



DIAGNOSTIC ET FACTEURS EXPLICATIFS DU BURN-OUT CHEZ LE PERSONNEL SOIGNANT CONGOLAIS

DIAGNOSIS AND EXPLANATORY FACTORS OF BURN-OUT AMONG CONGOLESE HEALTH PERSONNEL

FULA BUANA NTAMBUE François

Assistant, doctorant

Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Éducation
Laboratoire de Psychologie du Travail et des Organisations
Université de Kinshasa, République Démocratique du Congo

MUKUNA MUKENDI José

Assistant, doctorant

Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Éducation
Laboratoire de Psychologie du Travail et des Organisations
Université de Kinshasa, République Démocratique du Congo

MUANZA KABANGU Muanyinay

Professeur

Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Éducation
Laboratoire de Psychologie du Travail et des Organisations
Université de Kinshasa, République Démocratique du Congo

NSEYI MANSIMBA Landry

Chef de Travaux

Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Éducation
Laboratoire de Psychologie du Travail et des Organisations
Université de Kinshasa, République Démocratique du Congo

KANYONGA Franck

Chef de Travaux

Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Éducation
Laboratoire de Psychologie du Travail et des Organisations
Université de Kinshasa, République Démocratique du Congo

Date de soumission : 07/05/2024

Date d'acceptation : 02/06/2024

Pour citer cet article :

FULA BUANA NTAMBUE F. & al. (2024) «DIAGNOSTIC ET FACTEURS EXPLICATIFS DU BURN-OUT CHEZ LE PERSONNEL SOIGNANT CONGOLAIS», Revue Internationale du Chercheur «Volume 5 : Numéro 2» pp : 904 - 926



Résumé :

Dépister le *burn-out* chez les personnels soignants congolais de quelques institutions sanitaires de la ville de Kinshasa, identifier ses causes, déterminer la plus atteinte de ses trois dimensions et déceler les variables sociodémographiques susceptibles de favoriser sa manifestation sont les objectifs poursuivis. L'intérêt de la réalisation de ces derniers est de sensibiliser les chefs d'entreprise congolais à l'existence du *burn-out*, à ses causes et à ses conséquences, d'une part, et de permettre aux managers des institutions sanitaires de protéger leurs salariés contre les conséquences des risques psychosociaux, d'autre part. Afin d'éprouver nos quatre hypothèses 282 agents de trois institutions sanitaires de la ville de Kinshasa, les Cliniques Universitaires de Kinshasa (101 participants), l'Hôpital Général de Référence de Kinshasa (106 participants) et l'Hôpital Général de Référence de Kintambo (75 participants), ont répondu à l'inventaire de *burn-out* de Maslach et Leiter (1982). Les données sont traitées avec les pourcentages et le test de Khi-carré. Les résultats ont dépisté le *burn-out* chez les participants (première hypothèse), confirmé la diversité de ses causes (deuxième hypothèse), la prédominance de la dépersonnalisation sur ses deux autres dimensions (troisième hypothèse) et l'influence des variables genre, service, catégorie socioprofessionnelle et institution sanitaire d'appartenance dans sa manifestation (quatrième hypothèse).

Mots clés : « *Burn-out* » ; « *Diagnostic* » ; « *Personnel soignant* » ; « *Institution sanitaire* » ; « *Santé mentale* ».

Abstract :

Screening burnout among Congolese healthcare workers in some health institutions in the city of Kinshasa, identifying its causes, determining the most affected of its three dimensions and detecting the socio-demographic variables likely to favor its manifestation are the objectives pursued. The interest in carrying out the latter is to raise awareness among Congolese business leaders of the existence of burn-out, its causes and its consequences, on the one hand, and to enable managers of health institutions to protect their employees against the consequences of psychosocial risks, on the other hand. In order to test our four hypotheses 282 agents from three health institutions in the city of Kinshasa, the University Clinics of Kinshasa (101 participants), the General Reference Hospital of Kinshasa (106 participants) and the General Reference Hospital of Kintambo (75 participants), responded to Maslach and Leiter's (1982) burnout inventory. The data is processed with percentages and the chi-square test. The results detected burn-out in the participants (first hypothesis), confirmed the diversity of its causes (second hypothesis), the predominance of depersonalization over its two other dimensions (third hypothesis) and the influence of the variables gender, service, socio-professional category and health institution of belonging in its manifestation (fourth hypothesis).

Keywords : « *Burn-out* » ; « *Diagnosis* » ; « *Nursing staff* » ; « *Health institution* » ; « *Mental health* ».

Introduction

En République Démocratique du Congo (RDC), les recherches sur le syndrome du *burn-out* en milieu professionnel sont rares. La plupart d'entre elles n'en font qu'un état de lieu. L'on peut citer l'étude de Ndibe (2016) qui a conclu au *burn-out* dont souffraient les travailleurs de l'Office National du Café de Kinshasa.

Mais dans une perspective constructive, il est impératif de diagnostiquer et d'expliquer le *burn-out*. De ce fait, quatre questions sont posées. Les personnels soignants des institutions sanitaires de la Ville de Kinshasa souffrent-ils du *burn-out* ? Dans l'affirmative, quelles sont les causes les plus déterminantes de ce *burn-out* ? Comment s'hierarchisent ses dimensions ? Quelles sont les variables sociodémographiques qui favorisent son apparition ?

Il en découle quatre objectifs : - effectuer le dépistage du *burn-out* chez les personnels soignants congolais de quelques institutions sanitaires de la Ville de Kinshasa ; - identifier les causes du *burn-out* dont souffrent ces personnels soignants ; - déterminer la dimension la plus atteinte du *burn-out* et - déterminer les variables sociodémographiques pouvant favoriser sa manifestation.

Ces objectifs ont un double intérêt : - sensibiliser les chefs d'entreprise congolais à l'existence du *burn-out*, ses causes et ses conséquences tant sur le travailleur que sur l'organisation afin qu'ils parviennent à développer des mesures de prévention et d'intervention ad hoc en redynamisant les activités du service d'hygiène et de sécurité de leurs organisations ; et - permettre aux managers des institutions sanitaires enquêtées de revoir leur politique de gestion des ressources humaines en mettant un accent particulier sur la recherche du climat de travail positif, gage de protection des salariés contre les différents risques psychosociaux. Afin de les opérationnaliser, les personnels soignants de trois institutions sanitaires de la ville de Kinshasa sont interrogés avec le Maslach Burnout Inventory (M.B.I.).

Après la revue de littérature et la méthodologie appropriées, les résultats de l'enquête sont présentés et discutés avant la conclusion et la bibliographie.

1. Revue de littérature

Les recherches portant sur la santé et la sécurité au travail ont mis en évidence une forte corrélation entre le rendement au travail et le bien-être physique et mental des individus (Lhuillier & Litim, 2009 ; Biétry & Creusier, 2013). En particulier, la santé mentale, définie par l'Organisation mondiale de la santé (2001) comme un état de bien-être permettant à une personne de s'épanouir,



de gérer les stress courants, d'accomplir un travail productif et de contribuer à sa communauté, joue un rôle crucial. Elle se caractérise par la capacité à maintenir un équilibre entre différents aspects de la vie, notamment physique, psychologique, spirituel, social et économique.

Elle est un sujet d'actualité en milieu de travail à cause de ses effets sur les comportements de l'homme au travail. Elle souffre des effets délétères des modes d'organisation du travail et des pratiques de gestion des ressources humaines, selon les professionnels de santé et par les médias (Bouville, 2018).

En effet, la surcharge de travail existe encore malgré le développement technologique et l'amélioration notable de l'outil de travail (Grosjean, 2004). Les risques psychosociaux inquiètent plus qu'avant. Leurs conséquences préoccupent, de plus en plus l'appareil judiciaire, notamment dans les pays occidentaux.

Face à cette situation, l'évaluation des déterminants d'une bonne santé au travail s'est avérée indispensable afin de permettre aux managers d'entreprises à mettre en place des réformes appropriées pour l'épanouissement de leurs salariés. Dans cette perspective, la meilleure conception possible de la bonne santé mentale au travail devrait être, pour Boudrias, Savoie et Brunet (2007), large et s'évaluer non seulement par la présence d'indices positifs à partir de l'implication et de l'adaptation au travail mais aussi, par l'absence d'indices négatifs traduisant la détresse et la mésadaptation au travail. Ainsi se crée un ajustement au travail, composé de l'adaptation et de la mésadaptation, comme un indicateur multidimensionnel de la santé psychologique au travail.

L'adaptation réfère aux efforts cognitifs et comportementaux visant à satisfaire des exigences externes et internes perçues par la personne comme la mettant à l'épreuve ou dépassant ses capacités (Lazarus (1991).

Tandis que, pour Brien et al. (2008), la mésadaptation décrit trois types de comportements dits inadaptés au travail, d'abord l'agression qui correspond à la surcharge inutile de ses collègues (agression indirecte), à l'utilisation de la force physique pour nuire à autrui (agression physique) et au dénigrement d'autrui (agression psychologique), ensuite le comportement de fuite qui désigne la fuite des problèmes rencontrés au travail et, enfin, l'aliénation et le désengagement qui traduisent le retrait et le désengagement envers son travail (Dimitrova, 1994).



Cette mésadaptation peut être un signe précurseur du burn-out. En 1982, une première revue de littérature, centrée sur les enseignants, les éducateurs et les professionnels de la santé, a recensé pas moins de 48 définitions de ce phénomène (Josse, 2008). Celui-ci est généralement décrit comme un "état d'épuisement (mental, émotionnel et physique) dans lequel les mécanismes d'adaptation se consomment sous l'effet de tensions subies dans le cadre du travail (Josse, 2008)

Selon le Réseau national de vigilance et de prévention des risques professionnels (RNV3P) et ses partenaires, parmi lesquels la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAM-TS) et l'Agence Nationale de Sécurité Sanitaire de l'Alimentation, de l'Environnement et du Travail (ANSES) cités par Olié & Légeron (2016), le burn-out est décrit comme un "état d'épuisement psychologique (émotionnel), mais aussi cognitif (caractérisé par une perte de motivation et des difficultés de concentration) et physique (sensation de fatigue extrême), qui se manifeste à travers des symptômes témoignant d'une détresse face à des situations de stress dans le milieu professionnel.

Selon Maslach, tel que cité par Grebot (2019), le burn-out est décrit comme un "syndrome d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et de réduction de l'accomplissement personnel qui apparaît chez les individus impliqués professionnellement auprès d'autrui." En adoptant cette définition de Maslach, le burn-out est parfois considéré comme une variable indépendante et parfois comme une variable dépendante.

En tant que variable dépendante, le burn-out est influencé par divers facteurs, notamment les caractéristiques sociodémographiques (âge, genre, etc.), les caractéristiques organisationnelles telles que le partage de l'information, le développement des compétences, le partage du pouvoir et les systèmes de reconnaissance, ainsi que les conditions de travail telles que la charge de travail, les horaires, le salaire et les avantages sociaux (Bonneville, 2014).

En tant que variable indépendante, le burn-out a un impact non seulement sur les individus au travail mais aussi sur les organisations (Lyubo Mirsky, 2005). Sur le plan individuel, le burn-out est associé à une augmentation des problèmes de santé physique, à une diminution de la résilience psychologique (Keyes, 2007), à une réduction de la longévité au travail et à une baisse du niveau de rémunération (Cowen, 1994 ; Achille, 2003). Ces constatations sont étayées par une étude menée par Cegos (2016) portant sur la corrélation entre le stress au travail et la santé mentale au sein d'entreprises françaises comptant plus d'une centaine de salariés. Selon un quart des



répondants, le travail a engendré des problèmes psychologiques graves tels que la dépression et le burn-out, attribués à un déséquilibre entre les postes occupés et les compétences requises.

Du point de vue organisationnel, le *burn-out* a un effet négatif sur la créativité, la qualité du travail (Lyubo Mirsky, 2005), la performance individuelle (Wright & Bonnet, 1997), les comportements pro-sociaux (Lee & Allen, 2002 ; Podsakoff, 2002 ; Smith, 1983), la production organisationnelle (Harter, 2002) et la satisfaction de la clientèle (Schneider, 2003). Ces effets du *burn-out* sur certains comportements organisationnels semblent justifier l'ampleur et la multiplicité des études dédiées à son diagnostic.

Pour Bonneville (2014), ces études servent de baromètre de la santé mentale au travail permettant d'identifier les facteurs pouvant entraîner les travailleurs dans des situations des risques psychosociaux. Elles se justifient par le fait que les troubles mentaux sont en augmentation chez les salariés de l'Europe (OCDE, 2012). Par conséquent, il est recommandé aux managers des entreprises d'établir des bilans annuels de la santé mentale au travail afin d'identifier les facteurs sur lesquels il faut agir pour renforcer le bien-être au travail (Grosjean, 2004).

Ces études diagnostiques ont l'avantage d'établir la prévalence des troubles de santé mentale en entreprise. En effet, pour l'Agence Européenne pour la Santé et la Sécurité au Travail (2002), le stress au travail est devenu le deuxième problème de santé le plus courant dans plusieurs pays du monde après les maux de dos. Son excès (stress chronique) aboutit au burn-out comme l'a démontré Marius (2012).

Ce risque psycho-social, le *burn-out*, devient, selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, ...), la deuxième cause d'invalidité chez l'humain après les maladies cardiovasculaires. Il est ainsi une grande préoccupation de la santé mentale des travailleurs et une pathologie à la mode. Il est aussi néfaste que son contraire, c'est-à-dire, le *bore-out* (syndrome d'épuisement professionnel par l'ennui), leurs conséquences sur la santé mentale étant les mêmes.

Par ailleurs, selon les références de l'Agence Européenne pour la Santé et la Sécurité au Travail (2002), le *burn-out* toucherait environ un tiers des travailleurs, de nombreux secteurs et de nombreuses organisations. En effet, il est plus présent chez les personnels de la santé (53%), suivis des personnels soignants (37%) et des secrétaires médicaux (30%). Pour Barbier (2004), il concerne plus particulièrement les personnels soignants parce qu'ils sont les témoins directs de la souffrance, du malheur, de la maladie et des morts.



D'autre part, il est plus fort chez les cadres d'entreprises ayant plusieurs responsabilités comparativement aux autres salariés. Il se manifeste par un plus fort taux de fatigue et la sensation d'être vidé émotionnellement par le travail (Boutrand, 2012).

Ces conclusions réconfortent celles de Maslach et Jackson (1981) selon lesquelles les symptômes du *burn-out* sont plus susceptibles de survenir chez des personnes très engagées dans des professions d'aide à la personne telles les services d'hôtellerie et de restauration, l'enseignement, les services sociaux et de santé.

Selon Maslach et Jackson (1981), l'intensité du *burn-out* dépend de ses causes. Celles-ci sont très variables selon les situations. Lee et Achforth (1996) en a listées quelques-unes.

Le *burn-out* peut être expliqué par le modèle d'épuisement de Maslach et Leiter (Maslach & Jackson, 1981), le modèle de Siegrist, le modèle d'épuisement-ressources ou des exigences-ressources (ER) de Demerouti et al. (2000), le modèle transactionnel du stress et le modèle de la spirale négative.

Le modèle d'épuisement de Maslach et Leiter définit le *burn-out* comme un syndrome à trois dimensions : l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et le manque d'accomplissement personnel.

Le modèle de Siegrist conçoit le *burn-out* comme la résultante d'un déséquilibre entre les efforts fournis et les récompenses (financières, reconnaissance et carrière).

Le modèle des exigences-ressources de Demerouti et al. (2000) suggère que le *burn-out* se développe lorsque les exigences du travail épuisent les ressources personnelles d'un individu, telles que l'énergie, le temps et les compétences. Il propose une représentation des conditions de travail en deux catégories : les exigences et les ressources. Les exigences représentent tout ce qui, dans l'environnement de travail, est source de tension et peut engendrer le *burn-out*. Les ressources, quant à elles, font allusion à tout ce qui peut permettre de travailler convenablement et leur manque constitue un risque du *burn-out*.

Le modèle de la spirale négative suggère que le *burn-out* et la baisse de performance au travail forment un cercle vicieux où le burnout entraîne une diminution de la performance, ce qui augmente les exigences du travail et renforce ainsi le burnout.

Le modèle transactionnel du stress considère le burnout comme le résultat d'un processus de transaction entre l'individu et son environnement de travail. Les exigences du travail (telles que la

charge de travail, le manque de contrôle ou le conflit de rôle) étant perçues comme des stressseurs, elles peuvent conduire à l'épuisement émotionnel, à la dépersonnalisation et à la diminution de l'accomplissement personnel.

À la lumière de la culture africaine, de l'étude de Ndibe (2016) et du modèle d'épuisement de Maslach et Leiter quatre hypothèses sont formulées.

- **Première hypothèse** : Les personnels soignants des institutions sanitaires de la ville de Kinshasa souffriraient du burn-out.

- **Deuxième hypothèse** : Le burn-out dont souffriraient les personnels soignants des institutions sanitaires de la ville de Kinshasa aurait des causes diverses.

- **Troisième hypothèse** : La dimension la plus atteinte du burn-out dont souffriraient les personnels soignants des institutions sanitaires de la ville de Kinshasa serait la dépersonnalisation.

- **Quatrième hypothèse** : Les personnels soignants congolais souffriraient différemment du *burn-out* selon les variables sociodémographiques telles que le genre, l'âge, l'état-civil, le niveau d'études, le service, l'ancienneté, la catégorie socioprofessionnelle et l'institution sanitaire de provenance.

2. Méthodologie

2.1. Participants

Les participants à l'enquête sont des personnels soignants des Cliniques Universitaires de Kinshasa, de l'Hôpital Général de Référence de Kinshasa et de l'Hôpital Général de Référence de Kintambo. Ils proviennent d'une population de 4906 soignants distribués inégalement entre ces institutions sanitaires et les catégories socio-professionnelles (Tableau 1).

Tableau 1 : Répartition de la population selon les institutions sanitaires

INSTITUTIONS SANITAIRES	CATEGORIES		Total
	Infirmiers	Médecins	
Cliniques Universitaires de Kinshasa	787	1027	1814
Hôpital Général de Référence de Kinshasa	1540	460	2000
Hôpital Général de Référence de Kintambo	671	421	1092
TOTAL	2998	1908	4906

Source : Archives hospitalières

Ils forment, à cause des contingences de terrain, un échantillon non probabiliste de type empirique de 282 participants (Tableau 2), échantillon diversifié selon les variables socio-démographiques

(genre, âge, état civil et niveau d'études) et de carrière (ancienneté professionnelle, service, institution sanitaire, catégorie socio-professionnelle).

Tableau 2 : Répartition des participants selon les variables socio-démographiques et professionnelles

Variables socio-démographiques	n	%
Genre		
Masculin	144	51,1
Féminin	138	48,9
Total	282	100,0
Âge		
18-28 ans	60	21,3
29-39 ans	82	29,1
40-50 ans	67	23,8
51-61 ans	45	15,9
62 ans et plus	28	9,9
Total	282	100,0
État-civil		
Marié(e)	193	68,4
Célibataire	76	27,0
Divorcé(e)	13	4,6
Total	282	100,0
Niveau d'études		
A2 (D4)	14	5,0
A1/G3	49	17,4
A0/L2	51	18,0
Dr. Méd /L2	122	43,3
Spécialiste DEA	31	11,0
Docteur à thèse	15	5,3
Total	282	100,0
Service		
Chirurgie	25	8,90
Soins intensifs	71	25,2
Pédiatrie	39	13,8
Médecine interne	56	19,9
Cardiologie	10	3,50
ORL	10	3,50
Bloc opératoire	12	4,30
Laboratoire	16	5,70
Néonatalogie	16	5,70
Gynécologie obstétrique	21	7,40
CPN/CPON	6	2,10
Total	282	100,0
Ancienneté professionnelle		
0-10 ans	90	31,9
11-21 ans	79	28,0
22-32 ans	38	13,5
33-43 ans	42	14,9
44 ans et plus	33	11,7
Total	282	100,0
Catégorie professionnelle		
Infirmier	108	38,3
Médecin	127	45,0
Infirmier spécialiste	11	3,9
Médecin spécialiste	36	12,8
Total	282	100,0



Institution sanitaire		
CUK	101	35,8
HGR de Kinshasa	106	37,6
HGR de Kintambo	75	26,6
Total	282	100,0

Source : Nos enquêtes de terrain auprès du personnel soignant

Numériquement, cet échantillon est presque équilibré par rapport au genre (144 hommes soit 51,1 % de l'échantillon et 138 femmes soit 48,9 % de l'échantillon) et à l'institution sanitaire (106 participants soit 37,6% de notre échantillon pour l'Hôpital Général de Référence de Kinshasa, 101 participants soit 35,8% de l'échantillon pour les Cliniques Universitaires de Kinshasa et 75 participants soit 26,6% de notre échantillon pour l'Hôpital Général de Référence de Kintambo). Alors qu'il est massivement dominé par les mariés (68,4 % de l'échantillon), les Dr. Méd /L2 (43,3 % de l'échantillon), les médecins (45 % de l'échantillon), les participants des soins intensifs (25,2 % de l'échantillon), ceux de 29-39 ans (29,1 % de l'échantillon) et ceux ayant une ancienneté professionnelle de 0 à 10 ans (31,9 % de l'échantillon).

2.2. Instrument d'enquête

Les participants ont répondu au Maslash Burnout Inventory (M.B.I.), un instrument élaboré par Maslash et Jackson (1981) auquel a été ajoutée une question ouverte relative aux causes de *burn-out*.

Le M.B.I. est un instrument d'évaluation du *burn-out* le plus fiable et le plus utilisé actuellement. Ses qualités métrologiques et sa structuration factorielle sont confirmées par des études sur des populations des divers pays.

Le M.B.I. comprend 22 items (Tableau 3) distribués inégalement entre les trois dimensions du *burn-out*, l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et le manque d'accomplissement personnel.

Tableau 3 : Distribution des items du MBI par dimension du burn-out

Dimensions du <i>burn-out</i>	Nombre d'Items	Numéros
Épuisement émotionnel	9	1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 18
Dépersonnalisation	5	5, 10, 11, 15, 22
Accomplissement de soi	8	4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21
Total	22	22

Source : Maslash et Jackson (1981)

Les réponses sont données sur une échelle de valeur en sept points : 0 = jamais, 1 = Quelques fois par année, au moins ; 2 = Une fois par mois, au moins ; 3 = Quelques fois par mois ; 4 = Une fois par semaine ; 5 = Quelques fois par semaine ; 6 = Chaque jour.

Leur mode d'interprétation du M.B.I. est consigné dans le tableau 4 ci-dessous.

Tableau 4 : Scores des niveaux de burn-out par dimension

Niveaux de burn-out	Dimensions du <i>burn-out</i>		
	Épuisement émotionnel	Dépersonnalisation	Accomplissement de soi
Élevé	27 et plus	13 et plus	0-30
Modéré	17-26	7-12	31-36
Bas	0-16	0-6	37 et plus

Source : Maslash et Jackson (1981)

Un score élevé d'épuisement émotionnel ou de dépersonnalisation ou un score bas d'accomplissement de soi ne suffit pas pour parler de *burn-out*. Celui-ci existe quand au moins deux dimensions sont atteintes. En plus, c'est au prorata du nombre de dimensions atteintes qu'on évalue la gravité de *burn-out*. En effet, il existe trois niveaux de *burn-out* : faible, lorsqu'une seule dimension sur trois est atteinte ; moyen, lorsque deux dimensions sur trois sont atteintes ; et sévère, lorsque trois dimensions sur trois sont atteintes ou pathologiques.

L'inventaire de burn-out de Maslash et Jackson (1981) étant conçu pour la population française canadienne, sa consistance interne est testée, dans le contexte des entreprises congolaises, afin de juger directement de sa fidélité et indirectement de sa validité. Dans cette perspective, le coefficient alpha de Cronbach est calculé grâce au logiciel statistique IBM SPSS 21.

Tableau 5 : Coefficients alpha de Cronbach de l'inventaire de Burn-out

N°	Dimensions	Alpha de Cronbach (α)	Nombre d'items
1	Épuisement Professionnel	.791	9
2	Dépersonnalisation	.795	5
3	Accomplissement Personnel	.830	8
Ensemble de l'échelle		.905	22

Source : Nos enquêtes de terrain auprès du personnel soignant

Selon Nunnally (1973), une valeur d'alpha acceptable, dans une étude exploratoire, doit être supérieure à .70. Dans cet ordre d'idée, toutes les sous-échelles de notre inventaire sont cohérentes ou homogènes (Tableau 5). En d'autres termes, les items de ces sous-échelles évaluent le *burn-out* dans toutes ses dimensions. Car les coefficients alpha de ces dernières (épuisement professionnel :

$\alpha=.791$; dépersonnalisation : $\alpha=.795$; accomplissement personnel : $\alpha=.830$) et celui de l'ensemble de l'inventaire ($\alpha=.905$) sont supérieurs à .70.

3. Analyse et discussion des résultats

L'usage de l'échelle de M.B.I. a nécessité l'option de l'approche quantitative. En effet, les pourcentages et le Chi-carré (Khi2) sont utilisés pour traiter les données. Les résultats obtenus sont destinés à examiner l'existence du *burn-out* chez les personnels soignants congolais, à hiérarchiser ses causes, à hiérarchiser ses dimensions et à étudier sa relation avec les variables socio-démographiques.

3.1. Diagnostic du *burn-out*

Le diagnostic du *burn-out* répond à la première hypothèse selon laquelle les personnels soignants des institutions sanitaires de la ville de Kinshasa souffriraient du *burn-out*.

Tableau 6 : Diagnostic du *burn-out*

<i>Burn-out</i>	f	%
Négatif	114	40
Positif	168	60
Total	282	100

Source : Nos enquêtes de terrain auprès du personnel soignant

D'après les données du tableau 6 ci-dessus, 60 % des participants de l'étude sont fortement épuisés professionnellement contre 40 % de participants qui le sont moins. En d'autres termes, la majorité des personnels soignants *kinois* souffrent du *burn-out* dont au moins deux dimensions sur trois sont atteintes conformément au mode d'interprétation des réponses au M.B.I. (Tableau 4). Ainsi, la première hypothèse est vérifiée. Elle est confortée par les résultats de Maslash et Jackson (1981), de l'Agence Européenne pour la Santé et la Sécurité au Travail (2002), de Lloyd et al. (2002), de Barbier (2004), Bontoux (2016) et de Légeron (2019).

Selon Maslash et Jackson (1981), les symptômes du *burn-out* sont plus susceptibles de survenir chez des personnes très engagées dans des professions d'aide à la personne telles les services d'hôtellerie et de restauration, l'enseignement, les services sociaux et de santé.

Pour l'Agence Européenne pour la Santé et la Sécurité au Travail (2002), les personnels soignants souffrent réellement du *burn-out*.

Lloyd, King et Chenoweth (2002) affirment que les professions caractérisées par une forte interaction interpersonnelle sont souvent perçues comme présentant les plus grands risques. En

même temps, ils soulignent que les professions les plus exposées sont celles qui exigent la régulation ou la dissimulation des émotions, ainsi que celles qui requièrent un haut niveau d'empathie.

Pour Barbier (2004), le *burn-out* concerne plus particulièrement les personnels soignants parce qu'ils sont quotidiennement des témoins directs de la souffrance, du malheur, de la maladie et des morts.

Bontoux (2016) a découvert un taux élevé de *burn-out* chez les médecins généralistes du Gers.

Enfin selon Légeron (2019), les soignants ne sont pas épargnés par la montée en puissance de l'ensemble des risques psychosociaux qu'on observe dans tous les secteurs d'activité du monde du travail. Les facteurs auxquels ils sont exposés ont de fortes particularités et semblent être plus significatifs que ceux d'autres métiers. En plus, le stress élevé dont les participants à la présente enquête sont victimes et la spécificité de leur activité (relation d'aide avec les malades) justifieraient, d'une certaine manière, la forte prévalence de *burn-out* qui en découle.

Cependant, le pourcentage des soignants congolais enquêtés souffrant de *burn-out* (60,% des participants) est supérieur à ceux trouvés par Cadremploi (2019) et Asbayo & Hajaoui (2018).

En effet, Cadremploi (2019) a mené une enquête auprès de 1123 cadres français. 50 % des participants ont estimé avoir été victimes de *burn-out*.

D'autre part, l'étude d'Asbayo et Hajaoui (2018) sur 122 infirmiers marocains du secteur privé a détecté 33.5% des infirmiers professionnellement épuisés.

Alors que l'enquête d'Elmossati et al. (2016) a découvert un taux du *burn-out* de plus de 60% chez les enseignants universitaires marocains.

3.2. Exploration des causes du *burn-out*

La deuxième hypothèse vise l'exploration des causes du *burn-out* en milieu hospitalier *kinois*. Elle se formule comme suit : « Le *burn-out* dont souffriraient les personnels soignants des institutions sanitaires de la ville de Kinshasa aurait des causes diverses. »

Tableau 7 : Les causes les plus déterminantes du burn-out

Causes	f	%
La charge de travail	186	20,3
Le style de management	179	19,5
La fatigue	109	11,9
L'intensification du travail	106	11,6
Le manque reconnaissance	104	11,3
La modification des horaires du travail	92	10,0
Le rythme de travail et les relations de travail	91	9,9
L'insomnie et la démotivation	50	5,5
Total	917	100

Source : Nos enquêtes de terrain auprès du personnel soignant

Effectivement, les causes du burn-out dont souffrent les personnels soignants des institutions sanitaires de la ville de Kinshasa sont diverses. Dans l'ordre d'importance, se suivent la charge de travail (20,3%), le style de management (19,5%), la fatigue (11,9%), l'intensification du travail (11,6% de l'échantillon), le manque de reconnaissance (11,3%), la modification des horaires du travail (10% de l'échantillon), le rythme de travail et les relations de travail (9,9%), l'insomnie et la démotivation (5,5%). La plupart d'entre elles se retrouvent dans la liste des causes du *burn-out* élaborée par Lee et Achforth, en 1996. Pour ces derniers, il s'agit de la faible autonomie, du manque de repères professionnels, de l'intensification du travail, du manque de maîtrise des tâches, des problèmes de communication verticale et horizontale, du manque d'équipements et d'outils de travail ad hoc, de la mauvaise définition des rôles dans le travail, de la mauvaise répartition des tâches, de l'absence ou de l'insuffisance des facteurs de motivation, du manque ou de l'insuffisance de sommeil, des mauvaises conditions de travail, de l'augmentation croissante des sollicitations extra-organisationnelles, de la demande de réactivité immédiate, de l'envahissement de la sphère privée par les problèmes relatifs au travail, de l'interaction entre les facteurs de risque individuels et organisationnels.

Quelques-unes de ces causes de *burn-out* sont confirmées par l'enquête de Cadremploi réalisée du 5 au 7 juin auprès des cadres français. L'on peut citer : trop de pression professionnelle (63% des réponses), une très lourde charge de travail (59% des réponses), un manque de reconnaissance pour le travail accompli (54% des réponses) et du stress (53% des réponses).

L'étude de Kollo Bandibeno & Bilounga (2024), sur les conditions de travail et performance sociale au sein des hôpitaux publics au Cameroun, confirme l'importance de la surcharge de travail

dans la production du *burn-out*. Excessives ces exigences de travail seraient de nature à fragiliser l'état de santé du personnel soignant et à pousser ce dernier au changement de métier.

Enfin, un autre inventaire des déterminants du *burn-out* provient de l'enquête d'Eil-Abadi et Bazine (2023) réalisée auprès de 327 cadres du secteur privé marocain. Il comprend la charge de travail, le rythme de travail, l'ambiguïté de rôle, la reconnaissance au travail, le conflit VP/vp, l'intention de quitter et la monotonie au travail.

Selon Brunault, Fougereau et Gillet (2008), ces causes influent sur la qualité de vie au travail des salariés et peuvent être des antécédents du *burn-out*. Tout ce qui précède permet de valider la deuxième hypothèse.

3.3. Importance des dimensions dans l'apparition du *burn-out*

L'évaluation de l'importance des poids numériques des dimensions dans l'apparition du *burn-out* est l'épreuve de la troisième hypothèse. Celle-ci se formule alternativement comme suit : « La dimension la plus atteinte du *burn-out* dont souffriraient les personnels soignants des institutions sanitaires de la ville de Kinshasa serait la dépersonnalisation. » Elle est confirmée par les données des tableaux 8 et 9 ci-dessous.

Tableau 8 : Niveau de *burn-out* par dimensions

Niveaux de <i>burn-out</i>	Épuisement émotionnel		Dépersonnalisation		Accomplissement de soi	
	f	%	f	%	f	%
Faible	10	3,5	6	2,1	159	56,4
Modéré	51	18,1	33	11,7	56	19,8
Elevé	221	78,4	243	86,2	67	23,8
Total	282	100,0	282	100,0	282	100,0

Source : Nos enquêtes de terrain auprès du personnel soignant

Les différents niveaux des dimensions du *burn-out* n'ont pas d'importance égale lors de l'apparition du *burn-out* (Tableau 8). En effet, 78,4 % des participants ont un degré élevé d'épuisement émotionnel, 23,8 % un degré élevé d'accomplissement et 86,2 % un degré élevé de dépersonnalisation.

Tableau 9 : Résultats du burn-out selon l'institution sanitaire et par dimension

Institution sanitaire	Dimensions de <i>burn-out</i>	Positif	Négatif
CUK	EPE	18%	8%
	DP	34%	17%
	AP	8%	15%
HGR de Kinshasa	EPE	26%	11%
	DP	29%	12%
	AP	5%	17%
HGR Kintambo	EPE	16%	27%
	DP	16%	28%
	AP	8%	5%

Source : Nos enquêtes de terrain auprès du personnel soignant

Ces différences sont confirmées par la prédominance d'une même dimension dans l'apparition du *burn-out* dans chaque institution sanitaire (Tableau 9). La hiérarchie qui en découle est la suivante : la dépersonnalisation (34 % pour les CUK ; 29 % pour le HGR de Kinshasa et 16 % pour le HGR de Kintambo), l'épuisement émotionnel (18 % pour les CUK ; 26 % pour le HGR de Kinshasa et 16 % pour le HGR de Kintambo) et l'accomplissement personnel (8 % pour les CUK ; 5 % pour le HGR de Kinshasa et 8 % pour le HGR de Kintambo). Elle est appuyée par celle d'Asbayo et Hajaoui (2018). En fait, l'étude de ces derniers sur 122 infirmiers marocains du secteur privé montre que les scores de *burn-out* sont de 20,47 % pour la dépersonnalisation, de 17,35 % pour l'épuisement professionnel et de 16,13 % pour l'accomplissement personnel. Autrement dit, la dimension la plus affectée du *burn-out* dont souffrent ces participants est la dépersonnalisation suivie de l'épuisement émotionnel et de l'accomplissement de soi. Or, à l'issue de l'étude de Le Ray-Landrein, Gillet, Colombat et Dubourg (2016), la dimension du *burn-out* la plus touchée fut l'accomplissement personnel et non la dépersonnalisation. Celle-ci se traduit par le manque de considération au patient qu'on traite au même titre qu'un banal objet (Delbrouck, 2008), l'insensibilité au monde environnant, le repli sur soi, la distanciation ou la déshumanisation de la relation à l'autre, l'attitude d'indifférence et de cynisme envers la personne prise en charge, le désinvestissement psychologique, la méfiance et la rupture avec son organisation et son travail. Elle est associée au sentiment de froideur et de détachement à l'égard des autres. Sa primauté sur les autres dimensions du *burn-out* contraste avec la culture africaine. Dite communautaire celle-ci privilégie la qualité des relations humaines, la régularité et l'abondance des contacts humains, la

parenté sociale. Dès lors, le collectif prime l'individuel. Le groupe est souverain et l'individu se définit par rapport à lui.

3.4. Effet des variables socio-démographiques sur le *burn-out*

« Les personnels soignants congolais souffriraient différemment du *burn-out* selon les variables socio-démographiques telles que le genre, l'âge, l'état-civil, le niveau d'études, le service, l'ancienneté, la catégorie socioprofessionnelle et l'institution sanitaire de provenance. » Telle est notre quatrième et dernière hypothèse.

Elle est éprouvée avec l'analyse différentielle des données du diagnostic (Tableau 10). Celle-ci a été effectuée avec le test chi-carré via le logiciel statistique IBM SPSS version 21.0.

Tableau 10 : Étude différentielle du burn-out (p .0.05)

Variables	Burn-out			Total	Khi2	Sig.	Décision
	Positif	Négatif					
Genre	Masculin	67	77	144	4,89	0,02	Signif.
	Féminin	47	91	138			
	Total	133	168	282			
Âge	18-28 ans	27	61	88	6,35	0,17	Non signif.
	29-39 ans	58	66	124			
	40-50 ans	28	39	67			
	51-61 ans	0	1	1			
	62 ans et plus	1	1	2			
	Total	114	168	282			
État-civil	Célibataire	34	42	76	3,77	0,15	Non signif.
	Marié(e)	72	121	193			
	Divorcé(e)	8	5	13			
	Total	114	168	282			
Niveau d'études	A2	3	11	14	6,77	0,23	Non signif.
	A1/G3	19	30	49			
	A0/L2	15	36	51			
	Dr. Méd/L2	56	66	122			
	Spécialiste/DEA	14	17	31			
	Docteur à thèse	7	8	15			
	Total			282			
Service	Chirurgie	12	13	25	34,30	0,00	Signif.
	Soins Intensifs	31	40	71			
	Pédiatrie	16	23	39			
	Médecine Interne	15	41	56			
	Cardiologie	7	3	10			
	ORL	7	3	10			
	Bloc-Opératoire	1	11	12			
	Laboratoire	0	16	16			
	Néonatalogie	9	7	16			
	Gynécologie	12	9	21			

	CPN/CPON	4	2	6			
	Total	114	168	282			
Ancienneté	0-10 ans	49	74	123			
	11-21 ans	31	52	83			
	22-32 ans	14	24	38	5,32	0,25	Non signif.
	33-43 ans	20	16	36			
	44 ans et plus	0	2	2			
	Total	114	168	282			
CSP	Infirmier	31	78	109			
	Médecin	63	66	129			
	Infirmier spécialiste	5	6	11	11,63	0,02	Signif.
	Médecin spécialiste	15	18	33			
	Total	114	168	282			
Institution sanitaire	CUK	42	59	101			
	HGR de Kinshasa	34	72	106	6,39	0,04	Signif.
	HGR de Kitambo	38	37	75			
	Total	114	168	282			

Source : Nos enquêtes de terrain auprès du personnel soignant

Les résultats obtenus renseignent que toutes les variables sociodémographiques n'exercent pas des effets significatifs sur le *burn-out*. Ils permettent donc de valider partiellement la troisième hypothèse. En effet, les personnels soignants souffrent différemment du *burn-out* selon seulement quatre variables (le genre, le service, la catégorie socioprofessionnelle et l'institution sanitaire d'appartenance), les probabilités leur associées (le genre : 0,02 ; le service : 0,00 ; la catégorie socioprofessionnelle : 0,02 et l'institution sanitaire : 0,04) étant inférieures à la probabilité critique (0,05).

L'effet du genre est attesté par Ahola et al. (2006). Selon eux, les femmes semblent plus vulnérables au *burn-out* que les hommes.

Au sujet de la variable service, les travaux de Ndibe (2016), Bontoux (2016) et Légeron (2019) ont mis en évidence son influence sur le *burn-out*. Hic et nunc, le service le plus touché par le *burn-out* est celui des soins intensifs. On en déduit que son personnel soignant est plus exposé aux situations les plus dramatiques que ceux des autres services. C'est le cas des soignants travaillant en unités de soins palliatifs. En effet, Le Ray-Landrein, Gillet, Colombat et Dubourg (2016) ont réalisé une enquête auprès de 129 professionnels de la santé travaillant dans les unités de soins palliatifs, incluant des médecins, des infirmières et des aides-soignants. Leurs résultats indiquent que 32,5 % de ces professionnels de la santé sont affectés par le *burn-out*, présentant au moins une dimension touchée.



Concernant la variable catégorie professionnelle, les infirmiers sont les plus touchés par le *burn-out*. En effet, ils collaborent avec les médecins. Ils ont la charge de recevoir le malade, de recueillir toutes les informations cliniques le concernant et de le préparer avant de l'adresser au médecin. Ils planifient et évaluent les soins à donner. Ils informent les patient(e)s et leurs familles sur certains aspects de santé. Ils collaborent avec des équipes interdisciplinaires de soins de santé. Ils administrent les médicaments et les traitements prescrits. Ils ajustent le plan thérapeutique infirmier. Ils surveillent, évaluent, documentent et consignent les symptômes et les changements dans l'état des patient(e)s. Ils assistent les médecins lors de leurs interventions et des procédures médicales. Ils exécutent la démarche de renvoi des patient(e)s. Sans qu'elles soient exhaustives ces tâches constituent la charge de travail des infirmiers qui s'amplifie avec le nombre de malades reçus et exposent au *burn-out*.

L'influence de l'institution sanitaire sur la manifestation du *burn-out* semble compréhensible au regard du fonctionnement quotidien des hôpitaux de la ville de Kinshasa. En effet, les CUK sont l'institution la plus affectée par le *burn-out*. De grande renommée pour ses médecins de qualité et surtout ses spécialistes elles accueillent beaucoup plus de patients que les autres hôpitaux. Ainsi à cause de l'insuffisance de leurs effectifs, la charge de travail augmente et expose leurs personnels soignants au *burn-out*. Ces derniers sont également sollicités ailleurs pour leur expertise. Sous cette condition, ils peuvent développer facilement le *burn-out* à cause de la surcharge de travail.

Cependant, quels que soient leur âge, leur état civil, leur niveau d'études et leur ancienneté au travail les personnels soignants congolais souffrent indifféremment du *burn-out*. Car les probabilités associées à ces variables (Sig. âge : 0,17 ; Sig. état civil : 0,15 ; Sig. niveau d'études : 0,23 ; Sig. ancienneté au travail : 0,25) sont supérieures à la probabilité critique (0,05). Comme l'a noté Bontoux (2016), certaines variables sociodémographiques et organisationnelles influencent l'incidence du *burn-out*. Cependant, en ce qui concerne l'âge et l'état civil, Ahola et ses collaborateurs (2006) proposent une perspective plus complexe. Ils avancent que l'âge peut jouer soit en faveur soit en défaveur du risque de *burn-out*. D'un côté, avoir atteint un certain âge et avoir maintenu une activité professionnelle pourraient indiquer une résilience statistique face au *burn-out*. D'un autre côté, l'âge peut également accroître le risque en raison de l'augmentation progressive de la charge de travail tout au long de la carrière. Par ailleurs, en ce qui concerne l'état civil, le célibat ou la séparation sont associés à un risque accru de *burn-out* chez les hommes.



Conclusion

Les personnels soignants des institutions sanitaires rd-congolaises souffrent réellement du *burn-out*. Les causes de cet épuisement professionnel sont diverses. Il s'agit de la charge de travail, du style de management, de la fatigue, de l'intensification du travail, du manque de reconnaissance, de la modification des horaires du travail, du rythme de travail, des relations de travail, de l'insomnie et de la démotivation. La dimension la plus déterminante du *burn-out* des participants à l'enquête est la dépersonnalisation. Elle est suivie de l'épuisement émotionnel et de l'accomplissement de soi. Les variables qui agissent dans l'apparition du *burn-out* sont le genre, le service, la catégorie socioprofessionnelle et l'institution sanitaire d'appartenance. Leur contrôle et la maîtrise des causes du *burn-out* précitées amorcent la mise en place du dispositif d'accompagnement et de prévention des risques psychosociaux, en général. Telle est la gestion du *burn-out* de proximité que peuvent mener les managers des institutions sanitaires rd-congolaises afin de protéger la santé mentale de leurs personnels. Outre ces implications managériales et sur le plan scientifique, le contrôle des différences interindividuelles dans l'étude du *burn-out* paraît plus informatif que leur négligence. Toutefois, élargir cette étude à toutes les catégories professionnelles des institutions sanitaires permettrait d'avoir une image quasi exhaustive de la santé mentale de tous les acteurs des soins et d'améliorer ces derniers vu le caractère collectif qui les caractérise. Enfin, il serait intéressant d'éprouver l'effet de la culture locale sur le *burn-out* en élargissant la même étude aux institutions sanitaires des autres villes de la République Démocratique du Congo.



BIBLIOGRAPHIE

- Achille M.A. (2003). Définir la santé au travail. Un modèle multidimensionnel des indicateurs de la santé au travail. In R. Foucher, A. Savoie & L. Brunet (Éds.), *Concilier performance organisationnelle et santé psychologique au travail* (pp.91-112). Montréal, QC : Éditions nouvelles.
- Ahola K, Honkonen T, Isometsä E, Kalimo R, Nykyri E, Koskinen S, Aromaa A, Lönnqvist J. (2006). “Burnout in the general population”. *Soc Psychiat Epidemiol*. 41 :11–17.
- Asbayo F. et Hajaoui M. (2018). « L'épuisement professionnel des infirmiers : secteur privé marocain ». *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*. 79 (3) : 442.
- Barbier, H. (2004). Distinct models of burnout and commitment among men and women in military. *Journal of Applied Behavioral Science*. 30 (1), 63-82.
- Biétry F. & Creusier J. (2013). Proposition d'une échelle de mesure positive du bien-être au travail (EPBET). *Revue de gestion des ressources humaines*. 87.23-41.
- Bonneville H. (2014). *L'interaction entre la qualité de vie au travail et la qualité de vie personnelle : Son rôle dans l'épuisement professionnel et la détresse psychologique*. Thèse de doctorat en sciences psychologiques publiée. Université du Québec à Montréal. Montréal.
- Boudrias S., Savoie A. & Brunet L. (2007). *Vérification d'un modèle de la santé psychologique au travail au Québec et en France*. Université de Montréal.
- Boutrand G. (2012). A longitudinal study of psychological Burnout in teachers. *Humans Relations*. 48, 187-202.
- Brien et al. (2008). “Community based treatment for young adult offenders”. *Crime & Delinquence*, 15 (3), 359.
- Cadremploi. (17 juin 2019). *Les Echos*.
- Cegos. (Novembre 2016). *Climat social et qualité de vie au travail, Baromètre de l'observatoire CEGOS*. 18ème édition.
- Cowen E.L. (1994). The enhancement of psychological wellness : Challenges and opportunities. *American Journal of Community Psychology*. 22. 149-179.
- Elmossati, Mohamed Salim, Ahmed OT Ahami, Hassan Oudda, & Youssfi Elkettani. (2016). « Évaluation de l'épuisement professionnel chez les enseignants universitaires au Maroc/ [Assessing burnout among university teachers in Morocco] ». *International Journal of Innovation and Applied Studies*. 16 (4) : 914.
- Demerouti E., Bakker A., Naichreiner F. & Schaufeli W. (2000). A model of burnout and life



- satisfaction amongst nurses. *Journal of advanced nursing*. 32 (2), 454-464.
- Dimitrova T. (1994). Taxonomy and biostratigraphy of genus *Schulzospora* (Carboniferous) from The Dobrudzha Coal Basin, North-East Bulgaria. *Review Bulgar of Geology Soical*, 3, 85-89.
- Duquette E.L. et al. (2003). Need Satisfaction, Motivation, and Well-Being in the Work Organizations of a Former Eastern Bloc Country: A Cross-Cultural Study of Self-Determination. *Personality and Social Psychology Bulletin*. 27 (8), 930-942.
- El-Abbadi I. & Bazine I. (2023). « Déterminants et conséquences du burnout : une enquête étendue auprès des cadres marocains ». *Revue Internationale du chercheur*. « Volume 4 : Numéros 3 », pp. 845 – 868.
- Grebot, É. (2019). Chapitre 3. Le burnout : du processus d'épuisement au syndrome d'épuisement professionnel. Dans : É. Grebot, *Les pathologies au travail : Stress, burnout, workaholisme et harcèlement. Approche intégrative* (pp. 111-182). Paris : Dunod.
- Grosjean V. (2004). *Le bien-être et la santé au travail*. Paris : Éditions de l'institut national de Recherche et de Sécurité.
- Harter J.K. (2002). Well-being in the workplace and its relationship to business outcomes: A review of the Gallup's studies. *American Psychological Association*. 23, 205-224.
- Josse E. (2008). *Le burn-in et le burn-out*. www.resilience-psy.com.
- Keyes C.L. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing: A complementary strategy for improving national mental health. *American Psychologist*. 62 (2), 95-101.
- Kollo Bandibeno I. & Bilounga M.N. (2024). « Conditions de Travail et Performance Sociale au sein des Hôpitaux Publics au Cameroun », *Revue Française d'Économie et de Gestion*, « Volume 5 : Numéro 4 » pp : 375 – 395.
- Lazarus R.S. (1991). « Psychological stress in the workplace ». *Journal of Social Behavior*, p38.
- Lee K. & Allen N.J. (2002). Organizational citizenship behavior and workplace deviance: The role of affect and cognitions. *Journal of Applied Psychology*. 87 (1), 131-142.
- Lee RT. & Ashforth B.E. (1996). « A meta-analytic examination of the correlates of the three dimensions of burnout ». *Journal of Applied Psychology*. 81, 123-133.
- Le Ray-Landrein F., Gillet N., Colombat P. et Dubourg P. (2016). Le burn-out des soignants travaillant en soins palliatifs. *Psycho-Oncol*. Volume 10, Numéro 3, 211-219, Cancers et Environnement.



- Lhuillier D. & Litim M. (2009). Le rapport santé-travail en psychologie du travail. *Mouvements*. 2. (58), 85-96.
- Lloyd C., King R. & Chenoweth L. (2002). “Social work, stress and burnout : A review”. *J. Ment Health*, 11: 255–265.
- Lyubo Mirsky S. (2005). Pursuing happiness : The architecture of sustainable change. *Review of General Psychology*. 9, 111-131.
- Marius C. (2012). Médecin : un métier à risques (Stress, risques psychosociaux et burn-out).in Maury M. & Taourel P., *Les médecins ont aussi leurs maux à dire*. Paris : Erès.
- Maslach C. & Jackson S.E. (1981). *The Maslach Burn-out Inventory. (Research edition)* Palo Alto, CA : Consulting Psychologists Press.
- Maslach C. & Jackson S.E. (1986). *Maslach Burnout Inventory Manual, (2e Ed)*. Palo Alto, CA : Consulting Psychologists Press.
- Maslach C. & Leiter M.P. (2016). Burn-out, des solutions pour se préserver et pour agir. Traduction française de « *The truth about Burn Out, how organisations cause personal stress and what to do about it* ». Edition des Arènes.
- Ndibe P. (2016). *Diagnostic du burnout chez les travailleurs de l’Office National de Café*. Mémoire de licence, FPSE, Unikin.
- OCDE. (2012). « Mal-être au travail ? : Mythes et réalités sur la santé mentale et l’emploi ». *Review of occupational behaviour*, 2, 99- 113. 313.
- Olié J.-P. & Légeron P. (rapporteurs) – 16 février 2016. *Le burn-out*. Rapport de l’Académie nationale de médecine.
- O.M.S. (2001). *Atlas : Mental Health Resources in the World*. Geneva.
- Podsakoff P. (2002). L’autonomie au travail : déviance déloyale, initiative vertueuse ou nouvelle norme ? *Cahiers pédagogiques*. 3 (84), 14-19.
- Schneider B. (2003). Which comes first : Employee attitudes or organizational financial and market performance ? *Journal of applied psychology*. 69, (4), 719-727.
- Smith C.A. (1983). Organizational citizenship behavior: Its nature and antecedents. *Journal of Applied Psychology*. 68, 653-663.
- Wright T.A. & Bonett D.G. (1997). The role of pleasantness and activation-based well-being in performance prediction. *Journal of Occupational Health Psychology*. 2. 212-219.