les malades mentaux ne m'endurcisse émotionnellement

- Jamais (compter 0)
- Quelques fois par an, au moins (compter 1)
- Une fois par mois au moins (compter 2)
- Quelques fois par mois (compter 3)
- Une fois par semaine (compter 4)
- Quelques fois par semaine (compter 5) Chaque jour (compter 6)

Question 12 : Je me sens plein(e) d'énergie

- Jamais (compter 0)
- Quelques fois par an, au moins (compter 1)
- Une fois par mois au moins (compter 2)
- Quelques fois par mois (compter 3)
- Une fois par semaine (compter 4)

- Quelques fois par semaine (compter 5)
- Chaque jour (compter 6)

Question 13 : Je me sens frustré (e) lorsque cela concerne les patients psychiatriques

- Jamais (compter 0)
- Quelques fois par an, au moins (compter 1)
- Une fois par mois au moins (compter 2)
- Quelques fois par mois (compter 3)
- Une fois par semaine (compter 4)
- Quelques fois par semaine (compter 5)
- Chaque jour (compter 6)

Question 14 : Je sens que je travaille « trop dur » lors de la prise en charge des patients psychiatriques

- Jamais (compter 0)
- Quelques fois par an, au moins (compter 1)
- Une fois par mois au moins (compter 2)
- Quelques fois par mois (compter 3)
- Une fois par semaine (compter 4)
- Quelques fois par semaine (compter 5)
- Chaque jour (compter 6)

Question 15 : Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à mes patients qui présentent des troubles mentaux

- Jamais (compter 0)
- Quelques fois par an, au moins (compter 1)
- Une fois par mois au moins (compter 2)
- Quelques fois par mois (compter 3)
- Une fois par semaine (compter 4)
- Quelques fois par semaine (compter 5)
- Chaque jour (compter 6)



Question 16 : Travailler en contact direct avec les patients psychiatriques me stresse trop :

- Jamais (compter 0)
- Quelques fois par an, au moins (compter 1)
- Une fois par mois au moins (compter 2)
- Quelques fois par mois (compter 3)
- Une fois par semaine (compter 4)
- Quelques fois par semaine (compter 5)
- Chaque jour (compter 6)

Question 17 : J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes patients

- Jamais (compter 0)
- Quelques fois par an, au moins (compter 1)
- Une fois par mois au moins (compter 2)
- Quelques fois par mois (compter 3)
- Une fois par semaine (compter 4)
- Quelques fois par semaine (compter 5)
- Chaque jour (compter 6)

Question 18 : Je me sens de bonne humeur lorsque dans mon travail j'ai été proche de patients avec des troubles mentaux

- Jamais (compter 0)
- Quelques fois par an, au moins (compter 1)
- Une fois par mois au moins (compter 2)
- Quelques fois par mois (compter 3)
- Une fois par semaine (compter 4)
- Quelques fois par semaine (compter 5)
- Chaque jour (compter 6)

Question 19 : J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans la prise en charge des troubles mentaux

- Jamais (compter 0)
- Quelques fois par an, au moins (compter 1)
- Une fois par mois au moins (compter 2)
- Quelques fois par mois (compter 3)

- Une fois par semaine (compter 4)
- Quelques fois par semaine (compter 5)
- Chaque jour (compter 6)

Question 20 : je me sens au bout du rouleau

- Jamais (compter 0)
- Quelques fois par an, au moins (compter 1)
- Une fois par mois au moins (compter 2)
- Quelques fois par mois (compter 3)
- Une fois par semaine (compter 4)
- Quelques fois par semaine (compter 5)
- Chaque jour (compter 6)

Question 21 : Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels liés à la prise en charge des troubles mentaux très calmement

- Jamais (compter 0)
- Quelques fois par an, au moins (compter 1)
- Une fois par mois au moins (compter 2)
- Quelques fois par mois (compter 3)
- Une fois par semaine (compter 4)
- Quelques fois par semaine (compter 5)
- Chaque jour (compter 6)

Question 22 : J'ai l'impression que certains de mes patients psychiatriques me rendent responsable de certains de leurs problèmes

- Jamais (compter 0)
- Quelques fois par an, au moins (compter 1)
- Une fois par mois au moins (compter 2)
- Quelques fois par mois (compter 3)
- Une fois par semaine (compter 4)
- Quelques fois par semaine (compter 5)
- Chaque jour (compter 6)

## **Description des outils**

### **1. Maslach Burnout Inventory MBI**

Il s'agit d'une échelle de fréquence composée de 22 items qui explorent trois dimensions qui définissent le Burn out :

- ▶ L'Épuisement émotionnel (EE),
- ▶ La Dépersonnalisation (DP),
- ▶ L'Accomplissement personnel (AP).

Chaque dimension est explorée par un certain nombre d'items :

**TABLEAU I :** Les Items des dimensions du MBI.

<b>Dimension du MBI</b>	<b>Nombre d'Items</b>	<b>Questions</b>
EE	9 Items	1, 2, 3, 6, 8, 13,14 ,16 ,20.
DP	5 Items	5, 10, 11, 15, 22.
AP	8 Items	4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21.

**TABLEAU II :** Cotations des fréquences.

La cotation de chaque item se fait en termes de fréquence de 0 à 6 :

<b>Cotation</b>	<b>Fréquence correspondante</b>
0	Jamais.
1	Quelques fois par an.
2	Une fois par mois.
3	Quelques fois par mois.
4	Une fois par semaine.
5	Quelques fois par semaines.

6	Tous les jours.
---	-----------------

#### ◆ L'interprétation des résultats du MBI

► Il ne s'exprime pas sous forme d'un score global, mais sous forme d'un score dans chacune des trois (3) dimensions (EE ; DP ; AP).

► Chaque score est exprimé en « bas/modéré/élevé ».

► Un score élevé d'Épuisement émotionnel (EE) ou de Dépersonnalisation (DP) ou un score bas d'accomplissement personnel suffit à définir le Burn out.

► En cas de Burn out, le degré de gravité peut être déterminé. Le Burn out est dit faible, moyen ou sévère en fonction du nombre de dimensions atteintes.

-Burn out faible : Si atteinte de l'une des 03 dimensions.

-Burn out moyen : Si atteinte de 2 des 3 dimensions.

-Burn out élevé : Si atteinte des 3 dimensions.

Une dimension atteinte = Score EE ou DP élevés ou Score AP bas.

#### ◆ Burn out ou pas Burn out

Il n'est pas possible de répondre radicalement et de manière binaire à la question : « Burn out ou pas Burn out ». Les auteurs considèrent le Burn out comme une variable traduisant un degré d'épuisement faible, moyen ou élevé. Donc ils considèrent qu'une personne présente des signes de Burn out dès l'atteinte d'au moins l'une des trois dimensions du MBI. Dans cette étude, nous n'allons prendre en compte que les situations où l'individu présente une atteinte d'au moins deux des dimensions du MBI dans nos discussions.

**TABLEAU III : MBI Version originale internationale**

MBI Version originale internationale			
SCORE	Les Dimensions du MBI		
	EE	DP	AP
Elevé	≥27	≥13	0-30

Modéré	17-26	7-12	31-36
Bas	0-16	0-6	≥37

◆ **Evaluation de la gravité : le degré de Burn out.**

**TABLEAU IV :** Burnout faible= Atteinte d'1 des 3 dimensions.

SCORE	Les Dimensions du MBI		
	EE	DP	AP
Elevé			
Modéré			
Bas			

Ou

SCORE	Les Dimensions du MBI		
	EE	DP	AP
Elevé			
Modéré			
Bas			

Ou

SCORE	Les Dimensions du MBI		
	EE	DP	AP
Elevé			
Modéré			
Bas			

**TABLEAU V : Burnout moyen= Atteinte de 2 des 3 dimensions.**

SCORE	Les Dimensions du MBI		
	EE	DP	AP
Elevé			
Modéré			
Bas			

Ou

SCORE	Les Dimensions du MBI		
	EE	DP	AP
Elevé			
Modéré			
Bas			

Ou

SCORE	Les Dimensions du MBI		
	EE	DP	AP
Elevé			
Modéré			
Bas			

**TABLEAU VI :** Burnout sévère= Toutes les dimensions du MBI sont atteintes.

SCORE	Les Dimensions du MBI		
	EE	DP	AP
Elevé			
Modéré			
Bas			

♦ **Les variables associées au MBI dans le questionnaire :**

- L'âge,
- Le sexe,
- Le statut matrimonial
- Le lieu d'exercice,
- Le type d'exercice,
- L'ancienneté dans l'exercice,
- Le séjour dans le service de psychiatrie.
- Le degré de connaissance des troubles mentaux.
- L'expérience de prise en charge de malade mental.
- L'anxiété état ou situationnelle,
- L'anxiété trait ou personnelle,
- Le test de personnalité selon le modèle OCEAN,
- Le vécu traumatique des soignants,

**2. Anxiété état de Spielberger Stay Y-A**

Il s'agit d'une échelle de fréquence composée de 20 items qui définissent l'anxiété état ou situationnelle.

**TABLEAU VII :** Les Items de l'anxiété état.

Il s'agit d'une échelle de fréquence composée de 20 items :

Nombre d'items	Questions	Cotations	Fréquence correspondante
10 items	3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18.	1 pt 2 pts 3 pts 4 pts	A-Pas du tout B-Un peu C-Modérément D-Beaucoup
10 items	1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20.	4 pts 3 pts 2 pts 1 pt	A-Pas du tout B-Un peu C-Modérément D-Beaucoup

Le score final est obtenu par la somme des 20 items en tenant compte de leur cotation correspondante.

◆ **L'interprétation des résultats de l'anxiété état de Spielberger**

**TABLEAU VIII :** Interprétation des résultats de l'anxiété état.

	ANXIETE ETAT		
Cotation	Faible	Modéré	Elevé
Interprétation	Score anxiogène normal	Score anxiogène élevé et n'interfère pas avec l'activité professionnelle.	Score anxiogène élevé et interfère avec l'activité professionnelle.
Homme	Score inférieur à 37.	Score entre 37 et 48.	Score supérieur à 48.
Femme	Score inférieur à 42.	Score entre 42 et 55.	Score supérieur à 55.

Il est possible de répondre de manière radicale à la question « Anxieux ou pas anxieux ? ». Seul des scores modéré et élevé traduisent une anxiété trait ou situationnelle chez un individu dans cette étude.

**3. Anxiété trait de Spielberger Stay Y-B**

Il s'agit d'une échelle de fréquence composée de 20 items qui définissent l'anxiété trait ou personnelle.



**TABLEAU IX : Les Items de l'anxiété trait.**

Il s'agit d'une échelle de fréquence composée de 20 items :

Nombre d'items	Questions	Cotations	Fréquence correspondante
11 items	2, 4, 5, 8, 9, 11, 12, 15, 17, 18, 20.	1 pt 2 pts 3 pts 4 pts	A-Presque jamais B-Parfois C-Souvent D-Presque toujours
9 items	1, 3, 6, 7, 10, 13, 14, 16, 19.	4 pts 3 pts 2 pts 1 pt	A-Presque jamais B-Parfois C-Souvent D-Presque toujours

Le score final est obtenu par la somme des 20 items en tenant compte de leur cotation correspondante.

◆ **L'interprétation des résultats de l'anxiété trait de Spielberger**

**TABLEAU X : Interprétation des résultats de l'anxiété état.**

Cotation	ANXIETE TRAIT		
	Faible	Modéré	Elevé
Interprétation	Score anxiogène normal.	Score anxiogène élevé et n'interfère pas avec la qualité de vie / Personnalité anxieuse.	Score anxiogène élevé et interfère avec la qualité de vie / Personnalité très anxieuse.
Homme	Score inférieur à 39,27.	Score entre 39,27 et 51.	Score supérieur à 51.
Femme	Score inférieur à 47,13.	Score entre 47,13 et 61.	Score supérieur à 61.

Il est possible de répondre de manière radicale à la question « Anxieux ou pas anxieux ? ». Seul des scores modéré et élevé traduisent une personnalité anxieuse chez un individu dans cette étude.

#### 4. Test d'autoévaluation Big Five (Big 5).

Il s'agit d'une échelle de fréquence composée de 45 items qui explorent cinq définitions qui définissent les traits de personnalité selon le modèle OCEAN :

- ▶ L'Ouverture d'esprit (O),
- ▶ La Conscienciosité (C),
- ▶ L'Extraversion (E).
- ▶ L'Agréabilité (A).
- ▶ La Négativité (N)

Chaque dimension est explorée par un certain nombre d'items :

**TABLEAU XI** : Les Items des dimensions du Big Five.

<b>Dimension du BIG FIVE</b>	<b>Nombre d'Items</b>	<b>Questions</b>
O	10 Items	5, 10, 15, 20, 25, 30, 35, 40, 41R, 44.
C	9 Items	3, 8R, 13, 18R, 23R, 28, 33, 38, 43R.
E	8 Items	1, 6R, 11, 16, 21R, 26, 31R, 36.
A	10 Items	2R, 7, 12R, 17, 22, 27R, 32, 37R, 42, 45R.
N	8 Items	4, 9R, 14, 19, 24R, 29, 34R, 39.

**TABLEAU XII** : Les Items du Big Five.

Il s'agit d'une échelle de fréquence composée de 20 items :

<b>Type de questions</b>	<b>Cotations</b>	<b>Fréquence correspondante</b>
Questionnaire simple	1 pt	A-Désapprouve fortement
	2 pts	B-Désapprouve un peu
	3 pts	C-Neutre
	4 pts	D-Approuve un peu
	5 pts	E-Approuve fortement
Questionnaire avec la mention 'R'	5 pts	A-Désapprouve fortement
	4 pts	B-Désapprouve un peu
	3 pts	C-Neutre
	2 pts	D-Approuve un peu
	1 pt	E-Approuve fortement

## ◆ **L'interprétation des résultats du Big Five**

Il ne s'exprime pas sous forme d'un score global, mais sous forme d'un score dans chacune des cinq (5) dimensions (O, C, E, A, N). Chaque score est exprimé en « bas/modéré/élevé ».

Il s'agit de :

### - **Ouverture d'esprit ou Originalité.**

- Score supérieur à 3,5 (Elevé)

Vous aimez tout ce qui est nouveau, qui sort de l'ordinaire et des conventions. Durant un brainstorming, vous avez généralement pleins d'idées. Vous n'avez pas peur d'essayer de nouvelles choses que peu de personnes ont essayées.

- Score situé entre 1,5 et 3,5 (Modéré)

Quand vous êtes en forme, cela ne vous dérange pas d'essayer de nouvelles choses. Mais il ne faut pas abuser non plus, vous êtes content d'avoir vos habitudes et vos routines.

- Score inférieur à 1,5 (Faible)

Vous êtes blasé si une discussion est trop perchée. Vous aimez rester dans les domaines que vous connaissez bien avec des choses concrètes. Vous avez l'avantage d'être assez pragmatique dans certaines situations car vous considérez l'action plus efficace que la parole. Vous vous attachez aux traditions et aux conventions. Tout ce qui est prédictible vous rassure. Vous aimez avoir le contrôle de votre environnement.

### - **Conscienciosité ou Contrôle ou Conscience ou Contrainte**

- Score supérieur à 3,5 (Elevé)

Vous avez tendance à être travailleur, consciencieux, organisé et efficace. Quand vous partez en vacances, vous faites une liste pour ne rien oublier avec un programme planifié. On adore travailler avec vous car vous pensez à tous les détails et vous êtes très fiable.

- Score situé entre 1,5 et 3,5 (Modéré)

Vous aimez être organisé et ordonné, mais à partir du moment que vous êtes surchargé, vous perdez le sens de l'organisation. Vous n'arrivez pas en retard mais vous êtes toujours limite parce que vous ne voulez pas trop partir en avance non plus. Enfin vous aimez être organisé au travail mais le weekend vous vous relâchez, il ne faudrait pas tout planifier non plus.

- Score inférieur à 1,5 (Faible)

Vous aimez laisser place à l'imprévu, à la surprise. Cela vous énerve de devoir tout planifier. Vous avez tendance à finir des projets en retard. Vous préférez voir les choses dans leur ensemble plutôt que dans les détails. Parfois vous manquez de motivation pour finir un projet, mais bon... est-ce bien grave ?

- **Extraversion, Energie, Enthousiasme**

- Score supérieur à 3,5 (Elevé)

Vous aimez être entouré d'autres personnes. Vous tirez votre énergie de vos interactions sociales. Vous aimez réfléchir en parlant, c'est de cette façon que vous élaborer vos pensées. Vous n'avez aucun souci à vous exprimer dans un groupe de personne.

- Score situé entre 1,5 et 3,5 (Modéré)

Vous êtes ce qu'on appelle un « Ambiverti ». Vous êtes à l'aise dans vos relations interpersonnelles, mais cela dépend de votre humeur et de la situation. Ça ne vous dérange pas de travailler en équipe ou seul. Si vous passez trop de temps seul, vous vous ennuyez. A l'inverse, si vous êtes en permanence avec d'autres personnes, ça vous fatigue aussi.

- Score inférieur à 1,5 (Faible)

Lorsque vous êtes introverti, vous vous ressourcez durant les moments où vous êtes seul. Vous préférez réfléchir avant de parler. Vous n'êtes pas à l'aise quand il faut prendre la parole en groupe. Vous préférez largement les discussions en face à face car ça vous permet d'avoir des discussions plus profondes.

- **Agréabilité, Altruisme, Affection**

- Score supérieur à 3,5 (Elevé)

Vous essayez d'être tolérant, indulgent, agréable, altruiste et obligeante. Vous dites oui à tout. Vous aimez généralement jouer en équipe, collaborer et coopérer. Vous voulez mettre les gens à l'aise, vous avez le sourire facile. Grâce à votre sympathie et compassion, les gens peuvent facilement s'ouvrir à vous.

- Score situé entre 1,5 et 3,5 (Modéré)

Vous aimez travailler avec des gens et être agréable avec eux mais il ne faut pas pousser le bouchon. Votre niveau d'altruisme dépend de votre humeur, de votre temps. Vous avez les caractéristiques des deux côtés.

- Score inférieur à 1,5 (Faible)

Vous avez tendance à être sceptique, en désaccord avec les autres, têtu. Même si vous êtes généralement moins apprécié que ceux avec un score d'agréabilité fort, vous prenez des décisions plus rapidement et facilement car vous n'avez pas besoin de prendre en considération l'avis de tout le monde. Vous vous détachez des émotions et vous essayez de prendre des décisions objectives et rationnelles.

- **Négativité, Névrosisme, Emotions négatives**

- Score supérieur à 3,5 (Elevé)

Vous êtes d'avantage anxieux, inquiet, vulnérable au stress et à la dépression. Vous aimez prendre des décisions en prenant votre temps et analysant toutes les possibilités.

- Score situé entre 1,5 et 3,5 (Modéré)

Vous êtes généralement tranquille mais lorsque vous devez réaliser une tâche importante, vous pouvez ne plus dormir à cause du stress. En fonction des domaines dans la vie, vous êtes plus ou moins anxieux. Ça dépend vraiment de la situation.

- Score inférieur à 1,5 (Faible)

Vous surmontez facilement le stress et la gêne. Vous êtes calme, stable sur le plan émotif, serein. Vous paraissez parfois même insouciant tellement que rien ne semble vous stresser. Vous avez même parfois à sous-estimer une menace qui arrive.

## **5. Questionnaire sur les compétences des soignants dans la prise en charge des malades mentaux**

Il s'agit d'une échelle de fréquence entièrement improvisé pour les besoins de cette étude et composée de 03 sections qui explorent les compétences de manière générale chez les 03 catégories de soignants dans cette étude :

- ▶ Thésards / Stagiaires,
- ▶ Médecin généraliste/ médecin spécialiste,

► Infirmiers/ Technicien en santé.

Elle a été conçue à partir des signes qui constituent les motifs de consultations et d'hospitalisations fréquentes. Chaque section comprend un certain nombre d'items :

**TABLEAU XIII :** Les Items des dimensions du questionnaire sur les compétences des soignants dans la prise en charge des malades mentaux.

<b>Sections</b>	<b>Nombre d'Items</b>	<b>Questions</b>
Thésards et stagiaires	7 Items	1-1, 1-2, 1-3, 1-4,1-5, 1-6, 1-7.
Médecin généraliste/ médecin spécialiste	7 Items	2-1, 2-2, 2-3, 2-4, 2-5, 2-6, 2-7.
Infirmiers/ Technicien en santé	7 Items	3-1, 3-2, 3-3, 3-4, 3-5, 3-6, 3-7

**Cotations des fréquences.**

La cotation de chaque item se fait en termes de fréquence de 0 et 1 pour respectivement la mauvaise ou la bonne réponse. La fréquence sera calculée par rapport au total des points :

► -Thésards / Stagiaires

A- Je ne sais pas.

B- Seul les "fous errants" peuvent présenter cela et personne d'autre à part eux.

C- Ce n'est pas du domaine de la médecine moderne mais celle de la médecine traditionnelle et/ou de la sorcellerie (Sorts, Malédiction, Violations d'interdits...)

D- Cela peut provenir d'un désordre au niveau organique et peut se prendre en charge dans d'autres services.

E- C'est un symptôme purement psychiatrique et ne concerne absolument pas d'autres services.

► Médecin généraliste, Médecin spécialiste.

A. Vous n'avez aucune idée sur la conduite à tenir dans ce cas.

B. Vous pensez ne pas être à la hauteur donc vous référez immédiatement en Psychiatrie

sans aucune investigation.

- C. Vous pensez ne pas être à la hauteur donc vous référez en Psychiatrie après avoir écarté toute organicité.
- D. Vous prenez en charge selon vos compétences et demandez si besoin un avis psychiatrique.
- E. Vous prenez en charge le patient sans demander un avis psychiatrique.

► **Infirmiers/ Technicien en santé**

3-1-A-Seul ; B- Seulement à deux (02) ; C- A trois (03) personnes ou plus.

3-2-A-Dégoût ; B-Pitié ; C-Peur ; D-Colère ; E-Joie ; F-Rien.

3-3- A-Oui ; B-Non

3-4-A-Oui ; B-Non

3-5-A- Avez les idées claires ; B- Êtes assaillis par des flots de pensées négatives.

3-6- A-Concentré sur les soins ; B-Sur vos gardes, prêt à réagir à tout moment.

3-7-A-Vous efforcez de rester courtois et professionnel. ; B-vous montrez froid, distant et peut être brusque. ; C-vous montrez craintifs et hésitants. ; D-Etes comme d'habitude.

◆ **L'interprétation des résultats du questionnaire**

Il s'exprime sous la forme d'un score global, mais pour chacune des trois sections concernées. Chaque score est exprimé en « Vrai/ Faux ».

**6. Questionnaire sur le vécu traumatique des soignants lors de la prise en charge des malades mentaux.**

Il s'agit d'un questionnaire ouvert sur les différents vécus, racontés par les soignants lors de cette enquête dans la prise en charge de leurs différents patients. Ce vécu prend en compte la prise en charge des cas de tentative de suicide, de dépression, de confusion mentale et de schizophrénie. Ces vécus concernent les prises en charge qui ont beaucoup affecté les soignants tant psychologiquement que physiquement. Pour cela, nous avons élaboré des questions afin d'évaluer le vécu traumatique des soignants lors des prises en charges des patients :

1-Dans votre expérience de prise en charge, quel cas vous a beaucoup marqué ?

2-Que la prise en charge soit un échec ou une réussite, quel est votre sentiment d'auto-efficacité dans ces situations?

3-Y a-t-il eu des phénomènes qui ont créé un sentiment de désespoir ou un vécu traumatique? Si oui, quelles étaient votre stratégie d'adaptation pour faire face à ce vécu traumatique

4-Y a-t-il eu des cas dans lesquels votre conduite à tenir n'a pas eu de résultat ou des cas dans lesquels vous n'avez pu rien faire ? Si oui, Quel était votre ressenti devant ces cas?

Ici, il ne s'agit pas de calculer des fréquences mais d'avoir une idée des différentes situations relativement traumatiques auxquelles sont confrontées les soignants impliqués dans la prise en charge de malade mental, comment ils l'ont vécu et quels sont les mécanismes d'adaptation qu'ils ont mis en place pour les surmonter, s'ils y sont arrivés.



## **Résumé**

Le syndrome d'épuisement professionnel encore appelé Burn Out est un phénomène récurrent dans les services de soin. Il se traduit par l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et l'accomplissement personnel. Le Burn out est présent en général dans le milieu des soins et en particulier dans la prise en charge des malades mentaux. La particularité est que, en plus des soins de santé qui se font de manière conventionnelle, les soignants qui s'occupent des malades mentaux sont amenés à se dépenser physiquement, émotionnellement et moralement. Cela n'est pas sans conséquence.

L'objectif de ce travail était d'évaluer la prévalence du Burn out et ses composantes chez les soignants impliqués dans la prise en charge des malades mentaux au service de Psychiatrie et d'Accueil des urgences du CHU Point G.

Pour mener cette étude, nous avons adopté la méthodologie suivante. Il s'agissait d'une étude prospective, descriptive et transversale sur une période de 06 mois couvrant la période de Mai à Novembre 2021. L'échantillon était composé de 50 soignants dont 24 en service de Psychiatrie et 46 aux urgences. Les instruments de collecte de données ont été la fiche d'enquête avec les différents questionnaires tels que le Maslach Burnout Inventory, les tests d'évaluation des anxiétés de Spielberger et autres. Cette méthodologie nous a permis de recueillir un certain nombre de données qui ont été analysées et nous a donné les résultats que nous allons discuter.

L'âge moyen était de  $38,5 \pm 18,5$  ans avec une prédominance masculine. La tranche d'âge la plus représentée était celle [20-29]. Le taux de prévalence du Burn out était de 73% des cas en Psychiatrie et 88% des cas aux Urgences. Par rapport aux facteurs associés au Burn out, nous avons trouvé que l'ancienneté professionnelle ( $p=0,004$ ) était impliquée compte tenu du fait que le manque d'expérience est un facteur de risque. Il y avait l'anxiété trait ( $p=0,019$ ) qui était aussi impliqué et qui est un facteur de risque. Ensuite, il y avait l'ouverture d'esprit ( $p=0,013$ ) et la conscienciosité ( $p=0,031$ ) qui étaient proportionnelles au Burn out et l'agréabilité ( $p=0,001$ ) et la négativité ( $p=0,001$ ) qui étaient inversement proportionnelles au Burn out. Enfin le vécu traumatique ( $p=0,036$ ) des soignants dans les cas de tentative de suicide était aussi un facteur favorisant dans la survenue du Burn out.

Compte tenu de certaines difficultés, nous n'avons pas pu épuiser toute la problématique liée aux facteurs du Burn out ce qui nous amène à penser que d'autres recherches sont nécessaires notamment dans d'autres services.

*Etat de BURN OUT chez le Personnel Soignant Implique dans la Prise en Charge des Malades Mentaux au  
CHU Point G : Cas des Services de Psychiatrie et d'Accueil des Urgences*

**Mots clés :** Burn out ; facteurs associés ; Service de Psychiatrie ; Service d'Accueil des Urgences ; Bamako ; Mali

## **Summary**

The burnout syndrome, also called Burn out, is a recurrent phenomenon in health care services. It translates into emotional exhaustion, depersonalization and personal fulfillment. Burn out is generally present in the care environment and in particular in the care of the mentally ill. The particularity is that, in addition to conventional health care, the caregivers who take care of the mentally ill are required to expend themselves physically, emotionally and morally. This is not without consequences.

The objective of this study was to evaluate the prevalence of burnout and its components among caregivers involved in the care of the mentally ill at the Psychiatry and Emergency Department of the Point G University Hospital.

To conduct this study, we adopted the following methodology. It was a prospective, descriptive and cross-sectional study over a period of 6 months covering the period from May to November 2021. The sample was composed of 50 caregivers, 24 of whom were in the psychiatry department and 46 in the emergency department. The data collection instruments were the survey form with different questionnaires such as the Maslach Burnout Inventory, the Spielberger anxiety assessment tests and others. This methodology allowed us to collect a number of data that were analyzed and gave us the results that we will discuss.

The average age was  $38.5 \pm 18.5$  years with a male predominance. The most represented age group was [20-29]. The prevalence rate of Burn out was 80.5% of the cases with 73% of the cases in Psychiatry and 88% of the cases in Emergency. In relation to the factors associated with Burn out, we found that professional seniority ( $p=0.004$ ) was involved given that lack of experience is a risk factor. There was trait anxiety ( $p=0.019$ ) which was also involved and is a risk factor. Next, there was openness ( $p=0.013$ ) and conscientiousness ( $p=0.031$ ) which were proportional to burnout and agreeableness ( $p=0.001$ ) and negativity ( $p=0.001$ ) which were inversely proportional to burnout. Finally, the traumatic experience ( $p=0.036$ ) of caregivers in cases of suicide attempts was also a factor in the occurrence of burnout.

Given certain difficulties, we were not able to exhaust all the problems related to the factors of Burn out, which leads us to believe that other research is necessary, particularly in other services.

**Key words:** Burn out; associated factors; Psychiatry Department; Emergency Department; Bamako; Mali

## **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 que s'y passe. Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à compromettre les mœurs, ni à favoriser le crime.*

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

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

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

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

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

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

***Je le jure !***