République Algérienne Démocratique et Populaire

Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique

Université Badji Mokhtar – Annaba

Faculté de Médecine

MÉMOIRE DE FIN D'ÉTUDES

En vue de l'obtention du diplôme de Docteur en Médecine

Le syndrome d'épuisement professionnel chez les personnels du pavillon des urgences chirurgicales

Présenté par :

MAMOURI Radja

ZOUZOU Chaima

Encadré par :

PR BAHMED Amel

Année universitaire : 2025-2026

Dédicaces

DEDICACE — MAMOURI RADJA

À mes très chers parents,

Aucun mot ne saurait exprimer la profondeur de ma gratitude envers vous. Vous avez été la lumière qui a guidé chacun de mes pas, le socle sur lequel j'ai pu bâtir tous mes rêves. Merci pour vos sacrifices silencieux, votre patience infinie et votre amour inconditionnel qui ne m'ont jamais fait défaut, même dans les moments les plus difficiles. Ce travail est avant tout le fruit de vos prières et de votre confiance en moi. Puisse ce modeste mémoire être une source de fierté à la hauteur de tout ce que vous m'avez donné.

À ma chère sœur Soundous,

Toi qui as toujours su trouver les mots justes pour apaiser mes doutes et raviver ma motivation, je te dédie ce travail avec tout mon amour. Ta présence à mes côtés, ton soutien discret mais constant, et ta façon unique de croire en moi même quand je doutais de moi-même ont été un pilier essentiel tout au long de ce parcours. Merci d'être la sœur que tu es.

À moi-même,

Pour la discipline, la rigueur et la détermination sans faille que j'ai mises dans ce travail, du premier jour jusqu'à la dernière ligne. Merci à moi-même d'avoir su tenir le cap, de m'être organisée, d'avoir donné le meilleur de moi et d'être restée fidèle à mes objectifs malgré les contraintes et la charge de travail. Ce mémoire est le fruit de mes efforts, de ma persévérance et de ma volonté constante de bien faire. Je me dédie ce travail comme la preuve que l'engagement et la constance mènent toujours à l'aboutissement.

À mon binôme et meilleure amie,

Nous avons partagé bien plus qu'un travail : des heures de doute, de fatigue, mais aussi de rires et de petites victoires qui rendaient tout le reste supportable. Merci d'avoir été cette épaule solide et cette oreille attentive, merci pour ta patience et ta complicité qui ont transformé les moments les plus éprouvants de ce mémoire en souvenirs que je garderai précieusement. Sans toi, ce chemin aurait été bien plus difficile à parcourir.

À mes chères amies Meriem, Hadil et Oumaima, ainsi qu'à mes cousines Serine et Soumaya,

Merci d'avoir été présentes, chacune à votre manière, tout au long de ce parcours. Vos encouragements, votre écoute et les moments de complicité partagés ont été une bouffée d'air précieuse dans les périodes de doute. Votre amitié et votre soutien sincères sont un trésor que je chéris profondément.

Une dédicace toute spéciale à mon neveu Racim,

Toi qui, avec ton innocence d'enfant et ton sourire désarmant, arrives toujours à faire retomber la pression et à m'arracher un sourire même dans les moments les plus stressants. Puisse la vie t'offrir toute la douceur et toutes les réussites que tu mérites. Cette dédicace est pour toi, avec tout l'amour d'une tata/tante fière.

À mon encadrante, Professeure Bahmed Amel,

Je tiens à vous dédier, avec un profond respect, cette part de mon travail. Merci pour votre encadrement précieux, votre rigueur scientifique et votre disponibilité tout au long de ce mémoire. Vos conseils avisés et votre confiance ont grandement contribué à l'aboutissement de ce travail.

Et la dédicace la plus spéciale, celle qui touche le plus mon cœur, à la mémoire de ma tante,

Il n'existe pas de mots assez forts pour dire combien tu me manques, ni pour exprimer le vide que ton absence laisse à chaque étape importante de ma vie. Tu aurais dû être là, à mes côtés, pour voir l'aboutissement de ce travail et partager cette fierté avec moi. Mais je sais que, de là où tu es, tu veilles sur moi, et j'espère de tout mon cœur que tu es fière de qui je suis devenue. Cette dédicace, la plus précieuse de toutes, t'est entièrement destinée, avec un amour et un respect qui ne s'éteindront jamais. J'espère que tu es fière de moi, là où tu es.

Dédicace — ZOUZOU CHAIMA

Au terme de ce long parcours, fait de travail, de persévérance, de doutes et de belles rencontres, je dédie ce mémoire à toutes les personnes qui ont contribué, de près ou de loin, à faire de ce rêve une réalité.

À mes chers parents,

Pour leur amour inconditionnel, leurs sacrifices, leur patience et leur soutien indéfectible. Merci d'avoir toujours cru en moi et de m'avoir accompagnée à chaque étape de ce chemin. Cette réussite est aussi la vôtre.

À ma famille,

À mes sœurs Siouar et Achouak, à mon frère Iskander, et à mes chers grands-parents. Merci pour votre amour et votre soutien qui ont accompagné chacun de mes pas. Merci pour tous ces petits moments, les encouragements, les rires et cette présence qui a toujours su rendre les moments difficiles plus faciles. Je vous aime profondément et je suis infiniment reconnaissante de vous avoir dans ma vie. Cette réussite est aussi la vôtre.

À mes amis,

À ceux qui ont partagé avec moi les longues journées, les nuits de révision, les inquiétudes, les rires et surtout les précieux souvenirs de cette aventure. Merci d'avoir été là et d'avoir contribué à rendre ce parcours plus beau.

À ma binôme, ma meilleure amie,

À toi qui as été mon soutien, ma complice et ma famille durant cette belle aventure. Merci pour tous les moments partagés, les rires, les doutes et les souvenirs qui resteront gravés dans mon cœur. Je n'aurais pas rêvé d'une meilleure personne pour vivre et terminer cette aventure à mes côtés.

À notre encadrante, Pr. Bahmed Amel,

Merci pour votre accompagnement, votre disponibilité, vos précieux conseils et votre confiance tout au long de la réalisation de ce travail. Votre bienveillance et votre expérience ont été pour nous une véritable source d'encouragement.

À la mémoire de ma chère tante et de mon grand-père,

Vous qui rêviez de me voir devenir médecin… Aujourd'hui, ce rêve devient réalité, même si vous n'êtes plus là pour le voir. J'aurais tant aimé vous avoir à mes côtés en ce jour. Je vous dédie cette réussite, avec tout l'amour que je garde pour vous dans mon cœur. J'espère être à la hauteur du médecin que vous auriez voulu voir en moi.

À moi-même,

À celle qui a poursuivi son rêve malgré les doutes, la fatigue et les moments difficiles. À celle qui a appris à tomber, à se relever et à continuer, même lorsque le chemin semblait long. Aujourd'hui, je regarde tout ce parcours avec fierté et gratitude. Je suis fière de ne pas avoir abandonné et d'être enfin devenue la personne que je rêvais d'être.

À toutes les personnes qui ont contribué à écrire cette histoire,

Sommaire

Dédicaces

Sommaire

Liste des graphes

Introduction 1

Partie Théorique

1. Historique du Burn-out 4
1.1. Les précurseurs conceptuels (avant 1974) 4
1.2. La naissance du concept : Herbert Freudenberger (1974) 4
1.3. La contribution décisive de Christina Maslach (1976-1981) 5
1.4. L'expansion du champ de recherche (1980-2000) 5
1.5. La reconnaissance institutionnelle internationale (2000-2019) 6
1.6. Le burn-out dans le contexte algérien et nord-africain 6
2. Défiition du Burn-out 7
2.1. Les définitions fondatrices 7
2.2. La définition institutionnelle de l'OMS (2019) 7
2.3. Distinctions conceptuelles essentielles 8
2.4. Définition opérationnelle retenue pour cette étude 8
3. Les dimensions du Burn-out 9
3.1. L'épuisement émotionnel 9
3.2. La dépersonnalisation 10
3.3. La réduction du sentiment d'accomplissement personnel 10
3.4. Les interactions entre les trois dimensions 11
4. Les symptômes et les manifestations du Burn-out 11
4.1. Les manifestations physiques et somatiques 11
4.2. Les manifestations psychologiques 12
4.3. Les manifestations comportementales 14
4.4. Les manifestations relationnelles spécifiques aux urgences chirurgicales 14
5. Les étapes d'installation du Burn-out 15
5.1. La première phase : phase alarmante (l'engagement excessif) 15
5.2. La deuxième phase : phase de résistance (stagnation et frustration) 16
5.3. La troisième phase : phase de rupture (l'effondrement) 16

5.4. La quatrième phase : le Burn-out constitué (l'épuisement total) 17
6. Les facteurs de risque générateur du burn-out 17
6.1. L'imprévisibilité chronique et la pression temporelle 17
6.2. La confrontation répétée avec la mort et la souffrance 18
6.3. Le travail posté et les perturbations des rythmes biologiques 18
6.4. La violence aux urgences et les agressions contre les soignants 19
6.5. Le manque de ressources et la souffrance éthique 19
6.6. La solitude professionnelle et l'absence de soutien institutionnel 19
7. Les conséquences du Burn-out 20
7.1. Conséquences sur la qualité des soins et la sécurité du patient 20
7.2. Conséquences organisationnelles et économiques 21
7.3. Conséquences sur la santé individuelle des soignants 21
7.4. Conséquences sociétales 22
8. Prévention du Burn-out 22
8.1. Prévention primaire : agir sur les causes organisationnelles 22
8.2. Prévention secondaire : dépistage précoce et intervention ciblée 24
8.3. Prévention tertiaire : accompagnement du rétablissement et du retour au travail 25

Partie Pratique

I. Objectif général 28
II. Matériel et Méthodes 29
II.1. Introduction méthodologique 29
II.2. Cadre de l'étude 29
II.1.1. Le service des urgences chirurgicales 29
II.1.2. Organisation et ressources humaines du service 30
II.3. Type et période de l'étude 30
II.4. Population étudiée 31
II.5. Critères d'inclusion 32
II.6. Critères d'exclusion 32
II.7. Méthode d'échantillonnage et procédure de collecte 32
II.8. Variables étudiées 33
II.8.1. Variables socio-démographiques 33
II.8.2. Variables professionnelles 33
II.8.3. Facteurs de stress professionnels 33
II.8.4. Dimensions de l'épuisement professionnel (MBI) 34

II.9. Instrument de collecte des données 34
II.10. Description du questionnaire 34
II.11. Traitement et analyse statistique des données 34
II.12. Considérations éthiques 34
II.13. Limites méthodologiques de l'étude 35
III. Résultat 36
III.1. Caractéristiques socio-démographiques 36
III.1.1. Sexe 36
III.1.2. Âge 37
II.1.3. Situation familiale 39
II.1.4. Nombre d'enfant 40
II.1.5. Catégorie professionnelle 41
II.1.6. Ancienneté professionnelle 43
II.1.7. Horaire de travail hebdomadaire 44
II.1.8. Nombre de gardes par mois 45
III.2. Facteurs de stress liés aux conditions de travail 47
III.2.1. Facteurs de stress professionnel 47
III.2.2. Conditions socio-économiques perçues 49
III.3. Conséquences du burn-out 50
III.3.1. Conséquences rapportées par les professionnels 50
III.4. Score de Maslach (MBI) 52
III.4.1. Épuisement émotionnel 52
III.4.2. Dépersonnalisation 53
III.4.3. Accomplissement personnel 55
IV. Prévention 57
Conclusion générale 61
Références bibliographiques 63
Résumé

Liste des graphes

Graphe 1 : Répartition selon sexe des travailleurs du service des urgences chirurgicales CHU Annaba, 2026 36
Graphe 2 : Répartition selon âge des travailleurs du service des urgences chirurgicales CHU Annaba, 2026 37
Graphe 3 : Répartition selon situation familiale des travailleurs du service des urgences chirurgicales CHU Annaba, 2026 39
Graphe 4 : Répartition selon le nombre d'enfant des travailleurs du service des urgences chirurgicales CHU Annaba, 2026 40
Graphe 5 : Répartition selon la catégorie professionnelle des travailleurs du service des urgences chirurgicales CHU Annaba, 2026 41
Graphe 6:Répartition selon ancienneté professionnelle des travailleurs du service des urgences chirurgicales CHU Annaba, 2026 43
Graphe 7:Répartition selon horaire de travail hebdomadaire des travailleurs du service des urgences chirurgicales CHU Annaba, 2026 44
Graphe 8:Répartition selon nombre de garde par mois des travailleurs du service des urgences chirurgicales CHU Annaba, 2026 45
Graphe 9:Facteurs de stress liés aux conditions de travail des travailleurs du service des urgences chirurgicales CHU Annaba, 2026 (n = 128, réponses multiples) 47
Graphe 10:Perception des conditions socio-économiques des travailleurs du service des urgences chirurgicales CHU Annaba, 2026 49
Graphe 11:Conséquences du burn-out rapportées par les professionnels des travailleurs du service des urgences chirurgicales CHU Annaba, 2026(n = 128, réponses multiples)..... 50
Graphe 12:Répartition selon le niveau d'épuisement émotionnel des travailleurs du service des urgences chirurgicales CHU Annaba, 2026 52
Graphe 13: Répartition selon le niveau de dépersonnalisation des travailleurs du service des urgences chirurgicales CHU Annaba, 2026 53
Graphe 14:Répartition selon le niveau de burn-out sur la dimension de l'accomplissement personnel des travailleurs du service des urgences chirurgicales CHU Annaba, 2026..... 55
Graphe 15:Synthèse comparative des trois dimensions du MBI des travailleurs du service des urgences chirurgicales 56

Introduction

Dans un monde où les systèmes de santé sont soumis à des pressions croissantes, la question de la santé au travail des personnels soignants est devenue un enjeu majeur de santé publique à l'échelle internationale. Parmi les pathologies professionnelles les plus préoccupantes, l'épuisement professionnel — communément désigné sous le terme anglophone de « burn-out» — occupe une place centrale dans les préoccupations des chercheurs, des gestionnaires hospitaliers et des décideurs en santé. Ce syndrome insidieux et progressif, longtemps minimisé ou ignoré, affecte aujourd'hui des millions de professionnels à travers le monde, avec une prévalence particulièrement élevée dans les métiers du soin.

Le contexte des urgences chirurgicales représente, à bien des égards, l'environnement de travail le plus éprouvant que puisse connaître un professionnel paramédical. La confrontation quotidienne avec la douleur, la mort et la souffrance humaine, dans des conditions caractérisées par l'urgence temporelle, l'imprévisibilité des situations, la surcharge de travail chronique et l'insuffisance des ressources humaines et matérielles, crée un terreau particulièrement favorable au développement de l'épuisement professionnel. Les infirmiers, aides-soignants et autres personnels paramédicaux qui exercent dans ces services constituent ainsi une population professionnelle à très haut risque d'épuisement.

En Algérie, cette problématique revêt une acuité particulière. Le système de santé algérien traverse une période de transition et de restructuration profonde, confronté simultanément à une transition épidémiologique marquée par l'augmentation des maladies chroniques, une croissance démographique soutenue, une urbanisation rapide et des attentes populationnistes croissantes en matière de qualité des soins. Les services des urgences chirurgicales des établissements publics hospitaliers algériens se trouvent ainsi en première ligne de ces mutations, absorbant des flux de patients toujours plus importants avec des effectifs soignants souvent sous-dimensionnés et des infrastructures parfois vieillissantes.

Cette revue de la littérature est consacré au burn-out lui-même : son histoire, ses définitions, ses dimensions constitutives, ses manifestations cliniques, son processus d'installation, ses facteurs déterminants, ses conséquences et les moyens de le prévenir.

Le choix d'une approche intégrante, articulant les dimensions individuelle, collective et organisationnelle du burn-out, répond à la conviction que l'épuisement professionnel ne saurait être réduit à une fragilité individuelle du

soignant, mais doit être compris comme le produit d'une interaction complexe entre des caractéristiques personnelles, des dynamiques d'équipe et des conditions de travail façonnées par des choix politiques, institutionnels et managériaux. Cette perspective écosystémique est aujourd'hui largement partagée par la communauté scientifique internationale et constitue le socle de toute démarche sérieuse de prévention de l'épuisement professionnel dans les institutions de soins [1], [2].

L'objectif général de cette étude vise à construire un cadre conceptuel rigoureux permettant d'évaluer l'épuisement professionnel chez le personnel des urgences chirurgicales du CHU de Annaba dans toute sa complexité, afin d'identifier les facteurs de risque générateur du syndrome d'épuisement professionnel et de proposer des recommandations préventives adaptées.

Partie Théorique

Le burn-out est un phénomène complexe, multidimensionnel et évolutif dont la compréhension nécessite une approche à la fois historique, conceptuelle, clinique et organisationnelle. Ce premier chapitre propose un tour d'horizon exhaustif de la littérature scientifique consacrée à l'épuisement professionnel, depuis les premières conceptualisations des années 1970 jusqu'aux avancées les plus récentes de la recherche internationale, en accordant une attention particulière aux données disponibles dans le contexte algérien et nord-africain.

1. Historique du Burn-out

1.1. Les précurseurs conceptuels (avant 1974)

Avant que le terme « burn-out » ne soit formellement introduit dans la littérature scientifique, plusieurs auteurs avaient déjà décrit des phénomènes qui s'en rapprochent. Graham Greene utilisait l'expression « burnt-out case » dans son roman éponyme de 1960 pour décrire un architecte de renom épuisé par une vie de succès vide de sens — une métaphore saisissante du syndrome qui sera théorisé quelques années plus tard [3].

Dans le domaine de la médecine du travail, les travaux de Hans Selye sur le syndrome général d'adaptation avaient posé les bases physiologiques permettant de comprendre les effets du stress chronique sur l'organisme. Sa notion d'« épuisement » — troisième phase de son modèle tridimensionnel — préfigurait conceptuellement certains aspects de ce qui sera défini comme burn-out [4].

Harry Levinson, psychiatre américain, observait dans les années 1960 chez des cadres et des professionnels en situation de forte responsabilité des syndromes d'épuisement progressif liés à une inadéquation entre les aspirations personnelles et les réalités de l'environnement de travail. Ces observations préfiguraient la conceptualisation à venir, sans toutefois disposer encore du cadre théorique et des outils de mesure permettant de les formaliser.

1.2. La naissance du concept : Herbert Freudenberger (1974)

C'est en 1974 que le psychiatre germano-américain Herbert Freudenberger introduit officiellement le terme «burn-out » dans la littérature scientifique avec la publication de son article fondateur « Staff Burn-Out » dans le Journal of Social Issues. Travaillant dans une clinique de soins aux toxicomanes à New York, où la plupart du personnel était bénévole et fortement idéaliste, Freudenberger observe un phénomène récurrent : ces professionnels dévoués, après une période d'engagement intense, finissent par présenter un épuisement profond, une perte de motivation, un cynisme croissant et une résistance physique diminuée [5].

1.3. La contribution décisive de Christina Maslach (1976-1981)

Si Freudenberger a introduit le concept, c'est la psychologue sociale Christina Maslach qui en a fourni la conceptualisation scientifique la plus rigoureuse et la plus influente. Ses travaux menés à l'Université de Californie à Berkeley ont transformé le burn-out d'une observation clinique impressionniste en un construit psychologique mesurable et opérationnalisable. À travers des entretiens approfondis avec des policiers, des assistants sociaux, des avocats, des psychiatres et des infirmiers, elle identifie un patron récurrent de trois réponses : l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et la réduction du sentiment d'accomplissement personnel. Cette triade constitue le modèle tridimensionnel du burn-out [7].

En collaboration avec Susan Jackson, Maslach développe entre 1978 et 1981 le Maslach Burnout Inventory (MBI), questionnaire standardisé de 22 items mesurant les trois dimensions du burn-out. Publié dans le Journal of Occupational Behavior en 1981, cet article fondateur a été cité plus de 20 000 fois dans la littérature scientifique internationale et demeure à ce jour l'outil de référence universellement utilisé dans la recherche sur le burn-out [8].

1.4. L'expansion du champ de recherche (1980-2000)

Les années 1980 et 1990 ont vu une expansion considérable de la recherche sur le burn-out. Aronson, Pines et Kafry proposent une définition plus large du phénomène comme état d'épuisement physique, émotionnel et mental résultant d'un investissement prolongé dans des situations émotionnellement exigeantes [9]. Cherniss apporte une contribution originale en proposant une analyse processuelle du burn-out comme un processus de désillusionnement progressif chez des professionnels initialement très motivés [10]. Le modèle de demande-contrôle de Karasek fournit un cadre théorique influent : les situations de forte demande associées à une faible latitude décisionnelle sont les plus pathogènes [11].

En 1996, Maslach et Leiter franchissent une étape décisive en proposant le modèle des « Areas of Worklife » (domaines de vie au travail), articulant six dimensions organisationnelles dans le développement ou la prévention du burn-out : la charge de travail, le contrôle, la récompense, la communauté, l'équité et les valeurs. Ce modèle marque un tournant paradigmatique important, déplaçant le regard du soignant épuisé vers l'organisation qui génère cet épuisement, et ouvrant ainsi la voie à des interventions préventives de nature organisationnelle plutôt qu'uniquement individuelle [1].

1.5. La reconnaissance institutionnelle internationale (2000-2019)

Le début du XXIe siècle a vu le burn-out progressivement reconnu par les instances sanitaires et législatives internationales comme un phénomène de santé publique majeur. En 2001, Maslach, Schaufeli et Leiter publient dans l'Annual Review of Psychology une synthèse exhaustive faisant le bilan de vingt ans de recherche, établissant définitivement le burn-out comme un domaine scientifique à part entière avec ses modèles explicatifs, ses instruments de mesure validés et ses bases de données empiriques [12].

L'étape la plus symbolique est franchie en mai 2019 lorsque l'Organisation Mondiale de la Santé intègre le burn-out dans la onzième révision de la Classification Internationale des Maladies (CIM-11), sous le code QD85, le définissant comme « un syndrome conceptualisé comme résultant d'un stress chronique au travail qui n'a pas été correctement géré ». Bien qu'il soit classifié comme phénomène lié au travail et non comme maladie, cette reconnaissance officielle par l'OMS légitime définitivement le syndrome et crée des obligations nouvelles pour les États membres en matière de prévention [13].

1.6. Le burn-out dans le contexte algérien et nord-africain

En Algérie, l'intérêt scientifique pour l'épuisement professionnel chez les personnels de santé est plus récent. Les premières études portant spécifiquement sur le burn-out chez les soignants ne se développent réellement qu'à partir des années 2000. Mokrane, dans sa thèse de doctorat à l'Université d'Alger 2, propose l'une des premières études systématiques de l'épuisement professionnel dans le secteur public algérien, identifiant des niveaux préoccupants d'épuisement dans plusieurs catégories de personnels hospitaliers, avec des particularités liées au contexte culturel algérien, notamment la stigmatisation sociale des troubles psychologiques comme facteur aggravant limitant le recours aux soins [14].

Bendahmane et Touati ont conduit une étude transversale dans les établissements hospitaliers de la wilaya d'Oran, révélant des taux d'épuisement émotionnel sévère touchant près de 40% du personnel infirmier interrogé, avec des niveaux particulièrement élevés dans les services d'urgences et de réanimation [15]. Des travaux plus récents conduits par Djennane et al. dans plusieurs wilayas algériennes ont confirmé la prévalence élevée du burn-out chez les personnels paramédicaux hospitaliers, en mettant en évidence le rôle aggravant des conditions matérielles de travail, de l'insuffisance des formations spécialisées et de l'absence de dispositifs institutionnels de soutien psychologique aux équipes soignantes [16].

2. Défiition du Burn-out

La multiplicité des définitions proposées depuis les travaux fondateurs témoigne de la richesse et de la complexité du phénomène étudié. Loin d'être une simple querelle sémantique, cette pluralité définitionnelle reflète des positionnements théoriques différents qui ont des implications concrètes sur la manière dont le syndrome est mesuré, prévenu et traité.

2.1. Les définitions fondatrices

La première définition formelle est celle de Freudenberger : le burn-out désigne « un état de fatigue ou de frustration résultant d'une dévotion à une cause, à un mode de vie ou à une relation qui n'a pas produit la récompense escomptée ». Cette définition met l'accent sur la dimension motivationnelle du syndrome et souligne son caractère paradoxal : ce sont les plus engagés qui brûlent [5].

La définition de Maslach et Jackson, qui s'impose comme référence internationale, conceptualise le burn-out comme « un syndrome psychologique d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et de réduction du sentiment d'accomplissement personnel pouvant survenir chez des individus qui travaillent avec d'autres personnes d'une certaine façon ». Cette définition opérationnelle présente l'avantage d'être directement mesurable grâce au MBI [8].

Pines et Aronson proposent une définition plus phénoménologique : le burn-out est « un état d'épuisement physique, émotionnel et mental causé par une exposition prolongée à des situations exigeantes sur le plan émotionnel » [17]. Schaufeli et Enzmann offrent quant à eux une définition intégrative : le burn-out est « un état persistant, négatif, lié au travail, caractérisé principalement par l'épuisement, qui s'accompagne de détresse, d'un sentiment d'incompétence, d'une motivation déclinante et du développement d'attitudes dysfonctionnelles au travail » [18].

2.2. La définition institutionnelle de l'OMS (2019)

La définition retenue par l'OMS dans la CIM-11 décrit le burn-out comme « un syndrome conceptualisé comme résultant d'un stress chronique au travail qui n'a pas été géré avec succès», caractérisé par trois dimensions : un sentiment d'épuisement ou d'épuisement de l'énergie ; une distance mentale accrue vis-à-vis de son travail, ou des sentiments de négativisme ou de cynisme liés à son travail ; et une efficacité professionnelle réduite [13].

2.3. Distinctions conceptuelles essentielles

a) Burn-out versus stress professionnel

Le stress professionnel est une réponse adaptative temporaire de l'organisme à des exigences perçues comme dépassant ses ressources disponibles, généralement réversible dès que la situation stressante est résolue. Le burn-out, en revanche, est un processus chronique qui s'installe progressivement à la suite d'une exposition prolongée à des stresseurs non résolus et qui laisse des traces durables sur la santé physique, psychologique et professionnelle de l'individu. On pourrait dire que le stress est une réponse d'urgence biologique, tandis que le burn-out est le résultat d'une urgence prolongée qui a épuisé toutes les réserves [18].

b) Burn-out versus dépression

La distinction entre burn-out et dépression est l'une des plus complexes et des plus débattues dans la littérature.

Les deux entités partagent plusieurs symptômes (fatigue, anhédonie, difficultés de concentration, sentiments négatifs), au point que certains auteurs ont remis en question la pertinence de la distinction [19]. Néanmoins, la majorité des chercheurs maintient une différence importante : le burn-out est initialement et spécifiquement lié au contexte professionnel, s'améliore généralement avec l'éloignement du contexte de travail pathogène, et se caractérise davantage par l'irritabilité et la dépersonnalisation, tandis que la tristesse profonde et les idées suicidaires sont plus marquées dans la dépression.

c) Burn-out versus fatigue de compassion

La fatigue de compassion, conceptualisée par Figley, désigne un état d'épuisement émotionnel résultant du contact répété avec des personnes en souffrance, caractérisé par une réduction de la capacité d'empathie et parfois par des symptômes de stress traumatique secondaire [20]. Elle partage avec le burn-out la dimension d'épuisement émotionnel, mais s'en distingue par son mécanisme d'induction (transmission traumatique secondaire) et par ses manifestations cliniques, qui incluent davantage de symptômes dissociatifs et intrusifs. Dans les services d'urgences chirurgicales, les deux entités peuvent coexister et se renforcer mutuellement.

2.4. Définition opérationnelle retenue pour cette étude

Pour les besoins de la présente étude, nous retenons une définition intégrative du burn-out chez les personnels paramédicaux des urgences chirurgicales : l'épuisement professionnel est un syndrome tridimensionnel — épuisement émotionnel, dépersonnalisation et réduction du sentiment d'accomplissement personnel — résultant d'une exposition chronique aux stresseurs

spécifiques du travail aux urgences chirurgicales (charge de travail élevée, confrontation à la souffrance et à la mort, imprévisibilité, manque de ressources et de reconnaissance), dans un contexte socio-institutionnel caractérisé par les spécificités du système hospitalier public algérien. Cette définition guidera l'ensemble de notre démarche investigatrice.

3. Les dimensions du Burn-out

Le modèle tridimensionnel de Maslach et Jackson constitue le cadre conceptuel dominant dans la compréhension et la mesure du burn-out [8]. Ces trois dimensions — épuisement émotionnel, dépersonnalisation et réduction du sentiment d'accomplissement personnel — forment un système cohérent et interdépendant, dont les interactions dynamiques définissent le tableau clinique du syndrome.

3.1. L'épuisement émotionnel

L'épuisement émotionnel constitue le noyau central et la composante la plus caractéristique du burn-out. Il se définit comme un sentiment de vide intérieur, d'être « à sec » émotionnellement, d'avoir épuisé toutes ses ressources affectives et de n'avoir plus rien à donner aux autres. Le soignant exprime souvent ce vécu à travers des métaphores évocatrices : « je suis vidé », « je n'en peux plus », « j'ai l'impression d'avoir donné tout ce que j'avais ». Le soignant épuisé peut éprouver une véritable « anesthésie émotionnelle » alternant avec des explosions émotionnelles incontrôlées dans des situations ordinairement gérables [21].

Sur le plan neurobiologique, l'épuisement émotionnel chronique est associé à des modifications mesurables de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien, avec une dérégulation de la sécrétion du cortisol, une perturbation du système nerveux autonome (réduction de la variabilité de la fréquence cardiaque) et des modifications de l'activité des régions préfrontales impliquées dans la régulation émotionnelle et la prise de décision. Ces données neurobiologiques soulignent que l'épuisement émotionnel n'est pas seulement une réalité subjective mais une modification physiologique objectivable [22].

Dans le contexte des urgences chirurgicales algériennes, l'épuisement émotionnel est particulièrement exacerbé par plusieurs facteurs convergents : la densité des situations traumatisantes traitées quotidiennement, l'absence d'espaces de décompression et de soutien psychologique institutionnel, les gardes prolongées sans temps de récupération suffisant,et la difficulté culturelle à exprimer et à reconnaître sa propre vulnérabilité émotionnelle dans un contexte professionnel qui valorise la résistance et le stoïcisme [16].

3.2. La dépersonnalisation

La dépersonnalisation — également appelée cynisme dans les versions révisées du MBI — représente la dimension relationnelle du burn-out. Elle se manifeste par un développement progressif d'attitudes négatives, détachées, déshumanisées, voire cyniques à l'égard des patients, des familles et parfois des collègues. Il est essentiel de comprendre la dépersonnalisation non pas comme une défaillance morale du soignant, mais comme un mécanisme de défense psychologique — une stratégie adaptative inconsciente visant à protéger un moi épuisé de la surcharge émotionnelle que représente la relation aidante. En créant une distance émotionnelle entre lui et les patients, le soignant tente de préserver ce qui reste de ses ressources affectives. Cependant, cette stratégie défensive génère à long terme une détérioration de la qualité des soins et une perte du sens professionnel [8].

Il convient de distinguer la dépersonnalisation pathologique de la « distanciation professionnelle » ou de la « neutralité bienveillante » qui caractérise une pratique soignante saine. La distance émotionnelle professionnelle est une compétence relationnelle consciente et contrôlée, permettant au soignant de rester efficace en présence de la souffrance d'autrui tout en maintenant son empathie. La dépersonnalisation du burn-out, en revanche, est un mécanisme défensif involontaire et excessif qui aboutit à une véritable déshumanisation de la relation soignante.

Dans les services d'urgences chirurgicales algériens, la dépersonnalisation peut se traduire par une communication appauvrie avec les patients et leurs familles, une tendance à minimaliser les plaintes des patients, un usage de formules standardisées dépourvues d'empathie, ou encore des comportements d'évitement des situations relationnelles complexes [23].

3.3. La réduction du sentiment d'accomplissement personnel

La troisième dimension du burn-out — la réduction du sentiment d'accomplissement personnel — représente la composante auto-évaluative du syndrome. Elle se caractérise par une perception négative et dévalorisante de soi en tant que professionnel : sentiment de ne pas être à la hauteur des exigences de la fonction, d'être inefficace, d'échouer dans ses missions fondamentales de soignant, de ne pas apporter de réelle valeur ajoutée aux patients.

Cette dimension est particulièrement insidieuse dans le contexte des professions paramédicales, car elle s'attaque au cœur de l'identité professionnelle des soignants, construite autour de valeurs de compétence, de dévouement et d'efficacité au service des patients. Lorsque ces valeurs

fondatrices sont mises à mal par un contexte de travail défavorable, le professionnel peut développer un profond sentiment d'inadéquation et de perte de sens.

Plusieurs recherches suggèrent que la réduction du sentiment d'accomplissement personnel peut avoir une dynamique partiellement indépendante des deux autres dimensions. Elle peut se développer de manière plus parallèle, notamment dans des contextes caractérisés par un manque chronique de feedback positif, de reconnaissance et de soutien professionnel [24], [25].

3.4. Les interactions entre les trois dimensions

Le modèle processuel proposé par Leiter et Maslach suggère une séquence développementale : l'épuisement émotionnel serait la première réponse au stress chronique, conduisant progressivement à la dépersonnalisation comme mécanisme défensif, qui elle-même contribue à la réduction du sentiment d'accomplissement en détériorant la qualité des interactions avec les patients et en éloignant le soignant de ses sources de satisfaction professionnelle [24]. Des recherches en modélisation par équations structurelles ont globalement confirmé cette séquence, tout en révélant des effets de rétroaction qui tendent à aggraver et pérenniser le syndrome une fois qu'il est installé.

4. Les symptômes et les manifestations du Burn-out

Le burn-out génère une constellation de symptômes qui débordent largement la sphère professionnelle pour affecter toutes les dimensions de la vie de la personne atteinte. Cette poly-symptomatologie, souvent progressive et insidieuse, est à la fois la richesse clinique du syndrome — qui permet de le reconnaître dans ses multiples expressions — et sa complexité diagnostique, en raison de nombreux recoupements avec d'autres pathologies.

4.1. Les manifestations physiques et somatiques

a) Troubles de la fatigue et du sommeil

- Fatigue chronique et persistante, non améliorée par le repos : le soignant se réveille aussi épuisé qu'il s'était couché, et les jours de congé ne suffisent plus à restaurer l'énergie. Cette fatigue est qualitativement différente de la fatigue ordinaire post-effort : elle est diffuse, permanente et résistante.
- Insomnies d'endormissement liées aux ruminations professionnelles nocturnes : le soignant ressasse les événements de sa journée de travail, les erreurs réelles ou fantasmées, les situations non résolues.

- Insomnies de maintien avec réveils nocturnes fréquents, sommeil fragmenté et non réparateur.
- Hypersomnie paradoxale chez certains sujets, comme tentative de fuite de la réalité professionnelle douloureuse.
- Somnolence diurne avec difficultés de concentration, particulièrement dangereuse dans le contexte des urgences chirurgicales où la vigilance est capitale pour la sécurité des patients.

b) Manifestations cardio-vasculaires et neurologiques

- Céphalées de tension chroniques et migraines rebelles aux antalgiques habituels.
- Palpitations, tachycardies sinusales fonctionnelles, douleurs thoraciques atypiques.
- Hypertension artérielle de stress, représentant un facteur de risque cardio-vasculaire à long terme.
- Vertiges, acouphènes, sensations de malaise vagal en situation de surcharge.
- Réduction de la variabilité de la fréquence cardiaque, marqueur objectif de la dérégulation du système nerveux autonome.

c) Manifestations musculo-squelettiques et digestives

- Douleurs dorso-lombaires chroniques, souvent exacerbées par les postures de travail et la manutention des patients.
- Tensions musculaires diffuses : nuque, épaules, mâchoires (bruxisme nocturne).
- Troubles gastro-intestinaux fonctionnels : syndrome de l'intestin irritable, reflux gastro-oesophagien, ulcères peptiques.
- Troubles des comportements alimentaires : anorexie ou hyperphagie compulsive comme stratégies de régulation émotionnelle.
- Susceptibilité accrue aux infections virales et bactériennes, témoignant d'une immunodépression liée au stress chronique.

4.2. Les manifestations psychologiques

a) Manifestations affectives et émotionnelles

- Anxiété généralisée et inquiétude permanente concernant les performances professionnelles, les erreurs possibles, le jugement des collègues et supérieurs.
- Labilité émotionnelle : alternance entre des états d'irritabilité intense, des accès de larmes incontrôlables et des épisodes d'engourdissement émotionnel.

- Symptômes dépressifs caractérisés : humeur dépressive persistante, anhédonie (incapacité à éprouver du plaisir), sentiment de désespoir et d'inutilité.
- Sentiment de vide existentiel et perte de sens : le travail qui donnait sens à la vie du soignant devient source de souffrance.
- Hyperémotivité et hypersensibilité : les situations ordinairement gérables provoquent des réactions émotionnelles disproportionnées.
- Sentiment de honte et de culpabilité : le soignant se juge coupable de ne plus être à la hauteur de ses propres exigences professionnelles.

b) Manifestations cognitives

- Difficultés de concentration et trouble de l'attention soutenue, particulièrement préoccupants dans le contexte des urgences chirurgicales.
- Troubles mnésiques : oublis fréquents, difficultés de mémorisation des informations nouvelles.
- Pensée ralentie, difficultés de prise de décision et d'analyse complexe — pouvant être sources d'erreurs médicales directement liées au burn-out.
- Ruminations mentales obsédantes portant sur les situations professionnelles difficiles, les interactions conflictuelles, les erreurs réelles ou fantasmées.
- Réduction des capacités créatives et de résolution de problèmes, avec une tendance à la pensée rigide et aux routines défensives.
- Difficultés à se projeter positivement dans l'avenir professionnel : sentiment de blocage et d'absence de perspective.

c) Manifestations identitaires et existentielles

- Dévalorisation de soi et effondrement de l'estime professionnelle, malgré parfois une expérience et une compétence reconnues par les pairs.
- Questionnement existentiel profond sur le sens de la vocation soignante et la valeur du sacrifice consenti au service de la profession.
- Sentiment de trahison par l'institution, les collègues ou les patients ne reconnaissant pas suffisamment le dévouement consenti.
- Remise en question de l'orientation professionnelle et émergence d'idées de reconversion ou d'abandon de la profession infirmière.

4.3. Les manifestations comportementales

a) Dans la sphère professionnelle

- Absentéisme répété et présentéisme pathologique : présence physique au travail malgré une incapacité réelle à exercer ses fonctions correctement — manifestation particulièrement dangereuse dans le contexte des urgences chirurgicales.
- Baisse objective de la productivité, de la rigueur et de la qualité des soins prodigués.
- Augmentation du nombre d'erreurs professionnelles : erreurs d'administration médicamenteuse, oublis de surveillance, non-respect des protocoles d'hygiène.
- Rigidité professionnelle et résistance aux changements de pratiques, de protocoles ou d'organisation du service.
- Évitement des situations complexes sur le plan émotionnel ou technique.

b) Dans la sphère personnelle et sociale

- Isolement social progressif : retrait des activités collectives, réduction des contacts avec les proches, refus des invitations sociales.
- Détérioration des relations conjugales et familiales : irritabilité à domicile, incapacité à « décrocher » du travail, réduction de la disponibilité émotionnelle envers le conjoint et les enfants.
- Abandon des activités de loisirs, de sport et des pratiques qui contribuaient auparavant au bien-être et à la récupération.
- Recours croissant aux substances psychoactives légales : alcool, tabac, benzodiazépines et somnifères prescrits ou obtenus de manière informelle.
- Dans les situations les plus sévères : consommation de substances illicites ou abus de médicaments antidouleur facilement accessibles en milieu hospitalier.

4.4. Les manifestations relationnelles spécifiques aux urgences chirurgicales

- Détérioration observable de la communication thérapeutique avec les patients et leurs familles : réduction de l'écoute active, des explications, du soutien émotionnel.
- Augmentation des incidents liés à la sécurité des soins : erreurs de dosage, défauts de surveillance, retards dans la prise en charge de situations urgentes.
- Conflits interprofessionnels plus fréquents avec les collègues paramédicaux, les médecins urgentistes, les chirurgiens et les anesthésistes.

- Cynisme ostensible vis-à-vis de patients jugés comme non prioritaires ou peu coopératifs.
- Difficultés croissantes à travailler dans le contexte d'imprévisibilité et d'urgence chronique propre aux urgences chirurgicales.

5. Les étapes d'installation du Burn-out

L'un des aspects les plus importants à comprendre concernant le burn-out est sa nature processuelle et évolutive.

Il ne s'agit pas d'un effondrement soudain mais d'un glissement progressif, souvent imperceptible, à travers plusieurs phases distinctes. Nous retenons ici un modèle intégratif en quatre phases, articulant les propositions de Cherniss [10], Freudenberger et Richelson [6] et Golembiewski et al. [26].

5.1. La première phase : phase alarmante (l'engagement excessif)

La première phase, paradoxalement, est souvent caractérisée non par des signes de souffrance manifestes mais par un enthousiasme et un engagement excessif. Le professionnel — souvent en début ou en milieu de carrière, animé d'un idéal élevé de sa mission soignante — s'investit bien au-delà des limites raisonnables, accordant la priorité absolue à son travail au détriment de ses besoins personnels, de ses relations sociales et de sa santé.

Cette phase correspond à ce que Cherniss appelle la période d'« enthousiasme » ou de « dévotion sans limites ».

Le soignant refuse les congés, accumule volontairement les heures supplémentaires, se porte volontaire pour les tâches les plus difficiles, ressent de la fierté à être reconnu comme indispensable, et perçoit toute forme de limite posée à son investissement comme un aveu d'insuffisance professionnelle.

Les signaux d'alarme de cette phase sont souvent minimisés ou niés par le professionnel lui-même : fatigue en fin de journée de travail, besoin croissant de stimulants (café, tabac), légères difficultés de concentration, irritabilité passagère. Dans le contexte algérien, cette première phase est souvent exacerbée par la pression sociale à la dévotion professionnelle absolue dans les métiers de santé et l'insuffisance structurelle des effectifs qui impose aux soignants présents de compenser les absences de leurs collègues.

5.2. La deuxième phase : phase de résistance (stagnation et frustration)

La deuxième phase correspond à la prise de conscience progressive de l'épuisement en cours. Le professionnel commence à ressentir un décalage entre ses efforts et les résultats obtenus, entre ses attentes et la réalité de son exercice professionnel. Il tente de s'adapter à cette situation en développant des stratégies défensives qui lui permettent de maintenir son niveau de performance tout en gérant une charge interne croissante.

C'est au cours de cette phase que les premières manifestations de dépersonnalisation font leur apparition : mise à distance émotionnelle des patients, réduction de l'investissement dans la relation soignant-soigné, attitudes plus cyniques. La créativité et la motivation intrinsèque commencent à décliner. Des symptômes physiques plus marqués apparaissent : troubles du sommeil persistants, douleurs chroniques, troubles digestifs.

La durée de cette phase est très variable selon les individus et les contextes de travail : elle peut s'étaler de quelques mois à plusieurs années, pendant lesquelles le professionnel maintient une façade de normalité tout en se dégradant progressivement. La reconnaissance et l'intervention précoce durant cette phase sont particulièrement importantes car elles permettent d'éviter le basculement vers les phases suivantes, plus difficiles à prendre en charge.

5.3. La troisième phase : phase de rupture (l'effondrement)

La troisième phase correspond au dépassement des capacités d'adaptation de l'individu. Les mécanismes défensifs mis en place lors de la phase précédente s'effondrent progressivement, et l'épuisement se manifeste de manière massive et multidimensionnelle, envahissant toutes les sphères de la vie du professionnel.

Cette phase est souvent déclenchée par un événement spécifique qui fonctionne comme une « goutte qui fait déborder le vase » : un conflit violent avec un supérieur, un événement clinique traumatisant (mort d'un patient jeune, erreur médicale grave), un changement brutal d'organisation du service, ou un choc émotionnel dans la vie personnelle. Mais il est important de comprendre que cet événement déclencheur n'est pas la cause du burn-out — il n'est que le révélateur d'un processus d'épuisement déjà très avancé.

Cliniquement, cette phase se caractérise par une incapacité quasi-totale à exercer ses fonctions professionnelles, une fatigue extrême et invalidante, des crises émotionnelles intenses (pleurs incontrôlables, angoisses aiguës, accès de colère disproportionnés), une dépression sévère avec parfois des idées suicidaires, et une désorganisation profonde du fonctionnement cognitif. C'est

généralement à cette phase qu'intervient le premier arrêt de travail pour épuisement professionnel ou dépression.

5.4. La quatrième phase : le Burn-out constitué (l'épuisement total)

La quatrième et dernière phase correspond au burn-out dans son expression la plus sévère et la plus chronifiée. Sans prise en charge adaptée et suffisamment précoce lors de la phase précédente, le burn-out peut s'installer comme un état durable d'épuisement total — physique, émotionnel, cognitif et existentiel — qui affecte l'ensemble de la vie de la personne.

À ce stade, les symptômes dépressifs peuvent atteindre un niveau de sévérité répondant aux critères d'un épisode dépressif majeur. Des troubles anxieux comorbides peuvent apparaître ou s'aggraver. Des symptômes de stress post-traumatique peuvent se manifester chez les soignants ayant été exposés à des événements cliniques particulièrement traumatisants. Le risque suicidaire doit être systématiquement évalué à ce stade, en particulier dans la population des soignants qui ont accès facilement aux moyens létaux.

La récupération à partir de cette phase nécessite généralement un arrêt de travail prolongé (plusieurs mois à plus d'un an), une psychothérapie intensive et spécialisée, un traitement pharmacologique adapté aux comorbidités psychiatriques, et un travail approfondi de reconstruction identitaire et de redéfinition du rapport au travail. Le retour à la profession soignante, lorsqu'il est possible, implique souvent une réorientation partielle vers des postes moins exposés aux stresseurs des urgences et la mise en place de stratégies préventives robustes pour éviter la récidive.

6. Les facteurs de risque générateur du burn-out

L'ensemble des éléments développés dans ce chapitre nous permet désormais d'identifier de manière précise et documentée les caractéristiques propres aux urgences chirurgicales qui en font un environnement particulièrement propice au développement du burn-out chez les personnels paramédicaux.

6.1. L'imprévisibilité chronique et la pression temporelle

L'imprévisibilité est l'une des caractéristiques les plus fondamentales et les plus éprouvantes du travail aux urgences chirurgicales. À la différence des services programmés où les journées de travail sont structurées par des plannings prévisibles, les urgences fonctionnent dans un régime d'incertitude permanente concernant le volume, la nature et la gravité des situations cliniques à traiter. Cette imprévisibilité génère une charge cognitive et émotionnelle considérable,

maintenant les soignants dans un état d'alerte chronique particulièrement épuisant sur le long terme.

La pression temporelle qui caractérise le travail d'urgence amplifie encore cette charge : chaque décision doit être prise rapidement, avec une information souvent incomplète, dans un contexte où le coût d'une erreur peut être la mort ou l'invalidité d'un patient. Cette pression permanente — sans espaces de décompression entre les situations critiques — contribue à l'épuisement des ressources cognitives et émotionnelles des soignants et est un déterminant majeur du burn-out dans ces services.

6.2. La confrontation répétée avec la mort et la souffrance

Les personnels paramédicaux des urgences chirurgicales sont exposés quotidiennement à des niveaux de souffrance humaine d'une intensité que peu d'autres environnements professionnels peuvent égaler : douleurs physiques intenses, détresse psychologique des patients et de leurs familles, mutilations traumatiques, agonie et mort. Cette exposition répétée, sans espace de traitement psychologique adapté, génère un processus d'usure émotionnelle progressive qui est au cœur du burn-out des urgentistes. [35] Figley a décrit sous le terme de « fatigue de compassion » le phénomène de transmission traumatique secondaire par lequel les soignants exposés à la souffrance d'autrui développent des symptômes proches de ceux observés chez les victimes directes de traumatismes [20]. Dans le contexte des urgences chirurgicales algériennes, où les ressources de soutien psychologique post-événement sont quasi inexistantes, cette fatigue de compassion peut rapidement évoluer vers un burn-out constitué.

6.3. Le travail posté et les perturbations des rythmes biologiques

L'organisation du travail en rotation de postes — avec alternance de matins, d'après-midis et de nuits, de week-ends et de jours fériés travaillés — constitue une contrainte biologique et sociale majeure pour les personnels paramédicaux des urgences. Les effets du travail de nuit et en rotation sur la santé sont documentés depuis plusieurs décennies : perturbation des rythmes circadiens, réduction de la qualité et de la quantité de sommeil, désynchronisation de la vie sociale et familiale, augmentation du risque de pathologies métaboliques et cardiovasculaires.

Dans le contexte des urgences chirurgicales algériennes, où les gardes de 24 heures sont encore fréquemment utilisées pour pallier le manque d'effectifs, les perturbations biologiques liées à l'organisation du travail sont particulièrement sévères. Les gardes de 24 heures entraînent une privation de sommeil aiguë aux effets cognitifs documentés — réduction des performances

attentionnelles, augmentation des erreurs de raisonnement — qui s'ajoutent aux effets chroniques du travail posté.

6.4. La violence aux urgences et les agressions contre les soignants

La violence dans les services d'urgences — qu'elle soit verbale (insultes, menaces, harcèlement) ou physique (coups, tentatives d'agression) — constitue un facteur de stress professionnel majeur qui a fait l'objet d'une attention croissante dans la littérature internationale. Selon plusieurs enquêtes européennes, plus de 80% des personnels infirmiers des urgences déclarent avoir été victimes d'au moins une agression verbale au cours de l'année, et 20 à 30% rapportent des agressions physiques.

Dans le contexte algérien, ce phénomène est exacerbé par plusieurs facteurs : temps d'attente prolongés générant frustration et tension, accompagnement des patients par de nombreux proches, insuffisance de la communication sur les délais et les procédures. Les agressions contre les soignants constituent un traumatisme professionnel aigu qui, lorsqu'il se répète sans prise en charge, contribue significativement au développement du burn-out [33].

6.5. Le manque de ressources et la souffrance éthique

Un facteur aggravant spécifique au contexte algérien réside dans l'insuffisance chronique des ressources humaines et matérielles disponibles dans les services d'urgences chirurgicales. Cette insuffisance génère chez les soignants un sentiment permanent d'impuissance et d'inadéquation. Ce hiatus entre les exigences professionnelles et les moyens disponibles est l'une des sources les plus importantes de souffrance éthique (moral distress) dans les urgences algériennes, concept développé par Jameton pour désigner la détresse psychologique qui résulte du fait de savoir ce qui est juste à faire sur le plan professionnel mais de se trouver empêché de le faire par des contraintes institutionnelles, organisationnelles ou matérielles [34].

6.6. La solitude professionnelle et l'absence de soutien institutionnel

Enfin, un dernier facteur spécifique mérite d'être souligné dans le contexte algérien : la relative solitude dans laquelle exercent de nombreux personnels paramédicaux des urgences chirurgicales. L'absence de dispositifs institutionnels de soutien psychologique, de supervision clinique, de groupes de parole ou de débriefing post-événement traumatisant laisse les soignants seuls face à la charge émotionnelle de leur travail. Dans une culture professionnelle qui valorise encore largement la résistance stoïque et perçoit la demande d'aide comme une faiblesse, cette solitude peut être particulièrement délétère.

Les recherches sur la résilience professionnelle ont montré que le soutien social — qu'il provienne des collègues, des supérieurs, de l'institution ou de la famille — est l'un des facteurs protecteurs les plus puissants contre le burn-out. Inversement, son absence ou son insuffisance constitue un facteur de risque majeur. La prise en compte de cette dimension collective et institutionnelle est indispensable à toute démarche sérieuse de prévention du burn-out dans les urgences chirurgicales algériennes.

7. Les conséquences du Burn-out

Les conséquences du burn-out chez les personnels paramédicaux des urgences chirurgicales sont multiples, graves et s'étendent bien au-delà de la sphère individuelle. Elles affectent la qualité et la sécurité des soins, le fonctionnement des équipes et des institutions, et génèrent des coûts sociaux et économiques considérables.

7.1. Conséquences sur la qualité des soins et la sécurité du patient

a) Augmentation du risque d'erreurs médicales

Shanafelt et al. ont montré, dans une étude portant sur plus de 7 000 médecins américains, que ceux présentant au moins un critère de burn-out avaient deux fois plus de risque de rapporter une erreur médicale récente que leurs collègues non épuisés, après contrôle de tous les autres facteurs de risque [29]. Les mécanismes impliqués incluent la réduction des capacités d'attention et de concentration, l'augmentation des comportements de précipitation et la détérioration de la communication au sein des équipes.

b) Détérioration de la qualité relationnelle des soins

La dépersonnalisation qui caractérise le burn-out affecte directement la qualité humaniste des soins : réduction de l'écoute empathique, communication appauvrie, diminution du temps consacré à l'information et au soutien des patients et de leurs familles. Dans le contexte des urgences chirurgicales, où les patients sont confrontés à des situations souvent inattendues et particulièrement anxiogènes, la qualité de la relation soignant-soigné est un élément essentiel de la prise en charge globale.

c) Défauts de vigilance et non-respect des protocoles d'hygiène

L'épuisement physique et cognitif lié au burn-out réduit les capacités de vigilance soutenue indispensables à la surveillance des patients en situation post-opératoire ou en état critique. Des études ont également mis en évidence une corrélation entre le niveau de burn-out du personnel infirmier et le non-respect des protocoles d'hygiène, en particulier du lavage des mains. Dans

un contexte hospitalier déjà exposé aux risques infectieux, cette négligence peut contribuer à la transmission d'infections nosocomiales aux patients déjà fragilisés.

7.2. Conséquences organisationnelles et économiques

a) L'absentéisme

Le burn-out est l'une des premières causes d'absentéisme de longue durée dans les professions de santé. Selon une méta-analyse conduite par Salvagioni et al. portant sur 110 études longitudinales, l'épuisement professionnel est un prédicteur significatif des arrêts de travail de longue durée (supérieurs à 6mois) dans les professions de santé [30].

b) Le turn-over infirmier

Le burn-out constitue l'un des principaux facteurs explicatifs de l'intention de quitter la profession soignante.

Aiken et al., dans une étude portant sur plus de 10 000 infirmiers américains et européens, ont établi que chaque patient supplémentaire par rapport au ratio optimal augmentait de 7% la probabilité de burn-out et d'intention de quitter la profession [31]. Dans le contexte algérien, où la formation de soignants qualifiés nécessite plusieurs années et des investissements importants, le turn-over lié au burn-out représente une perte de capital humain précieux.

c) Les coûts économiques directs et indirects

- Coûts directs : frais de remplacement du personnel absent (heures supplémentaires, intérim), coûts de recrutement et de formation des remplaçants, coûts de prise en charge médicale des soignants atteints.
- Coûts indirects : réduction de la productivité liée au présentéisme, augmentation des événements indésirables et de leurs conséquences médicales et médico-légales, détérioration de l'image institutionnelle de l'établissement.

7.3. Conséquences sur la santé individuelle des soignants

- Dépression majeure : le burn-out sévère évolue fréquemment vers un épisode dépressif caractérisé, avec tous les risques que cela implique sur le plan de la santé mentale, du fonctionnement social et du risque suicidaire.
- Troubles anxieux : trouble anxieux généralisé, agoraphobie, trouble panique, phobie sociale — toutes ces entités peuvent se développer ou s'aggraver dans le contexte d'un burn-out non traité.

- Addictions : recours croissant à l'alcool, au tabac, aux anxiolytiques et aux somnifères, voire à des substances illicites dans les situations les plus sévères.
- Complications cardio-vasculaires : l'activation chronique du système nerveux sympathique liée au stress chronique augmente le risque d'hypertension artérielle, d'infarctus du myocarde et d'accidents vasculaires cérébraux à long terme.
- Suicide professionnel : les personnels de santé présentent un risque suicidaire significativement plus élevé que la population générale, risque amplifié par le burn-out et l'accès facilité aux moyens létaux dans le contexte hospitalier.

7.4. Conséquences sociétales

À l'échelle de la société, le burn-out des personnels paramédicaux représente un enjeu de santé publique majeur pour plusieurs raisons. Premièrement, il compromet la disponibilité et la qualité des ressources humaines en santé, au moment où le vieillissement démographique et la transition épidémiologique génèrent des besoins de soins croissants. Deuxièmement, il contribue à la désaffection pour les professions soignantes, aggravant la pénurie de professionnels de santé déjà préoccupante en Algérie [16], [32].

8. Prévention du Burn-out

La prévention du burn-out chez les personnels paramédicaux des urgences chirurgicales est une entreprise complexe et multidimensionnelle, qui ne saurait se réduire à des actions ciblant uniquement les individus. Elle nécessite une approche systémique, s'attaquant simultanément aux déterminants organisationnels qui génèrent l'épuisement et aux ressources individuelles qui permettent d'y résister. Nous distinguons classiquement trois niveaux d'intervention préventive.

8.1. Prévention primaire : agir sur les causes organisationnelles

La prévention primaire vise à modifier les conditions de travail en amont, avant l'apparition de l'épuisement, en réduisant les facteurs de risque organisationnels et en renforçant les facteurs protecteurs collectifs.

a) Optimisation des conditions de travail

- Amélioration des ratios soignant/patient : mise en œuvre progressive de ratios conformes aux recommandations internationales (1 infirmier pour 4 patients dans les services standards, ratios plus favorables dans les urgences critiques).

- Réduction et réglementation des gardes prolongées : limitation de la durée des gardes à 12 heures avec des temps de repos compensateurs garantis, conformément aux meilleures pratiques internationales.
- Amélioration des infrastructures et de l'équipement médical : investissements dans la rénovation des locaux, le renouvellement du matériel et l'ergonomie des postes de travail.
- Réduction de la charge administrative superflue : simplification des procédures documentaires, introduction des outils informatiques permettant de réduire le temps consacré aux tâches non soignantes.

b) Amélioration du management et du soutien institutionnel

- Formation des cadres de santé au leadership bienveillant et au management des équipes en contexte de stress chronique.
- Mise en place de réunions régulières de service permettant l'expression des difficultés et la résolution collective des problèmes.
- Développement de la culture institutionnelle de sécurité : création d'un environnement dans lequel les soignants peuvent signaler les dysfonctionnements sans crainte de sanctions.
- Amélioration de la reconnaissance institutionnelle du travail paramédical : dispositifs de valorisation des compétences, d'évolution de carrière et de reconnaissance symbolique.

c) Renforcement de la formation initiale et continue

- Intégration de modules spécifiques sur la gestion du stress, la prévention du burn-out et le développement de la résilience dans les curricula de formation infirmière.
- Développement de la formation continue en cours d'emploi, adaptée aux besoins spécifiques des personnels des urgences chirurgicales.
- Formation aux techniques de débriefing post-événement traumatisant pour la gestion collective des situations critiques.
- Formation à la communication non violente et à la gestion des conflits interprofessionnels.

8.2. Prévention secondaire : dépistage précoce et intervention ciblée

La prévention secondaire vise à détecter le plus précocement possible les signes d'épuisement professionnel afin d'intervenir avant l'installation du burn-out constitué.

a) Outils de dépistage

- Utilisation régulière et systématique du Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS) auprès des personnels des urgences, à intervalles protocolisés.
- Bilans de santé au travail intégrant une évaluation du bien-être psychologique des soignants, réalisés par les médecins du travail.
- Développement de plateformes numériques d'auto-évaluation anonymes permettant aux soignants de mesurer régulièrement leur niveau de bien-être professionnel.

b) Dispositifs de soutien psychologique

- Création de cellules de soutien psychologique institutionnelles avec accès garanti et confidentiel à des psychologues cliniciens spécialisés dans les problématiques professionnelles.
- Mise en place de groupes de parole et de supervision clinique réguliers dans les services d'urgences, animés par des professionnels formés à cet effet.
- Développement des réseaux de pairs aidants (« collègues de soutien ») formés à l'écoute active et à l'orientation vers les ressources professionnelles appropriées.

c) Programmes de développement des compétences psychosociales

- Formation à la pleine conscience (mindfulness) : des études contrôlées ont démontré l'efficacité des programmes MBSR (Mindfulness Based Stress Reduction) dans la réduction du burn-out chez les professionnels de santé.
- Développement des compétences en régulation émotionnelle : techniques de respiration, relaxation musculaire progressive, cohérence cardiaque.
- Formation à l'établissement de limites professionnelles saines : apprendre à dire non sans culpabilité, à déléguer, à reconnaître ses propres limites comme une force et non une faiblesse.
- Programmes de développement de la résilience : travail sur les ressources personnelles, le sens du travail, les sources de satisfaction et d'épanouissement professionnel.

8.3. Prévention tertiaire : accompagnement du rétablissement et du retour au travail

La prévention tertiaire concerne les soignants qui ont développé un burn-out avéré et vise à favoriser leur rétablissement tout en prévenant la rechute lors du retour au travail.

a) Prise en charge thérapeutique spécialisée

- Psychothérapie individuelle spécialisée adaptée à la nature et à la sévérité du burn-out : thérapies cognitivo-comportementales pour les dimensions dépressives et anxieuses, EMDR pour les composantes traumatiques, thérapie narrative pour le travail sur l'identité professionnelle.
- Traitement pharmacologique adapté des comorbidités psychiatriques (dépression, anxiété) lorsqu'il est cliniquement indiqué.
- Prise en charge des troubles du sommeil, des douleurs chroniques et des autres manifestations somatiques du burn-out.
- Accompagnement par des groupes de soutien entre pairs ayant vécu des expériences comparables.

b) Dispositif de retour progressif au travail

- Protocole de reprise à temps partiel thérapeutique, permettant une réintégration graduelle et protégée dans le milieu professionnel.
- Entretien de retour systématique avec le cadre de santé et le médecin du travail, permettant d'adapter les conditions de la reprise aux capacités du soignant.
- Évitement, dans la mesure du possible, d'un retour immédiat dans les mêmes conditions de travail qui ont généré le burn-out.
- Suivi régulier post-retour pour détecter précocement les signes de rechute et adapter l'accompagnement en conséquence.

La revue de la littérature conduite dans cette partie théorique nous a permis de construire un cadre conceptuel rigoureux et multidimensionnel pour appréhender l'épuisement professionnel chez le personnel des urgences chirurgicales du CHU de Annaba.

Le burn-out est un syndrome psychologique complexe, tridimensionnel — épuisement émotionnel, dépersonnalisation, réduction du sentiment d'accomplissement personnel —, dont la compréhension nécessite d'articuler les perspectives individuelles, organisationnelles et socioculturelles. Son histoire, depuis les premières observations de Freudenberger [5] jusqu'à la reconnaissance officielle par l'OMS en 2019 [13], témoigne d'une évolution conceptuelle progressive vers une approche intégrative et systémique. Ses manifestations cliniques sont

multiples et envahissent progressivement l'ensemble des sphères de la vie du professionnel atteint. Ses conséquences dépassent largement la sphère individuelle pour affecter la qualité et la sécurité des soins [29], [31], [30].

Les facteurs de risque psychosociaux sont multiples : imprévisibilité chronique et pression temporelle, confrontation répétée avec la souffrance et la mort sans soutien psychologique institutionnel, perturbations biologiques liées au travail posté, violence aux urgences, insuffisance des ressources humaines et matérielles et souffrance éthique [16], [33], [32]. Ces spécificités contextuelles constituent autant de facteurs de risque cumulatifs qui, en l'absence d'interventions préventives adaptées, conduisent à des niveaux préoccupants d'épuisement professionnel dans ces services.

Ces acquis théoriques constituent le socle indispensable à l'interprétation des données qui seront recueillies lors de notre investigation empirique et à l'élaboration de recommandations ancrées dans la réalité spécifique des urgences chirurgicales du CHU de Annaba.

Partie Pratique

I. Objectif général

Évaluer la prévalence du burnout chez le personnel des urgences chirurgicales du CHU de Annaba.

Objectifs spécifiques

Mesurer la fréquence du burn-out chez le personnel des urgences chirurgicales à l'aide du Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS) en distinguant ses trois dimensions : épuisement émotionnel, dépersonnalisation et réduction dusentiment d'accomplissement personnel.

Analyser les facteurs socio-démographiques et professionnels associés.

Proposer des recommandations concrètes et contextualisées visant à prévenir l'épuisement professionnel et à améliorer les conditions de travail du personnel des urgences chirurgicales.

(L'ensemble des références bibliographiques, parties théorique et pratique confondues, est regroupé en une liste unique numérotée en fin de document.)

II. Matériel et Méthodes

II.1. Introduction méthodologique

Ce chapitre présente l'ensemble de la démarche méthodologique adoptée dans le cadre de ce travail de recherche portant sur l'épuisement professionnel (burn-out) au sein du service des urgences chirurgicales du Centre Hospitalo-Universitaire (CHU) de Annaba. Il détaille successivement le cadre et le type de l'étude, la population concernée, les critères de sélection des participants, les variables étudiées, l'instrument de collecte des données ainsi que les considérations éthiques ayant encadré le déroulement de l'enquête.

La rigueur de cette démarche méthodologique conditionne directement la validité et la fiabilité des résultats qui seront présentés et discutés dans les chapitres suivants. C'est pourquoi une attention particulière a été portée à la définition précise de chaque étape du protocole de recherche, depuis le choix du terrain d'étude jusqu'aux modalités de traitement statistique des données recueillies.

II.2. Cadre de l'étude

Cette étude s'est déroulée au Centre Hospitalo-Universitaire de Annaba, l'un des principaux établissements hospitalo-universitaires de l'Est algérien. Le CHU assure des missions de soins, d'enseignement et de recherche et constitue un centre de référence accueillant des patients provenant de la wilaya de Annaba ainsi que des wilayas limitrophes. À ce titre, il occupe une position stratégique dans l'organisation des soins de la région, en particulier pour la prise en charge des pathologies chirurgicales urgentes qui nécessitent un plateau technique spécialisé et un personnel qualifié disponible en permanence.

II.1.1. Le service des urgences chirurgicales

Le service des urgences chirurgicales représente l'une des structures les plus sollicitées de l'établissement. Il assure une permanence des soins vingt-quatre heures sur vingt-quatre et sept jours sur sept. Son activité consiste à recevoir les patients présentant des urgences traumatologiques, abdominales, vasculaires, thoraciques ou toute autre pathologie nécessitant une prise en charge chirurgicale rapide.

Le fonctionnement du service repose sur une collaboration multidisciplinaire impliquant plusieurs catégories professionnelles, notamment les médecins, les résidents, les infirmiers, les aides-soignants, les agents de soins ainsi que le personnel paramédical. Cette diversité

professionnelle nécessite une coordination permanente afin d'assurer une prise en charge rapide et efficace des patients.

Le rythme de travail est particulièrement soutenu en raison de l'afflux permanent de patients, de l'imprévisibilité des urgences, des gardes de nuit, des horaires prolongés et de la nécessité de prendre des décisions thérapeutiques dans des délais très courts. Ces conditions de travail exposent les professionnels à un niveau élevé de stress chronique pouvant favoriser le développement d'un épuisement professionnel.

Par ailleurs, les urgences chirurgicales sont caractérisées par une forte pression psychologique liée à la gravité de certaines situations cliniques, au risque vital encouru par les patients, aux attentes des familles ainsi qu'à la responsabilité importante qui incombe aux professionnels de santé. L'accumulation de ces contraintes physiques, organisationnelles et émotionnelles constitue un terrain propice à l'apparition du burn-out.

II.1.2. Organisation et ressources humaines du service

L'organisation interne du service repose sur un système de rotation en équipes permettant d'assurer la continuité des soins jour et nuit, y compris les week-ends et jours fériés. Cette organisation en gardes et astreintes, si elle est indispensable au fonctionnement continu du service, constitue également l'un des facteurs organisationnels les plus fréquemment associés au risque de burn-out dans la littérature relative à la santé au travail, en raison de la perturbation des rythmes biologiques et de la vie sociale et familiale qu'elle engendre.

Le service dispose par ailleurs d'un box de déchocage, des salles d'examen et de petite chirurgie, ainsi que d'un accès direct au bloc opératoire d'urgence, ce qui implique une interaction constante entre les différentes catégories professionnelles et une charge cognitive importante liée à la gestion simultanée de plusieurs dossiers de patients.

II.3. Type et période de l'étude

Il s'agit d'une étude épidémiologique descriptive prospective réalisée auprès du personnel exerçant au sein du service des urgences chirurgicales du CHU de Annaba, durant une période de 06mois allant de Janvier à Juin 2026.

Le choix d'une étude prospective permet de recueillir les données directement auprès des participants au cours de la période d'étude, à l'aide d'un questionnaire standardisé.

Durant cette période, les questionnaires ont été distribués individuellement aux professionnels répondant aux critères d'inclusion. Les données ont été recueillies après information des participants sur les objectifs de l'étude et obtention de leur consentement.

Le caractère descriptif de cette étude vise à dresser un état des lieux du niveau d'épuisement professionnel au sein du service, tandis que son aspect analytique permettra d'étudier les relations existantes entre les caractéristiques socio-démographiques, les conditions de travail et les différentes dimensions du burn-out évaluées par le Maslach Burnout Inventory (MBI). Il convient de préciser que, bien que la collecte des données se soit déroulée de manière prospective, l'observation des variables reste réalisée à un instant donné pour chaque participant ; le devis d'étude s'apparente ainsi, sur le plan de l'analyse statistique, à une coupe transversale (« cross-sectional ») portant sur une cohorte de recrutement prospectif.

II.4. Population étudiée

La population cible de cette étude est constituée de l'ensemble des professionnels exerçant au sein du service des urgences chirurgicales du Centre Hospitalo-Universitaire d'Annaba. Cette population comprend les différentes catégories de personnel impliquées directement dans la prise en charge des patients, notamment les médecins, les infirmiers diplômés d'État, les aides-soignants, les agents de soins ainsi que les autres personnels paramédicaux participant aux activités quotidiennes du service.

Le choix d'inclure l'ensemble des catégories professionnelles repose sur le fait que le burn-out ne concerne pas exclusivement les médecins. En effet, chaque professionnel de santé est confronté à des contraintes spécifiques liées à son activité, telles que la surcharge de travail, les horaires prolongés, les gardes répétées, la confrontation à la souffrance des patients, les situations d'urgence vitale ainsi que les exigences organisationnelles du service.

L'effectif total retenu pour cette étude est de 128 professionnels de santé exerçant au sein des urgences chirurgicales du CHU de Annaba, sur une population initiale de 132 professionnels sollicités, représentant l'ensemble des personnels répondant aux critères d'inclusion durant la période de l'enquête.

L'objectif est d'obtenir une vision globale du niveau d'épuisement professionnel au sein du service et d'identifier les catégories professionnelles les plus exposées ainsi que les facteurs susceptibles d'influencer le développement du burn-out.

II.5. Critères d'inclusion

Afin d'assurer l'homogénéité de la population étudiée, plusieurs critères d'inclusion ont été définis. Ont été inclus dans cette étude :

Le personnel médicale et paramédicale toute catégorie, exerçant au niveau du service des urgences chirurgicales du CHU de Annaba au moment de l'enquête ; les médecins spécialistes, médecins résidents, médecins généralistes, infirmiers, aides-soignants, agents de soins et autres personnels paramédicaux participant directement aux soins ;

- Les professionnels ayant une ancienneté d'une année au sein des urgences chirurgicales;
- Les professionnels présents durant la période de collecte des données ;
- Les participants ayant accepté volontairement de répondre au questionnaire après avoir été informés des objectifs de l'étude.

La participation reposait sur le principe du volontariat. Aucun participant n'a été contraint de répondre au questionnaire, conformément aux principes éthiques de la recherche scientifique.

II.6. Critères d'exclusion

N'ont pas été retenus dans cette étude :

Les professionnels absents durant toute la période de collecte des données (congé annuel, congé maladie, disponibilité ou mutation) ;

- Le personnel administratif et technique;
- Les stagiaires ou étudiants en formation dont la présence dans le service était temporaire ;
- Les professionnels ayant refusé de participer à l'étude ou n'ayant pas donné leur consentement.
- Les travailleurs ayant moins d'une année d'ancienneté.

Ces critères ont permis de garantir la qualité des données recueillies et de limiter les biais pouvant influencer les résultats.

II.7. Méthode d'échantillonnage et procédure de collecte

Le recrutement des participants a été réalisé selon une méthode d'échantillonnage exhaustive. Cette méthode consiste à inclure tous les professionnels répondant aux critères d'inclusion durant la période de l'étude, sans procéder à un tirage au sort. Ce choix méthodologique est

particulièrement adapté lorsque la population étudiée est de taille limitée et facilement identifiable, comme c'est le cas dans le service des urgences chirurgicales du CHU d'Annaba.

La distribution des questionnaires a été réalisée directement auprès des professionnels sur leur lieu de travail. Chaque participant disposait du temps nécessaire pour compléter le questionnaire dans des conditions garantissant la confidentialité de ses réponses. Dans la mesure du possible, la distribution a été échelonnée sur l'ensemble des vacations (matin, après-midi, nuit) et des jours de la semaine, de façon à limiter un éventuel biais lié à la disponibilité différentielle des professionnels selon leur poste de travail.

Cette taille d'échantillon offre une puissance descriptive suffisante pour mettre en évidence les tendances générales concernant l'épuisement professionnel et identifier les principaux facteurs associés au burn-out chez les personnels des urgences chirurgicales.

II.8. Variables étudiées

Afin d'atteindre les objectifs de cette recherche, plusieurs variables ont été étudiées, regroupées en quatre grandes catégories : les caractéristiques sociodémographiques, les caractéristiques professionnelles, les facteurs de stress professionnels et les dimensions de l'épuisement professionnel évaluées par le Maslach Burnout Inventory (MBI).

II.8.1. Variables socio-démographiques

Âge, sexe, situation matrimoniale, nombre d'enfants, niveau d'instruction. Ces informations permettent d'étudier l'influence des caractéristiques personnelles sur le risque de burn-out.

II.8.2. Variables professionnelles

Profession, ancienneté dans la profession et au sein du service, type d'activité, nombre d'heures travaillées par semaine, nombre de gardes par mois, travail de nuit, participation aux gardes de week-end et perception de la charge de travail.

II.8.3. Facteurs de stress professionnels

Surcharge de travail, insuffisance des effectifs, afflux de patients, prise en charge des urgences vitales, manque de matériel, conflits avec les collègues ou la hiérarchie, difficultés de communication, agressions, gardes répétées, horaires prolongés, manque de repos, interruptions fréquentes et responsabilités liées aux décisions médicales.

II.8.4. Dimensions de l'épuisement professionnel (MBI)

Les trois dimensions du modèle tridimensionnel de Maslach — épuisement émotionnel, dépersonnalisation et accomplissement personnel — mesurées à l'aide du Maslach Burnout Inventory, font l'objet d'une présentation détaillée en Partie IV du présent document.

II.9. Instrument de collecte des données

La collecte des données a été réalisée par interview directe. Les entretiens ont été menés auprès de 128 travailleurs par interview directe des employés du service des urgences chirurgicales ayant participé à l'étude. Après consentement verbal à la participation à l'étude, les travailleurs sont soumis au questionnaire MBI. En moyenne, les entretiens de l'étude, à l'aide du questionnaire, ont duré 15 min. Le questionnaire est constitué de deux parties : une fiche technique recueillant les données sociodémographiques, professionnelles ainsi que les principaux facteurs de stress et conséquences, et le Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS), instrument de référence internationale pour l'évaluation de l'épuisement professionnel chez les professionnels de santé.

II.10. Description du questionnaire

Le questionnaire comprend quatre grandes rubriques : les données sociodémographiques (âge, sexe, situation familiale, profession, ancienneté), les caractéristiques professionnelles (rythme de travail, gardes, charge de travail), les facteurs de stress et conséquences, et enfin le MBI-HSS (22 items cotés de 0 à 6), qui mesure l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et l'accomplissement personnel.

L'interprétation des résultats repose sur les seuils recommandés par Maslach et Jackson, distinguant un niveau faible, modéré et élevé pour chacune des trois sous-échelles.

II.11. Traitement et analyse statistique des données

Les données ont fait l'objet d'une saisie informatique et d'un contrôle de cohérence avant l'analyse statistique.

La saisie et l'analyse statistique des données ont été réalisées à l'aide du logiciel IBM SPSS Statistics, version 26(2019).

II.12. Considérations éthiques

La participation à l'étude était entièrement volontaire et anonyme. Le consentement libre et éclairé des participants a été obtenu avant leur inclusion. Aucun élément permettant

l'identification des participants n'a été recueilli, et les données ont été traitées de manière strictement confidentielle et utilisées uniquement à des fins scientifiques.

II.13. Limites méthodologiques de l'étude

Caractère monocentrique de l'étude : la généralisation des résultats à d'autres établissements doit rester prudente.

Absence de médecins dans l'échantillon : bien que cette catégorie figurât parmi les critères d'inclusion, aucun médecin n'a répondu au questionnaire durant la période de collecte, de sorte que les résultats reflètent le vécu du personnel paramédical et administratif/technique, mais non celui du personnel médical.

Devis transversal : la mesure des variables est réalisée à un instant T, ce qui ne permet pas d'établir de lien de causalité certain, seulement des associations statistiques.

Biais de désirabilité sociale et de déclaration, inhérents au format d'interview directe, en particulier pour les items les plus sensibles (conduites addictives, pensées suicidaires, regret du métier).

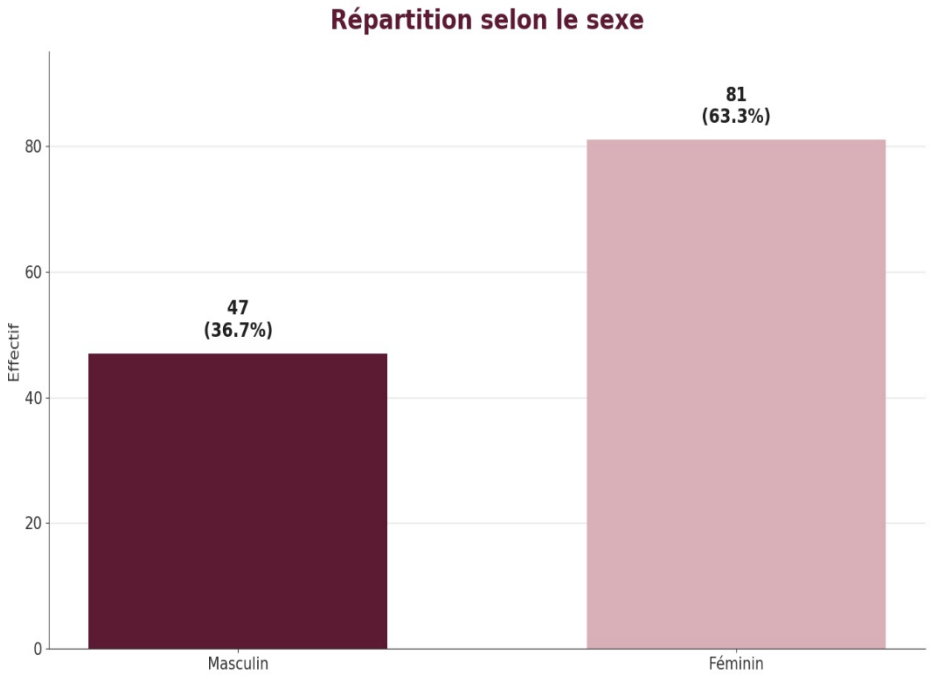
Incomplétude de certaines données : une incohérence a été relevée entre l'effectif total (n = 128) et la somme des effectifs de la variable « horaire de travail hebdomadaire » (n = 131), à vérifier à partir des questionnaires sources.

III. Résultat

La population étudiée comprend N = 128 professionnels de santé exerçant au sein du service des urgences chirurgicales du CHU de Annaba.

III.1. Caractéristiques socio-démographiques

III.1.1. Sexe



Graphe 1 : Répartition selon sexe des travailleurs du service des urgences chirurgicales CHU Annaba, 2026

Analyse et discussion

L'échantillon étudié est composé de 128 professionnels de santé, avec une nette prédominance féminine : 81 femmes (63,3%) contre 47 hommes (36,7%), soit un sex-ratio de près de deux femmes pour un homme. Cette distribution reflète la structure classique des effectifs hospitaliers, notamment dans les filières de soin (infirmiers, aides-soignants, panseuses) où les femmes sont historiquement surreprésentées.

Cette prédominance féminine constitue un élément à ne pas négliger dans la discussion du burn-out. Plusieurs travaux suggèrent que les femmes, bien que ne présentant pas systématiquement des scores globaux de burn-out plus élevés que les hommes, tendent à rapporter davantage d'épuisement émotionnel, tandis que les hommes affichent parfois des scores de dépersonnalisation plus marqués.

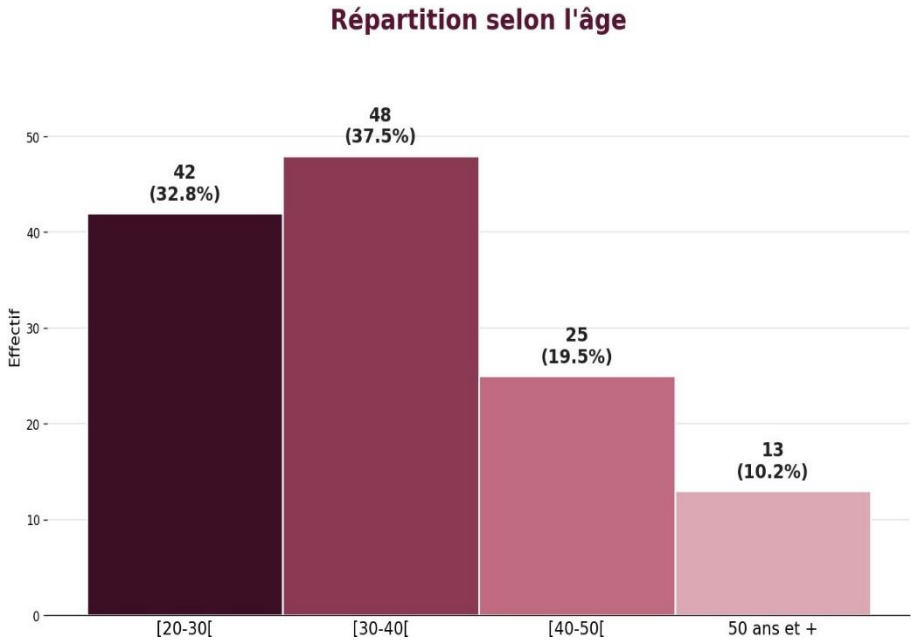
Sur le plan organisationnel, cette composition très féminisée de l'échantillon invite à interroger, lors de l'analyse bivariée, l'articulation entre les contraintes horaires du service et la charge domestique assumée par les professionnelles, cette « double journée » étant identifiée dans la littérature comme un facteur de risque additionnel d'épuisement chez les femmes exerçant des métiers de la relation d'aide.

Comparaison avec la littérature

La prédominance féminine observée ici (63,3%) est cohérente avec la plupart des enquêtes menées dans des structures d'urgence ou de réanimation maghrébines, où le sexe-ratio est également orienté vers les femmes [37][39], en lien avec la forte représentation féminine parmi les infirmiers et aides-soignants. Elle contraste toutefois avec certaines études d'anesthésie-réanimation où la présence de médecins spécialistes majoritairement masculins équilibre davantage l'échantillon [38][40].

Sur le plan clinique, les données de la littérature restent partagées quant à l'effet du sexe sur les scores du MBI : l'étude tunisienne portant sur les soins de fin de vie a par exemple mis en évidence un niveau de burn-out légèrement plus élevé chez les hommes que chez les femmes [41], ce qui invite à ne pas considérer la féminisation de l'échantillon comme un facteur de risque univoque.

III.1.2. Âge



Graphe 2 : Répartition selon âge des travailleurs du service des urgences chirurgicales CHU Annaba, 2026

Analyse et discussion

La répartition par âge révèle une population globalement jeune : 70,3% de l'échantillon a moins de 40 ans, la tranche 30-40 ans étant la plus représentée (37,5%). À l'inverse, seuls 10,2% des sujets ont 50ans ou plus.

Sur le plan théorique, l'âge est une variable classiquement associée au risque de burn-out, mais de façon paradoxale : plusieurs études montrent que les professionnels les plus jeunes présentent souvent des niveaux d'épuisement plus élevés, du fait d'un effet de « choc de la réalité ». À l'inverse, les professionnels plus âgés bénéficient généralement de stratégies de coping plus élaborées, sans exclure un phénomène d'usure cumulative à long terme.

Cette structure d'âge relativement jeune est cohérente avec le profil d'ancienneté observé plus loin, où plus de la moitié des enquêtés déclarent une ancienneté inférieure à dix ans, dessinant le profil d'une population encore en phase de construction de son identité professionnelle.

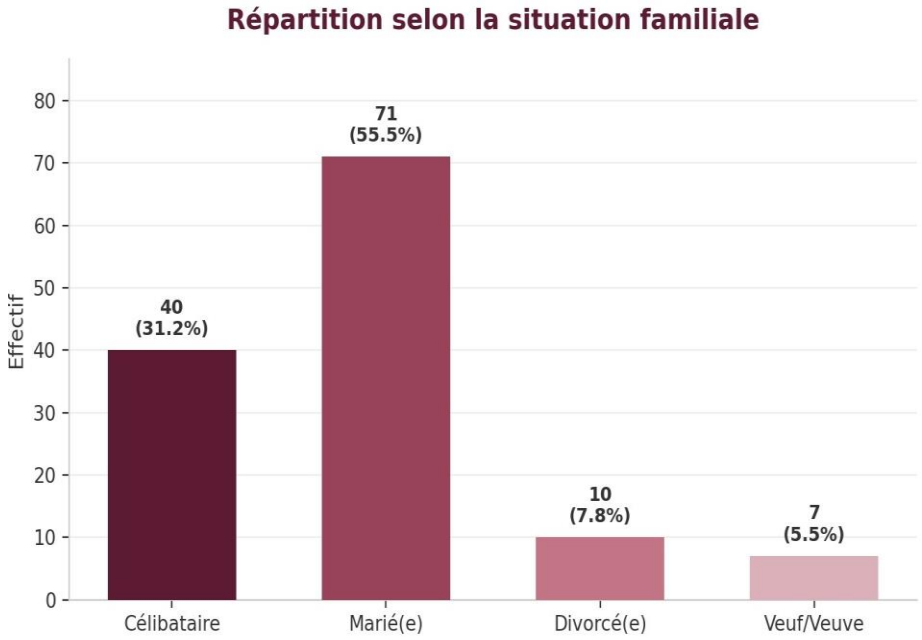
Comparaison avec la littérature

La jeunesse relative de l'échantillon (70,3% de moins de 40 ans) rejoint le profil rapporté dans plusieurs enquêtes maghrébines comparables, où l'âge moyen des professionnels interrogés se situe le plus souvent entre 26 et 31 ans dans les services d'urgence et de formation médicale [36][37], et autour de 29 ans dans un CHU marocain plus généraliste [39].

Cette convergence peut s'expliquer par le renouvellement rapide des effectifs dans les services à forte pénibilité, où le personnel plus âgé tend à s'orienter vers des postes moins exposés.

Elle confirme aussi la pertinence de l'hypothèse du « choc de la réalité » déjà évoquée : dans l'étude portant sur les médecins en formation de Casablanca, la jeunesse des participants était précisément associée à une sévérité accrue du burn-out [37], ce qui plaide pour une vigilance particulière envers les professionnels les plus jeunes du service d'Annaba.

II.1.3. Situation familiale



Graphe 3 : Répartition selon situation familiale des travailleurs du service des urgences chirurgicales CHU Annaba, 2026

Analyse et discussion

Plus de la moitié des enquêtés sont mariés (55,5%), suivis par les célibataires (31,3%). Les personnes divorcées (7,8%) et veuves (5,5%) représentent des proportions minoritaires mais non négligeables.

Le mariage et la vie de famille peuvent constituer un facteur protecteur, en offrant un soutien social et affectif susceptible d'atténuer les effets du stress professionnel. À l'inverse, la charge mentale liée à la vie familiale peut générer un conflit travail-famille, facteur de risque robuste de burn-out chez les professionnels soumis à des horaires atypiques ou à des gardes.

Les situations de rupture du lien conjugal (divorce, veuvage), bien que minoritaires (13,3% cumulés), méritent une attention particulière : la perte du soutien social qu'apportait le conjoint peut priver le professionnel d'une ressource de coping essentielle face aux exigences du travail.

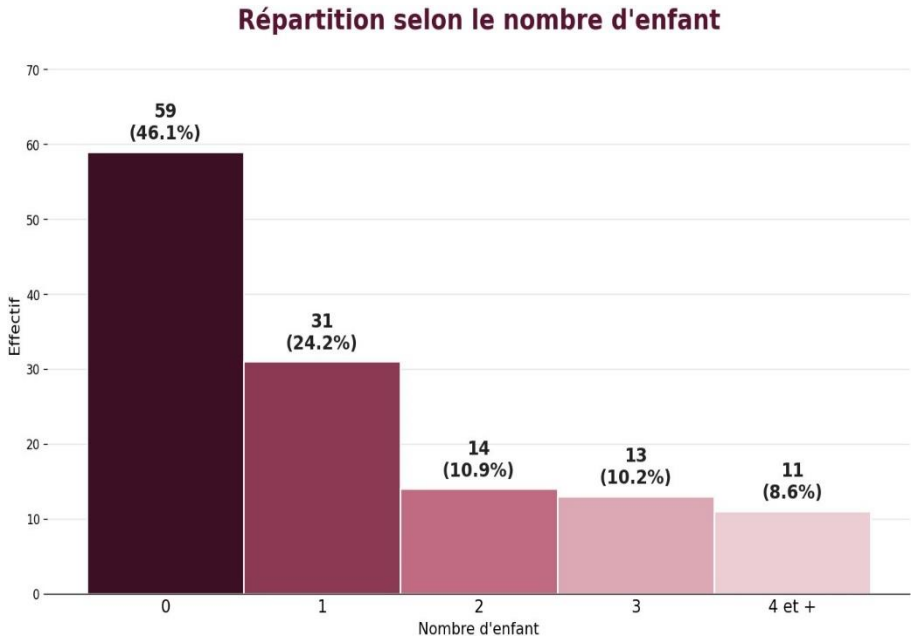
Comparaison avec la littérature

La proportion de travailleurs mariés observée ici (55,5%) est nettement inférieure à celle rapportée dans l'étude tunisienne multicentrique sur le personnel d'anesthésie-réanimation, où plus de 83% des participants étaient mariés, souvent avec plusieurs enfants à charge [40]. Cet écart peut refléter la structure d'âge plus jeune de notre population, une part importante du

personnel n'ayant pas encore atteint l'âge du mariage le plus fréquent dans son contexte socioculturel.

Sur le plan de l'association avec le burn-out, les résultats de la littérature restent hétérogènes : si le mariage est généralement présenté comme un facteur de soutien social protecteur, l'étude tunisienne relève, chez le personnel marié et chargé de famille, une exposition simultanée à des contraintes domestiques qui peut, à l'inverse, majorer le risque de conflit travail-famille [40], confirmant l'intérêt de croiser cette variable avec les scores du MBI plutôt que de l'interpréter isolément.

II.1.4. Nombre d'enfant



Graphe 4 : Répartition selon le nombre d'enfant des travailleurs du service des urgences chirurgicales CHU Annaba, 2026

Analyse et discussion

Près de la moitié des professionnels enquêtés n'ont pas d'enfant (46,1%), tandis que 24,2% en ont un seul. Les professionnels ayant deux enfants ou plus représentent une minorité substantielle (29,7% cumulés), dont 8,6% avec quatre enfants ou plus.

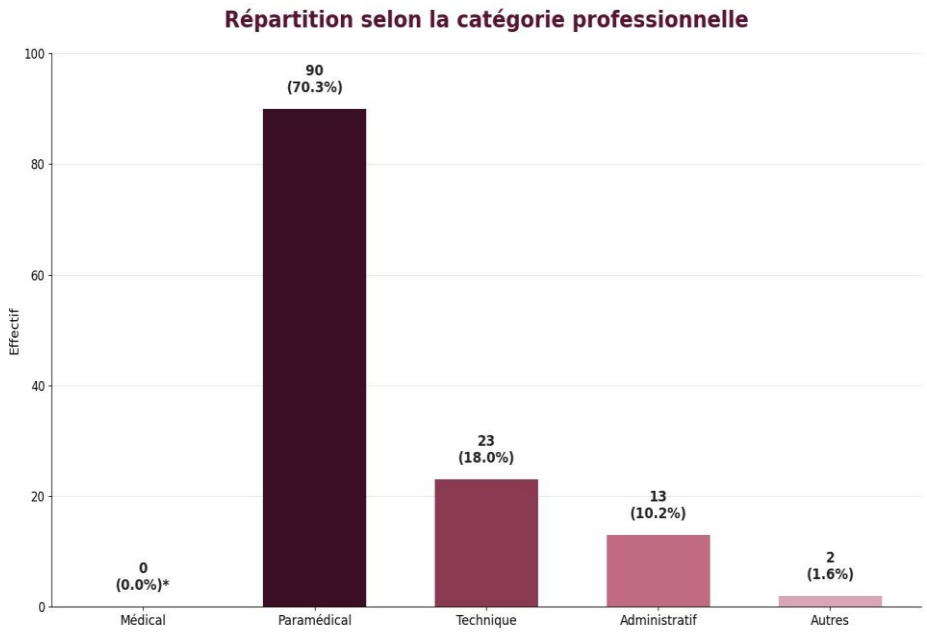
Cette distribution est cohérente avec la structure d'âge globalement jeune de l'échantillon (70,3% de moins de 40 ans) : une part importante du personnel n'a pas encore fondé de famille nombreuse. La charge parentale constitue néanmoins un facteur à prendre en compte dans l'analyse du burn-out, dans la mesure où elle peut à la fois représenter une source de soutien

affectif et une charge mentale supplémentaire, en particulier chez les professionnels soumis à des horaires de garde irréguliers.

Comparaison avec la littérature

La littérature sur l'association entre charge parentale et burn-out chez les professionnels de santé demeure hétérogène : certains travaux rapportent un effet protecteur de la parentalité, quand d'autres soulignent un risque accru de conflit travail-famille chez les professionnels ayant plusieurs enfants à charge, notamment lorsque le travail posté ou les gardes fréquentes compliquent l'organisation de la vie familiale. Ce constat plaide pour une interprétation prudente de cette variable, qui gagnerait à être croisée avec les scores du MBI lors de l'analyse bivariée.

II.1.5. Catégorie professionnelle



Graphe 5 : Répartition selon la catégorie professionnelle des travailleurs du service des urgences chirurgicales CHU Annaba, 2026

Aucun médecin n'a répondu au questionnaire malgré son inclusion dans les critères d'éligibilité (cf. II.13, Limites méthodologie L'absence de participation des médecins s'explique principalement par leurs contraintes professionnelles et leur charge de travail, a limité leur disponibilité durant la période de collecte des données.

Analyse et discussion

Sur les 128 professionnels de l'échantillon, aucun médecin n'a répondu au questionnaire, alors que cette catégorie figurait parmi les critères d'inclusion, d'où les 0% observés pour la catégorie médicale (*). La répartition se limite donc, pour l'essentiel, aux catégories paramédicale (70,3%), technique (18,0%) et administrative (10,2%) ; la catégorie « Autres » (1,6%) regroupe des psychologues de l'échantillon, dont le profil atypique par rapport aux trois autres catégories ne permettait pas de les y inclure. Au sein de la catégorie paramédicale, le personnel paramédical de première ligne domine largement l'échantillon : les aides-soignants représentent à eux seuls près d'un tiers (32,8%), suivis par les infirmiers (14,1%) — soit près de 47% des sujets réunis. Ces deux catégories cumulent le plus de facteurs de risque du burn-out : contact direct et prolongé avec les patients, exposition répétée à la souffrance et à la mort, charge physique importante et forte sollicitation émotionnelle.

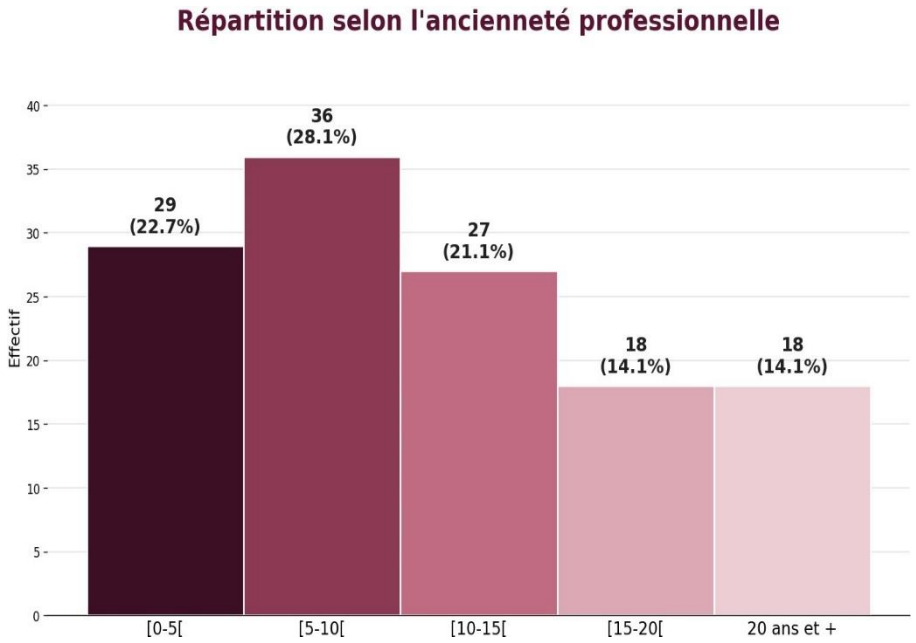
Les autres catégories, bien que représentées en plus petits effectifs, ne doivent pas être négligées : les agents d'autoclave (10,9%) et les agents de sécurité (10,2%) sont exposés à des contraintes spécifiques (risques biologiques et chaleur pour les premiers, violence et agressivité pour les seconds). La diversité des postes représentés constitue une richesse pour l'analyse comparative des scores de burn-out entre catégories professionnelles.

Comparaison avec la littérature

La prédominance des aides-soignants et infirmiers de première ligne dans l'échantillon (près de 47% des effectifs cumulés) rejoint les constats de plusieurs études maghrébines selon lesquelles ce sont les infirmiers et le personnel en contact direct et prolongé avec les patients qui présentent les scores de burn-out les plus sévères, davantage que les médecins seniors [36][38]. Dans l'enquête tunisienne d'anesthésie-réanimation, les infirmiers diplômés d'État étaient ainsi le sous-groupe le plus touché par un burn-out modéré à sévère (72,3% des cas), devant les infirmiers anesthésistes et les médecins [40].

De même, l'analyse multivariée réalisée dans les quatre CHU marocains d'anesthésie-réanimation identifiait les résidents et les infirmiers comme les catégories les plus exposées [38]. Ce constat conforte l'hypothèse formulée pour le service d'Annaba selon laquelle la composition professionnelle de l'échantillon, dominée par le personnel paramédical de première ligne, constitue en soi un facteur d'exposition au risque de burn-out.

II.1.6. Ancienneté professionnelle



Graphe 6:Répartition selon ancienneté professionnelle des travailleurs du service des urgences chirurgicales CHU Annaba, 2026

Analyse et discussion

Plus de la moitié des enquêtés (50,8%) ont une ancienneté comprise entre 1 et 10 ans. Selon le modèle du déséquilibre effort-récompense [27] du burn-out, le syndrome résulte d'un processus progressif d'usure lié à l'exposition cumulée aux facteurs de stress ; les professionnels qui ont une ancienneté intermédiaire (6-15 ans), qui représentent près de la moitié de l'échantillon, se situent typiquement dans la période où l'écart entre efforts investis et récompenses perçues devient le plus sensible.

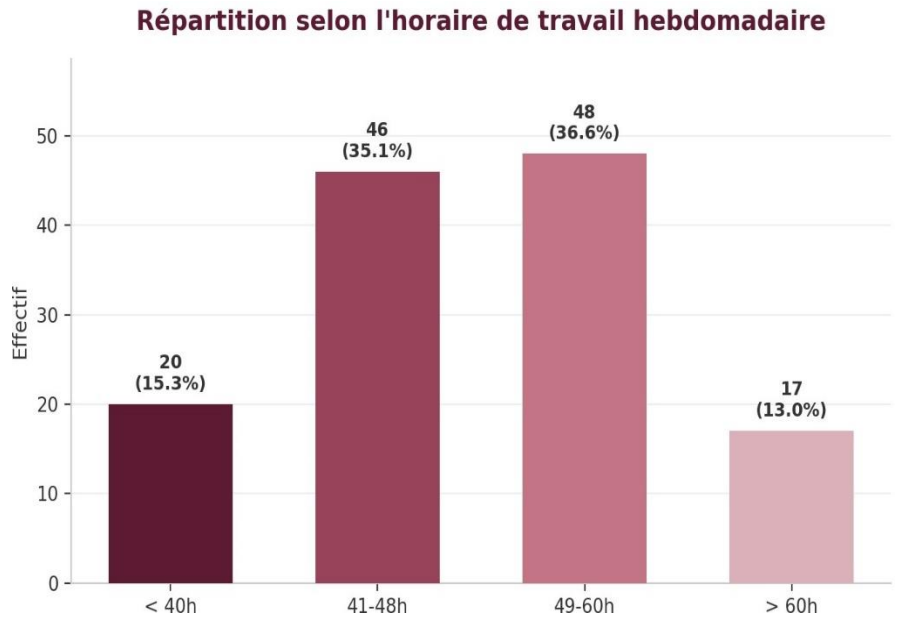
À l'autre extrémité, les professionnels totalisant 20 ans d'ancienneté ou plus (14,1%) présentent un profil contrasté : une expérience et des stratégies d'adaptation plus élaborées, mais aussi un risque d'usure cumulative lié à des décennies d'exposition répétée aux mêmes contraintes.

Comparaison avec la littérature

La proportion importante de professionnels d'ancienneté intermédiaire (50,8% entre 1 et 10 ans) rejoint la structure observée dans l'étude tunisienne d'anesthésie-réanimation, où l'ancienneté restait concentrée sur les tranches courtes à intermédiaires chez la majorité des infirmiers, à la différence des médecins anesthésistes-réanimateurs plus souvent expérimentés [40].

Le lien entre ancienneté et burn-out demeure toutefois discuté dans la littérature : une étude malgache menée auprès de médecins hospitalo-universitaires n'a pas retrouvé d'association statistiquement significative entre l'ancienneté et la survenue du syndrome, à la différence du titre professionnel qui restait, lui, significativement lié à l'épuisement émotionnel [44]. Ce résultat invite à la prudence dans l'interprétation univariée de l'ancienneté observée à Annaba et justifie de la croiser, comme prévu en III.12, avec le poste occupé plutôt que de la considérer isolément comme facteur de risque ou de protection.

II.1.7. Horaire de travail hebdomadaire



Graphe 7:Répartition selon horaire de travail hebdomadaire des travailleurs du service des urgences chirurgicales CHU Annaba, 2026

Analyse et discussion

Près de 85% de l'échantillon dépasse le seuil de 40 heures hebdomadaires, et 13% dépassent même 60 heures. La durée excessive du temps de travail est l'un des facteurs de risque les mieux documentés du burn-out, le modèle

Demandes-Ressources au travail expliquant ce phénomène par un déséquilibre entre des demandes professionnelles élevées et des ressources insuffisantes.

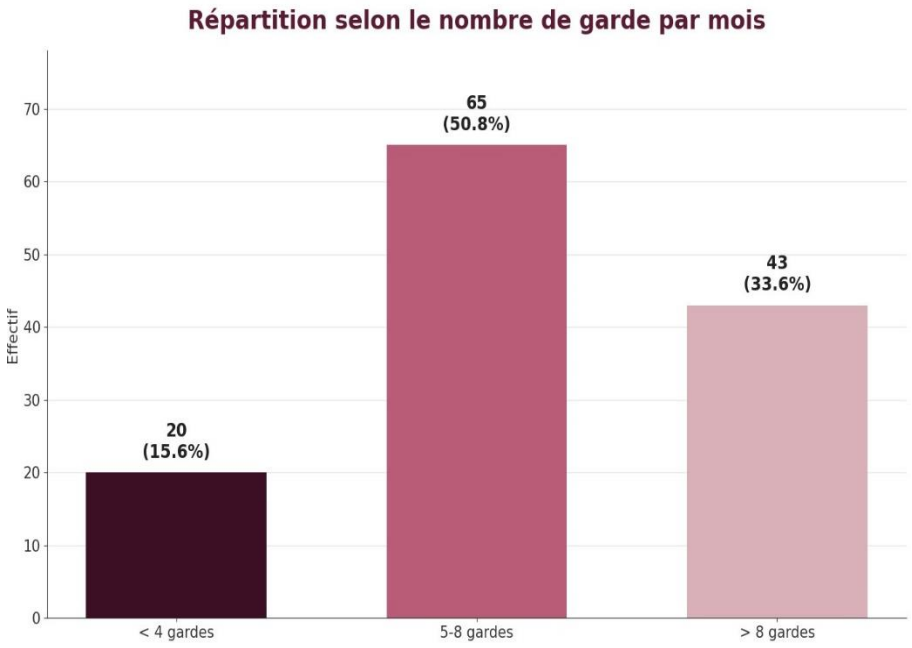
Près de la moitié des répondants (49,6%, en cumulant les tranches « 49-60h » et « > 60h ») se situent au-delà du seuil de 48 heures hebdomadaires recommandé au niveau international pour les professionnels de santé, ce qui constitue un indicateur d'alerte majeur, à mettre en lien direct avec les scores d'épuisement émotionnel du MBI (Partie IV).

Comparaison avec la littérature

La proportion de professionnels dépassant 45 heures hebdomadaires à Annaba est comparable à celle rapportée dans l'étude menée au service des urgences du CHU Ibn Rochd de Casablanca, où 49,3% des soignants déclaraient également travailler plus de 45 heures par semaine [36], suggérant une surcharge horaire structurelle commune aux services d'urgence de la région, au-delà du seul contexte local.

Cette convergence conforte l'hypothèse d'un déséquilibre chronique entre les demandes professionnelles et les ressources humaines disponibles, déjà décrit dans le modèle de Bakker et Demerouti et retrouvé comme facteur associé au burn-out dans plusieurs enquêtes maghrébines portant sur des services à forte pénibilité [36][38][40]. Le dépassement du seuil de 48 heures hebdomadaires pour près de la moitié de l'échantillon d'Annaba apparaît ainsi comme un indicateur d'alerte cohérent avec les données régionales disponibles, plus que comme une singularité locale.

II.1.8. Nombre de gardes par mois



Graphe 8:Répartition selon nombre de garde par mois des travailleurs du service des urgences chirurgicales CHU Annaba, 2026

Analyse et discussion

Un tiers de l'échantillon (33,6%) effectue plus de 8 gardes par mois, soit en moyenne une garde tous les trois à quatre jours. Les gardes perturbent le rythme circadien et la qualité du sommeil, deux éléments essentiels à la récupération ; c'est précisément le manque de récupération entre les périodes de sollicitation intense qui favorise le passage d'une fatigue normale à un épuisement pathologique chronique.

Ce résultat fait écho direct aux données déjà présentées sur l'horaire hebdomadaire : la combinaison d'une charge horaire élevée et d'une fréquence de garde soutenue dessine, pour près d'un tiers de l'échantillon, un profil d'exposition cumulée aux contraintes temporelles particulièrement défavorable, cohérent avec le concept de charge allostatique.

Comparaison avec la littérature

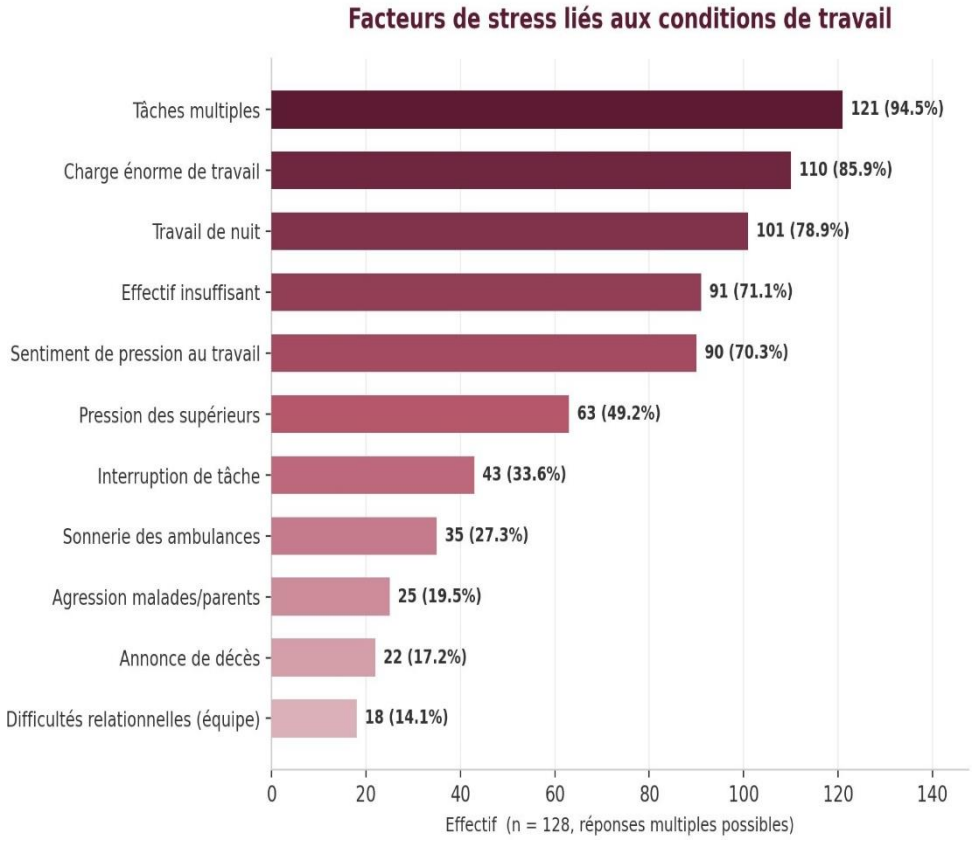
La fréquence de garde relevée ici (33,6% de l'échantillon assurant plus de 8 gardes par mois) est très proche de celle rapportée dans l'étude du service d'accueil des urgences du CHU Ibn Rochd, où 33,3% des soignants assuraient également au moins 8 gardes mensuelles [36]. Cette similitude, obtenue dans deux services d'urgence de contextes hospitaliers maghrébins distincts, suggère que la fréquence de garde soutenue constitue une caractéristique structurelle des services d'urgence de la région plutôt qu'une spécificité du CHU de Annaba.

Elle renforce l'intérêt de considérer, comme le propose Massou et al., la combinaison charge horaire/fréquence de garde comme un facteur de risque conjoint plutôt que comme deux variables indépendantes [38], hypothèse qui rejoint directement la lecture croisée déjà proposée dans la présente analyse.

III.2. Facteurs de stress liés aux conditions de travail

III.2.1. Facteurs de stress professionnel

Question à réponses multiples posée aux 128 participants ; chaque professionnel pouvait cocher plusieurs facteurs perçus comme sources de stress dans son activité.



Graphe 9:Facteurs de stress liés aux conditions de travail des travailleurs du service des urgences chirurgicales CHU Annaba, 2026 (n = 128, réponses multiples)

Analyse et discussion

Les résultats font apparaître un profil de stress professionnel dominé par la charge de travail : « tâches multiples » (94,5%), « charge énorme de travail » (85,9%) et « travail de nuit » (78,9%) arrivent très largement en tête, suivis par un « effectif insuffisant » perçu par 71,1% des répondants. Ce faisceau converge parfaitement avec le modèle Demandes-Ressources au travail (Bakker & Demerouti) : des exigences professionnelles très élevées conjuguées à des ressources humaines perçues comme insuffisantes créent un terrain particulièrement propice à l'épuisement émotionnel.

Le « sentiment de pression au travail » (70,3%) et la « pression des supérieurs » (49,2%) traduisent une dimension davantage organisationnelle et hiérarchique du stress, cohérente avec le modèle du déséquilibre efforts-récompenses de Siegrist. Les facteurs à forte charge émotionnelle — agression des malades (19,5%), annonce de décès (17,2%), sonnerie des ambulances (27,3%) — sont moins fréquemment cités en proportion, mais restent cliniquement significatifs, typiques du contexte des urgences chirurgicales.

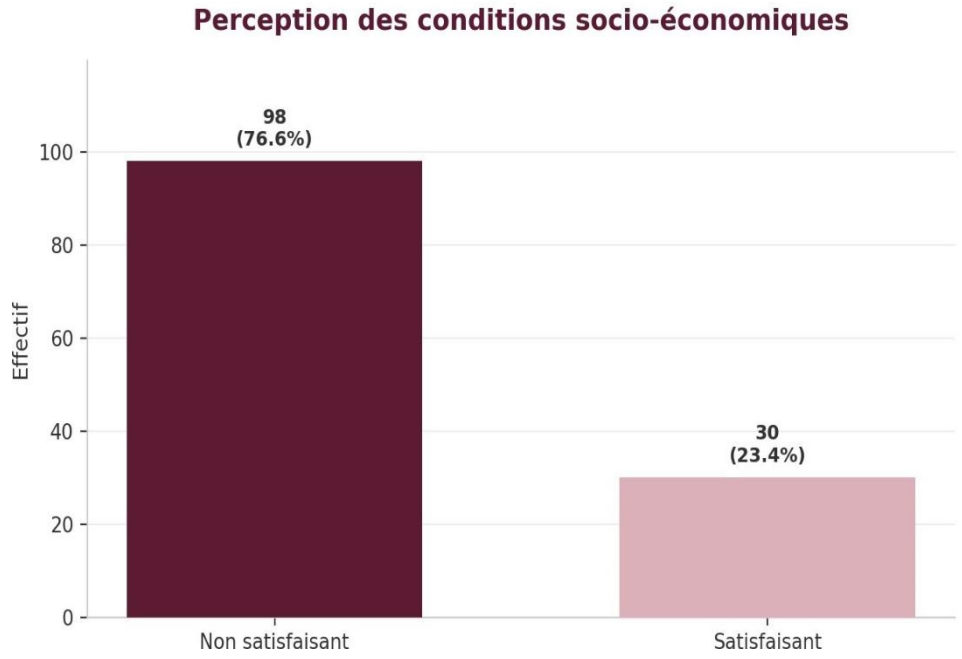
Il est intéressant de noter que les facteurs les plus cités relèvent davantage de l'organisation et de la charge de travail que de la confrontation directe à des situations dramatiques, résultat qui plaide en faveur de leviers d'action organisationnels (dotation en personnel, aménagement des tâches) en complément d'un soutien psychologique individuel.

Comparaison avec la littérature

La prépondérance de la charge de travail et du manque d'effectifs parmi les facteurs de stress cités (94,5% et 71,1% respectivement) rejoint étroitement les résultats de l'étude du CHU Ibn Rochd, où 91,3% des soignants estimaient que l'organisation du travail aggravait la surcharge et 85,3% déploraient un manque de personnel [36]. La proportion de professionnels de Annaba rapportant une pression au travail (70,3%) est également cohérente avec les facteurs organisationnels mis en avant dans les enquêtes marocaines d'anesthésie-réanimation, où la charge de travail et les conditions d'exercice figuraient parmi les principaux déterminants identifiés du burn-out [38].

En revanche, la proportion de professionnels rapportant une confrontation quotidienne à la violence des patients ou de leur famille était nettement plus élevée dans l'étude marocaine (66,7%) [36] que les facteurs à forte charge émotionnelle relevés à Annaba (agressions : 19,5%), ce qui suggère des profils de stress différents selon la nature exacte des flux de patients accueillis d'un service d'urgence à l'autre.

III.2.2. Conditions socio-économiques perçues



Graphe 10:Perception des conditions socio-économiques des travailleurs du service des urgences chirurgicales CHU Annaba, 2026

Analyse et discussion

Plus de trois professionnels sur quatre (76,6%) jugent leurs conditions socio-économiques non satisfaisantes. Ce résultat, à mettre en regard de la charge de travail déjà objectivée en Partie I, dessine un contexte de rétribution perçue comme déséquilibrée par rapport aux efforts fournis — situation qui, selon le modèle de Siegrist, constitue l'un des prédicteurs les plus robustes de l'épuisement professionnel, indépendamment de la charge de travail objective elle-même.

La combinaison d'une charge de travail élevée, d'une pression organisationnelle importante et d'une rétribution socio-économique jugée insuffisante compose un triptyque de facteurs de risque particulièrement concordant avec le modèle du déséquilibre efforts-récompenses, et laisse présager des scores d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation élevés lors de l'analyse du MBI.

Comparaison avec la littérature

La perception très majoritairement négative des conditions socio-économiques observée ici (76,6%) fait écho aux constats faits dans plusieurs enquêtes maghrébines, où le faible niveau de rémunération et le manque de moyens sont régulièrement cités parmi les déterminants

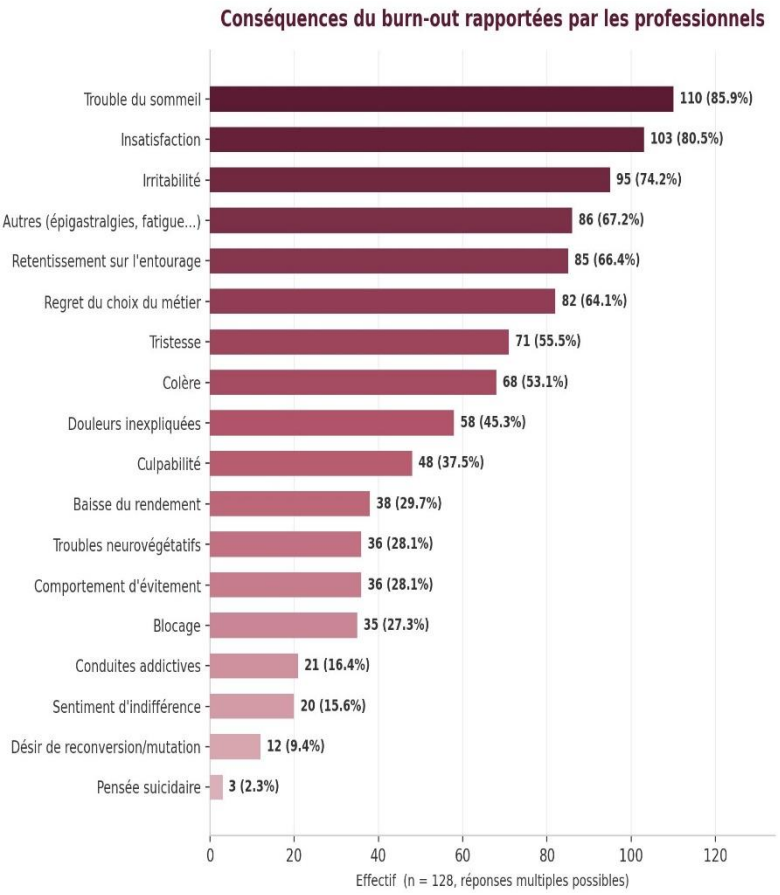
structurels de la souffrance des personnels de santé exerçant dans des systèmes de soins aux ressources contraintes.

Ce constat rejoint le modèle du déséquilibre efforts-récompenses de Siegrist mobilisé dans l'analyse, également pertinent pour interpréter les résultats de l'étude tunisienne du personnel d'anesthésie-réanimation, où la persistance d'un niveau élevé de souffrance malgré un encadrement institutionnel comparable à celui d'autres pays a été soulignée [40]. Il conforte l'idée que la rétribution perçue comme insuffisante agit comme facteur de risque distinct de la charge de travail objective, plutôt que comme sa simple traduction subjective.

III.3. Conséquences du burn-out

III.3.1. Conséquences rapportées par les professionnels

Question à réponses multiples (n = 128) ; les professionnels pouvaient déclarer plusieurs conséquences ressenties du fait de leur activité professionnelle.



Graphe 11:Conséquences du burn-out rapportées par les professionnels des travailleurs du service des urgences chirurgicales CHU Annaba, 2026(n = 128, réponses multiples)

Analyse et discussion

Les conséquences les plus fréquemment rapportées relèvent d'abord du registre physiologique et comportemental : troubles du sommeil (85,9%), puis, sur le plan psycho-affectif, insatisfaction (80,5%) et irritabilité (74,2%). Cette prédominance des troubles du sommeil est cohérente avec les résultats de la Partie I sur la charge horaire et la fréquence des gardes : la privation chronique de sommeil est à la fois une conséquence et un facteur aggravant du burn-out, entretenant un cercle vicieux d'épuisement.

Le retentissement dépasse largement la sphère professionnelle : 66,4% des répondants rapportent un impact sur leurs relations avec l'entourage. Par ailleurs, 64,1% expriment un regret du choix du métier — un résultat préoccupant qui, combiné aux 9,4% exprimant un désir de reconversion ou de mutation, interroge directement la fidélisation du personnel et le risque de turnover dans ce service.

Point de vigilance clinique : bien que minoritaire en proportion (2,3%), la présence de pensées suicidaires chez 3 professionnels de l'échantillon constitue un signal d'alerte qui ne peut être traité comme une simple donnée statistique parmi d'autres. Il est recommandé de signaler ce résultat à l'encadrant du mémoire et de vérifier qu'un protocole d'orientation vers un soutien psychologique a bien été proposé aux participants concernés.

Comparaison avec la littérature

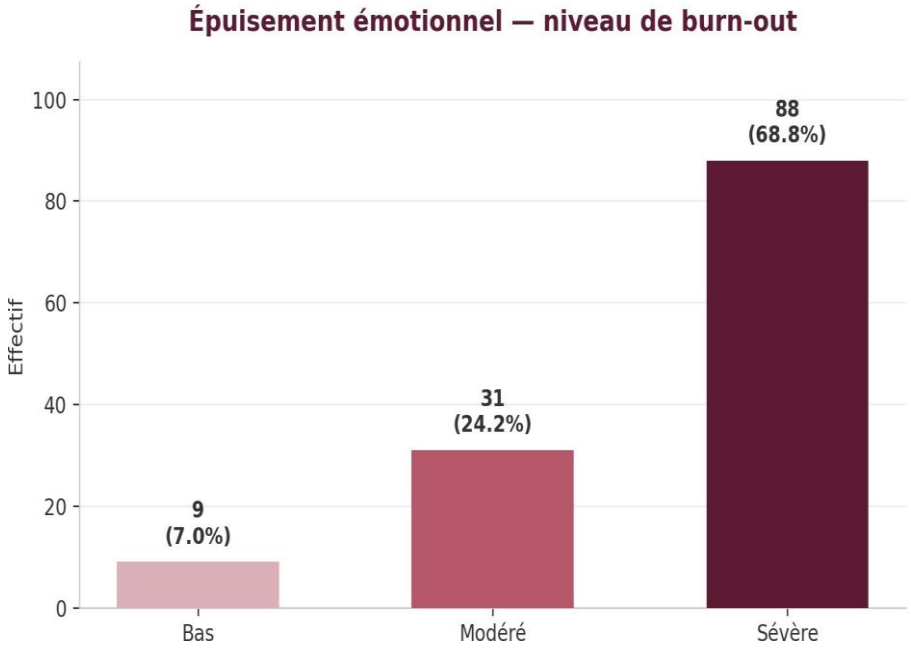
La fréquence élevée des troubles du sommeil rapportés à Annaba (85,9%) est cohérente avec les données de l'étude tunisienne d'anesthésie-réanimation, où des conduites addictives étaient rapportées chez plus de la moitié des répondants (52,65%), en lien avec un temps de sommeil moyen réduit [40]. Concernant les idées suicidaires, la proportion relevée à Annaba (2,3%) apparaît inférieure à celle rapportée dans cette même étude tunisienne (4,59%) [40] ainsi qu'aux données des enquêtes françaises portant sur les soignants, où la proportion de professionnels ayant déjà eu des idées suicidaires au cours de leur carrière atteint généralement 14à 25% selon les populations étudiées.

Ce chiffre, bien que plus faible en proportion instantanée, ne doit pas être minimisé compte tenu du niveau très élevé d'épuisement émotionnel objectivé par ailleurs dans l'échantillon, et confirme la nécessité d'un dispositif d'orientation psychologique clairement identifié au sein du service.

III.4. Score de Maslach (MBI)

Cette partie présente les résultats du Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS) dépouillés à partir des 128 questionnaires exploitables. Conformément à la grille de lecture présentée au chapitre Matériel et Méthodes (III.11), chacune des trois dimensions du burn-out — épuisement émotionnel, dépersonnalisation et accomplissement personnel — est classée en trois niveaux : bas, modéré et sévère.

III.4.1. Épuisement émotionnel



Graphe 12:Répartition selon le niveau d'épuisement émotionnel des travailleurs du service des urgences chirurgicales CHU Annaba, 2026

Analyse et discussion

Le résultat le plus marquant de cette étude concerne la dimension de l'épuisement émotionnel : plus des deux tiers de l'échantillon (68,8%) présentent un niveau sévère, contre seulement 7,0% classés à un niveau bas. Ce résultat est cohérent avec l'ensemble des constats descriptifs présentés dans les parties précédentes : charge horaire hebdomadaire souvent supérieure à 48 heures, fréquence de garde soutenue, et facteurs de stress dominés par la charge de travail et le travail de nuit.

L'épuisement émotionnel étant considéré, dans le modèle tridimensionnel de Maslach, comme le cœur du syndrome et la première dimension à apparaître dans le processus d'épuisement,

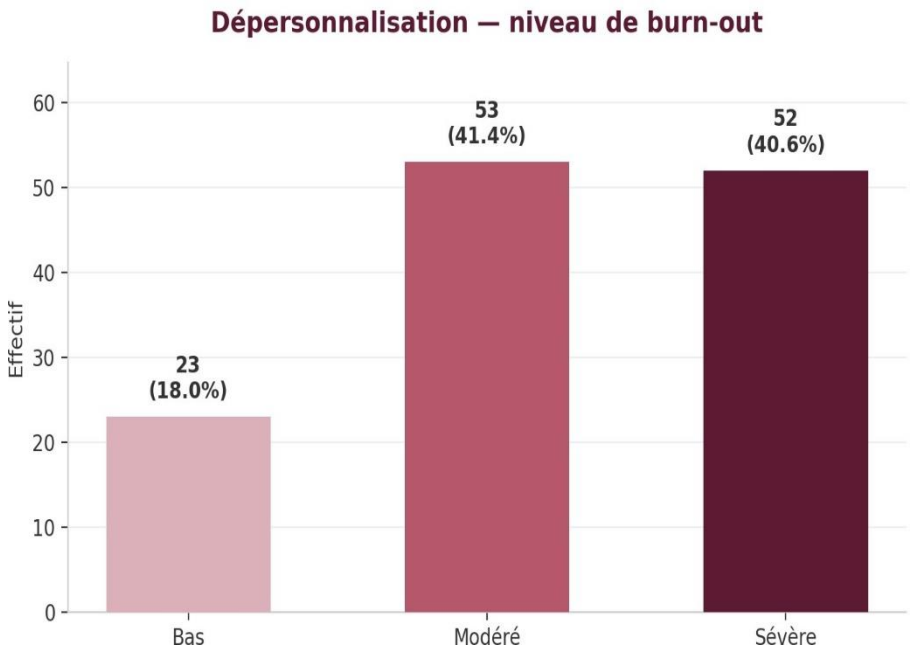
cette proportion très élevée de scores sévères confirme l'existence d'un problème de santé au travail préoccupant au sein de ce service, et rejoint directement les conséquences rapportées en Partie III.

Comparaison avec la littérature

Le niveau sévère d'épuisement émotionnel relevé à Annaba (68,8%) se situe parmi les plus élevés rapportés dans la littérature maghrébine sur le sujet, au-dessus des 48% de scores élevés d'épuisement émotionnel retrouvés dans l'enquête portant sur quatre CHU marocains d'anesthésie-réanimation [38] et des scores observés selon les catégories professionnelles dans l'étude tunisienne multicentrique [40], mais comparable à l'ordre de grandeur rapporté dans l'étude tunisienne sur les soins de fin de vie, où 80% des infirmiers présentaient un niveau élevé d'épuisement émotionnel [41].

Cette sévérité particulièrement marquée à Annaba est cohérente avec le cumul de facteurs de risque objectivés par ailleurs dans la fiche technique (charge horaire, fréquence de garde, perception négative des conditions socio-économiques), et confirme la pertinence du cadre conceptuel du modèle Demandes-Ressources pour interpréter ce résultat.

III.4.2. Dépersonnalisation



Graphe 13: Répartition selon le niveau de dépersonnalisation des travailleurs du service des urgences chirurgicales CHU Annaba, 2026

Analyse et discussion

La dimension de dépersonnalisation présente une distribution plus étalée que l'épuisement émotionnel : 40,6% des participants se situent à un niveau sévère et 41,4% à un niveau modéré, soit plus de 8 professionnels sur 10 concernés à des degrés variables. Seuls 18,0% conservent un niveau bas sur cette dimension.

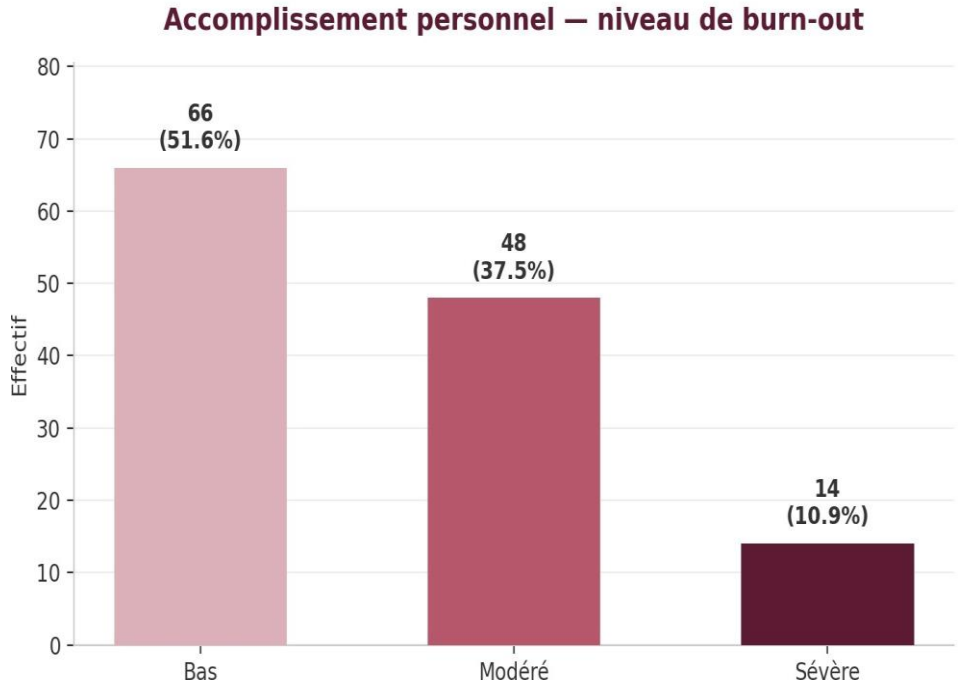
La dépersonnalisation étant généralement décrite comme un mécanisme de protection psychologique secondaire face à un épuisement émotionnel déjà installé, sa fréquence élevée dans cet échantillon est cohérente avec le niveau très élevé d'épuisement émotionnel observé ci-dessus.

Comparaison avec la littérature

Le niveau de dépersonnalisation observé à Annaba (40,6% de scores sévères, 82,0% cumulés modéré-sévère) dépasse également les taux rapportés dans les enquêtes marocaines d'anesthésie-réanimation, où 21% des participants présentaient un score élevé de dépersonnalisation [38], ainsi que plusieurs des taux observés selon la catégorie professionnelle dans l'étude tunisienne multicentrique [40]. Il se rapproche en revanche des 70% de dépersonnalisation élevée rapportés chez les infirmiers tunisiens exerçant en soins de fin de vie [41], population elle aussi confrontée à une exposition répétée à la souffrance et à la mort.

Cette convergence avec les services les plus exposés sur le plan émotionnel conforte la lecture proposée selon laquelle la dépersonnalisation observée à Annaba constitue un mécanisme de défense secondaire face à un épuisement émotionnel déjà massivement installé.

III.4.3. Accomplissement personnel



Graphe 14:Répartition selon le niveau de burn-out sur la dimension de l'accomplissement personnel des travailleurs du service des urgences chirurgicales CHU Annaba, 2026

Analyse et discussion

Sur la dimension de l'accomplissement personnel, il convient de rappeler qu'un score faible traduit, contrairement aux deux autres dimensions, un niveau de burn-out plus élevé. Ici, plus de la moitié de l'échantillon (51,6%) présente un niveau de burn-out bas sur cette dimension, c'est-à-dire un sentiment de compétence et de réussite professionnelle globalement préservé ; 10,9% seulement présentent un niveau sévère.

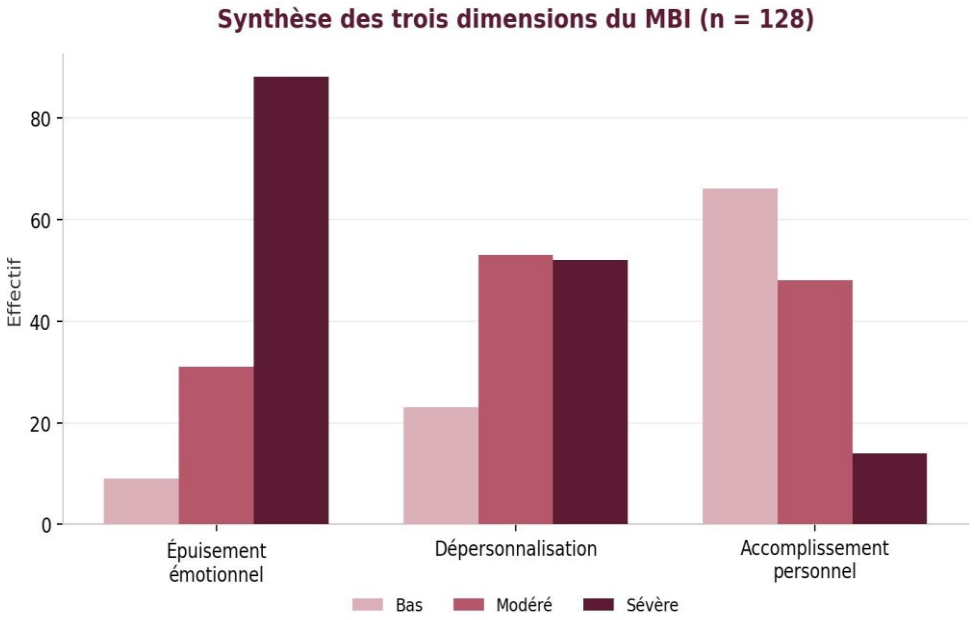
Ce résultat contraste avec les deux dimensions précédentes : une majorité de professionnels, bien qu'émotionnellement épuisés et pour beaucoup en voie de dépersonnalisation, conservent un sentiment de compétence professionnelle relativement préservé — l'accomplissement personnel régressant généralement plus tardivement que les deux autres dimensions dans l'évolution du syndrome, ce qui pourrait traduire un stade encore réversible du processus d'épuisement pour une partie importante de l'échantillon.

Comparaison avec la littérature

Le niveau globalement préservé d'accomplissement personnel relevé à Annaba (51,6% à un niveau bas de burn-out sur cette dimension, soit un sentiment de compétence globalement maintenu) rejoint les résultats de l'étude tunisienne d'anesthésie-réanimation, où 55,21% des participants présentaient un niveau global de burn-out bas malgré des scores élevés sur les deux autres dimensions [40], ainsi que le score moyen d'accomplissement personnel relativement préservé rapporté dans l'enquête sur quatre CHU marocains [38].

Ce constat est cohérent avec la méta-analyse de Lourel et Gueguen, qui souligne que l'accomplissement personnel n'est pas systématiquement corrélé aux deux autres dimensions du MBI et peut évoluer de façon relativement indépendante de l'épuisement émotionnel et de la dépersonnalisation [43]. Il confirme que, dans plusieurs contextes hospitaliers comparables, cette troisième dimension demeure la plus tardivement affectée, ce qui plaide, comme le suggère la présente analyse, en faveur d'une fenêtre d'intervention préventive encore ouverte pour une partie substantielle du personnel de Annaba.

CHU Annaba, 2026(n = 128)



Graphe 15:Synthèse comparative des trois dimensions du MBI des travailleurs du service des urgences chirurgicales

IV. Prévention

Recommandations issues des résultats

Conformément au troisième objectif spécifique de cette étude — proposer des recommandations concrètes et contextualisées visant à prévenir l'épuisement professionnel et à améliorer les conditions de travail du personnel des urgences chirurgicales — cette section propose des pistes d'action directement articulées aux résultats précédents : une prévalence sévère d'épuisement émotionnel (68,8%), une dépersonnalisation touchant plus de 8 professionnels sur 10 à des degrés variables, une charge horaire hebdomadaire souvent supérieure à 48 heures, une fréquence de garde soutenue, ainsi qu'un signal clinique préoccupant avec 2,3% des participants rapportant des idées suicidaires. Ces recommandations s'organisent, comme le préconise la littérature sur la prévention du burn-out, selon trois niveaux d'intervention complémentaires : primaire, secondaire et tertiaire.

Prévention primaire — Agir sur l'organisation du travail

La charge horaire élevée et la fréquence soutenue des gardes constituant les facteurs de risque les plus robustes identifiés dans cette étude, une révision de l'organisation du travail apparaît comme la mesure prioritaire : renforcement des effectifs pour ramener la charge horaire hebdomadaire à un niveau plus soutenable, régulation du rythme des gardes et respect des temps de repos compensateur, et meilleure répartition des tâches entre catégories professionnelles. Une sensibilisation de l'encadrement à la reconnaissance précoce des signes d'épuisement professionnel devrait accompagner cette réorganisation.

Prévention secondaire — Détecter et soutenir précocement

La mise en place d'espaces d'échange réguliers entre professionnels, sur le modèle des groupes de parole ou groupes de pairs, permettrait de rompre l'isolement face aux difficultés rencontrées et de favoriser une réflexion collective sur les pratiques, y compris pour le personnel paramédical et administratif/technique qui compose l'essentiel de l'échantillon. Une formation continue portant sur la gestion du stress et le développement de stratégies de coping contribuerait également à renforcer la résilience individuelle face aux contraintes du service. Un dépistage périodique à l'aide d'un outil validé tel que le MBI permettrait par ailleurs de suivre l'évolution du niveau d'épuisement au sein du service et d'intervenir avant l'installation d'un syndrome sévère.

Prévention tertiaire — Prendre en charge les professionnels en difficulté

La présence d'idées suicidaires chez 2,3% des participants impose la mise en place d'un accès facilité et confidentiel à un soutien psychologique structuré au sein de l'établissement, ainsi qu'un circuit d'orientation clair vers une prise en charge spécialisée (suivi médical du travail, psychothérapie) pour les professionnels déjà en souffrance avérée. Cette dimension curative ne saurait toutefois se substituer aux mesures de prévention primaire et secondaire, qui demeurent le levier le plus efficace pour réduire durablement la prévalence du burn-out observée dans ce service.

Ces trois niveaux d'action, loin d'être exclusifs les uns des autres, gagnent à être mis en œuvre de façon conjointe et adaptée au contexte spécifique du service des urgences chirurgicales du CHU d'Annaba, dans une logique de continuité entre prévention, détection et prise en charge.

Les résultats du MBI-HSS, désormais disponibles pour l'ensemble des 128 participants, permettent de compléter et de confirmer le tableau esquissé par les données descriptives des Parties 0à III de la fiche technique.

Le croisement des variables socio-démographiques dessine le profil d'une population majoritairement féminine (63,3%), jeune (70,3% ont moins de 40 ans), majoritairement mariée (55,5%) et occupant en grande partie des postes de première ligne au contact direct des patients (aides-soignants et infirmiers réunissant près de 47% de l'échantillon), avec une charge horaire hebdomadaire souvent supérieure à 48heures et une fréquence de garde soutenue.

Un premier constat s'impose concernant les scores du MBI : les trois dimensions du burn-out ne sont pas affectées au même degré au sein de ce service. L'épuisement émotionnel est très largement dominant, avec 68,8% de niveaux sévères, ce qui en fait la dimension la plus préoccupante. La dépersonnalisation touche également une large majorité de l'échantillon à des degrés modéré à sévère (82,0% cumulés). L'accomplissement personnel, à l'inverse, apparaît comme la dimension la moins altérée, avec un peu plus de la moitié des professionnels conservant un niveau bas de burn-out sur cette composante.

Cette hiérarchie entre les trois dimensions dessine le profil d'un burn-out encore en phase active de développement plutôt que pleinement installé dans sa forme la plus sévère et globale : l'épuisement émotionnel, généralement décrit comme la première dimension à apparaître, est massivement présent ; la dépersonnalisation, mécanisme de défense secondaire, progresse également de façon importante ; tandis que l'accomplissement personnel, dimension la plus

tardive à se dégrader, reste relativement préservé pour une majorité de répondants. Cette lecture, qui devra être confirmée par le croisement statistique formel des trois scores individuels, plaide en faveur d'une intervention précoce, à un moment où une partie substantielle du personnel pourrait encore bénéficier d'actions de prévention avant une éventuelle bascule vers un épuisement professionnel globalement sévère sur les trois axes.

Ces résultats sont cohérents avec l'ensemble du faisceau de facteurs de risque déjà objectivés dans la fiche technique : une charge horaire hebdomadaire dépassant 48 heures pour près de la moitié de l'échantillon, une fréquence de garde soutenue, des facteurs de stress dominés par la charge de travail, la polyvalence des tâches et le travail de nuit, une perception très majoritairement négative des conditions socio-économiques (76,6%), ainsi que des conséquences déjà nombreuses sur le sommeil, l'humeur et la vie relationnelle. La population la plus représentée — aides-soignants et infirmiers, jeune, très majoritairement féminine — correspond précisément au profil identifié dans la littérature comme le plus exposé au risque de burn-out dans les métiers de la relation d'aide.

Sur le plan méthodologique, il conviendra de compléter cette analyse descriptive univariée du MBI par l'analyse bivariée annoncée en III.12 (test du □□, test t ou ANOVA selon la nature des variables, seuil de signification $p < 0,05$), afin de déterminer statistiquement quelles caractéristiques socio-démographiques et professionnelles sont significativement associées à un niveau sévère sur chacune des trois dimensions — en particulier le sexe, l'âge, le poste occupé, l'ancienneté et la charge horaire, qui apparaissent comme les candidats les plus plausibles au regard des analyses descriptives déjà menées.

Pistes de recommandations

Une priorité claire doit être donnée à la réduction de l'épuisement émotionnel (68,8% de niveaux sévères), en agissant en premier lieu sur la charge horaire et la fréquence des gardes, déjà identifiées comme excessives dans la fiche technique.

Le niveau élevé de dépersonnalisation (82,0% de niveaux modéré à sévère cumulés) justifie un travail spécifique sur le soutien collégial et la qualité du climat relationnel au sein des équipes, ainsi qu'un accès facilité à un soutien psychologique structuré.

Le niveau globalement préservé de l'accomplissement personnel constitue un point d'appui à valoriser : les actions de reconnaissance professionnelle, de formation continue et de valorisation des compétences pourraient consolider cette ressource encore disponible chez la majorité des professionnels, avant qu'elle ne se dégrade à son tour.

Un renforcement des effectifs, en particulier sur les postes d'aide-soignant et d'infirmier, identifiés comme les plus exposés et les plus nombreux dans l'échantillon.

Une révision de l'organisation des gardes et des horaires, afin de limiter le nombre de professionnels dépassant le seuil de 48heures hebdomadaires et de garantir des temps de récupération suffisants.

Un suivi rapproché est recommandé pour les professionnels cumulant un niveau sévère sur les trois dimensions simultanément, sous-groupe qui devra être quantifié lors de l'analyse croisée des scores individuels, et qui représente le profil de burn-out le plus sévère (« burn-out complet ») au sens du modèle de Maslach.

Limites de l'analyse et perspectives

Les résultats présentés dans ce document reposent sur une analyse statistique descriptive et ne permettent pas, à ce stade, d'établir de lien de causalité entre les variables étudiées. Ils devront être complétés par l'analyse bivariée annoncée en III.12, seule à même de confirmer statistiquement les associations pressenties dans la présente synthèse.

Par ailleurs, les quelques incohérences relevées dans les données sources (effectif de 131 pour la variable horaire hebdomadaire) devront être vérifiées et corrigées avant l'intégration finale de ces résultats dans le corps du mémoire, conformément aux remarques méthodologiques formulées en III.14.

Enfin, ces résultats confirment la pertinence du signal clinique déjà relevé en Partie III concernant les pensées suicidaires rapportées par 3 participants (2,3%) : au vu du niveau global d'épuisement émotionnel très élevé mis en évidence par le MBI, ce signal ne doit en aucun cas être minimisé et appelle une vigilance particulière et un rappel, auprès de l'ensemble de l'équipe encadrante, des modalités d'orientation vers un soutien psychologique compétent.

Conclusion générale

Le cadre conceptuel développé dans la partie théorique — historique du burn-out, définitions fondatrices de Freudenberger et Maslach, modèle tridimensionnel (épuisement émotionnel, dépersonnalisation, réduction de l'accomplissement personnel), étapes d'installation du syndrome et facteurs de risque psychosociaux propres aux services d'urgence — trouve, dans les résultats présentés ci-dessus, une illustration empirique cohérente au sein du service des urgences chirurgicales du CHU de Annaba. Les données recueillies confirment en particulier la primauté de l'épuisement émotionnel comme porte d'entrée dans le syndrome, ainsi que le rôle central des facteurs organisationnels (charge de travail, gardes, ressources humaines) déjà identifiés dans la littérature comme principaux déterminants du burn-out en contexte hospitalier.

Ce travail avait pour objectif d'évaluer le niveau d'épuisement professionnel du personnel exerçant au service des urgences chirurgicales du CHU de Annaba et d'en documenter les principaux facteurs associés, à l'aide d'une démarche méthodologique rigoureuse combinant une fiche technique socio-démographique et professionnelle et le Maslach Burnout Inventory, administrés de façon exhaustive à 128professionnels de santé.

Les résultats obtenus dressent le portrait d'un service exposé à un niveau élevé d'épuisement professionnel, très largement dominé par l'épuisement émotionnel (68,8% de niveaux sévères) et la dépersonnalisation (82,0% de niveaux modéré à sévère cumulés), tandis que l'accomplissement personnel demeure la dimension la plus préservée pour une majorité du personnel. Ce profil, cohérent avec le modèle tridimensionnel de Maslach selon lequel l'épuisement émotionnel constitue la première dimension à se dégrader, situe le burn-out du personnel de Annaba dans une phase encore active de développement plutôt que pleinement installé sur les trois dimensions simultanément, ce qui laisse entrevoir une fenêtre d'intervention préventive encore ouverte pour une partie substantielle des professionnels concernés.

L'analyse descriptive met en évidence un faisceau convergent de facteurs de risque : une charge horaire hebdomadaire dépassant 48 heures pour près de la moitié de l'échantillon, une fréquence de garde soutenue, une perception très majoritairement négative des conditions socio-économiques et un retentissement déjà marqué sur le sommeil, l'humeur et la vie relationnelle des professionnels. La comparaison de ces résultats aux données disponibles dans la littérature maghrébine, notamment marocaine et tunisienne, confirme que ce profil n'est pas isolé mais s'inscrit dans une problématique régionale plus large de souffrance au travail dans les services

d'urgence et de réanimation, où les personnels paramédicaux de première ligne apparaissent constamment comme les plus exposés.

Ce travail comporte cependant des limites qu'il convient de garder à l'esprit : caractère monocentrique et transversal de l'étude, biais de désirabilité sociale inhérent au format d'interview directe, et incomplétude ponctuelle de certaines données restant à vérifier. Il devra impérativement être complété par l'analyse bivariée annoncée en III.12, seule à même de confirmer statistiquement les associations pressenties dans la présente synthèse entre les caractéristiques sociodémographiques et professionnelles, d'une part, et la sévérité du burn-out sur chacune des trois dimensions du MBI, d'autre part.

Au terme de cette analyse, la présence d'idées suicidaires chez 2,3% des participants rappelle que ces résultats ne doivent pas être réduits à de simples indicateurs statistiques : ils appellent une réponse institutionnelle concrète, articulée autour d'un renforcement des effectifs, d'une révision de l'organisation des gardes et des horaires, et d'un accès facilité à un soutien psychologique structuré pour l'ensemble du personnel du service des urgences chirurgicales du CHU d'Annaba.

Références bibliographiques

[1] Maslach, C., & Leiter, M. P. (1997). The truth about burnout. Jossey-Bass.

[2] Estryn-Béhar, M. (2008). Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe. Presses de l'EHESP.

[3] Greene, G. (1960). A burnt-out case. Heinemann.

[4] Selye, H. (1956). The stress of life. McGraw-Hill.

[5] Freudenberger, H. J. (1974). Staff burn-out. Journal of Social Issues, 30(1), 159-165.

[6] Freudenberger, H. J., & Richelson, G. (1980). Burn-out: The high cost of high achievement. Anchor Press.

[7] Maslach, C. (1976). Burned-out. Human Behavior, 5(9), 16-22.

[8] Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. Journal of Organizational Behavior, 2(2), 99-113.

[9] Aronson, E., Pines, A. M., & Kafry, D. (1983). Burnout: From tedium to personal growth. Free Press.

[10] Cherniss, C. (1980). Staff burnout: Job stress in the human services. Sage Publications.

[11] Karasek, R. A. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain. Administrative Science Quarterly, 24(2), 285-308.

[12] Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. Annual Review of Psychology, 52(1), 397-422.

[13] Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (2019). Burn-out an occupational phenomenon: ICD-11, Code QD85. https://www.who.int

[14] Mokrane, A. (2011). Épuisement professionnel chez les soignants du secteur public en Algérie. Thèse de Doctorat en Psychologie, Université d'Alger 2.

[15] Bendahmane, F., & Touati, M. (2016). L'épuisement professionnel chez le personnel soignant algérien. Revue Algérienne de Santé Publique, 4(2), 45-58.

[16] Djennane, M., Ouahabi, H., & Benali, F. (2019). Prévalence du burn-out chez les personnels paramédicaux des hôpitaux algériens. Santé Publique Algérie, 12(1), 23-38.

[17] Pines, A. M., & Aronson, E. (1988). Career burnout: Causes and cures. Free Press.

[18] Schaufeli, W. B., & Enzmann, D. (1998). The burnout companion to study and practice. Taylor & Francis.

[19] Bianchi, R., Schonfeld, I. S., & Laurent, E. (2015). Burnout-depression overlap: A review. Clinical Psychology Review, 36, 28-41.

[20] Figley, C. R. (1995). Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder. Brunner/Mazel.

[21] Maslach, C. (1982). Burnout: The cost of caring. Prentice-Hall.

[22] Shirom, A. (2003). Job-related burnout: A review. In Handbook of occupational health psychology. APA.

[23] Benali, K., & Ghomari, O. (2018). Burnout et qualité de vie au travail chez les infirmiers des urgences en Algérie. Journal Algérien de Médecine, 26(3), 112-121.

[24] Leiter, M. P., & Maslach, C. (1988). The impact of interpersonal environment on burnout. Journal of Organizational Behavior, 9(4), 297-308.

[25] Taris, T. W. (2006). Is there a relationship between burnout and objective performance? Work & Stress, 20(4), 316-334.

[26] Golembiewski, R. T., Munzenrider, R., & Carter, D. (1983). Phases of progressive burnout. Journal of Applied Behavioral Science, 19(4), 461-481.

[27] Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. Journal of Occupational Health Psychology, 1(1), 27-41.

[28] Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal, and coping. Springer.

[29] Shanafelt, T. D., Bradley, K. A., Wipf, J. E., & Back, A. L. (2010). Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. Annals of Internal Medicine, 136(5), 358-367.

[30] Salvagioni, D. A. J., et al. (2017). Physical, psychological and occupational consequences of job burnout: A systematic review. PLOS ONE, 12(10), e0185781.

[31] Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J., & Silber, J. H. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. JAMA, 288(16), 1987-1993.

[32] Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière. (2020). Plan national de développement sanitaire 2020-2024.

[33] Khaldi, S., & Mansour, N. (2017). Violence au travail et burn-out chez les personnels infirmiers des urgences dans les CHU algériens. Journal de Psychiatrie et de Santé Mentale, 15(2), 44-57.

[34] Jameton, A. (1984). Nursing practice: The ethical issues. Prentice Hall.

[35] Benferhat A. Le syndrome du Burn-out chez les médecins en situation de catastrophe : le cas des SAMU d'Alger, Blida et Médéa. Insaniyat/ □. 2□0□15□. □□□□

[36] El Amri I, Allouche W, Benali B, El Kholti A. Évaluation du burnout chez le personnel soignant au niveau du service d'accueil des urgences du CHU Ibn Rochd. Arch Mal Prof Environ. 2016;77:560.

[37] El Kettani A, Serhier Z, Bennani Othmani M, Agoub M, Battas O. L'évaluation du syndrome du Burnout chez les médecins en formation au CHU Ibn Rochd de Casablanca. Pan Afr Med J. 2017;27:243.

[38] Massou S, Doghmi N, Belhaj A, et al. Enquête sur le syndrome d'épuisement professionnel chez les personnels d'anesthésie-réanimation de quatre hôpitaux universitaires marocains. Ann Med Psychol (Paris). 2013.

[39] Mansoury O, Chamsi K, Essoli S, Mansouri A, Sebbani M, Adarmouch L, et al. L'épuisement professionnel chez le personnel de santé au centre hospitalier universitaire Mohammed VI de Marrakech–Maroc. Arch Mal Prof Environ. 2023;84(6):101877.

[40] Mhamdi S, Nakhli MS, Kahloul M, Latrech N, Ben Rejeb M, Khadhraoui M, et al. Prévalence du burnout en milieu d'anesthésie réanimation dans le centre tunisien. Pan Afr Med J. 2018;31:111.

[41] Amamou B, Bannour AS, Ben Hadj Yahia M, Ben Nasr S, Ben Hadj Ali B. Haute prévalence du burnout dans les unités tunisiennes prenant en charge des patients en fin de vie. Pan Afr Med J. 2014;19:9.

[42] Zemni I, Dhouib W, Sakly S, Bennasrallah C, Gara A, Kacem M, et al. Burnout syndrome among health care workers during the COVID-19pandemic. A cross sectional study in Monastir, Tunisia. PLoS One. 2023;18(3):e0282318.

[43] Lourel M, Gueguen N. Une méta-analyse de la mesure du burnout à l'aide de l'instrument MBI. Encéphale. 2007.

[44] Rakotondrainibe A, Randriamizao HMR, Ratsimbazafy NS, Mong-Gine Y, Rakotoarison CN, Rakototiana FA, Ravalisoa MLA. Burnout syndrome et ses facteurs chez les médecins de deux centres hospitalo-universitaires d'Antananarivo. Pan Afr Med J. 2018;31:63.

Résumé

Introduction : Le burn-out, ou épuisement professionnel, est un syndrome psychologique tridimensionnel — épuisement émotionnel, dépersonnalisation et réduction du sentiment d'accomplissement personnel — décrit depuis les travaux fondateurs de Freudenberger (1974) et Maslach (1976-1981) et officiellement reconnu par l'OMS en 2019. Il touche particulièrement les personnels soignants exposés à une charge de travail élevée, à une exposition émotionnelle répétée et à un rythme de travail continu, comme c'est le cas dans les services d'urgence chirurgicale.

Objectifs : Évaluer la prévalence du burn-out chez le personnel du service des urgences chirurgicales du CHU d'Annaba (exept le personnel médical) à l'aide du Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS), analyser les facteurs socio-démographiques et professionnels associés, et proposer des recommandations concrètes et contextualisées visant à prévenir l'épuisement professionnel et à améliorer les conditions de travail du personnel.

Matériel et méthode : Après une revue de la littérature retraçant l'historique, les définitions, les dimensions, les manifestations cliniques, les étapes d'installation, les facteurs de risque, les conséquences et les axes de prévention du burn-out, une étude prospective, descriptive a été menée auprès de l'ensemble des professionnels de santé du service répondant aux critères d'inclusion. Les données ont été recueillies par interview directe, à l'aide d'un questionnaire associant une fiche technique sociodémographique et professionnelle au Maslach Burnout Inventory. L'échantillon final comprend 128 professionnels de santé, sur une population source de 132 professionnels sollicités (taux d'inclusion : 97,0%).

Résultats : L'échantillon est majoritairement féminin (63,3%), jeune (70,3% de moins de 40 ans) et composé pour près de la moitié de personnel paramédical de première ligne (aides-soignants et infirmiers). Près de la moitié des professionnels dépasse 48 heures de travail hebdomadaire et un tiers assure plus de 8 gardes par mois. Les scores du MBI révèlent un niveau sévère d'épuisement émotionnel chez 68,8% des participants, un niveau modéré à sévère de dépersonnalisation chez 82,0% d'entre eux, tandis que l'accomplissement personnel demeure globalement préservé pour un peu plus de la moitié de l'échantillon (51,6% à un niveau bas de burn-out sur cette dimension). Ce profil, cohérent avec le modèle tridimensionnel de Maslach, place le service dans une phase encore active de développement du syndrome. Ces résultats sont cohérents avec un faisceau de facteurs de risque convergents identifiés dans la partie

théorique et retrouvés empiriquement : surcharge de travail, gardes fréquentes, perception négative des conditions socio-économiques et retentissement déjà marqué sur le sommeil, l'humeur et la vie relationnelle, avec un signal clinique préoccupant de pensée suicidaire chez 2,3% des participants. La comparaison avec la littérature maghrébine (Maroc, Tunisie, Algérie) confirme que ce profil n'est pas isolé mais s'inscrit dans une problématique régionale plus large de souffrance au travail dans les services d'urgence et de réanimation.

Conclusion : Le personnel du service des urgences chirurgicales du CHU de Annaba présente un niveau d'épuisement professionnel préoccupant, dominé par l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation, dans un contexte de surcharge horaire et de perception socio-économique défavorable, conforme au cadre conceptuel établi dans la partie théorique. Ces résultats plaident pour une intervention précoce ciblant en priorité la charge de travail, l'organisation des gardes et l'accès à un soutien psychologique structuré, avant confirmation statistique par l'analyse bivariée prévue à l'issue de ce travail.

Mots-clés : Épuisement professionnel ; Burn-out ; Maslach Burnout Inventory ; Urgences chirurgicales ; Personnel des urgences ; Prévention

Abstract

Introduction: Burnout, or professional exhaustion, is a three-dimensional psychological syndrome — emotional exhaustion, depersonalization, and reduced personal accomplishment — described since the pioneering work of Freudenberger (1974) and Maslach (1976–1981), and officially recognized by the WHO in 2019. It particularly affects healthcare professionals exposed to a high workload, repeated emotional demands, and continuous work schedules, as is the case in surgical emergency departments.58

Objectives: To assess the prevalence of burnout among staff working in the surgical emergency department of the University Hospital Center (CHU) of Annaba (excluding medical staff) using the Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS), to analyze associated sociodemographic and occupational factors, and to propose concrete, context-specific recommendations aimed at preventing professional burnout and improving staff working conditions.

Materials and methods: Following a literature review covering the history, definitions, dimensions, clinical manifestations, stages of development, risk factors, consequences, and prevention strategies related to burnout, a prospective descriptive study was conducted among all healthcare professionals in the department who met the inclusion criteria. Data were collected through direct interviews using a questionnaire combining a sociodemographic and occupational data sheet with the Maslach Burnout Inventory. The final sample comprised 128 healthcare professionals out of a source population of 132 professionals approached (inclusion rate: 97.0%).

Results: The sample was predominantly female (63.3%), young (70.3% under 40 years of age), and composed of nearly half first-line paramedical staff (nursing assistants and nurses). Nearly half of the professionals worked more than 48 hours per week, and one third performed more than 8 shifts per month. MBI scores revealed severe emotional exhaustion in 68.8% of participants and moderate to severe depersonalization in 82.0%, while personal accomplishment remained generally preserved in just over half of the sample (51.6% at a low-burnout level for this dimension). This profile, consistent with Maslach's three-dimensional model, places the department in an active stage of burnout development.

These findings are consistent with a set of converging risk factors identified in the theoretical section and empirically observed: workload overload, frequent shifts, negative perceptions of socioeconomic conditions, and an already marked impact on sleep, mood, and interpersonal life, with a concerning clinical signal of suicidal ideation in 2.3% of participants. Comparison with the Maghreb literature (Morocco, Tunisia, and Algeria) confirms that this profile is not

isolated but forms part of a broader regional issue of occupational distress in emergency and intensive care settings.

Conclusion: Staff working in the surgical emergency department of the CHU of Annaba present a concerning level of professional burnout, dominated by emotional exhaustion and depersonalization, in a context of excessive working hours and unfavorable socioeconomic perceptions, consistent with the conceptual framework established in the theoretical section.

These findings support early intervention focusing primarily on workload, shift organization, and access to structured psychological support, pending statistical confirmation through the bivariate analysis planned at the end of this work.

Keywords: Professional burnout; Burnout; Maslach Burnout Inventory; Surgical emergencies; Emergency department staff; Prevention.

الملخص

المقدمة: يُعدّ الاحتراق المهني، أو الإنهاك المهني، متلازمة نفسية ثلاثية الأبعاد تتمثل في الإنهاك العاطفي، وتبلّد المشاعر، وانخفاض الشعور بالإنجاز الشخصي. وقد وُصفت هذه المتلازمة منذ الأعمال الرائدة لفرويدنبرغر (1974) وماسلاش (1976–1981)، واعترفت بها منظمة الصحة العالمية رسميًا سنة 2019. ويصيب الاحتراق المهني بشكل خاص العاملين في مجال الرعاية الصحية المعرضين لعبء عمل مرتفع، وضغوط عاطفية متكررة، ونظام عمل مستمر، كما هو الحال في مصالح الاستعجالات الجراحية.

الأهداف: تقييم مدى انتشار الاحتراق المهني لدى العاملين بمصلحة الاستعجالات الجراحية بالمركز الاستشفائي الجامعي بعنابة، باستثناء الطاقم الطبي، باستخدام استبيان ماسلاش للاحتراق المهني**(MBI-HSS)** ، وتحليل العوامل الاجتماعية والديموغرافية والمهنية المرتبطة به، واقتراح توصيات عملية ومتكيفة مع السياق للوقاية من الإنهاك المهني وتحسين ظروف عمل الموظفين.

المواد والمنهجية: بعد إجراء مراجعة للأدبيات تناولت تاريخ الاحتراق المهني وتعريفاته وأبعاده ومظاهره السريرية ومراحل تطوره وعوامل الخطورة وعواقبه ومحاور الوقاية منه، أُجريت دراسة وصفية مستقبلية شملت جميع مهنيي الصحة بالمصلحة الذين استوفوا معايير الإدراج. جُمعت البيانات عن طريق المقابلة المباشرة، باستخدام استبيان يجمع بين بطاقة للمعطيات الاجتماعية والديموغرافية والمهنية واستبيان ماسلاش للاحتراق المهني. بلغ حجم العينة النهائية 128 مهنيًا من مهنيي الصحة، من أصل مجتمع مصدر مكوّن من 132 مهنيًا تم التواصل معهم، بنسبة إدراج بلغت 97.0**%**.

النتائج: كانت العينة في غالبيتها من الإناث (63.3%)، ومن فئة عمرية شابة (70.3% تقل أعمارهم عن 40 سنة)، وكان ما يقارب نصفها من العاملين شبه الطبيين في الخط الأول، أي مساعدي التمريض والممرضين. ويتجاوز ما يقارب نصف المهنيين 48 ساعة من العمل أسبوعيًا، بينما يؤدي ثلثهم أكثر من 8 مناوبات حراسة شهريًا. أظهرت درجات استبيان ماسلاش وجود مستوى شديد من الإنهاك العاطفي لدى 68.8% من المشاركين، ومستوى متوسط إلى شديد من تبلّد المشاعر لدى 82.0% منهم، في حين ظل الشعور بالإنجاز الشخصي محفوظًا بشكل عام لدى أكثر من نصف أفراد العينة بقليل، حيث سجل 51.6% مستوى منخفضًا من الاحتراق المهني في هذا البعد. ويتوافق هذا النمط مع النموذج ثلاثي الأبعاد لماسلَاش، ويضع المصلحة في مرحلة نشطة من تطور المتلازمة. كما تتوافق هذه النتائج مع مجموعة من عوامل الخطورة المتقاربة التي تم تحديدها في الجانب النظري وتأكيدها ميدانيًا، ومنها زيادة عبء العمل، وكثرة المناوبات، والنظرة السلبية للظروف الاجتماعية والاقتصادية، إضافة إلى تأثير واضح بالفعل على النوم والمزاج والحياة الاجتماعية، مع وجود مؤشر سريري مقلق يتمثل في أفكار انتحارية لدى 2.3% من المشاركين. وتؤكد المقارنة مع الأدبيات المغاربية، خاصة في المغرب وتونس والجزائر، أن هذا النمط ليس حالة معزولة، بل يندرج ضمن مشكلة إقليمية أوسع تتمثل في المعاناة المهنية داخل مصالح الاستعجالات والإنعاش.

الخلاصة: يُظهر العاملون بمصلحة الاستعجالات الجراحية بالمركز الاستشفائي الجامعي بعنابة مستوى مقلقًا من الاحتراق المهني، يهيمن عليه الإنهاك العاطفي وتبلّد المشاعر، وذلك في سياق يتميز بارتفاع ساعات العمل ونظرة غير مواتية للظروف الاجتماعية والاقتصادية، بما يتوافق مع الإطار المفاهيمي المعتمد في الجانب النظري. وتدعو هذه النتائج إلى التدخل المبكر، مع إعطاء الأولوية لتخفيف عبء العمل، وتنظيم المناوبات، وتوفير دعم نفسي منظم، في انتظار التأكيد الإحصائي من خلال التحليل ثنائي المتغيرات المقرر إجراؤه في نهاية هذا العمل

الكلمات المفتاحية: الاحتراق المهني؛ الإنهاك المهني؛ استبيان ماسلاش للاحتراق المهني؛ الاستعجالات الجراحية؛ العاملون في مصلحة الاستعجالات؛ الوقاية.