



HAL
open science

LES RISQUES PSYCHOSOCIAUX (RPS) SUR LE LIEU DE TRAVAIL AU MAROC : UNE REVUE DE LITTERATURE

Hamid Esserdi, Pierre Chaudat, Laurent Mériade

► **To cite this version:**

Hamid Esserdi, Pierre Chaudat, Laurent Mériade. LES RISQUES PSYCHOSOCIAUX (RPS) SUR LE LIEU DE TRAVAIL AU MAROC : UNE REVUE DE LITTERATURE. Congrès Institut de l'audit social autour de l'homme et de l'homme au travail, Dec 2019, YAOUNDE, Cameroun. hal-02457732

HAL Id: hal-02457732

<https://hal.science/hal-02457732v1>

Submitted on 28 Jan 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

LES RISQUES PSYCHOSOCIAUX (RPS) SUR LE LIEU DE TRAVAIL AU MAROC : UNE REVUE DE LITTÉRATURE

Hamid ESSERDI¹
Pierre CHAUDAT²
Laurent MÉRIADE³

Résumé

Les risques psychosociaux (RPS), à cause de leur nature humaine, n'épargnent aucune communauté. Ils sont particulièrement prépondérants sur le lieu de travail quel que soit le contexte socio-culturel. Le Maroc, pays arabo-musulman, en voie de développement, n'échappe pas à ce phénomène. Les travailleurs marocains souffrent des RPS sous la pression sociale et économique et sous le silence du législateur.

Les études sur les RPS se sont nettement développées au cours des dix dernières années au Maroc, mais de manière relativement peu coordonnée. Une analyse fine de la littérature existante nous permet de réaliser un premier point sur les principaux déterminants et manifestations de ces risques dans le contexte marocain. Pour synthétiser ces travaux, nos premiers résultats mettent en évidence des caractéristiques des RPS particulièrement marquées que nous proposons comme premiers éléments de structuration de la littérature relative au RPS dans le contexte professionnel marocain.

Mots clés : Risques psychosociaux, déterminants, manifestations, Maroc

PSYCHOSOCIAL RISKS (PSR) IN THE WORKPLACE IN MOROCCO: A REVIEW OF LITERATURE

Abstract

Psychosocial risks (PSR), because of their human nature, do not spare any community. They are particularly prevalent in the workplace regardless of the socio-cultural context. Morocco, an Arab-Muslim country in the developing world, is no exception to this phenomenon. Moroccan workers suffer from RPS under social and economic pressure and under the silence of the legislator.

Studies on RPS have developed significantly over the last ten years in Morocco, but in a relatively uncoordinated way. A detailed analysis of the existing literature allows us to make a first point on the main determinants and manifestations of these risks in the Moroccan context. To summarize this work, our first results highlight the characteristics of the particularly marked RPS that we propose as the first elements of structuring the literature on RPS in the Moroccan professional context.

Keywords: Psychosocial risks, determinants, demonstrations, Morocco

¹Doctorant, Sciences de gestion, IAE Clermont Auvergne - School of Management, ClerMA, Hamid.ESSERDI@etu.uca.fr et h.esserdi@gmail.com

²Maître de Conférences en sciences de gestion, IAE Clermont Auvergne - School of Management, ClerMA, pierre.chaudat@uca.fr

³Maitre de conférences en sciences de gestion, IAE Clermont Auvergne - School of Management, Titulaire de la chaire "Santé et territoires" Fondation Université Clermont Auvergne, ClerMA, laurent.meriade@uca.fr

1. Introduction

La notion de risques psychosociaux (RPS) en milieu professionnel est apparue dans les années 1970 avec les changements profonds du monde du travail (Légeron, 2003). Depuis les années 2000, elle fait l'objet d'une attention plus soutenue, afin notamment de mesurer toute sa complexité sémantique et scientifique (Valléry et al., 2012). Dans un contexte de recherche de performance, la question des RPS au travail commence à être reconnue par bon nombre d'entreprises à travers des évaluations se voulant toujours plus objectives (Manzano, 2010, p.11).

Cependant, une définition juridique des RPS est jusqu'à présent inexistante. Nous retenons par commodité la définition donnée par le Collège d'Expertise⁴, qui les définit comme « des risques pour la santé mentale, physique et sociale, engendrés par les conditions d'emploi et les facteurs organisationnels et relationnels susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental » (Collège d'Expertise sur le Suivi des RPS, p.31). Cette définition revêt aujourd'hui un caractère consensuel et fait largement autorité.

A son tour, l'INRS les définit en tant que « situations de travail où sont présents, combinés ou non du stress, des violences internes commises au sein de l'entreprise par des salariés (harcèlement moral ou sexuel, conflits exacerbés entre des personnes ou entre des équipes) ou des violences externes commises sur des salariés par des personnes externes à l'entreprise (insultes, menaces, agressions...) » (INRS, 2018, p.1).

Néanmoins, la caractérisation sémantique et scientifique des RPS constitue un terrain encore instable. Les différentes formes de RPS laissent parfois entrevoir un champ sémantique très hétérogène, recouvrant, manifestations, déterminants et effets, sans distinguer les causes et les conséquences de ces risques (Nasse et Légeron, 2008, p.7). Il s'agit donc d'une situation de réversibilité circulaire, dont une des explications se situe dans le contexte socio-économique et culturel où se développent ces RPS et qui influence la perception par les salariés à la fois de leurs conditions de travail et des risques qui y sont liés. Ainsi les RPS peuvent se manifester de manière très diverse, selon les contextes socio-économiques, culturels et législatifs dans lesquels ils apparaissent.

Sur le plan scientifique, cela impose de les approcher dans leur contexte de survenance pour en faire une lecture à la fois compréhensible par les managers et mobilisable dans d'autres travaux. Ceci est particulièrement vrai au Maroc où le contexte de travail constitue un lieu dans lequel coexistent au moins trois logiques paradoxales : l'ambition d'entrepreneurs motivés par davantage de gains financiers, la motivation sociale et individuelle de travailleurs vivant dans l'espoir de voir leur « futur » meilleur et enfin les carences législatives par rapport aux RPS.

⁴Plus exactement : Le Collège d'Expertise sur le Suivi Statistique des risques psychosociaux au travail : c'est un Groupement international et interdisciplinaire, formé fin 2008 en France par l'INSEE à la demande du ministère du Travail, conformément aux recommandations du rapport de 2008 de Nasse-Légeron.

Dans cet article, nous explorons la problématique suivante : quels sont les principales manifestations et déterminants organisationnels des RPS dans le contexte professionnel marocain ?

Si la notion de RPS en milieu professionnel est apparue dans les années 1970 avec les changements profonds du monde du travail (Légeron, *ibid.*), elle fait l'objet d'une attention plus soutenue depuis les années 2000, afin notamment de mesurer toute sa complexité (Valléry et al., *ibid.*). En effet, la littérature a mis en évidence, de manière très abondante, la complexité de l'analyse des RPS en milieu de travail. L'une des formes de cette complexité est liée au fait que les RPS constituent un champ de rencontre complexe où se jouxtent des problèmes subjectifs [stress (Lazarus et Folkman, 1984), addictions, harcèlement moral et/ou sexuel (Hirigoyen, 1998)] et objectifs [niveau d'autonomie, monotonie de la tâche, style de management ou de leadership, intensification du travail (Askenazy et al., 2006), dépendances fortes par rapport aux demandes des collègues et des clients, des consignes contradictoires et des délais raccourcis (Bué & al., 2004), précarité et menace du chômage (Appay et Thébaud-Mony, 1997)]. De surcroît, plusieurs travaux insistent sur la forte imbrication qui existe entre la réalité des conditions de travail des salariés et leur perception des RPS, prenant en considération le décalage possible entre la perception d'une situation vécue ou imaginée et la réalité (Livet, 2000, p.35).

Le contexte marocain représente un terreau fertile pour l'apparition des RPS mais leurs analyses scientifiques s'inscrivent dans une littérature disparate et faiblement structurée. A partir d'un état descriptif de la littérature relative aux RPS au Maroc (cf. annexe), notre objectif de recherche est de commencer à structurer la littérature relative à ces RPS à partir d'une identification de leurs principaux déterminants et manifestations dans le contexte marocain. Pour cela, à travers une recension des principaux travaux sur les RPS au Maroc, nous construisons une analyse de cette littérature nous permettant de commencer à structurer une revue de cette littérature autour de deux éléments les plus régulièrement recensés pour décrire les RPS : leurs formes de manifestation et leurs déterminants organisationnels.

2. Méthodologie

Afin de construire cette revue de littérature des RPS propre au contexte marocain, nous avons construit une méthodologie d'analyse permettant de recenser les travaux traitant de ce thème puis de les analyser à travers une étude qualitative de leurs contenus. Cette méthodologie est apparue comme la plus adaptée à la grande diversité des travaux sur les RPS au Maroc afin de commencer à structurer la littérature autour de thèmes importants.

Dans un premier temps, nous avons consulté les bases de données des études réalisées au Maroc, en rapport avec les RPS sur le lieu de travail. Nous en excluons les papiers non disponibles. Nous avons retenu trente-quatre études (entre thèses, mémoires et articles), qui constitueront notre corpus de recherche.

Nous effectuons d’abord une analyse descriptive générique de ce corpus (§.3.1) que nous achevons par la présentation des manifestations RPS les plus visibles, selon leur fréquence dans les travaux recensés. Nous réalisons cette opération par le biais du logiciel d’analyse textuelle N’Vivo10.

Nous déduisons ensuite de cette production, les principaux déterminants des RPS mis en avant par la littérature, classés selon leur taux de fréquence (§.3.2). A la lumière de ces résultats, nous procédons à la classification de ces déterminants, en recourant à l’outil « RPS-DU⁵ » (INRS, 2013, p.24) qui répertorie les principaux déterminants organisationnels des RPS dans les organisations. En France, cet outil fait office de référence en matière de prévention et d’évaluation des RPS dans les organisations. Il a été élaboré pour aider les entreprises à identifier les facteurs de RPS dans chacune d’entre elles et les intégrer dans le Document Unique d’Evaluation des Risques Professionnels (DUER) établi tous les ans dans les entreprises de plus de 50 salariés.

Par la suite, nous discutons ces premiers résultats (§.4), en insistant notamment sur leurs spécificités par rapport aux RPS dans d’autres pays, notamment la France dont la législation de ce pays inspire largement celle du Maroc.

3. Résultats

3.1. Recensement bibliographique et analyse des études

Sans pouvoir prétendre à une exhaustivité totale des études relatives aux RPS sur le lieu de travail marocain, nous en examinons néanmoins une part très significative et qui fait partie de la littérature la plus citée dans les travaux scientifiques connexes.

Répartition du volume d’études par secteur d’activité

Il est remarquable de constater que le secteur de la santé, à lui seul, représente 29 études parmi les 34, soit l’équivalent de 85% (tableau 1). A elle seule, la Santé Publique représente plus que 24 études sur le volume total, soit 71%. On peut déduire de ce résultat que le domaine de recherche sur les RPS, dans les lieux de travail au Maroc, est particulièrement étudié et manifeste dans le secteur de la Santé, en particulier la Santé Publique. Ceci démontre une importante sensibilité aux RPS au Maroc dans le secteur de la santé et qui peut s’expliquer par une grande proximité des personnels avec cette problématique qui les rend probablement plus sensibles à celle-ci tant pour les personnes qu’ils soignent que pour eux-mêmes et leurs collègues.

Tableau 1 : Secteurs visités par les études sur les RPS au Maroc (source : auteurs)

Secteur d'activité	Santé publique	Médecine privée	Transport	Education	Entreprise	Total Secteurs
Nombre d'études relatives aux RPS	24	5	2	1	1	34

Evolution annuelle du nombre d’études

⁵Tableau de synthèse de l’évaluation des Facteurs psychosociaux, par unité de travail, inspiré des travaux du Collège d’Expertise en France (constitué à l’initiative du Ministre du travail en 2008), dans son Rapport sur le suivi des RPS au travail, en 2009.

Nous remarquons, en analysant l'évolution du nombre de publications, quelques années successives 2011, 2012 et 2013 représentent à elles seules plus de 44% du volume des études sur seize années (tableau 2).

Tableau 2 : Nombre d'études relatives aux RPS au Maroc par année (source : auteurs)

Année d'étude	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total
Nombre d'études	1	-	1	2	-	0	3	1	1	4	5	7	-	-	3	4	34

Ce résultat trouve en partie son explication dans les tourments vécus par les salariés marocains, pendant les années de la crise internationale de 2008 qui a commencé à avoir des impacts significatifs au Maroc après 2010, notamment dans le secteur immobilier et le domaine des finances publiques. On peut aussi constater, à travers l'analyse des résultats, que les travaux les plus importants ont été réalisés en 2013 et plutôt dans l'administration publique (cf. annexe), période relativement propice à l'analyse des premiers effets de l'introduction du NPM (*New Public Management*) dans les administrations marocaines.

Répartition du nombre d'études par zone géographique

Les grandes villes Casablanca, Rabat et Fès détiennent plus d'intérêt de la part des chercheurs. Cependant, d'autres villes, telles que Béni Mellal, Salé, Marrakech et Agadir, semblent également préoccuper les chercheurs, mais de façon plus réduite. Cette répartition semble cohérente si on prend en considération la configuration du tissu économique du pays, largement concentrée dans ces villes.

RPS investigués

Le tableau 3 représente les résultats des requêtes sur les concepts des RPS réitérés dans la littérature, traités par le logiciel d'analyse textuelle N'Vivo10. La fréquence indique la réitération du concept dans le discours de la littérature.

A l'issue de ces résultats bruts, nous sommes revenus aux textes constituant le corpus de recherche, par le biais des arborescences découlant du traitement par N'Vivo, pour y confirmer la concomitance des concepts en question avec les RPS correspondants.

Notons ce travail de va-et-vient entre *outputs* du logiciel exploité a permis de construire l'arborescence des déterminants apparaissant dans les travaux analysés selon les cinq catégories de déterminants proposés par l'outil « RPS-DU » (tableau 4).

Tableau 3 : Résultats de la requête N'Vivo de la fréquence des RPS investigués (source : auteurs)

Concept	Fréquence	Pourcentage pondéré (%)
<i>Burnout</i> ⁶	1123	49%
Autres risques professionnels	381	17%
Dépersonnalisation	232	10%
Stress et stress professionnel	178	8%

⁶Le *burnout* englobe dépersonnalisation, (non) accomplissement personnel, épuisement émotionnel et détresse psychologique.

Violences et agressions internes/externes	121	5%
Harcèlement moral	97	4%
(carence d') accomplissement personnel	80	3,5%
Epuisement émotionnel	52	2,3%
Epuisement professionnel	22	1%
Détresse psychologique	11	0,5%
Total des fréquences cumulées	2297	100%

Nous constatons selon ces résultats que le *burnout* constitue le RPS se manifestant le plus parmi les RPS au Maroc, avec un taux de fréquence égal à 49%. Cette manifestation peut être rapprochée d'autres manifestations exprimées par les personnels interrogés (autres risques professionnels, dépersonnalisation, stress). Ces résultats, comparés à ceux des études réalisées en France, auprès des internes en médecine et des infirmiers (Lelièvre, 2007 ; Giurciu et al., 2015, 2016 ; El Kettani et al., 2017) permettent de constater une prévalence d'un *burnout* plus prégnant dans les milieux de santé marocains que ceux de la France. Les femmes y seraient légèrement plus concernées que les hommes, probablement à cause de facteurs de stress extraprofessionnels (Giurciu, 2015, 2016 ; Chtibi et al., 2018). De surcroît, d'autres études montrent que le degré d'épuisement est très élevé par rapport aux normes établies par Maslach et Jackson (Chtibi et al., 2018).

3.2. Synthèse des principaux déterminants des RPS

Déterminants des RPS

L'analyse par le logiciel N'Vivo des discours illustrés dans la littérature étudiée, se basant sur l'outil d'évaluation « RPS-DU », permet de dégager une distribution fréquentielle des déterminants présentée dans le tableau 4. Le total des fréquences des déterminants investigués est de 4046. Les catégories de déterminants définies par les « RPS-DU » les plus fréquentes cités par la littérature sont dans l'ordre décroissant des taux de fréquence (exprimé en %).

Les conflits de valeurs et la dégradation des rapports sociaux apparaissent comme les deux catégories de facteurs expliquant le plus les RPS au Maroc (68% des facteurs). Chaque déterminant appartenant à chacune de ces catégories sont ensuite également mesurés selon leur fréquence ce qui permet d'évaluer avec plus de précisions les facteurs expliquant ces RPS dans le contexte marocain. Ainsi, il apparaît que les conflits de valeurs justifiant les RPS portent essentiellement sur les conditions de travail, le management et l'organisation du travail ainsi que l'absence de formation et la qualité du travail. Ceci permet d'indiquer que les salariés marocains semblent justifier l'apparition des RPS par un faible partage des valeurs avec leur management qui se concrétise par des désaccords sur les conditions et l'organisation du travail proposé par leur direction ou leurs managers. Pour les salariés interrogés, ces conflits de valeurs portent de manière plus globale sur des différences de perception et valeurs concernant la qualité du travail et les moyens d'atteindre cette qualité.

Tableau 4 : Résultats de la requête NVivo : Déterminants des RPS (source : auteurs)

Concept	Signification en cohérence avec le RPS- DU	Fréquence ⁷	Pourcentage pondéré (%)
Conflits de valeurs		Total : 37,40 %	
Organisation (carence)	Qualité empêchée	187	4,6
Supervision		15	0,4
Management (carence)		207	5,1
Formation (carence)		248	6,1
Qualité		192	4,7
Sensibilisation		28	0,7
Conditions de travail		321	8
Ambiances thermiques		11	0,3
Risques biologiques		10	0,3
Nuisances		10	0,3
Risque d'incendie		2	-
Risque d'explosion		1	-
Problème dermatologique		3	-
Inhalation		5	-
Liquide biologique		5	-
Eclairage		21	0,5
Rayonnements ionisants		18	0,4
Postures		62	1,5
Bruit		66	1,6
Total			1512
Rapports sociaux au travail dégradés		Total : 21,00 %	
Soutien « collègues »	Soutien de la part des collègues	120	3
Total		120	3
Soutien « Hiérarchie »	Soutien de la part des supérieurs	90	2,2
Total		9	2,2
Conflits	Violence interne au travail	79	2
Violence		85	2
Risque d'agression		3	-
Climat de travail		23	0,5
Climat social		17	0,4
Banalisation		3	-
Communication (carence)		165	4
Total		375	9,3
Reconnaissance (manque)	Reconnaissance dans le travail	177	4,4
Encadrement (Insuffisance)		6	-
Injustice		3	-
Salaire ou rémunération (Insuffisance)		79	1,9
Total		265	6,5
Intensité et complexité du travail		Total : 13,50 %	
Rythme (du travail)	Niveau de précision des objectifs ou tâches de travail	56	1,3
Charge du travail		17	0,4
Pression (de la charge)		99	2,3
Total		172	4
Précision	Niveau de précision des objectifs de travail	11	0,2
Complexité		72	1,8
Technicité		2	-
Total		85	2
Adéquation / Inadéquation	Adéquation des objectifs avec les moyens et les responsabilités	6	0,15
Ressources (carence)		256	6,3
Total		262	6,5
Ambiguïté des rôles	Compatibilité des instructions de travail	2	-
Total		2	-

⁷Nombre de réitérations du concept dans la littérature

Monotonie	Gestion de la polyvalence	7	0,2
Empowerment		33	0,8
	Total	40	1
-	Interruption dans le travail	-	-
	Total	-	-
Vigilance au travail	Attention et vigilance dans le travail	4	-
	Total	4	-
Horaires de travail difficiles		Total : 14,40 %	
Temps	Durée hebdomadaire du travail	96	
	Total	96	2,4
Temps	Travail en horaires atypiques	156	3,9
	Total	156	3,9
Temps	Extension de la disponibilité en dehors des horaires de travail	170	4
	Total	170	4
Changement d'horaire	Prévisibilité des horaires de travail et anticipation de leur changement	44	1
Horaire (flexibilité)		28	0,7
	Total	72	1,8
Conciliation	Conciliation entre vie professionnelle et vie personnelle	68	1,7
Pression temporelle		13	0,3
	Total	81	2
Exigences émotionnelles		Total : 8,50 %	
Public	Tensions avec le public	260	6,4
Incivilités		1	-
	Total	261	6,5
Souffrance	Confrontation à la souffrance d'autrui	72	1,8
Maîtrise des émotions		-	-
	Total	72	2
Autonomie		Total : 3,70 %	
Latitude décisionnelle	Autonomie temporelle	29	0,7
Maitrise des émotions		-	-
	Total	-	-
Autonomie	Autonomie dans la tâche	21	0,5
	Total	21	0,5
Latitude décisionnelle	Autonomie temporelle	29	0,5
	Total	29	0,7
Compétence	Utilisation et développement des compétences	23	0,5
Formation (carence)		80	2
	Total	103	2,5
Emploi	Insécurité socioéconomique (emploi, salaire, carrière)	27	0,7
Sécurité / Insécurité		12	0,3
	Total	39	1
Insécurité de l'emploi		Total : 1,46 %	
Changement	Conduite du changement dans l'entreprise	19	1
	Total	19	0,46
Total général		4046	100

Synthèse des facteurs (déterminants) des RPS sur l'outil « RPS-DU »

Enfin, dans le tableau 5 (RPS-DU), nous présentons une synthèse des déterminants des RPS, que nous avons pu voir apparaître dans la littérature et que nous évaluons selon leurs niveaux d'intensité.

Tableau 5. Appréciation des déterminants des RPS au Maroc, en référence à l’outil RPS-DU de l’INRS (source : auteurs)

Facteurs de RPS	Fréquence pondérée %	Niveau d'intensité des facteurs de risque			
		Non concerné	Faible	Modéré	Elevé
Intensité et complexité du travail	Total fréquence pondérée: 13,5%				
Contraintes de rythmes de travail	4				
Niveau de précision des objectifs de travail	2				
Adéquation des objectifs avec les moyens et les responsabilités	6,5				
Compatibilité des instructions de travail entre elles	-				
Gestion de la polyvalence	1				
Interruption dans le travail	-				
Attention et vigilance dans le travail	-				
Horaires de travail difficiles	Total fréquence pondérée: 14,4%				
Durée hebdomadaire du travail	2,4				
Travail en horaires atypiques	4				
Extension de la disponibilité en dehors des horaires de travail	4				
Prévisibilité des horaires de travail et anticipation de leur changement	2				
Conciliation entre vie professionnelle et vie personnelle	2				
Exigences émotionnelles	Total fréquence pondérée: 8,5%				
Tensions avec le public	6,5				
Confrontation à la souffrance d'autrui	2				
Maîtrise des émotions	-				
Faible autonomie au travail	Total fréquence pondérée: 3,7%				
Autonomie dans la tâche	0,5				
Autonomie temporelle	0,7				
Utilisation et développement des compétences	2,5				
Rapports sociaux au travail dégradés	Total fréquence pondérée: 21%				
Soutien de la part des collègues	3				
Soutien de la part des supérieurs hiérarchiques	2,2				
Violence interne au travail	9,3				
Reconnaissance dans le travail	6,5				
Conflits de valeurs	Total fréquence pondérée: 37,4%				
Qualité empêchée	1512				
Travail inutile	-				
Insécurité de l'emploi et du travail	Total fréquence pondérée: 1,46%				
Conduite du changement dans l'entreprise	1				
Insécurité socio-économique (emploi, salaire, carrière)	0,46				

4. Discussion et conclusion

Contributions de la recherche

A partir d'une recherche issue des principales bases de données scientifiques, nous permettant de retenir un corpus de trente-quatre études, l'intérêt principal de notre travail de recherche réside dans la proposition d'une première structuration de la littérature sur les RPS au Maroc à travers leurs manifestations et déterminants sur le lieu de travail. L'analyse de cette littérature montre que la survenance des RPS notamment dans le milieu médical marocain s'exprime quasi-majoritairement sous la forme de *burnout* inéluctablement liée aux spécificités socio-culturelles du contexte de travail marocain qu'il conviendra d'investiguer plus en profondeur dans les futures recherches. Dès à présent, force est de constater que 44% des travailleurs marocains de la santé seraient sous haute tension *versus* 37% travailleurs français (Giurgiu et al., 2016), ce qui mérite probablement des investigations plus poussées pour en comprendre les raisons, ce que commence à autoriser notre analyse spécifique des déterminants organisationnels de ces RPS au Maroc.

Ainsi, très clairement, notre recherche atteste que le facteur « conflits de valeurs » liées aux conditions de travail et au management semblent majoritairement être à l'origine de ces RPS et plus particulièrement dans le milieu médical. Comme dans de nombreuses autres recherches, nos premiers résultats confirment l'importance de cette variable notamment dans le contexte de pays émergents (Zaitseva, Chaudat, 2016).

La charge de travail (Baillien et al., 2006 ; Bué et al, 2008), le rythme de travail (Vartia, 2001 ; Baillien et al, 2009), la façon et le rythme avec lequel ce travail est fait (Hauge et al, 2010), les ressources et les contraintes organisationnelles (Bouville et Campoy, 2012), le style de management (Hoelet al., 2010) sont également des déterminants des RPS présents dans notre recherche.

Les déterminants des RPS sont donc des leviers sur lesquels le manager marocain doit s'interroger et acquérir de nouvelles compétences. Plusieurs études ont montré l'existence d'un lien direct entre les comportements et compétences du manager et la santé mentale des collaborateurs (Robertson et al., 2009 ; Donaldson-Feilder et al., 2009 ; Quick et al., 2007). La structuration d'une revue de littérature propre aux RPS au Maroc, telle que nous la proposons, peut permettre aux managers de développer leurs connaissances relatives à ce phénomène tout en orientant leurs actions en direction des déterminants des RPS les plus visibles dans ce contexte. En effet, à côté de la responsabilité qui leur incombe dans la promotion de conditions de travail sereines, les dirigeants marocains se doivent de développer leurs propres compétences et celles de leurs collaborateurs, notamment par le biais de la formation et de la sensibilisation aux RPS.

Par ailleurs, nos résultats permettent de confirmer toute l'importance d'agir, dans le contexte spécifique du Maroc, d'une part, sur les valeurs mais aussi, d'autre part, sur le rythme, l'intensification et l'environnement de travail (Montreuil, 2014) dans un contexte de travail nécessitant, de plus en plus, flexibilité et adaptabilité. C'est la raison pour laquelle, aujourd'hui, certains auteurs proposent de

réinventer les modèles traditionnels de management pour évoluer au sein d'une « organisation de travail libérée » ou de groupes auto-organisés (Getz, Carneyr, 2012; Jacquinet, Pellissier-Tanon, 2015). Dans ces conditions, les salariés sont libres et responsables d'entreprendre toutes les actions qu'ils estiment nécessaires pour l'entreprise. Les contrôles exercés par la hiérarchie, les horaires de travail, les procédures, sont éliminés. La charge et les conditions de travail sont discutées par les salariés au point d'affirmer que la liberté a du sens pour réduire les risques psychosociaux. Ainsi, pour anticiper les incidents liés aux RPS, il faut veiller à ce que la charge de travail soit gérable par les salariés mêmes et que le style de management puisse laisser la porte ouverte à toute communication ascendante.

Par ailleurs, ce travail vise également à mettre en exergue l'insuffisance de la quantité d'études sur les RPS au Maroc. Des recherches s'intéressent à ce sujet mais elles souffrent de l'absence d'un ou plusieurs fils conducteurs précis et elles sont majoritairement effectuées par des spécialistes universitaires de la médecine et de la santé. Notre contribution constitue à ce propos une incitation aux autres spécialistes (gestionnaires, économistes, juristes, sociologues, psychologues de travail, spécialistes de la sécurité au travail), afin qu'ils portent, à leur tour, un intérêt et un regard différents à la problématique des RPS au travail dans l'entreprise marocaine.

Enfin, ayant constaté l'absence totale de textes juridiques encadrant les RPS au Maroc, cette recherche vise surtout à attirer l'attention du législateur marocain sur l'importance d'une définition légale et d'un cadre juridique permettant de protéger les salariés des RPS. Il est regrettable de noter que cette carence n'est signalée que très brièvement par deux études, parmi l'ensemble de celles que nous avons investiguées. Le législateur marocain pourrait ainsi profiter des revues de littérature concernant les RPS au Maroc et des avancées juridiques des pays voisins pour bâtir un cadre juridique à l'égard des RPS. A titre d'exemple, depuis une série d'arrêts en date du 28 février 2002, la Cour de cassation française rappelle régulièrement « qu'en vertu du contrat de travail le liant à son salarié, l'employeur est tenu envers celui-ci d'une obligation de sécurité de résultat ». Elle nécessite que l'employeur assure une sécurité de la santé physique et mentale de ses travailleurs.

Limites de la recherche

Nous avons essayé de recenser et structurer la littérature relative aux RPS au Maroc à travers l'ensemble de leurs manifestations et déterminants, dans le cadre d'une analyse globale des travaux portant sur ce thème. Cette approche si elle est synthétique ne permet pas d'évaluer les spécificités culturelles concerné par les RPS. Il conviendra dans l'avenir de proposer une analyse plus axée sur le contexte culturel marocain permettant de mesurer les éventuelles relations pouvant exister entre apparition des RPS et culture nationale. En effet, le logiciel NVivo, n'offre pas assez de précisions par rapport au contexte des concepts, malgré les arborescences qu'il offre pour la vérification de la pertinence. Ce qui oblige à une consommation importante d'items, dans le cadre des va-et-vient entre

textes et résultats sans pour autant pouvoir faire ressortir, de manière incontestable, les spécificités contextuelles.

De plus, les études examinées dans cet article, hormis qu'elles relèvent majoritairement du secteur de la santé, ont été effectuées dans différentes zones et différents établissements hospitaliers du pays, a fortiori non similaires sur beaucoup de plans. Ceci limite également la capacité de notre travail à construire une véritable analyse des relations entre survenance des RPS et contexte culturel marocain. Néanmoins, en mettant en évidence les principaux déterminants et manifestations de ces RPS, notre travail ouvre la voie à de futurs travaux portant plus précisément sur ces relations.

Perspectives de la recherche

Un prolongement naturel de notre travail pourra donc se concentrer sur une analyse fine du contexte socio-culturel marocain en lien avec les principaux déterminants et manifestations des RPS illustrés dans cette étude. Ce prolongement pourra notamment se réaliser à travers des travaux portant plus particulièrement sur l'étude des RPS dans des secteurs d'entreprises marocaines, autres que la santé. Une seconde perspective serait de mobiliser les premiers résultats de notre étude afin d'approcher davantage la réalité du terrain, dans le but de faciliter l'introduction du législateur marocain dans l'environnement du travail, où se manifestent les RPS, notamment afin d'ouvrir ce champ d'études à une jurisprudence dynamique et créative, à long terme. Cette perspective nous semble importante, compte tenu de la complexité des problématiques en lien avec ces pathologies et de la difficulté à les évaluer et à les formaliser.

De surcroît, en matière d'implications managériales, notre contribution doit constituer une incitation au développement des études sur les RPS au Maroc, visant plus particulièrement à orienter l'employeur marocain sur la promotion des conditions de travail idoines, notamment par :

- la conception d'un document (unique), à l'instar du RPS-DU, dans le but d'évaluer et de prévenir les RPS sur le lieu de travail,
- l'évolution vers une médecine de travail et une fonction RH dédiées, prenant en considération, de manière plus responsable, la santé physique et mentale des salariés, depuis leur recrutement jusqu'à leur départ à la retraite,
- le développement des compétences des managers et du personnel par le biais de la formation continue,
- la sensibilisation, la communication et l'information du personnel sur les RPS et sur la nécessité de les prévenir dans le contexte professionnel marocain.

Bibliographie

Allaleh A.A. (2012), Renforcement de la sécurité du professionnel de santé par la démarche qualité : cas du CHP d'Inezgane, *Mémoire, Cycle de Mastère en Administration Sanitaire et Santé Publique*, Institut National de l'Administration Sanitaire (INAS), Rabat.

- Appay B. & Thébaud-Mony A., Dirs. (1997), Précarisation sociale, travail et santé, *IRESCO*, Paris, Institut pour la Recherche, le Développement Socio-économique et la Communication.
- Askenazy P., Cartron D., (De) Coninck F., Gollac M. (2006), *Organisation et intensité du travail*, Toulouse, Éditions Octarès, coll.
- Askenazy P., Baudelot C., Brochard P., Brun J.-P., Cases C., Davezies P., Falissard B., Gallie D., Gollac M., Griffiths A., Grignon M., Imbernon E., Leclerc A., Molinier P., Niedhammer I., Parent-Thirion A., Verger D., Vézina M., Volkoff S., Weill-Fassina A. (2010), Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser, *Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail, faisant suite à la demande du Ministre du travail, de l'emploi et de la santé*, p. 1-223.
- [En ligne] : https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_SRPST_definitif_rectifie_11_05_10.pdf
- Azzaoui S. (2010), *Le Burnout en milieu de Réanimation : Enquête auprès des praticiens*, Thèse de doctorat, Faculté de Médecine et de Pharmacie, Rabat, Université Mohammed V Suissi.
- Baillien E., Neyens I., De Witte H., Garcia A., Hacourt H., De Thomas S. (2006), Violence, Harcèlement moral ou sexuel au travail: facteurs de risque organisationnels, *Emploi, Travail et Concertation sociale*, Bruxelles, Service public fédéral, p. 1-47.
- Baillien E., Neyens I., De Witte H., De Cuyper N. (2009), A Qualitative Study on the Development of Workplace Bullying: Towards a Three Way Model. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, vol.19, n° 1, p. 1-16.
- Battal S., Toufik S., Kerak E. (2015), Etude bibliographique sur les risques psychosociaux et qualité de vie au travail au Maroc, *International Journal of Innovation and Applied Studies*, vol.11 n°2, May 2015, p. 479-485.
- Belarif E. (2004), Facteurs liés au stress professionnel en milieu hospitalier (cas des infirmiers du centre hospitalier provincial de Béni Mellal), *Mémoire de fin d'études*, Rabat, Institut National d'Administration Sanitaire.
- Ben Moussa M.K. (2016), Le burnout chez les infirmiers du Centre Hospitalier, *Thèse de doctorat, Faculté de Médecine et de Pharmacie*, Marrakech, Université Cadi Ayyad.
- Ben Rahal K. (2012), Analyse des conditions de travail des professionnels de santé au Centre Hospitalier de Béni Mellal, *Mémoire de fin d'études*, Rabat, Institut National d'Administration Sanitaire.
- Berraho M. et al. (2006), Mesure du stress professionnel des chauffeurs de taxi à Fès, *Santé Publique*, vol.18, n°3, p. 375-387.
- Bougataya A. (2004), Evaluation des risques professionnels à l'hôpital cas du service des urgences de l'hôpital Moulay Abdallah de Salé, *Mémoire de fin d'études*, Rabat, Institut National d'Administration Sanitaire.
- Bounsir, A. (2008), Burnout chez les étudiants de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de

- Marrakech, *Thèse de doctorat, Faculté de Médecine et de Pharmacie*, Marrakech, Université Cadi Ayyad.
- Boute M. (2008), Burnout chez les infirmiers de Ouarzazat, *Thèse de doctorat, Faculté de Médecine et de Pharmacie*, Marrakech, Université Cadi Ayyad.
- Bouville G., Campoy E. (2012), Une approche organisationnelle du harcèlement moral, *@GRH*, vol.3, n°4, p. 53-78.
- Bué J., Coutrot T., Puech I., (2004), *Conditions de travail : les enseignements de 20 ans d'enquêtes*, Toulouse, Octarès.
- Bué J., Coutrot T., Guigonon N., Sandret N. (2008), Les facteurs de risques psychosociaux au travail, *Revue française des affaires sociales* vol.2, n° 2-3, p. 45-70.
- Cherkaoui W., Montargot N., Peretti J.-M., Yanat Z. (2011), Stress et épuisement professionnel dans un contexte de changement organisationnel : le cas de l'hôpital DS au Maroc, *Humanisme et Entreprise* vol.5, n° 310, p. 21-40.
- Cherkaoui W., Montargot N., Yanat Z. (2012), Changement organisationnel et déterminants du stress : Etude exploratoire du stress perçu par les infirmiers de l'hôpital DS au Maroc, *Question(s) de management*, vol.1, n°0, p. 41-55.
- Chtibi et al. (2018), Study of Resistance to Stress and Burnout among Public Health Professionals: The Case of Nurses and Physicians at Ibn Sina Hospital in Rabat Morocco, *Open Journal of Medical Psychology*, vol.7, n°3, p. 34-46.
- Diedhiou M. (2015), Le Burn out syndrome en milieu de réanimation : Enquête auprès des praticiens, *Mémoire de fin d'études, Faculté de Médecine et de Pharmacie*, Fès, Université Sidi Mohammed Ben Abdallah, Département d'Anesthésie-Réanimation du CHU Hassan II.
- Donaldson-Feilder E., Lewis R., Yarker J. (2009), Preventing stress: promoting positive manager behaviour. *Research insight*, London, Chartered Institute of Personnel and Development (CIPD).
- Elghazouani F., Barrimi M., Aarab C., Manali Zebadi A., Alouane R., Rammouz I. (2017), Harcèlement moral : enquête au centre hospitalier universitaire de Fès au Maroc, *Annales de Médecine et de Psychologie, Elsevier Masson*, Paris, réf : AMEPSY 2395, p. 1-6.
En ligne : <http://dx.doi.org/10.1016/j.amp.2016.12.011>.
- El Kettani A., Serhier Z., Bennani Othmani M., Agoub M., Battas O. (2017), L'évaluation du syndrome du Burnout chez les médecins en formation au CHU Ibn Rochd de Casablanca, *Pan African Medical Journal*, vol.27, n°243, p. 1-13.
- El Ouardi H. (2017), Le burn out syndrome en hématologie et oncologie pédiatrique, Université, *Mémoire de fin d'études*, Rabat, Mohammed V, Faculté de Médecine et de Pharmacie.
- Elmossati M.S. (2016), Job Satisfaction and Psychological empowerment among teachers in Moroccan University, *International Journal of Education and Research*, vol.4, n°3, p. 297-308.

- Essaoudi M., Lotfi R., Talbi M. & Radid M. (2013), Evaluation Of The Experience Of The First Year Of Employability Among Novice Inspectors Of Education In Morocco, *5th World Conference on Educational Sciences - WCES 2013*, Procedia - Social and Behavioral Sciences n°116, p. 691-696.
- Ezzine K. (2013), Le Burn out en traumatologie et orthopédie : Enquête auprès des praticiens, *Thèse de doctorat, Faculté de Médecine et de Pharmacie*, Rabat, Université Mohammed V Suissi.
- Fahssis L., Driouich I. (2017), Impact du changement dans le secteur de la santé sur la motivation du personnel médical et sa performance professionnelle : cas du service obstétrique d'un CHU, au Maroc , *International Journal of Economics & Strategic Management of Business Process (ESMB)*, vol.8, Issue 2, p. 125-133.
- Farah A. & Syed Gohar A. (2017), Déterminants organisationnels de l'articulation travail-famille chez les cadres en couple à double carrière au Maroc, *Question(s) de management*, vol.3, n° 18, p. 79-92.
- Getz I.M. & Carney B., Coll. (2012), *Liberté et Cie, quand la liberté des salariés fait le bonheur des entreprises*, Paris, Fayard.
- Giurgiu D.I., Jeoffrion C., Grasset B., B.K. Dessomme, Moret L., Roquelaure Y., Caubet A., Verger C., Laraqui C.E., Lombrail P., Geraut C., Tripodi D. (2015), Psychosocial and occupational risk perception among health care workers: Moroccan multicenter study, *BMC Research notes*, vol.8, n°408, p. 2-10.
- Giurgiu D.I., Jeoffrion C., Roland-Lévy C., Grasset B., Dessomme B. K., Moret L., Roquelaure Y., Caubet A., Verger C., Laraqui C.E.H., Lombrail P., Geraut C., Tripodi D. (2016), Wellbeing and occupational risk perception among health care workers : a multicenter study in Morocco and France, *BioMed Central, Journal of Occupational Medicine and Toxicology*, vol.11, n°20.
- Guyot S., Langevin V., Montagnez A. (2013), L'outil d'évaluation RPS-DU, *INRS (ed.)*.
 [En ligne] : <file:///C:/Users/ThinkPad%20X1/Downloads/ed6139.pdf>
- Hauge L. H., Skogstad A., Einarsen S. (2010), The Relative Impact of Workplace Bullying as a Social Stressor at Work, *Scandinavian Journal of Psychology*, vol.51, n°5, p. 426-33.
- Hirigoyen M.-F. (1998), *Le harcèlement moral. La violence perverse au quotidien*, Paris, Edition Pocket.
- Hoelet I. (2010), Integrating Individual, Work Group and Organizational Factors: Testing a Multidimensional Model of Bullying in the Nursing Workplace, *Journal of Nursing Management*, vol.18, n°2, p. 173-81.
- Ibnouhsein M. (2014), Les facteurs du stress et les stratégies de "coping" chez le personnel infirmier travaillant en oncologie : Cas de l'institut national d'oncologie de Rabat, *Mémoire de fin d'études*, Rabat, Ecole Nationale de Santé Publique (ENSP).
- INRS (éd.) (2018), Risques psychosociaux. Ce qu'il faut retenir, *Dossier*.
 [En ligne] : <http://www.inrs.fr/risques/psychosociaux/ce-qu-il-faut-retenir.html>

- Jacquinet P., Pellissier-Tanon A. (2015), L'autonomie de décision dans les entreprises libérées de l'emprise organisationnelle, *Revue internationale de psychosociologie et de gestion des comportements organisationnels*, vol.21, n°52, p. 365-384.
- Lahlou F. (2013), Le burn out en milieu hospitalier à la ville de Fès : enquête auprès des médecins, *Mémoire de fin d'études, Faculté de Médecine et de Pharmacie*, Fès, Université Sidi Mohammed Ben Abdellah.
- Laraqui O., Laraqui S., Tripoli D., Caubet A., Verger C., Laraqui C.H. (2008), Évaluation du stress chez le personnel de santé au Maroc: à propos d'une étude multicentrique, *Mémoire, Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement. Elsevier Masson*, n°69, p. 672-682.
- Laraqui O. Laraqui S., Tripoli D., Caubet A., Verger C., Laraqui C.H. (2008), Évaluation de la vigilance chez les conducteurs professionnels de poids lourds à Casablanca, *Mémoire, Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement. Elsevier Masson*, n°69, p. 574-585.
- Laraqui O., Manar N., Laraqui S., Boukili M., Ghailan T., Deschamps F., Laraqui C.H. (2017), Perception du travail et bien-être chez le personnel de santé au Maroc, *Cairn Info*. vol.29, n°6, p. 887-895. [En ligne] : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2017-6-page-887.htm>
- Laraqui S., Laraqui O., Tripodi D., Manar N., El Alaoui Y., Caubet A., Verger C., Ghailane T., Laraqui C.H. (2011), Prévalences et facteurs de risque des troubles de la vigilance chez les routiers professionnels au Maroc, *Santé Publique*, Éditeur S.F.S.P., vol.23, n°2, P. 89-100.
- Laraqui S., N. Manar N, Laraqui O., Caubet A., Verger C., Laraqui C.E. (2012), Influence du ramadan vécu sur la vigilance au travail chez les professionnels de santé au Maroc, *Mémoire*, Elsevier Masson, n°73, p. 742-749. [En ligne] : <http://dx.doi.org/10.1016/j.admp.2012.05.002>
- Lazarus R.S., Folkman S., Coll. (1984), *Stress, Appraisal, and Coping*. New York, Springer.
- Légeron P. (2003), *Le stress au travail*, Paris, Odile Jacob.
- Livet P. (2000), *De la perception à l'action : contenus perceptifs et perception de l'action*. Paris, Vrin.
- Manzano M. (2010), Les « risques psychosociaux » et le psychologue du travail ? En Service de santé au travail (SST), *Erès, Nouvelle revue de psychosociologie*, vol.2, n° 10, p. 179-193.
- Mariami M. (2017), Représentations en rapport avec le stress chez les médecins de la province de Nouaceur, *Mémoire de fin d'études*, Ecole Nationale de Santé Publique (ENSP).
- Massou S., Doghmi N, Belhaj A., Aboulaala K., Azendour H., Haimeur C., Balkhi H, Drissi Kamili N. (2013), Enquête sur le syndrome d'épuisement professionnel chez les personnels d'anesthésie réanimation de quatre hôpitaux universitaires marocains, *Annales Médico-Psychologiques*, Elsevier Masson, n°171, p. 538-542.
- Montreuil E. (2014), *Prévenir les risques psychosociaux*, Paris, Dunod.
- Moukafih B. (2013), Evaluation des risques professionnels dans les laboratoires d'analyses médicales. Cas du laboratoire de bactériologie Sérologie-Hygiène HIS, *Thèse de doctorat, Faculté de Médecine et de Pharmacie*, Rabat, Université Mohammed V Suissi.

- Nasse P., Légeron P. (2008), Rapport sur la détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail, *Rapport remis à Xavier Bertrand*, Ministre du Travail, des Relations sociales et de la Solidarité.
- Oussehal L., Lazrak L., Hassani K. (2011), Evaluation of stress among 100 Moroccan orthodontists, *Open Journal of Stomatology*, n°1, p. 1-6. [En ligne]: <http://www.scirp.org/journal/OJST>
- Quick J.C., Macik-Frey M., Cooper C.L. (2007), Managerial Dimensions of Organizational Health: The Healthy Leader at Work, *Journal of Management Studies*, vol. 44, n° 2, p. 189-205.
- Robertson I.T., Taylor J.F. (2009), *Leadership, psychological well-being, and organizational outcomes*, in S. Cartwright and C. L. Cooper (éd.), *The Oxford Handbook of Organizational Well Being*, Oxford, England: Oxford University Press, p. 159-179.
DOI10.1093/oxfordhb/9780199211913.003.0008
- Tourabi A. (2016), Le Rôle de la Responsabilité Sociale des Entreprises dans la gestion des Risques Psychosociaux: Cas de l'Agence Nationale des Ports, *European Scientific Journal*, vol.12, n° .8.
[En ligne] : DOI: 10.19044/esj.2016.v12n8p181
- Valléry G., Leduc S., Coll. (2012), *Les risques psychosociaux*, Collection Que sais-je ?, Paris, Éditions PUF.
- Vartia, M A. (2001), Consequences of Workplace Bullying with Respect to the Well-Being of Its Targets and the Observers of Bullying, *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, vol.27, n°1, p. 63-69.
- Zaitseva V., Chaudat P. (2016), Les déterminants organisationnels du harcèlement moral : une analyse d'une revue actualisée de littérature, mars, n°84, *Management et Avenir* p 115-134.

Annexe: Récapitulatif des études réalisées au Maroc, en rapport avec les RPS au travail (source : auteurs)

N°	Intitulé de la recherche & contexte de l'étude	Auteurs	Variables & Secteur	Méthodologie utilisée	Analyse critique de l'approche méthodologique	Principaux déterminants organisationnels des (causes)	Principales manifestations des RPS au travail constatées (conséquences)
1	Changement organisationnel et déterminants du stress: Etude exploratoire du stress perçu par les infirmiers de l'hôpital DS au Maroc Maroc/2012 Cairn Info	W. Cherkaoui et al. (2012/1 N°0 pages 41 à 55	Stress Epuisement professionnel Santé publique	-Etude qualitative exploratoire (entretiens semi-directifs) conduite sur un échantillon de 25 infirmiers -Corpus d'enquête traité au moyen du logiciel Alceste - Après 8 entretiens, une analyse de mi-parcours a été menée qui a donné lieu à un premier pré-codage manuel.	L'analyse textuelle, hormis l'avantage de précision qu'il offre, au niveau du tri et du traitement « logique » des données textuelles, a l'inconvénient d'être une approche positiviste du rapport entre représentation du langage et réalité décrite (confusion entre le niveau des représentations (et connaissances) collectives du langage et leur niveau individuel). Le mot serait une image mentale, « être » vivant qui se métamorphose en fonction des contextes et cotextes. -Une relecture du corpus avec 2 logiciels (Alceste et Sphinx-Lexica par exemple) aurait l'avantage de réduire les ambiguïtés.	-Changement organisationnel -Surcharge de travail -Ambiguïté des rôles -Obligations de rigueur et de grande vigilance imposée par le métier -Conflits de valeurs (médecins externes) -Tensions avec les collègues, les patients, leur famille, les médecins et autres supérieurs hiérarchiques	-Stress : les médecins résidents et infirmiers sont les plus concernés. -Grandes difficultés à concilier vie privée et vie professionnelle -Epuisement professionnel -Tensions et conflits interpersonnels -Pressions, tensions avec les familles, les patients -Difficulté de concilier vie familiale et vie professionnelle -Maux de tête, insomnie, irritabilité, difficultés de digestion,... -Intention de départ.
2	Stress et épuisement professionnel dans un contexte de changement organisationnel: le cas de l'hôpital DS au Maroc Maroc/2012 Cairn Info	W. Cherkaoui et al. 2012/5 n° 310 pages 21 à 40	Stress, épuisement professionnel, difficulté de concilier vies privée et professionnelle recommandations au management Santé publique	-Etude qualitative exploratoire (entretiens semi-directifs) conduite sur un échantillon de 25 infirmiers -Corpus d'enquête traité au moyen du logiciel Alceste - Résultats : sources de stress : surcharge de travail, ambiguïté des rôles, pressions, tensions (avec familles, patients et médecins), difficultés à concilier vie privée et vie professionnelle	Les mêmes remarques précédentes restent valables pour ce travail.	-Changement organisationnel -Surcharge de travail -Ambiguïté des rôles -Obligations de rigueur et de grande vigilance imposée par le métier -Conflits de valeurs (médecins externes) -Tensions avec les collègues, les patients, leur famille, les médecins et autres supérieurs hiérarchiques	-Stress : les médecins résidents et infirmiers sont les plus concernés. - Tensions relationnelles vécues quotidiennement - Difficultés à concilier vie privée et vie professionnelle - Intention de départ
3	Renforcement de la sécurité du professionnel de santé par la démarche qualité : cas du CHP d'Inezgane Mémoire Administration Sanitaire et Santé Publique Inezgane / 2012.	A.A. Allaleh	fréquence des agressions à l'encontre des professionnels de santé Santé publique	-Etude descriptive quantitative et qualitative à visée prospective et rétrospective. -Echantillon : 120 personnels médicaux et paramédicaux au Centre Hospitalier de Inezgane	-Approche par processus sur la base de la démarche qualité dont les étapes ont été la constitution d'une équipe, l'analyse du problème et l'élaboration d'une procédure de suivi de l'agression. -Questionnaires individuels et	-Manque d'exploitation des outils de la qualité dans le traitement des événements d'agression -Manque d'information sur les réalités de la pratique ou des connaissances dans le domaine de l'agression. -Défaillances au niveau de la prise en charge des patients.	72% des médecins, 84% des infirmiers ont perçu les agressions verbales comme premier risque ressenti, suivies des agressions physiques qui se situaient à 28% chez les médecins et 16% chez les infirmiers. Les profils des agressés ont été respectivement pour les hommes de 66,7% chez les médecins,

					anonymes ont été administrés et des fiches d'événements indésirables adaptés à l'agression ont été distribuées afin de cartographier les différentes formes d'agressions existantes dans la structure.	-Carence au niveau de la communication interpersonnelle -Dominance du stress au travail. -Mauvaise organisation des services.	37,3% chez les infirmiers et pour les femmes de 33,3% chez les médecins, 62,7% chez les infirmières. La fréquence la plus élevée chez les médecins a été la même chez les infirmiers soit 67%agressés.
4	Harcèlement moral : enquête au centre hospitalier universitaire de Fès au Maroc Maroc/2017 ScienceDirect	F. Elghazouani et al.	Estimation de la prévalence du harcèlement moral au CHU Santé Publique	-Questionnaire individuel, auto-administré, anonyme, comportant la version française validée du LIPT. -Le LIPT a été complété par d'autres items (données sociodémographiques et professionnelles, facteurs de protection ou de risque de stress en milieu de travail, indicateurs de santé mentale).	A côté de la liberté du choix et du rythme de production qu'infère un auto-questionnaire, l'inconvénient peut être du à l'interprétation momentanée du répondant et à sa subjectivité de manière générale.	-Mauvaise organisation du travail -Problèmes de management -Problèmes liés à l'encadrement - Violence relationnelle	-Prévalence de l'exposition à au moins une situation de harcèlement psychologique : 61,5 %. -Seuls 34,2 % répondaient aux critères de Leymann (exposition à au moins une situation, au moins, une fois par semaine, pendant au moins six mois). -Insatisfaction au travail (p = 0,00006) et arrêt de plus de 8 jours (p = 0,01) étaient significativement plus importants chez les exposés à la violence psychologique.
5	Wellbeing and occupational risk perception among health care workers: a multicenter study in Morocco and France France, Maroc / 2016 Journal of occupational Medicine and Toxicology	D.I. Giurgiu et al.	Health care workers occupational risk perception. Comparison between the exposure to occupational risk factors in Moroccan and French hospitals. Santé Publique	-Sur neuf hôpitaux publics de trois régions marocaines, un questionnaire, basé sur le Job Content Questionnaire, et 4 sous-échelles de risques professionnels, a été distribué à 4746 travailleurs de la santé. -La cohérence interne de l'étude a été déterminée pour chaque sous-échelle. -L'analyse factorielle confirmatoire était effectuée sur le questionnaire. -L'analyse des scores a été utilisée pour isoler les travaux à forte contrainte. -Les risques professionnels et la corrélation de perception de déformation élevée étaient analysés par régression logistique univariée et multivariée. -Une analyse comparative entre marocains et français. -Le JCQ comporte 3 rubriques : demande psychosociale de l'emploi, latitude de décision d'emploi et soutien social	-A côté du problème d'interprétation des différents items du JCQ de Karasek, la composante culturelle n'est pas prise en considération dans l'analyse des données. -D'un autre côté, l'exploitation des logiciels traitant la régression linéaire (tels SPSS 20.00 ou autre), associe des interprétations « logiques » à des agrégats « psychologiques ». Par ailleurs, les « dits » ou « écrits » sont-ils des modèles stabilisés dans la représentation inconsciente et la pensée dynamique des répondants	Moroccan HCWs suffer from : -Full-time employment ; Low job decision latitude ; high psychological demand and low social support ; -Excessive time pressure ; -Moroccan physician and nurse staff appeared to be clearly insufficient in number ; -The technical equipment was often inadequate, outdated, or faulty. The staff was poorly paid and had a low degree of job independence, which led to the fact that many HCWs had to have a second job because of low pay ; -Increased workload (based on unclear competencies) forced on nurses.	Moroccan HCWs are at high strain. -In Morocco, (60 %) answered the questionnaire (54 % women; mean age 40years; mean work seniority 11 years; 24 % physicians; 45 % nurses). 44 % Moroccan HCWs are at high strain. Casablanca region (1.75 OR; CI: 1.34–2.28), north Morocco (1.66 OR; CI: 1.27–2.17), midwives (2.35 OR; 95 % CI 1.51–3.68), nursing aides (1.80 OR; 95 % CI: 1.09–2.95), full-time employment (1.34 OR; 95 % CI 1.06–1.68); hypnotics, sedatives use (1.48 OR; 95 % CI 1.19–1.83), analgesics use (1.40 OR; 95 % CI 1.18–1.65) were statistically associated to high strain. The highest risk were technical staff and care management personnel, but physicians, nurses and specialized nurses (Midwives, Nursing aides) also had a high risk : Hypnotics, sedatives use, analgesics use, were statistically associated to high strain. Musculoskeletal disorders, Sleeping disorders... 44% Moroccan HCWs are at high strain versus 37 % French (Nantes) HCWs (p < 0.001).
6	Évaluation du stress chez le personnel de santé au Maroc: à propos d'une étude multicentrique Maroc/2008	O. Laraqui et al.	Stress et épuisement professionnel	Un auto-questionnaire anonyme, inspiré de celui de l'INRS, a été remis à l'ensemble des infirmiers et des médecins. Il comporte 50 items regroupés en quatre rubriques : données sociodémographiques et	-Malgré sa validité opérationnelle, le questionnaire de l'INRS inspirant l'étude datant de 1995, a été mis à jour plusieurs fois depuis cette date, pour intégrer d'autres critères,	-Forte demande psychologique associée à une faible latitude décisionnelle et à un soutien social insuffisant -Facteurs para-professionnels prédisposant au stresscomprenaient les difficultés socioéconomiques, l'activité	-Consommation exagérée de thé et de café pour se stimuler au travail - 21,4 étaient des fumeurs, 16 % buvaient de l'alcool - Consommation des psychotropes (somnifères et tranquillisants) et antalgiques.

	ScienceDirect		Santé Publique	professionnelles, facteurs de protection ou de risque de stress en milieu de travail, indicateurs de stress et perception du stress.	tout en révisant la formulation des anciennes.	complémentaire d'appoint, les problèmes de transport et les personnes à charge.	-Les conduites de compensation étaient significativement plus fréquentes à Casablanca et sa région. Le personnel paramédical représentait 75,5 % -31,5 % exerçaient une activité complémentaire dans le secteur libéral. -Manifestations psychosomatiques du stress : Troubles neurovégétatifs ; Palpitations ; Douleurs au niveau du cœur ; Sécheresse de la bouche ; Nausées ; Troubles digestifs ; Oppression thoracique ; Sueurs en absence d'effort ; Douleurs et /ou courbatures musculaires ; Signes de tension nerveuse ; Maux de tête en fin de journée ; Sensations de malaise ; Tremblements des extrémités ; Troubles de l'humeur, Irritabilité ; Etats dépressifs ; Troubles cognitifs (troubles de la concentration, de la mémoire). Les troubles du sommeil incluaient des difficultés d'endormissement.
7	Influence du ramadan vécu sur la vigilance au travail chez les professionnels de santé au Maroc Casablanca/ 2012 ScienceDirect	S. Laraqui et al.	Vigilance au travail Santé Publique	-Etude épidémiologique transversale et multicentrique déroulée en 2010, intéressant 2171 professionnels de santé travaillant dans des villes du sud, du centre et de l'ouest du Maroc. -Le support de l'enquête était un auto-questionnaire mené avant et pendant le ramadan et inspiré de celui du réseau Morphée adapté	Les auteurs ne présentent pas le travail d'adaptation du réseau Morphée aux répondants marocains, en particulier pour la population qui a une faible connaissance de la langue française.	-Pendant Ramadan : Modification des habitudes alimentaires & du sommeil : -Fréquence : 2,1 repas/jour vs 2,7 pendant les horaires du reste de l'année - Horaires décalés - Durée moyenne du sommeil totale diminue	-Augmentation de la consommation médicamenteuse (antalgiques, antispasmodiques et pansement gastrique) -Insomnie courante -Sommeil et troubles de vigilance au travail
8	L'évaluation du syndrome du Burnout chez les médecins en formation au CHU Ibn Rochd de Casablanca / 2017 Pan African Medical Journal	A. El Kettani et al.	-Burnout -Epuisement émotionnel (EE) ; Dépersonnalisation (D) et Perte de l'Accomplissement personnel (AP) Santé publique	-Étude transversale descriptive menée en 2013- 2014 auprès d'un échantillon de 300 médecins à l'aide d'un questionnaire auto-administré; le burnout était évalué par la version française du Maslash Burnout Inventory (MBI).	-La version française du Maslash Burnout Inventory (MBI), pour mesurer le burnout pourrait également être insuffisamment comprise par bon nombre de répondants. Les auteurs n'ont pas montré son expérimentation avant l'exploitation finale sur l'ensemble de la population. -L'analyse a été réalisée par le logiciel SPSS 16. A côté des avantages opérationnels de ce calculateur « logique », les spécificités de la variable dépendante « Burnout » sont naturellement « psychologiques » et se prêteraient peu à une logique dichotomique.	-Charge de travail élevée -Moyenne des nombres d'heures travaillées par semaine allait jusqu'à 53,82h, pour certains services -La moitié des médecins passaient plus de 3 gardes par mois et 80 % ont eu moins de 2 semaines de vacances au cours du semestre où s'est déroulée l'étude. -Environ 27% ont déclaré consacrer suffisamment de temps à l'entourage, 23,6% pratiquaient régulièrement un loisir et 53,8% trouvaient que l'internat/résidanat est un obstacle à la maternité/paternité. -Les services du CHU sont mal-équipés -Non reconnaissance de l'interne/résident à sa juste valeur quant à la rémunération -Sentiment d'insécurité durant les gardes	Les scores moyens des sous-dimensions du MBI: l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et l'accomplissement personnel étaient respectivement de (33,7 ± 10,7), (12,2 ± 6,5) et (30,6 ± 8,3). Le burnout sévère touchait 31,8% des participants. Il était associé aux problèmes de communication au sein de l'équipe soignante (p < 0,01), l'accompagnement insuffisant (p < 0,05), l'insatisfaction des seniors (p = 0,01), la crainte de faire des erreurs médicales (p < 0,05), le recours à un psychothérapeute (p < 0,001), la consommation de psychotropes (p = 0,001), les troubles anxieux (p < 0,01), la dépression (p < 0,01) et les idées suicidaires (p < 0,05). Les facteurs protecteurs étaient représentés par: le sentiment d'équité au sein de l'équipe soignante (p < 0,01) et la pratique de loisirs (p < 0,05). Le changement d'orientation de carrière était associé au burnout sévère (p < 0,05).

							<ul style="list-style-type: none"> -Troubles psycho-fonctionnels (ex: lombalgies, épigastralgies) -Troubles anxieux -Dépression -Epuisement émotionnel de la dépersonnalisation et de l'accomplissement personnel
9	<p>Enquête sur le syndrome d'épuisement professionnel chez les personnels d'anesthésie réanimation de quatre hôpitaux universitaires marocains (CHU au Maroc) Rabat, Casablanca, Fès et Marrakech / 2013 ScienceDirect</p>	S. Massou et al.	<p>Prévalence et facteurs du Burnout Syndrome d'épuisement professionnel</p> <p>Santé publique</p>	<p>-Auto-questionnaire correspondant à la version française du Maslach Burnout Inventory (MBI). Exploitation des données par le logiciel SPSS.</p>	<p>Les auteurs n'indiquent pas les limites d'utilisation du MBI. Il paraît que l'échelle française de déshumanisation a une consistance interne insuffisante et présente vraisemblablement un biais de désirabilité sociale (INRS, FRPS, 2012, p.157) -Même remarque que précédemment, par rapport à l'exploitation du logiciel SPSS.</p>	<p>1. Pour les résultats de l'analyse univariée : Pressions administratives (p = 0,03), mauvaise organisation du service (p = 0,02) ; manque de reconnaissance (p = 0,04) ; crainte de l'erreur médicale (p = 0,003), manque de communication au sein du corps médical et paramédical (p = 0,03), ainsi que le rapport salaire/effort insatisfaisant (p = 0,02). 2. Pour les résultats de l'analyse multivariée : -Statut professionnel, avec un risque relatif de survenue du burn out de 2,77 pour les médecins résidents et de 2,63 pour les infirmiers ; -Manque d'organisation au sein du service, avec un risque relatif de 1,88 ; -Crainte de l'erreur médicale, avec un risque relatif de survenue de l'épuisement de 2,09 ; -Rapport salaire/effort insatisfaisant, avec un risque relatif de 1,93.</p>	<p>Burnout : -Parmi les 290 soignants inclus dans l'étude, 202 (soit 69,65 %) présentaient un syndrome d'épuisement professionnel et 88 (soit 30,34 %) en étaient indemnes. -48,27 % soignants avaient un niveau élevé d'EE, alors que 28,27 % avaient un score modéré et que 23,44 % n'exprimaient pas d'EE. Le score moyen était de 13,27, avec des extrêmes allant de un à 54. -La DP touchait à un niveau élevé à moyen de soignants : (21,38 % à 26,20 %) et épargnait 52,41 %. - Le score moyen de DP était de 6,30, avec des extrêmes allant de zéro à 30. - L'accomplissement professionnel était élevé pour 26,20 % soignants, modéré pour 31,03 % soignants et bas pour 42,75 % soignants. -Le score moyen était de 8,49, avec des extrêmes allant de un à 48.</p>
10	<p>Représentations en rapport avec le stress chez les médecins de la province de Nouaceur</p> <p>ENSP/ 2017</p>	M. Mariami	<p>Stress</p>	<p>Questionnaire adressé à 90 médecins généralistes de la région de Nouaceur, pour explorer la relation potentielle entre le stress chez les médecins et l'environnement professionnel. Pour la partie quantitative : utilisation du logiciel EPI-INFO version 2000 Pour la partie qualitative : Dépouillement vertical, avec codage des données de l'entretien, puis dépouillement horizontal des discours, pour retrouver les principaux thèmes avec utilisation des «verbatim».</p>	<p>Le logiciel EPI-INFO se prête bien aux statistiques de l'épidémiologie, mais une analyse critique des résultats doit être faite à l'issue des travaux.</p>		<p>Niveau de stress relativement élevé (chez 47.8 % des répondants)</p>
11	<p>Burnout chez les étudiants de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech »,</p>	A. Bounsir,	<p>Burnout</p>	<p>Exploitation du MBI (<i>Maslach Burnout Inventory</i>) L'analyse statistique s'est basée sur deux méthodes: Une analyse descriptive à deux variables:</p>	<p>Insuffisance au niveau de l'explicitation de la méthodologie d'exploitation du MBI.,</p>	<p>Facteurs externes : 1. Volume de travail 2. manque de sommeil 3. Excès de responsabilités. 4. Confrontation à son impuissance et à</p>	<p>-L'âge n'a pas un effet sur le burnout. -Les hommes avaient un score de dépersonnalisation plus élevé que les femmes. -Les gardes n'ont pas un effet sur le burnout. -Les loisirs diminuent de façon significative</p>

	<p>2008 / Thèse</p> <p>Université Cadi Ayyad, Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech.</p>		<p>qualitative et quantitative.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pour les variables qualitatives, nous avons utilisé des pourcentages. - Pour les variables quantitatives, nous avons utilisé des moyennes et des écarts-types. <p>Une analyse bivariée: la réalisation de cette analyse a fait appel à des tests statistiques notamment:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le test de student pour comparer deux moyennes. - L'analyse de variance à un facteur pour la comparaison de plusieurs moyennes. - Le test khi2 pour la comparaison de pourcentages. <p>Le logiciel utilisé au cours de l'étude est l'EPI info6.04d fr.</p> <p>Le seuil de signification a été fixé à 5%</p>		<p>la mort.</p> <p>5. Augmentation des attentes du public</p> <p>6. Manque de soutien dans le milieu du travail</p> <p>Facteurs internes :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. L'anxiété 2. L'esprit d'entreprise 3. Le désir de plaire à tout le monde 4. Le sens de l'autocritique trop poussé <p>Personnalités prédisposées au burnout</p> <p>-Selon Freudenburger, ce sont des personnes « d'éducation souvent rigide, compétent, inspirant confiance, il est dynamique, refuse tout compromis et s'engage tout entier à la tâche dans le but de concrétiser son idéal, il ne peut admettre l'existence de limites dans les idéaux qu'il cherche à atteindre. Il s'agit d'un individu idéaliste qui s'épuise au fur et à mesure que ses illusions sont confrontées à une réalité qui résiste».</p> <p>-Pour Maslach et Pines, ce sont des les personnalités anxieuses, chez qui l'esprit d'entreprise est prédominant sous forme d'hyperactivité et d'excès d'ambition, un sens de l'autocritique trop poussé et l'impossibilité de déléguer les tâches.</p>	<p>l'épuisement émotionnel et élève l'accomplissement personnel.</p> <p>-Les étudiants qui s'adonnaient à l'automédication souffrent d'une dépersonnalisation plus élevée que les autres étudiants.</p> <p>-Les étudiants qui avaient opté pour les études médicales par conviction avaient des scores d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation plus bas que les autres étudiants.</p> <p>-Les étudiants qui avaient comme projet la médecine générale souffrent d'un épuisement émotionnel plus élevé.</p> <p><i>Signes physiques :</i></p> <p>Fatigue chronique ; Troubles du sommeil ; TMS ; Troubles digestifs (anorexie, nausées, gastralgies voire ulcères etc.) ; Migraines ; Hypertension ; Déséquilibres hormonaux</p> <p><i>Signes émotionnels :</i></p> <p>Perte du sens de l'humour ; Tristesse ; Indifférence affective ; Irritabilité ; Anxiété flottante ; Sentiment d'impuissance ; Sentiment de culpabilité.</p> <p><i>Signes cognitifs :</i></p> <p>-Difficultés de concentration ; Ennui ; Rigidité d'esprit ; Résistance au changement ; Méfiance ; Ruminations anxieuses.</p> <p><i>Signes comportementaux :</i></p> <p>Fuite du travail ; Retards répétés ; Réduction des contacts interpersonnels (collègues, patients) ; Cynisme ; Manque de flexibilité ; Addictions.</p>
12	<p>Evaluation of stress among 100 Moroccan orthodontists ». Casablanca/2011</p> <p>Open Journal of Stomatology</p>	<p>L. Oussehal et al.</p>	<p>Occupational stress</p> <p>Médecine privée</p> <p>-Etude transversale et descriptive au niveau une population de dentistes, exerçant à Casablanca.</p> <p>L'étude a été réalisée à l'aide d'une enquête comprenant 78 questions, administrées anonymement aux orthodontistes. L'enquête comprenait 3 parties principales:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Evaluation du stress et son impact sur la santé 2) Facteurs potentiels du stress et opinion des praticiens sur le stress. 3) Informations générales sur les praticiens. <p>Le traitement des résultats a été fait à</p>	<p>Le test de Cooper et al. Définit essentiellement le stress comme fonction du déséquilibre entre ressources et aptitudes. Malgré sa dynamique, il semble restreindre la définition du stress, car il ne tient pas suffisamment compte de l'interaction du stress avec les stratégies de coping.</p> <p>Rappelons les limites des systèmes logiques de traitement des données, tels SPSS, dans la mesure où c'est un système « logique », essentiellement dichotomique, traitant des critères</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Exigences des patients adultes - Propension à l'insatisfaction du patient - Difficultés à communiquer avec le personnel - Manquement aux délais de traitement des patients 	<p>-The prevalence of stress among orthodontists in Casablanca is less important than in other countries, since it has been estimated to 44%. These results demonstrate that the phenomenon of stress is present in orthodontic practices</p> <ul style="list-style-type: none"> -Stress chronique -Souffrance émotionnelle, vécue au moins une seule fois par mois

				l'aide SPSS.	« psychologiques », c.-à-d. « analogiques ».		
13	Le burn out syndrome en hématologie et oncologie pédiatrique Maroc, Rabat/2017	H. El Ouardi	Burnout : (Epuisement émotionnel (EE) ; Dépersonnalisation (D) et Perte de l'Accomplissement personnel (AP)) Santé publique	Etude transversale descriptive menée en 2017, pour évaluer la prévalence du Burn out au sein du service d'hématologie et d'oncologie pédiatrique de l'hôpital d'enfants de Rabat. -Echantillon retenu + 36 soignants(Infirmiers, kinésithérapeutes, diététicienne, psychologue, préparatrice, assistante dentaire, assistante sociale, secrétaires, institutrice): 25 femmes (73,5%) pour 9 hommes (26,4%) -Questionnaire auto-administré; le burnout était évalué par la version française du Maslash Burnout Inventory (MBI). Résultats : ● 29 soignants (85,2%) avaient un niveau élevé d'épuisement émotionnel, alors que 3 (8,8%) avait un score modéré et que seulement 2 (5,8%) avaient un niveau bas d'épuisement émotionnel. ●La dépersonnalisation touchait à un niveau élevé 25 soignants (73,5%), à un niveau modéré 7 soignants (20,5%) et épargnait 2 soignants (5,8%). ●L'accomplissement professionnel était élevé pour 1 soignant (2,9%), modéré pour 7 soignants (20,5%) et bas pour 26 soignants (76,4%)	L'auteure n'indique pas les limites d'utilisation du MBI.	67,6 % des soignants croyaient vraiment l'être, contre 5,8% qui trouvaient qu'ils ne l'étaient « certainement pas ». - Tandis que 26,4% semblaient incertains et se sont contentés de répondre « peut être ». -Surcharge du travail 88,2% -Mauvaise organisation du service 79,4% -Rapport salaire/effort insatisfaisant 76,4 -Manque de respect de la part des patients 50% -Manque de moyens (outils diagnostics et thérapeutiques 58,8% -Effectif réduit du personnel 70,5% -Exigences des patients et de leur famille 55,8% -Manque de temps à consacrer aux patients 38,2% -Manque de communication au sein du corps médical 76,4% -Manque de reconnaissance de la part de la société 52,9% -Peur de l'erreur médicale et de la poursuite judiciaire 29,4% -Certains cas complexes difficiles à prendre en charge 50% -Conflits avec les collègues 41,1% -Manque de motivation et de formation 5,8% -Manque des équipements pour le confort du personnel 2,9% -Ne pas progresser scientifiquement et financièrement 2,9%	-Sur le plan physique - 85,2% des soignants se plaignaient de troubles du sommeil, - 67,6% présentaient des manifestations neurovégétatives à type de palpitations et de céphalées, - 41,1% ressentait des douleurs inexplicables. - Les autres manifestations recueillies en réponse à une question ouverte étaient les suivantes : La fatigue (5,8%) , la perte de poids (5,8%), la nervosité (5,8%), aphtes (2,9%). -Sur le plan comportemental et relationnel : ➤ 82,3% soignants présentaient des conduites addictives : l'addiction la plus fréquente était les aliments (29,4%), suivie par les psychotropes (11,7%), puis par le tabac (5,8%). ➤ 41,1% des répondants ont choisi un comportement d'évitement en fuyant la source de stress en cause : - La religion présentait le premier moyen d'éviter les sources de stress (14,7%) (prière, lecture du coran). - 11,7% se retournaient vers les activités sportives suivies de près 8,8% par des occupations multimédia et littéraires (lecture, films, navigation sur internet). - 11,7% choisissent les voyages et les sorties pour oublier le stress. ➤ Idées suicidaires : 1 soignant (2,9%) a déjà eu des idées suicidaires ➤ Pratique d'une psychothérapie ou psychanalyse et leurs conséquences - 14, 7% des soignants avaient déjà pratiqué une psychothérapie qui avait changé leur façon de travailler dans 80% des cas. ➤ Le désir de reconversion ou de mutation de travail venait à l'esprit de 79,4% d'entre eux dont seulement 11,1% désiraient rester dans le domaine médical.
14	Perception du travail et bien-être chez le personnel de santé au Maroc Villes du nord du	O. Laraqui et al.	Bien-être et perception du travail chez les professionnels de soins Santé publique	-Enquête épidémiologique, multicentrique, descriptive et transversale par auto-questionnaire. -2 453 fonctionnaires, titulaires et travaillant à temps plein. Personnel paramédical constitué d'infirmiers cadres,	Les auteurs ne donnent pas d'éclairages sur l'adaptation de l'outil (inspiré de celui de l'INRS), exploité dans la récolte de données.	-Confrontation quotidienne à la souffrance, à la maladie et bien souvent à la mort -Organisation du travail, forte demande et complexité croissante des techniques médicales	-Prévalences respectives du ressenti général de la santé étaient« mauvais ou très mauvais » pour 14,1 % à 24,5 % -Douleurs et maux de tête fréquents -53,9 % ressentait « souvent et en permanence » du stress au travail.

	Maroc2017 Cairn Info			d'infirmiers diplômés d'État polyvalents et spécialisés (sages-femmes, kinésithérapeutes, techniciens de radiologie et de laboratoires) et des aides-soignants. -Questionnaire individuel, anonyme et inspiré de celui de l'INRS, complété par les données socioprofessionnelles des soignants			-Les exigences du travail étaient considérées « dures » ou « très dures » par 32,1 % à 46,2 % -Consommation régulière des excitants pour se stimuler au travail (79,8 % pour le thé et 59,6 % pour le café avec plus de quatre verres ou tasses par jour). -Prévalence de la consommation de tabac et d'alcool de 17,1 % et 9,6 %. -Fréquence de la consommation d'antalgiques (28,1 %) et de psychotropes (11,6 %) peut s'expliquer par les conditions de travail difficiles des soignants.
15	Le Burn out syndrome en milieu de réanimation : Enquête auprès des praticiens Département d'Anesthésie-Réanimation du CHU Hassan II de Fès 2015	M. Diedhiou	Burn out, stress, dépression,	En 2014, 91 questionnaires ont été remplis par les soignants, médecins et infirmiers, exerçant au niveau du CHU de Fès (Médecins spécialistes, Médecins en formation (Résidents et Internes) et Infirmiers). Exploitation du Maslach Burn out Inventory, dans sa version originale (MBI-human services survey MBI-HSS). Variables quantitatives comparées par une analyse univariée, utilisant le test de T.STUDENT et le Chi-2 pour les variables qualitatives. La distribution des variables quantitatives a été vérifiée par le test de KOLMOGOROV-SMIRNOV. L'analyse statistique a été réalisée par le Logiciel SPSS 20.0	Les deux instruments exploités (MBI et SPSS) dans le cadre de cette évaluation peuvent impliquer des incohérences au niveau du traitement des données	Surcharge du travail (89) ; Effectif réduit du personnel (59) ; Rapport salaire/effort insatisfaisant (57) ; Conflits avec les collègues (51.6) ; Pressions administratives (49.5) ; Absence de récupération post garde (45) ; Mauvaise organisation du service (38.5) ; Certains cas complexes difficiles à prendre en charge (38.5) ; Manque de moyens (outils diagnostics et thérapeutiques) (37.3) ; Manque de reconnaissance de la part de la société (35) ; Manque de communication au sein du corps médical (34) ; Exigences des patients et de leur famille (23) ; Manque de temps à consacrer aux patients (19) ; Peur de l'erreur médicale et de la poursuite judiciaire (16.5) ; Le manque de respect de la part des patients (15.3).	1. Sur le plan émotionnel: <ul style="list-style-type: none"> • 49.5% étaient insatisfaits, • 34.1% se sentaient en colère, • 25.3% des soignants devenaient irritables, • 22% se sentaient tristes, • 20.9% se trouvaient bloqué(e)s, • 14.3% étaient indifférents, • 5.5% se sentaient coupables. 2. Sur le plan physique : <ul style="list-style-type: none"> • 51.6% des soignants se plaignaient de troubles du sommeil, • 38.6% présentaient des manifestations neurovégétatives à type de palpitations et de céphalées, • 23.1% ressentait des douleurs inexpliquées. <ul style="list-style-type: none"> • Les autres manifestations recueillies en réponse à une question ouverte étaient les suivantes : - un ulcère de stress (9.9%), - une fatigue (7.7%), - une anorexie (1.1%). 3. Sur le plan comportemental et relationnel <ul style="list-style-type: none"> • 44 soignants (48.35%) avaient développé des conduites addictives: - l'addiction la plus fréquente était aux aliments (30.8%) - 15 personnes (16.5%) avaient une tendance à se retourner vers le tabac dont 2 personnes soit (2.2%) se retournent vers l'alcool, et une personne (1.1%) vers la drogue. - Alors qu'une seule personne, (1.1%), prenait des psychotropes. • 56% des répondants ont choisi un comportement d'évitement en fuyant la source de stress en cause ;

							<p>3.3% s'absentaient de plus en plus fréquemment.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 31,9% des soignants sentaient que leur rendement professionnel était en baisse. • 39.6% affirmaient que ce stress retentissait sur leur relation avec le conjoint, la famille et l'entourage. • Le regret du choix de ce métier était mentionné par 28.6% des soignants. • Le désir de reconversion ou de mutation de travail venait à l'esprit de 40.7% d'entre eux. • Une personne (1,1%) avoue avoir déjà eu des pensées suicidaires.
16	<p>Facteurs liés au stress professionnel en milieu hospitalier (cas des infirmiers du centre hospitalier provincial de Béni Mellal) Béni Mellal/2004 Institut National d'Administration Sanitaire</p>	E.H. Belarif	<p>Facteurs liés au Stress professionnel Santé publique</p>	<p>Etude exploratoire (facteurs générateurs de stress professionnel chez les infirmiers) et analytique (expliquer comment les facteurs identifiés sont des sources de stress au sein de l'hôpital), sous forme d'une étude de cas. Le seul niveau d'analyse qui est le centre hospitalier provincial de Béni Mellal, le niveau d'observation est représenté par les services hospitaliers relevant de ce même hôpital. Mise à contribution du modèle de Mackay et Cooper (1987) qui considère les deux facteurs suivants : - L'inadéquation entre les exigences du milieu de travail et la capacité du travailleur à s'adapter à ces exigences - L'écart entre les aspirations de l'individu et la réalité professionnelle.</p>	<p>-Non recours à la mesure directe du stress professionnel chez notre population à l'étude. -Manque d'étude sur les facteurs organisationnels du stress en milieu hospitalier faisant perdre à notre recherche un aspect important qui est la comparaison des résultats</p>	<p>Nuisances par le bruit du au comportement de la population et du personnel ; Insuffisance de matériel pour faire face à une urgence ; Incompétence du management : mauvaise-organisation Surcharge de travail ; Ambiguïté du rôle ; Mauvaise répartition de tâches ; Insuffisance d'autonomie ; Monotonie de la tâche ; Faible implication des infirmiers (ères) à la prise de décision ; Inexistence de formation continue au niveau de l'hôpital ; Insuffisance de supervision ; Climat social tendu (conflits entre professionnels et entre infirmiers & usagers) ; Cas de violence ; Faible support de la hiérarchie.</p>	<p>-Méfais du stress sur la santé des individus, - Méfais du stress sur l'organisation hospitalière : une élévation du taux d'absentéisme, une augmentation du turnover, un plus bas niveau de productivité et une hausse des coûts de soins de santé.</p>
17	<p>Evaluation des risques professionnels à l'hôpital. Cas du service des urgences de l'Hôpital Moulay Abdellah de Salé Salé/2004 Institut National d'Administration Sanitaire</p>	A. Bougataya	<p>Risques professionnels Santé publique</p>	<p>Recherche exploratoire (facteurs de risque) : -Mesurer l'impact de certains facteurs sur la santé des professionnels travaillant dans les hôpitaux -Proposer une démarche d'ERP à l'hôpital public marocain. -Evaluer les différents risques professionnels au niveau du service des urgences de l'hôpital Prince Moulay Abdellah de Salé. Evaluation des risques dans le service des urgences : La méthode proposée est une approche globale des risques qui combine 2 niveaux:</p>	<p>-Manque de moyens pour procéder à certaines métrologies des risques (par exemple la métrologie des ambiances et des postures), d'autant plus que ces risques sont variés. -L'ERP nécessite un temps considérable. -Tache difficile, elle nécessite la mise à niveau du groupe de travail et une présence continue sur le terrain pour mieux observer le travail réel du personnel, les gestes et les postures adoptées.</p>	<p>Environnement risqué : Manipulation du sang ou d'autres produits biologiques (pus, liquide d'ascite,..., Manipulation du matériel piquant ou coupant, Récapuchonnement des aiguilles usagées, Insuffisance des moyens matériels et des moyens de protection et d'hygiène : et incompétence (Certains agents mangent, boivent ou fument dans les lieux de travail. D'autres disent ne pas être au courant des consignes de sécurité interdisant de manger, boire ou fumer dans les lieux de travail ; Inadéquation ou manque considérable des ressources matérielles et humaines ; Incompétence du</p>	<p>Risques biologiques : Piqûres d'aiguilles à l'occasion d'injection, de prélèvement, de récapuchonnage d'aiguilles ou de ramassage d'ordures à travers les sacs en plastiques. Certains Accidents exposants au sang peuvent survenir par projection de liquide biologique dans l'œil. Risque lié à l'exposition aux rayonnements ionisants : Accompagnement des malades au service de radiologie ; Service des urgences voisin du service Radiologie (portes souvent ouvertes). Risque lié aux postures ; Risque lié au bruit ; Risque lié à l'éclairage ; Ambiances thermiques ; Risque chimique ; Problèmes dermatologiques ; Stress ; Troubles du</p>

				<p>1. Approche sur la santé au travail : Diagnostic médical (analyser les données concernant les indicateurs liés aux événements suivants : Accidents du travail ; Maladies professionnelles ; Etudes sur l'absentéisme ; Incidents signalés, les plaintes des agents...</p> <p>2. Approche organisationnelle : Diagnostic par l'analyse du travail (Identification et le recensement des dangers ou facteurs de risques existants au niveau de ce site ; Modalités d'exposition aux dangers, en insistant sur l'observation des situations concrètes de travail (les activités réelles)</p> <p>3. Outils de collecte des données : (Entretiens semi-directifs ; Observation à l'aide d'une grille)</p>		<p>management intermédiaire: mauvaise-organisation, mal-définition des objectifs, mauvaise répartition des tâches, ambiguïté des rôles, manque de formation continue et de sensibilisation du personnel aux RPS; Insatisfaction du salaire et des conditions générales de travail ; Inadaptation des horaires de travail...</p>	<p>sommeil ; Risque d'agression.</p>
18	<p>Déterminants organisationnels de l'articulation travail-famille chez les cadres en couple à double carrière au Maroc 2017 Cairn Info</p>	<p>A. Farah A. et Syed Gohar A.</p>	<p>Articulation travail-famille, carrière, couple à double carrière</p>	<p>Mode de recueil des données : Récits de vie Parcours 1. Racontez-nous votre parcours professionnel 2. Racontez-nous les grandes étapes de votre vie familiale Interaction entre les deux vies 3. Comment se fait l'interaction entre les deux sphères de vie ? Échantillon : 24 (15 F ; 09 H) Méthodologie : Analyse de contenu -Repérer puis coder toutes les parties de la communication recouvrant un thème commun.</p>	<p>-Echantillon limité -Manque de richesse au niveau du discours</p>	<p>Déterminants organisationnels de l'articulation travail-famille : -Surcharge du rôle -Niveau hiérarchique -Organisation du travail -Exigences du travail -Soutien du supérieur hiérarchique -Politique RH</p>	<p>Souffrance au travail et dans la vie du couple -Difficulté de conciliation entre le travail et la vie du couple.</p>
19	<p>Mesure du stress professionnel des chauffeurs de taxi à Fès, Maroc Fès/2006 Cairn Info</p>	<p>M. Berraho et al.</p>	<p>Stress professionnel Transport</p>	<p>Etude exploitant un questionnaire de l'INRS, adressé à 5% de la population de chauffeurs de taxis de la ville de Fès au Maroc. Les rubriques du questionnaire sont : Troubles neurovégétatifs, symptômes musculaires, troubles de la tension, troubles de l'humeur, symptômes cognitifs, troubles du sommeil et conduites de compensation. Chaque réponse est affectée d'un poids selon le principe défini dans l'échelle de l'INRS...Ainsi, tout sujet ayant un score global supérieur ou égal à 70 est considéré dans un état de stress.</p>	<p>Faible échantillon -Etude transversale, manquant de précision sur la catégorie socioprofessionnelle, à part l'âge, le genre et le niveau d'instruction.</p>	<p>-Prolongement du temps de travail (entre 10 et 12 heures/j) -Instabilité des horaires de travail -Conditions de vie difficiles -Rétribution pauvre et instable -Injustice, manque de considération et de reconnaissance par les patrons -Pression de temps</p>	<p>Troubles de l'humeur : (Anxiété 73% ; Irritabilité 73% ; Découragement 50%). Troubles de tension : Sensation de tension 61% ; Sensation d'être mal à l'aise 80% ; Tremblement des extrémités 32% ; Maux de tête 79% Symptômes musculaires : Douleurs et courbatures musculaires 60% ; Crampes 38% ; Sensation de raideurs musculaires 41%. Symptômes cognitifs : Concentration difficiles 38% ; Troubles de la mémoire 42% Difficulté à maintenir la qualité du travail 76% ;</p>

							<p>Manque de confiance en sa valeur et en ses capacités 39%</p> <p>Troubles du sommeil : Difficulté d'endormissement 51% ; Insomnies 28% ; Sommeil interrompu 30% ; Nuits agitées 43% ; Rêves professionnels 20%</p> <p>Troubles neurovégétatifs : Palpitations 50% ; Douleurs cardiaques 20% ; Oppression respiratoires 32% ; Sueurs 36% ; Troubles digestifs 25% ; Coliques 30%.</p>
20	<p>Burnout chez les infirmiers de Ouarzazat</p> <p>Ouarzazat 2008</p> <p>Université Cadi Ayyad</p>	M. Boute	<p>-Burnout</p> <p>-Stress professionnel</p> <p>Santé publique</p>	<p>Questionnaire anonyme, exploitant les retours de 102 répondants, subdivisé en deux parties :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La première partie correspond aux caractéristiques de l'échantillon global : <ul style="list-style-type: none"> - caractéristiques sociodémographiques. - caractéristiques liées à la profession. - consommation de toxiques et automédication. - habitudes de vie. • La deuxième partie correspond au Maslach Burnout Inventory (MBI) <p>L'analyse statistique s'est basée sur deux méthodes:</p> <p>¾ Une analyse descriptive à deux variables: qualitative et quantitative.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pour les variables qualitatives, nous avons utilisé des pourcentages. - Pour les variables quantitatives, nous avons utilisé des moyennes et des écarts-types. <p>¾ Une analyse bivariée : la réalisation de cette analyse a fait appel à des tests statistiques notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le test de student pour comparer deux moyennes. - Le test khi2 pour la comparaison de pourcentages. <p>Le logiciel utilisé au cours de l'étude est l'EPI info6.04dfr. Le seuil de signification a été fixé à 5%.</p>	<p>Analyse bivariée assez précise par rapport à la taille de l'échantillon (102 salariés). Une telle taille ne pourrait offrir une large précision sur la stratification des résultats.</p>	<p>-Charge de travail excessive ; Conditions de travail difficiles (absence de climatisation dans un climat chaud) ; Insuffisance des Ressources humaines et matérielles ; Charge de travail ; pression temporelle ; forte productivité ; exigences des clients ; exigibilité de précision ; de qualité et de vigilance ; monotonie ; absence d'autonomie ; haute technicité, dangers physiques ; biologiques, chimiques,... ; Mauvaise-organisation ; mal-définition des tâches ; ambiguïté des rôles ; mauvaise répartition de tâches ; carence de l'encadrement ; incompétence du management ; inappropriation des ressources matérielles ; inadaptation des horaires de travail ; rythmes de travail élevé ; Manque de climat de collaboratif ; conflits et manque d'entraide des collègues ; manque de soutien des supérieurs hiérarchiques ; non reconnaissance du travail accompli ; Anxiété (constant sentiment d'inquiétude, d'insécurité) ; sur-engagement et sur-motivation (excès d'ambition, désir de plaire à tout le monde, rôle du sauveur...) ; Eloignement,...</p> <p>Cependant, nature chaleureuse et respectueuse du public,...</p>	<p>-La plupart des infirmiers (74,5%) avaient un épuisement émotionnel élevé (fig.15).</p> <p>-Une dépersonnalisation élevée a été trouvée chez 17,6% des infirmiers</p> <p>-Plus du tiers (34,3%) des infirmiers avaient un accomplissement personnel bas.</p>

21	<p>Psychosocial and occupational risk perception among health care workers: a Moroccan multicenter study</p> <p>Nine public hospitals from three Moroccan regions (northern, central and southern)</p> <p>Morocco 2015</p>	<p>D.I. Giurgiu et al.</p>	<p>Health care workers occupational risk perception. the exposure to occupational risk factors in Moroccan hospitals.</p> <p>Santé Publique</p>	<p>-Sur neuf hôpitaux publics de trois régions marocaines, un questionnaire, basé sur le Job Content Questionnaire, et 4 sous-échelles de risques professionnels, a été distribué à 4746 travailleurs de la santé.</p> <p>-La cohérence interne de l'étude a été déterminée pour chaque sous-échelle.</p> <p>-L'analyse factorielle confirmatoire était effectuée sur le questionnaire.</p> <p>-L'analyse des scores a été utilisée pour isoler les travaux à forte contrainte.</p> <p>-Les risques professionnels et la corrélation de perception de déformation élevée étaient analysés par régression logistique univariée.</p> <p>-Une analyse comparative entre marocains et français.</p> <p>-Le JCQ comporte 3 rubriques : demande psychosociale de l'emploi, latitude de décision d'emploi et soutien social</p>	<p>-A côté du problème d'interprétation des différents items du JCQ de Karasek, la composante culturelle n'est pas prise en considération dans l'analyse des données.</p> <p>-D'un autre côté, l'exploitation des logiciels traitant la régression linéaire 'tels SPSS 20.00 ou autre), associe des interprétations « logiques » à des agrégats « psychologiques ».</p>	<p>Moroccan HCWs suffer from : -Full-time employment ; Low job decision latitude ; high psychological demand and low social support. -Excessive time pressure. -Moroccan physician and nurse staff appeared to be clearly insufficient in number -The technical equipment was often inadequate, outdated, or faulty. The staff was poorly paid and had a low degree of job independence, which led to the fact that many HCWs had to have a second job because of low pay -Increased workload (based on unclear competencies) forced on nurses</p>	<p>2863 HCWs (60 %) answered the questionnaire (54 % women; mean age 40 years; mean work seniority 11 years; 24 % physicians; 45 % nurses). 44 % of Moroccan HCWs were at high strain. High strain was strongly associated with two occupational categories: midwives (2.33 OR; CI 1.41–3.85), full-time employment (1.65 OR; CI 1.24–2.19). Hypnotics and sedatives use (1.41 OR; CI 1.11–1.79), analgesics use (1.37 OR; CI 1.13–1.66). Moroccan HCWs, physicians included, perceive their job as high strain. Moroccan HCWs use of hypnotics, sedatives and analgesics is high. Risk prevention plan implementation is highly recommended.</p>
22	<p>Le burn out en milieu de Réanimation: Enquête auprès des praticiens (Thèse)</p> <p>Rabat, Casablanca, Fès & Marrakech/2010</p> <p>Université Mohammed V Suissi</p> <p>Départements d'Anesthésie-Réanimation et des Urgences au niveau des 4 CHU de Rabat, Casablanca, Fès et Marrakech (Secteur militaire et public)</p>	<p>S. Azzaoui</p>	<p>Mesure du syndrome d'épuisement professionnel</p>	<p>Critères d'inclusion ont été inclus dans l'étude tous les soignants actifs des services de réanimation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Médecins enseignants - Médecins spécialistes - Médecins en formation (Résidents) - Infirmiers <p>Exploitation du MBI-HSS.</p> <p>Les variables ont été exprimées en Moyenne et Ecart Type (ET) ou en Médiane et Interquartiles (Quartile 25% et 75%) ou en Pourcentages.</p> <p>Une valeur de $p \leq 0,05$ est considérée comme statistiquement significative.</p> <p>Les variables quantitatives ont été comparées par une analyse univariée en utilisant le test de T.STUDENT et le Chi-2 pour les variables qualitatives</p> <p>La distribution des variables quantitatives a été vérifiée par le test de KOLMOGOROV-SMIRNOV.</p> <p>Le test de MANN-WHITNEY a été utilisé pour la comparaison des variables quantitatives qui n'avaient pas de distribution normale.</p> <p>L'analyse multivariée a été faite par la Régression Logistique.</p>	<p>Recours à plusieurs logiciels pour l'analyse et le traitement des données, ce qui implique des risques de déperdition des valeurs au niveau des passages entre les logiciels (MBI, SPSS).</p>	<p>La surcharge du travail 87,1% ; L'effectif réduit du personnel ; 80% ; Le rapport salaire/effort insatisfaisant ; 74,5% ; Le manque de moyens (outils diagnostics et thérapeutiques) 68,8% ; La mauvaise organisation du service 61,4% ; L'absence de récupération post garde 56,6% ; Le manque de reconnaissance de la part de la société 45,5% ; Le manque de communication au sein du corps médical 41,4% ; Les conflits avec les collègues 38,3% ; Certains cas complexes difficiles à prendre en charge 36,9% ; Les pressions administratives 36,6% ; Le manque de temps à consacrer aux patients 35,5% ; La peur de l'erreur médicale et de la poursuite judiciaire 27,9% ; Les exigences des patients et de leur famille 26,9% ; Le manque de respect de la part des patients 26,6%. En plus : l'absence de moyens de confort (repas de qualité, salle de repos appropriée, toilettes...) (1,7%)</p> <ul style="list-style-type: none"> - le manque de motivation (1,4%) - le comportement de certains médecins vis-à-vis des infirmières (1%) - la formation insatisfaisante (0,7%) 	<p>-Syndrome d'épuisement professionnel (Médecins Résidents et Infirmiers sont les plus exposés)</p> <p>- Risque d'épuisement professionnel</p> <p>Nos résultats qui annoncent que 69,65% des praticiens sont en Burn out, représentant 67,5% des médecins et 72,1% des infirmiers, dépasseraient de loin ceux inclus dans la marge de la SFAR mais aussi ceux de l'étude portugaise.</p> <p>Un écart qui pourrait s'expliquer par les différences socioéconomiques entre les pays, notamment en matière de rémunération et de conditions de travail.</p> <p>L'enquête a porté sur 290 praticiens d'Anesthésie-Réanimation dont 69% ont affirmé avoir ressenti les signes du Burn out. 10,68% souffraient d'un niveau élevé de Burn out, 20,34% en avaient un niveau modéré et 38,62% avaient un niveau bas. Le plus haut niveau de Burn out fut marqué au niveau du CHU de Casablanca (45,2%).</p>

				L'analyse statistique a été réalisée par le Logiciel SPSS 13.		- les problèmes familiaux (0,7%) - l'inégalité au sein de l'équipe (0,3%) - le « sabotage » (0,3%)	
23	Prévalences et facteurs de risque des troubles de la vigilance chez les routiers professionnels au Maroc Agadir, Casablanca, Fès, Marrakech, Tanger/2011 Cairn Info	S. Laraqui et al.	Vigilance des conducteurs Transport	Etude épidémiologique transversale et multicentrique déroulée à Agadir, Casablanca, Fès, Marrakech et Tanger de 2004 à 2008. 5 566 (45,1 %) ont accepté de participer à l'enquête et ont été répartis en trois catégories : 2 134 de poids lourds, 1 158 d'autocars et 2 274 de taxis. Pour les chauffeurs de poids lourds et d'autocars, nous avons distingué selon le nombre de kilomètres parcouru par jour : les courtes distances inférieures ou égales à 200 km, les distances moyennes de 201 à 500 km et les longues distances supérieures à 501 km. Selon le nombre de kilomètres parcourus par semaine, nous avons défini : les courtes distances de 300 à 1000 km, les distances moyennes de 1 001 à 3 000 km et les longues distances supérieures à 3 001 km. -Questionnaire individuel, anonymisé, inspiré de celui du réseau Morphée (http://www.reseau-morphée.org) adapté à nos objectifs et traduit en arabe dialectal. -Echelle de somnolence d'Epworth - Pour dépister le syndrome d'apnées du sommeil, le questionnaire de Berlin a été utilisé. L'étude statistique a reposé sur l'analyse de la variance et sur le test « t » de Student pour la comparaison des moyennes. Pour les grandeurs qualitatives, elle a reposé sur l'étude du Chi carré. Le seuil de signification choisi correspondait à une valeur de p de 0,05. Le logiciel utilisé est Epi info (version 6.04 dfr).	Les insuffisances peuvent se révéler au niveau de l'assimilation du discours écrit, même si c'est fait en langue « darija ». La population des chauffeurs est généralement constitué d'ignorants, qui aurait du mal à lire et comprendre et encore à écrire pour s'exprimer.	-Mauvaise-organisation du travail et propension à la gestion des imprévus -Surcharge de travail -Pénibilité -Incompétence des propriétaires/dirigeants -Exploitation et non-considération des conducteurs -Absence totale des avantages sociaux -Vulnérabilité d'emploi -Instabilité des horaires de travail -Pression et manque de flexibilité du temps -Manque de repos -Pression sociale -Habitudes du sommeil -Salaires insatisfaisants	-Niveau élevé d'épuisement émotionnel -Troubles du sommeil -Excès des comportements addictifs -Consommations des antalgiques et de plusieurs formes de médicaments, souvent sans consultation médicale - Somnolence au volant et manque de vigilance -Nombreux accidents de la voie publique liés à la somnolence
24	Evaluation des risques professionnels dans les laboratoires d'analyses médicales. Cas du laboratoire de bactériologie-Sérologie-Hygiène HIS (Thèse) Rabat/2012	B. Moukafih	Risques professionnels Médecine privée	-Etude socio-épidémiologique descriptive, de type transversal, réalisée au laboratoire de bactériologie-sérologie-hygiène de L'Hôpital Ibn Sina de Rabat, et étalée sur une période de 5 mois depuis Octobre 2010 au Mars 2011. L'étude a concerné le total du personnel (38). - Cette méthode est basée sur	-L'analyse des différents risques professionnels et psychosociaux s'est limitée à l'observation et à la description de la perception des salariés. Ce qui la rend assez subjective -La description des temps d'exposition aux risques n'est assez bien formalisée.	-Mauvaise-organisation du travail (Mal-gestion des responsabilités, des accès au labo, absence d'une signalisation interne spécifique des risques...) -Risques biologiques et chimiques -Indisponibilité d'une fiche de données de sécurité des matières chimiques - Risques liés au travail de nuit (trouble de sommeil, fatigue ...)	Exposition à une multitude de risques professionnels (Biologiques) : - Accidents d'expositions au sang - Postures fatigantes et contraignantes - TMS (4) -Manque de concentration -Problèmes dermatologiques plus ou moins graves -Stress professionnel

	Université Mohammed V Suissi			l'observation, les entretiens et le questionnaire. Cette enquête a été conçue et dépeuplée à l'aide du logiciel SPHINX PLUS ² 2000 Version professionnelle 4		Méconnaissance et non formalisation des procédures ; Mauvaises conditions de transport, de conservation et d'exploitation des prélèvements ; Méconnaissance des consignes de sécurité qui sont essentiellement orales ; Formation insuffisante ; Irrégularité du port des EPI ; Vaccination non mise à jour par presque l'ensemble des intervenants ; Carence du savon ou antiseptique pour se laver les mains ; Les conteneurs pour l'élimination des déchets ne sont pas disponibles à chaque poste ; -Les aiguilles usagées ne sont récapuchonnés qu'un cas sur deux,...	-Troubles du sommeil -Risque d'incendie ou d'explosion -Maladies professionnelles contractées dans le laboratoire
25	Analyse des conditions de travail des professionnels de santé au Centre Hospitalier de Béni Mellal Béni Mellal/2012 Institut National d'Administration Sanitaire	K. Ben Rahal	Conditions de travail Santé publique	Etude mixte, descriptive et exploratoire. La population de l'étude a été sélectionnée à travers un échantillonnage aléatoire stratifié. Etude menée au CHR de BM entre Fin décembre 2011 et début juin 2012. La population cible est représentée par le personnel de santé du CHR de Béni Mellal et les gestionnaires régionaux, provinciaux, hospitaliers, les responsables des services hospitaliers, le médecin de travail et les partenaires sociaux. -Echantillon de 64 professionnels (29 F ; 35 H), appartenant aux services de médecine A, de la maternité et des urgences. -Variables indépendantes rassemblées en 5 domaines regroupant chacune plusieurs questions (Ambiance du travail, santé et sécurité au travail, reconnaissance et soutien au travail, temps du travail, relation avec la hiérarchie, les collègues et le public) et des variables dépendantes rassemblées en deux domaines regroupant chacune plusieurs questions (Influence des conditions de travail sur la satisfaction et l'état de santé des professionnels de santé). -Les données quantitatives ont été saisies et traitées à partir du logiciel Epi Info version 2000.	-L'échantillon est assez réduit pour pouvoir tirer des conclusions, en particulier par rapport à la stratification des variables.	Perception des conditions de travail par les salariés comme étant inacceptables: Charge de travail excessive ; sous effectif ; matériel souvent en panne ; violences verbales fréquentes ; rythme de travail imposé par les usagers ; salaire non satisfaisant ; pas d'information sur la sécurité et les risques de santé encourus par le travail ; manque de formation et de sensibilisation sur les bonnes pratiques et sur les risques professionnels ; manque d'autonomie ; monotonie ; incompétence managériale ; manque de soutien et de considération de la part de la hiérarchie	vieillesse des professionnels (45% ont plus de 51ans). La majorité de ces professionnels a la perception de travailler dans des conditions inacceptables: charge de travail excessive (90,6%) , sous effectif du personnel (92,6%), matériel souvent en panne (78%), fréquence de violences verbales (65%), rythme de travail imposé par les usagers (82%), salaire non satisfaisant (87,5%), pas d'information sur la sécurité et les risques de santé encourue par le travail (89%). L'étude a également montré que les conditions de travail retentissent sur la santé des professionnels (98% des enquêtés). Ce retentissement est représenté par le stress, la fatigue, l'insomnie et les troubles musculosquelettiques en sont les premières conséquences. 78% des interviewés ne sont pas satisfaits de leur condition de travail.
26	Evaluation Of The	M. Essaoudi	-Employability	-Exploratory, qualitative, and	In the assessment of their first-	New recruits among the	-Isolation et abandon

	Experience Of The First Year Of Employability Among Novice Inspectors Of Education In Morocco. Rabat / 2013 ScienceDirect	et al.	in education -Constraints on integration of novice inspector Education	correlationally descriptive study. -Three data collection tools were used (triangulation (Silverman, 2004; 2006; 2009): - A diary delivered to 26 participants to transcribe their notes, remarks, and reflections about their experience of their first year of insertion; - A questionnaire administered to 26 novices, consisting of 48 items including 8 open questions and 40 Likert scales (Keeves, Lakomski, 1999); - An individual semi-structured interview (Selltiz, Wrightsman, & Cook, 1977), conducted with 20 beginner inspectors only.	year experience of employability, the respondents felt that their experience was: -successful (38%), -somewhat successful (26%), -very successful (11%), or -unsuccessful (25%).	National Education Inspectors suffer from: -Poor professional integration Lack of supervision; Lack of peer support Inadequate Resources; Insufficiency in professional competence, so basic training.	-Fear -Lack of confidence in work -Emotional instability
27	Impact du changement dans le secteur de la santé sur la motivation du personnel médical et sa performance professionnel : cas du service obstétrique d'un CHU, au Maroc Maroc / 2017 International Journal of Economics & Strategic Management of Business Process (ESMB)	L. Fahssis et I. Driouich	Changement dans le secteur de santé marocain, surcharge du travail, performance professionnelle, motivation du personnel médical, risques psychosociaux	Lieu d'investigation : service de la maternité au CHU. -Service connaissant une importante réorganisation. -33 répondants retenus, parmi les 42résidents. -questionnaire spécifique avec trois parties : profil sociodémographique, exigences du travail, et ressources de travail. -Les auteurs ont développé une échelle concernant la charge physique et psychologique du travail, contenant 28 items. Les ressources perçues relèvent de 6 catégories : 1. Autonomie et utilisation des compétences (6items) 2. Soutien social des collègues (4items) 3. Soutien social du chef hiérarchique (5items) 4. Reconnaissance sociale (7 items) 5. Ressources techniques et humaines (1items) 6. Modalité d'alerte (3items). Le questionnaire a été auto administré. Le répondant s'auto-évalue sur des échelles de Likert à 4 échelons. Avant de l'administrer, le questionnaire a été prétexté auprès des médecins hors service de la maternité. -Le taux d'encadrement chez les médecins anesthésistes réanimateurs est de 150%, alors que celui de gynécologues au service est de 7,69% qui est un taux faible.	-Insuffisance de la communication sur le questionnaire utilisé -Questionnaire non universellement validé ou exploité dans d'autres recherches -Limitation de l'étude sur un contexte spécifique de travail -Limite de l'échantillon, rendant inconcevable la généralisation.	-La grande charge de travail mentale et physique correspondait à la contrainte la plus souvent exprimée (22%), suivie de près d'une faible autonomie et utilisation des compétences (19%), ensuite les faibles ressources humaines et matériels de travail(15%), un faible soutien de la hiérarchie de (15%), les faibles modalités d'alerte de (14%), une faible reconnaissance sociale de (13%), et un faible soutien social des collègues de (3%). Les enquêtés déclarent de travailler 54 heures par semaine, avec une moyenne de 6 gardes par mois de 15 heures, et de 48heures les jours fériés. 91% des répondants déclarent travailler avec un effectif réduit, 48,5%des répondants déclarent de ne pas avoir le temps nécessaire pour effectuer un travail de qualité, 30% déclarent ne pas avoir les compétences personnelle adaptées pour réaliser un travail de bonne qualité. La non réalisation d'un travail de qualité est source de souffrance et de frustration au travail. Les faibles ressources techniques et humaines constituent également une entrave face à la performance professionnelle des médecins. -La formation professionnelle est insatisfaisante pour 70% des répondants	-Douleurs (coliques, maux de tête, douleurs musculaires, articulaires) 70% -Troubles de sommeil 76% -Fatigue au réveil et malaise physique pour aller au travail 79% -Sensation de mal être 67% -Anxiété 67% -Crises de larmes ou de nerfs -Troubles de l'appétit 79% -Perturbation de la concentration 70% -Difficulté de prendre l'initiative ou des décisions 36% -Comportements violents ou agressifs 48% difficulté à coopérer 39% -Apparition et ou renforcement de la consommation médicamenteuse(anxiolytique,..) 21% -Apparition ou renforcement d'addiction (tabac, café,) 15% -Idées suicidaires ou mortifère 6%.

				Les répondants ont déclaré une prévalence d'une faible reconnaissance sociale (13%). -88% des répondants ont exprimé une forte exposition au stress liée aux conditions de travail -Exposition élevée du personnel médical aux agressions verbales (91%), et aux agressions physiques (36%).			
28	Évaluation de la vigilance chez les conducteurs professionnels de poids lourds à Casablanca/ 2008 ScienceDirect Elsevier Masson	O. Laraqui et al.	Troubles de vigilance Troubles du sommeil Transport	-Enquête épidémiologique transversale - 2134 chauffeurs poids lourds à Casablanca. -Questionnaire individuel anonymisé, comportant quatre rubriques : les caractéristiques socioprofessionnelles et sanitaires des conducteurs, les conditions de travail, les habitudes du sommeil, les symptômes des troubles du sommeil et les facteurs les favorisant.	-Eventuelle insuffisance au niveau de la triangulation. -Le problème d'assimilation des différents items de l'auto-questionnaire, ajouté au problème d'expression peuvent constituer des distorsions des données et de leurs interprétations. Les auteurs n'apportent pas assez de précision sur les conditions de communication de l'auto-questionnaire.	Longue durée de travail que ce pour le jour ou pour la nuit ; Manque d'un suivi par un médecin du travail ; Insuffisance de la durée normale de sommeil ; Soucis d'ordre économique ; Charge importante de travail ; Stress professionnel ; Troubles de l'humeur ; Manque de régularité dans la pratique du sport	Les chauffeurs constituaient une population à risque : excès de poids (62,9 %), habitudes toxiques (tabagisme : 49,6 % ; alcool : 11,8 % ; cannabisme : 12 %), antécédents pathologiques (28,3%) et consommation de psychotropes (3,9 %). Leurs conditions de travail étaient difficiles et les troubles du sommeil fréquents. La durée quotidienne de travail supérieure à 12 heures (50,3 %), la durée de sommeil inférieure à sept heures (53 %), « se déclarer insomniaques » (36,5 %), le score d'Epworth anormalement élevé (26,6 %) et la somnolence au volant (68,6 %).
29	Le burn out en traumatologie et orthopédie: Enquête auprès des praticiens CHU Avicenne Rabat, Hôpital d'enfants Rabat, Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V (Thèse)	K. Ezzine	Burnout et épuisement émotionnel Santé Publique	-Enquête analytique transversale -Objectif : évaluation de la prévalence du Burn out au sein des services de traumatologie et orthopédie à Rabat. -Enquête réalisée en 2012, au sein des services de traumatologie et orthopédie au niveau de 3 structures : le centre hospitalier universitaire Avicenne Rabat, l'hôpital d'enfants de Rabat ainsi que l'hôpital militaire d'instruction Mohammed V de Rabat. Population : Les questionnaires ont été remplis par les soignants, médecins infirmiers et kinésithérapeutes Instrument : MBIHSS -L'analyse statistique a été réalisée par le logiciel SPSS 13.0 -Les variables quantitatives de distribution symétrique ont été exprimées en moyenne et écart type. -Les variables quantitatives de distribution asymétrique ont été exprimées en médiane et quartiles.	-Echantillon effectivement testé (72) assez réduit.	-Surcharge du travail 87,5% -Mauvaise organisation du service 76,4% -Rapport salaire/effort insatisfaisant 73,6% -Absence de récupération post garde 69,4% -Manque de respect de la part des patients 68,1% -Manque de moyens (outils diagnostics et thérapeutiques) 62,5% -Effectif réduit du personnel 58,3% -Exigences des patients et de leur famille 54,2% -Manque de temps à consacrer aux patients 51,4% -Manque de communication au sein du corps médical 43,1% -Manque de reconnaissance de la part de la société 36,1% Peur de l'erreur médicale et de la poursuite judiciaire 31% -Certains cas complexes difficiles à prendre en charge 27,8% -Conflits avec les collègues 23,6% -Absence de moyens de confort (repas de qualité, salle de repos appropriée, toilettes...) 1,5% -Formation insatisfaisante 1,3%	-Dépersonnalisation (66,7%) -Epuisement émotionnel élevé (59,7%) -Accomplissement professionnel bas (51,4%) Sur le plan physique : - 66,7% des soignants se plaignaient de troubles du sommeil, - 27,9% présentaient des manifestations neurovégétatives à type de palpitations et de céphalées, - 15,3% ressentait des douleurs inexpliquées. La fatigue (7%), la prise de poids (5,6%), l'anxiété (5,6%), excitabilité et des troubles de concentration (2,8%) Sur le plan comportemental et relationnel : • 73% des soignants présentaient des conduites addictives : • l'addiction la plus fréquente était le tabac (29,5%), suivie par les aliments (22,5%), puis par l'alcool (11,2%). • La consommation de psychotropes était retrouvée chez 6 soignants (8,4%) et venait donc en 4ème position des conduites addictives, 2 personnes (1,4%) se retournaient vers la drogue. • 47,8% des répondants ont choisi un comportement d'évitement en fuyant la source de stress en cause :

					<ul style="list-style-type: none"> -Comportement de certains médecins vis-à-vis des infirmières 1,2% -Pressions administratives 1% -Inégalité au sein de l'équipe 0,3% 	<ul style="list-style-type: none"> • La religion présentait le premier moyen d'éviter les sources de stress (21,1%) (prière, lecture du coran) • 11,3% se retournaient vers les activités sportives suivies de près 9,3% par des occupations multimédia et littéraires (lecture, films, navigation sur internet). • 5,6% retrouvaient leur confort auprès de leurs proches. - Idées suicidaires : 3 soignants (4,2%) ont déjà eu des idées suicidaires - Pratique d'une psychothérapie ou psychanalyse et leurs conséquences : <ul style="list-style-type: none"> • 15, 3% des soignants avaient déjà pratiqué une psychothérapie qui avait changé leur façon de travailler dans 4,2% des cas. Temps consacré aux loisirs : <ul style="list-style-type: none"> • 47,2% des soignants ne consacrent pas de temps à leurs loisirs • Pour les 52,8% des soignants qui consacrent régulièrement du temps à leurs loisirs, le nombre de demi-journées (4heures) par semaine dédiés aux loisirs est de 1 demi-journée par semaine. Temps consacré aux proches (famille, conjoint, enfants, amis) : <ul style="list-style-type: none"> • 26,4% des soignants estiment consacrer suffisamment de temps pour leur famille. • 22,2% consacrent suffisamment de temps pour leurs amis. • Seulement 25% des soignants en couple consacrent suffisamment de temps à leur conjoint. • Et 60,5% des soignants ayant un enfant considèrent qu'ils ne consacrent pas assez de temps à leurs enfants. Soutien reçu : <ul style="list-style-type: none"> • 25% des soignants disent ne recevoir aucun soutien de leurs proches (collègues, famille, amis). • la famille représente la première source de soutien (70,4%) 	
30	Les facteurs du stress et les stratégies de "coping" chez le personnel infirmier travaillant en oncologie » Cas de l'institut national	M. Ibnouhsein	-Epuisement émotionnel - Dépersonnalisation	Démarche qualitative à visée exploratoire par le biais d'entretiens semi dirigés auprès de vingt infirmiers soignants.	Limite lié à l'effectif réduit de l'échantillon examiné	<ul style="list-style-type: none"> -Pathologie à prendre en charge 100% -Peur de la mort 70% -Echec thérapeutique 60% -Patients difficiles à soigner 50% -Pression exercée par les proches 45% -Angoisse des patients 30% 	Stratégies de coping chez le personnel infirmier soignant de l'INO : <ul style="list-style-type: none"> -Empathie 100% -Coupure 55% -Ressourcement 35% -Réinterprétation positive 30%

	d'oncologie de Rabat		Accomplissement personnel Santé publique			-Empathie 30% -Surcharge de travail 25%	-Verbalisation de ses problèmes 10% -Désengagement psychologique 5%
31	Le burn out en milieu hospitalier à la ville de Fès: enquête auprès des médecins Université Sidi Mohammed Ben Abdellah Faculté de Médecine et de Pharmacie Fès Fès/2013 Université Sidi Mohammed Ben Abdellah	F. Lahlou	-Epuisement émotionnel -Dépersonnalisation -Accomplissement personnel Santé publique	-Enquête analytique transversale et multicentrique réalisée, sur quatre années de 2009 à 2013, au sein des hôpitaux de la ville de Fès : Centre Hospitalier Universitaire Hassan II, Hôpital Ibn Alkhatib, Hôpital Ighassani, Hôpital Ibn Albaytar, Hôpital Omar al Idrissi et Hôpital Ibn Alhassan. -Répondants retenus (158 : 62,7 (F° et 37,3 (H)) : Médecins enseignants, Médecins spécialistes, Médecins généralistes, Médecins en formation (Résidents et internes)	-Absence d'outils scientifiques (logiciels spécialisés) de mesure des données -L'enquête à un jour donné peut refléter le vécu du médecin à un instant T seulement ; d'où l'intérêt à concevoir le Burn out sur la durée et non à un instant donné, via des études longitudinales. -Manque de validation des outils de mesure exploités dans la recherche, notamment le questionnaire.	Déterminants organisationnels : Carence au niveau de l'environnement physique ; Surcharge du travail ; Organisation du travail (manière dont les charges sont exécutées ou envisagées ; Demande continue de services (pression du public). Déterminants psychologiques : La relation d'aide entraînant une implication trop importante devient une source de stress ; Contact permanent avec la mort, la morbidité, la peur et la souffrance ; Carence de l'environnement psychologique (manque de soutien, d'autonomie, contact permanent avec la mort et la maladie, ...) ; Cloisonnement ou absence de communication ; Augmentation impressionnante des connaissances médicales et de nouvelles technologies, obligeant à suivre. -Gestion de cas difficiles ou traumatisants ; Impuissance face à certaines situations ; Absence de guérison rapide, voire même l'absence de guérison ; Incertitude des décisions thérapeutiques prises et la peur de l'erreur médicale ; Confrontation quotidienne à des questionnements éthiques ; Cloisonnement ou absence de communication dans une équipe liée à la hiérarchie ou au grade : chacun s'isole et se sent débordé, en face de la loi du silence : ...etc. Déterminants sociaux : -Manque de reconnaissance de la part du malade ou de la société -Sentiment d'insécurité (physique ou verbale, psychique, financière) - Situation professionnelle figée Déterminants institutionnels : Dysfonctionnement de la structure de soins ; Inadéquation du système de formation ; inadéquation du modèle hospitalier. Déterminants personnels :	Prévalence du stress chez 97,5% des répondants, avec une intensité importante de stress chez 37,7%. Sur le plan comportemental : Un désintérêt de plus en plus accentué pour son travail ; Une appréhension devant les responsabilités professionnelles ; Une apparence négligée avec des signes évidents de relâchement vestimentaire et hygiénique ; Un manque de professionnalisme ; Une facilité de rentrer en conflit ; Une aggravation des comportements d'addiction à des fins auto thérapeutiques ; Une surconsommation d'alcool, de tabac, d'aliments ou de psychotropes pour tenter de diminuer la charge anxieuse. Cependant, la réalité des choses fait que cette dépendance augmente l'anxiété à cause de l'effet diphasique de ce type de surconsommation. Sur le plan somatique : Une asthénie ; Des algies variables et inexplicables, à type de lombalgies, de cervicalgies ou d'arthralgies ; Des troubles du sommeil (chacune des phases du sommeil peut être affectée) ; Symptômes affectant l'un ou plusieurs des sous-systèmes neurovégétatifs, tels : Le système digestif, cible privilégiée des somatisations : réactivation de douleur ulcéreuse, dyspepsies, vomissements, troubles du transit, douleurs abdominales, ballonnement, intolérances alimentaires diverses ; Le système cardiovasculaire : palpitations, hypertension artérielle, douleur pseudo angineuse ; Le système génito-urinaire : pollakiurie, dysurie psychogènes, dysménorrhées, troubles psychosexuels : dyspareunie, désintérêt sexuel ; Le système cutané : dermatoses de stress à type d'acné, de psoriasis, prurit, sensation de brûlures ; Céphalées, migraine, bouffées de chaleur, tremblements ; Episodes infectieux trainants ou récidivants (rhinopharyngites, syndrome pseudo-grippal),... Sur le plan émotionnel : Une irritabilité, une colère ; Un profond sentiment d'insatisfaction et de douleur morale ; Ces trois éléments se

						<p>prédisposition du candidat au burn out (Etat anxieux habituel; esprit d' « entreprise » poussé à outrance; désir de plaire à tout le monde; sens d'autocritique trop poussé; vouloir tout faire soi-même; mentalité de sauveur; choix de la profession; manque de réalisme; obsession du travail; limites des capacités d'adaptation; notion de « hardiness »; absence de ressourcement affectif et social; vulnérabilité biologique.</p>	<p>situaient en tête de série selon nos résultats descriptifs; Une humeur labile; La tristesse allant même jusqu'au désespoir, avec des idées suicidaires; De l'apathie; Des difficultés conjugales, familiales ou relationnelles avec appauvrissement affectif, tension et insatisfaction; L'affect pourra prendre des colorations de méfiance, de distanciation interpersonnelle, de cynisme; Le soignant pourra aussi exprimer son profond sentiment de frustration en blâmant les autres, l'administration, le système.</p> <p>Sur le plan cognitif: Des troubles d'attention, de concentration, de mémoire et même de jugement; Un fonctionnement mental globalement diminué, se répercutant directement sur son rendement professionnel.</p> <p>Mécanismes de défense: Rigidité et la résistance au changement avec des attitudes négatives ou pessimistes; Pseudo-activisme qui tente de masquer l'inefficacité du sujet qui se rend à peine compte de sa baisse de performance. Il tente de l'annuler en s'acharnant plus à son travail pour se maintenir à son poste, même s'il dit ne pas trouver de satisfaction au travail; Fuite travail, qui se caractérise à minima par un désir de changement de poste, au pire par un absentéisme progressif et répété, ou par un désir de mutation. A l'inverse, un équivalent a été décrit: le « présentéisme » paradoxal.</p>
32	<p>Job Satisfaction and Psychological empowerment among teachers in Moroccan University Kénitra& Rabat/2016 International Journal of Education and Research</p>	<p>M.S. Elmoassati et al.</p>	<p>-Empowerment -Job satisfaction Education</p>	<p>- Respondents: 121 teachers (101 men and 20 women) - SPSS version 17.0. - There would be a significant correlation between the areas of job satisfaction and the domains of psychological empowerment. -There would be a significant correlation between job satisfaction, psychological empowerment, age, gender, rank and seniority. -The four dimensions of psychological empowerment positively influence job satisfaction.</p>	<p>-The survey at a given day may reflect the experience of the respondent at a moment of the day only; hence, it should be more interesting to submit analyzing design of satisfaction over time and not at a moment given, via longitudinal studies.</p>	<p>-Development of the psychological empowerment -Two dimensions of psychological empowerment (meaning and self-determination) with age and seniority explain 26% of the variability in satisfaction of the autonomy and authority in the workplace. -Satisfaction of financial compensation is predicted by the meaning and number of children, while the professional advancement is related to the impact and sex of the individual. -Age was the most significant variable in predicting job satisfaction. Psychological empowerment dimensions (meaning, self-determination and impact) contribute to</p>	<p>Job satisfaction : -Significant positive relationship between job satisfaction and psychological empowerment -Significant relationship with seniority at work -Men are more satisfied with their work than women, satisfaction increases with age and decreases with seniority in the profession and the number of children. Men are more satisfied with their work than women, satisfaction increases with age and decreases with seniority in the profession and the number of children. From these results we can say that the age offset the negative effect of seniority on satisfying job autonomy and authority on work. Individual characteristics and career opportunities such as rank and marital status, which do not intervene directly on job satisfaction, have their importance in the</p>

						the improvement of job satisfaction, while competence has no direct effect on job satisfaction.	effect that has on psychological empowerment.
33	Le burnout chez les infirmiers du Centre Hospitalier Marrakech/2016 Université Cadi Ayyad (Thèse)	M.K. Ben Moussa	Burnout Santé publique	-Exploitation du MBI-HSS pour la mesure du burnout chez 175 Infirmiers du CHU de Marrakech.	L'enquête à un moment donné peut refléter l'expérience du répondant à ce moment de la journée seulement; par conséquent, il serait plus intéressant de procéder à l'analyse du burnout des répondants, sur une longue période, éventuellement par intermittences suffisamment espacées.	Surcharge de travail ; Mauvaise organisation du service ; Effectif réduit du personnel ; Manque de moyens au sein du CHU ; Dévalorisation de la profession par la société ; Rapport salaire/effort insatisfaisant ; Manque de respect de la part des malades ou leurs familles ; Pression administrative ; Conflits avec les collègues ; Manque de temps à consacrer aux malades	-Le taux de burnout était élevé dans la population étudiée (62%). Cela est en conformité avec les études qui ont démontré que le burnout est retrouvé dans les métiers à forte implication interpersonnelle affective. -Epuisement émotionnel élevé (41,1%) -Dépersonnalisation élevée (25,7%) -Accomplissement personnel faible à modéré (32,6%)
34	Le Rôle de La Responsabilité Sociale des Entreprises dans la gestion des Risques Psychosociaux: Cas de L'Agence Nationale des Ports Maroc / 2016 Université IBNZOHR Agadir	Tourabi	-Bien-être des employés -RPS -RSE Entreprise ANP (Agence Nationale des Ports)	En se basant sur les l'exploitation des résultats de l'enquête (trois questionnaires administrés chez l'ANP) sur la perception des salariés de la démarche RSE et sur sa contribution à la réduction de leur RPS, l'auteur a présenté l'état des lieux du déploiement et de la maturité de la RSE dans cet établissement à travers le test de matérialité, puis a présenté une évaluation du volet social de la démarche à travers la méthode des scores, puis en fin nous avons analysé les niveaux de criticité des RPS avant et après le déploiement de la démarche de RSE depuis 2014.	-Absence d'outils scientifiques (statistiques) d'évaluation des corrélations -Etude centrée sur des résultats préétablis par l'entité investiguée (ANP) -Communication insuffisante sur les (trois) questionnaires exploités dans l'étude originale -Insuffisance de communication sur les conditions de réalisation des tests d'investigation.	Evaluation de la criticité des RPS: Avant la mise en place de la RSE : -Stress : 24 -Violence : 03 -Harcèlement : 08 -Epuisement : 12 Après la mise en place RSE : -Stress : 12 -Violence : 02 -Harcèlement : 04 -Epuisement : 02	-Le climat social dans l'ANP est jugé par les employés moyennement serein (84% des interrogés), dans lequel la parité homme femme est relativement respectée et les conditions de travail, hygiène et sécurité sont très bonnes. -Les RPS les plus cités par les employés sont le stress (92%) et le stress et l'épuisement professionnel 51%). La démarche RSE permet de les prévenir de manière partielle. Selon les responsables des ressources humaines, la vocation RSE est beaucoup plus axée sur la prévention des risques plus que la correction des effets.