

Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2014

Thèse n°

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement
le 03 février 2014 à Poitiers
par **Mademoiselle Emilie Breillat**

Satisfaction professionnelle et syndrome d'épuisement professionnel (ou burnout) des médecins urgentistes du Poitou-Charentes.

Composition du Jury

Président : Monsieur le Professeur Pascal ROBLOT

**Membres : Monsieur le Professeur Jean Louis SENON
Monsieur le Docteur Eric BEN-BRIK**

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur François BIRAULT

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2014

Thèse n°

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement
le 03 février 2014 à Poitiers
par **Mademoiselle Emilie Breillat**

Satisfaction professionnelle et syndrome d'épuisement professionnel (ou burnout) des médecins urgentistes du Poitou-Charentes.

Composition du Jury

Président : Monsieur le Professeur Pascal ROBLOT

**Membres : Monsieur le Professeur Jean Louis SENON
Monsieur le Docteur Eric BEN-BRIK**

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur François BIRAULT

SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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





Le Doyen,

Année universitaire 2013 - 2014

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
2. ALLAL Joseph, thérapeutique
3. BATAILLE Benoît, neurochirurgie
4. BENSADOUN René-Jean, oncologie - radiothérapie
5. BRIDOUX Frank, néphrologie
6. BURUOJA Christophe, bactériologie - virologie
7. CARRETIER Michel, chirurgie générale
8. CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
9. CHRISTIAENS Luc, cardiologie
10. CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
11. DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
12. DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
13. DEBIAIS Françoise, rhumatologie
14. DORE Bertrand, urologie (**urnombre**)
15. DROUOT Xavier, physiologie
16. DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
17. EUGENE Michel, physiologie (**urnombre**)
18. FAURE Jean-Pierre, anatomie
19. FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
20. GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
21. GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
22. GILBERT Brigitte, génétique
23. GOMBERT Jean-Marc, immunologie
24. GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
25. GUILHOT-GAUDEFROY François, hématologie et transfusion
26. GUILLET Gérard, dermatologie
27. GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
28. HADJADJ Samy, endocrinologie et maladies métaboliques
29. HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
30. HERPIN Daniel, cardiologie
31. HOUETO Jean-Luc, neurologie
32. INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
33. IRANI Jacques, urologie
34. JABER Mohamed, cytologie et histologie
35. JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
36. KARAYAN-TAPON Lucie, oncologie
37. KEMOUN Gilles, médecine physique et réadaptation
(**de septembre à décembre**)
38. KITZIS Alain, biologie cellulaire
39. KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
40. KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
41. LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
42. LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
43. LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
44. LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
45. MACCHI Laurent, hématologie
46. MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (**urnombre**)
47. MARECHAUD Richard, médecine interne
48. MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire
49. MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
50. MEURICE Jean-Claude, pneumologie
51. MIMOZ Olivier, anesthésiologie - réanimation
52. MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
53. NEAU Jean-Philippe, neurologie
54. ORIOT Denis, pédiatrie
55. PACCALIN Marc, gériatrie
56. PAQUEREAU Joël, physiologie
57. PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
58. PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
59. PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
60. POURRAT Olivier, médecine interne
61. PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
62. RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
63. RICHER Jean-Pierre, anatomie
64. ROBERT René, réanimation
65. ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
66. ROBLOT Pascal, médecine interne
67. RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
68. SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes
69. SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie
70. SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
71. TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
72. TOUCHARD Guy, néphrologie
73. TOURANI Jean-Marc, oncologie
74. WAGER Michel, neurochirurgie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. ARIES Jacques, anesthésiologie - réanimation
2. BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie - virologie
3. BEN-BRIK Eric, médecine du travail
4. BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
5. CASTEL Olivier, bactériologie - virologie - hygiène
6. CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
7. CREMNITER Julie, bactériologie - virologie
8. DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie - réanimation
9. DIAZ Véronique, physiologie
10. FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
11. FRASCA Denis, anesthésiologie - réanimation
12. HURET Jean-Loup, génétique
13. JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
14. LAFAY Claire, pharmacologie clinique
15. MIGEOT Virginie, santé publique
16. ROY Lydia, hématologie
17. SAPANET Michel, médecine légale
18. SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
19. THILLE Arnaud, réanimation
20. TOUGERON David, hépato-gastro-entérologie

Professeur des universités de médecine générale

GOMES DA CUNHA José

Professeur associé des disciplines médicales

MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique

Professeur associé de médecine générale

VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

BINDER Philippe
BIRAULT François
FRECHE Bernard
GIRARDEAU Stéphane
GRANDCOLIN Stéphanie
PARTHENAY Pascal
VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

DEBAIL Didier, professeur certifié
LILWALL Amy, maître de langues étrangères

Maître de conférences des disciplines pharmaceutiques enseignant en médecine

MAGNET Sophie, microbiologie, bactériologie

Professeurs émérites

1. DABAN Alain, oncologie radiothérapie
2. FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie - virologie
3. GIL Roger, neurologie
4. MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

1. ALCALAY Michel, rhumatologie
2. BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
3. BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
4. BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex émérite)
5. BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
6. BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex émérite)
7. BEGON François, biophysique, Médecine nucléaire
8. BOINOT Catherine, hématologie - transfusion
9. BONToux Daniel, rhumatologie (ex émérite)
10. BURIN Pierre, histologie
11. CASTETS Monique, bactériologie - virologie - hygiène
12. CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
13. CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
14. CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
15. DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
16. DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
17. FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex émérite)
18. GOMBERT Jacques, biochimie
19. GRIGNON Bernadette, bactériologie
20. JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
21. KAMINA Pierre, anatomie (ex émérite)
22. LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex émérite)
23. LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
24. MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
25. MARILLAUD Albert, physiologie
26. MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
27. POINTREAU Philippe, biochimie
28. REISS Daniel, biochimie
29. RIDEAU Yves, anatomie
30. SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
31. TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
32. TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex émérite)
33. VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

Remerciements

A Monsieur le Professeur Pascal Roblot,

Je suis honorée que vous présidiez ce jury.

Soyez assuré de mes remerciements respectueux.

A Monsieur le Professeur Jean Louis Senon,

Vous me faites l'honneur de participer à ce jury.

Veillez trouver en ces lignes l'expression de ma sincère reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Eric Ben-Brik,

Vous avez accepté de juger ce travail.

Je tiens à vous remercier pour l'intérêt que vous y portez.

A Monsieur le Docteur François Birault,

Merci de m'avoir proposé ce travail et de la confiance accordée pour la réalisation de cette thèse. Merci pour votre aide et vos conseils. Merci pour votre implication quotidienne auprès des étudiants en médecine générale.

Remerciements

Je tiens à remercier tous les médecins et internes que j'ai pu rencontrer au cours de ma formation en tant qu'externe au CHU de Tours et interne au CHU de Poitiers et qui ont su patiemment me transmettre un peu de leurs savoirs. Certains ont été déterminants dans mon choix de carrière.

Merci également à tous les professionnels non médecins qui sont aussi impliqués dans notre formation quotidienne au sein des services.

Je tiens à remercier également :

Mes parents, pour avoir toujours cru en moi.

Mon petit frère et à ma petite sœur.

Les organisateurs du traditionnel dîner du vendredi soir.

La team montgolfière (les filles se reconnaîtront) pour ces virées en championnats, tous les moments qu'on a passé ensemble et qui changent du quotidien.

Ceux que je ne vois pas assez souvent parce qu'ils ont changé de régions ou ont préféré la chaleur des DOM TOM.

Laurent, le meilleur pour la fin, merci pour ton soutien inconditionnel, ton réconfort et ton aide dans la vie de tous les jours.

I. LISTE DES SIGLES	10
<hr/>	
II. INTRODUCTION	11
<hr/>	
1. EMERGENCE DU CONCEPT DE SYNDROME D'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL OU BURN OUT	12
2. DIAGNOSTICS DIFFERENTIELS	14
3. QUELLES CONSEQUENCES SUR LA SANTE ? SYMPTOMATOLOGIE NON SPECIFIQUE	15
4. BURN OUT ET CONCEPTS ASSOCIES	15
4.1 LIES A LA PERSONNALITE	15
4.2 LIES A L'ÉVOLUTION DU MONDE DU TRAVAIL	16
4.3 LIES A L'INDIVIDU	17
5. LEGISLATION FRANÇAISE	18
6. LA MEDECINE D'URGENCE DE FRANCE	19
7. SITUATION REGIONALE	20
<hr/>	
III. L'ÉTUDE	22
<hr/>	
1. LES OBJECTIFS	22
2. MATERIEL ET METHODES	22
2.1 POPULATION ETUDIEE	22
2.2 QUESTIONNAIRE	22
1 ^{ERE} PARTIE : DONNEES GENERALES	22
2 ^{EME} PARTIE : ÉVALUATION DU SYNDROME D'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL (BURN OUT)	23
3 ^{EME} PARTIE : EMERGENCY PHYSICIAN JOB SATISFACTION	24
2.3 DIFFUSION DU QUESTIONNAIRE	26
2.4 ANALYSE STATISTIQUE	26
3. RESULTATS	27
3.1 ANALYSE DESCRIPTIVE	27
3.1.1 CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION ETUDIEE	27
3.1.2 ÉVALUATION DU SYNDROME D'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL PAR LE MBI	29
3.1.3 SATISFACTION PROFESSIONNELLE	32
3.2 ANALYSE STATISTIQUE	33
<hr/>	
IV. DISCUSSION	36
<hr/>	
V. CONCLUSION ET OUVERTURES	42
<hr/>	
VI. BIBLIOGRAPHIE	44
<hr/>	
VII. ANNEXES	48
<hr/>	
ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE	48
ANNEXE 2 : SCORES MASLASH BURN OUT INVENTORY	52
ANNEXES 3.1 A 3.6 : COMPARAISON DES MOYENNES DE CHAQUE PROPOSITION DE L'EPJS ENTRE LE GROUPE BO MODERE ET SEVERE ET LE GROUPE PAS DE BO A BO FAIBLE.	53
<hr/>	
VIII. RESUME	60

I. LISTE DES SIGLES

AP : Accomplissement Personnel

BO : Burn Out

BOF : Burn Out Faible

BOM : Burn Out Modéré

BOS : Burn Out Sévère

CHG : Centre Hospitalier Général

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées

DESC : Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires

DP : Dépersonnalisation

EE : Epuisement Emotionnel

EPJS : Emergency Physician Job Scale

MBI : Maslach Burnout Inventory

PH : Praticien Hospitalier

PHC : Praticien Hospitalier Contractuel

PU-PH : Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

SAU : Service d'accueil des Urgences

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

SEP : Syndrome d'Epuisement Professionnel

II. INTRODUCTION

J'ai entendu le terme de burn out pour la première fois lors du choix des postes en premier semestre, à l'occasion de la diffusion d'un questionnaire de thèse, mais sans réellement en comprendre le sens. Lorsque ce travail m'a été proposé, j'ai accepté. M'orientant vers la médecine d'urgence, je me suis intéressée aux médecins urgentistes de notre région.

Le terme anglo-saxon de *Burn out* est passé dans le vocabulaire courant. Souvent utilisé à mauvais escient, peu savent vraiment de ce dont il s'agit.

Ce phénomène largement décrit dans la littérature peut toucher tout employé et particulièrement ceux impliqués dans une relation d'aide à autrui. Cela fait des professionnels de la santé une population particulièrement à risque.

Le système de santé évolue rapidement et répond de plus en plus à des enjeux de rentabilité, la demande de soins augmente et cependant les moyens humains et financiers tendent à diminuer. L'individualisme, la pression de la hiérarchie, la peur d'en parler et d'être stigmatisé... autant d'éléments source de stress pouvant conduire certains acteurs de la santé vers un syndrome d'épuisement professionnel.

Cet état est à la fois destructeur pour le praticien mais aussi délétère dans la relation avec le patient et peut aboutir à des erreurs de diagnostic et de prise en charge voire à un abandon de la profession.

Les travaux [1] [2] menés auprès de médecins libéraux de différentes régions françaises montrent que le syndrome d'épuisement professionnel touche entre 40 et 50% des praticiens. D'après ces mêmes études, un médecin sur trois aurait l'intention de quitter la profession ou de modifier considérablement son exercice.

La situation n'est guère plus favorable en milieu hospitalier [3] et une enquête menée par l'AMUF [4] en 2011 sur les conditions de travail montrait que 92,5% des urgentistes interrogés estiment ne pas pouvoir continuer à exercer dans les mêmes conditions de travail jusqu'à la fin de leur carrière. Ils seraient un tiers à penser souvent à changer de métier.

Une revue de la littérature récente [5] retrouve un taux de BO de 60% parmi les urgentistes, malgré cela la majorité d'entre eux semblent satisfaits. Parmi les facteurs de risque professionnels identifiés : le nombre d'heures travaillées, le nombre d'années de pratique et le type d'activité, les obligations administratives. Des facteurs de risque individuels étaient aussi mis en avant en lien avec l'âge, le genre et le mode de vie.

C'est pourquoi il est urgent d'agir. Urgent de dépister ce syndrome à l'échelon individuel et pouvoir entamer un travail de reconstruction, urgent de dépister les dysfonctionnements à l'échelon collectif et de proposer des solutions afin d'améliorer les conditions d'exercice.

Nous avons souhaité étudier le niveau de satisfaction professionnelle des urgentistes à l'aide d'un questionnaire validé en anglais : Emergency Physician Job Scale [6] [7] et évaluer le syndrome d'épuisement professionnel ou burn out.

1. Emergence du concept de Syndrome d'Épuisement Professionnel ou Burn out

En 1959, Claude Veil psychiatre français, s'intéresse à la psychopathologie dans le domaine du travail et aborde le concept d'épuisement au travail.

Dans les années 1970, c'est FREUDENBERGER [8], psychiatre américain qui décrit l'état d'épuisement dans lequel se trouvent les soignants et bénévoles travaillant dans des structures d'aide pour toxicomanes. Il constate après un an d'activité une perte d'enthousiasme, l'apparition de symptômes physiques multiples. Ceci est associé à des comportements négatifs envers les patients tels que la colère, le cynisme.

« Je me suis rendu compte au cours de mon exercice quotidien que les gens sont parfois victimes d'incendie tout comme les immeubles ; sous l'effet de la tension produite par notre monde complexe, leurs ressources internes en viennent à se consumer comme sous l'action des flammes, ne laissant qu'un vide immense à l'intérieur, même si l'enveloppe externe reste plus ou moins intacte ».

Les facteurs individuels tiennent une place importante dans la genèse du burn out puisque selon lui ce sont les individus engagés et dévoués à une cause qui sont frappés par le burn out.

Ainsi il caractérise les individus atteints de burn out comme présentant une surestimation de soi, une image idéalisée d'eux-mêmes. La confrontation à la réalité du terrain et à leur « soi véritable » constitue un obstacle majeur à la réalisation des objectifs fixés qui sont impossibles à atteindre.

En 1982, MASLACH psychologue américaine et JACKSON [9] approfondissent ce modèle.

Leurs travaux deviennent une référence pour la recherche dans ce domaine.

Ils mettent au point un outil de mesure le MBI [10] et une définition permettant de décrire cet état comme un processus multidimensionnel comprenant **trois composantes principales**.

Le premier stade se traduit par un état **d'épuisement émotionnel** (EE). Cet épuisement psychique se caractérise par une absence quasi totale d'énergie émotionnelle qui se répercute sur la vitalité physique. L'individu est en difficulté vis à vis des émotions de l'autre. Si bien que travailler avec certaines personnes devient de plus en plus difficile. Il peut s'observer des états de colère, d'énervement, des difficultés de concentration. Le simple repos ne suffit pas à rétablir l'équilibre.

La conséquence de cet état est la **dépersonnalisation** (DP). Il sert de mécanisme de défense et permet de ne plus gaspiller cette énergie qui fait défaut. Il se caractérise par une deshumanisation de la relation à l'autre qui est chosifié. L'attitude du soignant change, le plus souvent insidieusement. Le ton se fait plus cynique. Il s'agit de la décompensation cardiaque de la chambre 4...Ce détachement s'accompagne souvent d'une perte d'idéalisme, d'un changement d'attitude. Celui qui en début de carrière était hypermotivé et chaleureux prend peu à peu ce « look déshumanisé ».

Le troisième et dernier stade correspond à la **diminution de l'accomplissement personnel** (AP) **et de la réalisation de soi**. Conséquence des deux autres, la personne vit un sentiment d'inefficacité et porte un regard négatif, dévalorisant sur ses accomplissements personnels et professionnels. Cette perte de confiance conduit à un état dépressif et l'individu devient inapte à accomplir ses obligations professionnelles. Les conséquences professionnelles sont variables : absentéisme, hyperprésentéisme mais diminution de l'efficacité et de la rentabilité.

La France s'intéresse tardivement à ce concept à partir des années 1990. CANOUI [11], psychiatre aborde le SEP des soignants et considère qu'il s'agit d'une forme de stress ouvrant le champ d'une « pathologie de la relation » à l'autre et qui pourrait faire parti des

troubles de l'adaptation. De nombreuses études, thèses suivront et notamment les travaux dirigés par Dr ESTRYN BEHAR [3] [12] [13] sur le plan national et européen s'intéressant aussi bien aux médecins qu'aux autres professionnels de la santé.

2. Diagnostics différentiels

Cependant malgré les nombreuses études menées sur le plan international avec une rigueur scientifique, ce concept de burn out peine à faire l'unanimité. Il a une connotation presque négative, celui en BO serait un faible.

Cette entité n'est pas décrite dans le DSM V ni dans la CIM X.

Une définition permet d'éviter la confusion.

Les principaux risques sont de faire du syndrome d'épuisement professionnel un « fourre-tout » dans lequel viendraient prendre place toutes les revendications professionnelles et corporatistes.

Il ne faut pas non plus méconnaître de réelles pathologies psychiatriques qui prendraient le masque du burn out.

Il est important de rappeler que le SEP survient majoritairement chez des sujets indemnes de toute pathologie psychiatrique antérieure. Bien qu'il puisse conduire à un syndrome dépressif avéré, il n'en partage pas toutes les caractéristiques. Dans le syndrome dépressif, toutes les sphères de la vie sont d'emblée touchées. Dans le burn out initialement, seul le contexte de vie professionnelle est atteint.

Il ne faudrait pas confondre épuisement professionnel et insatisfaction au travail, alors qu'il est important de les distinguer en psychopathologie du travail, mais ils sont souvent imbriqués.

Trois expressions sont couramment employées au niveau mondial :

- **Burn out syndrom** de l'anglais *to burn* signifiant s'épuiser, s'user, se consumer.
- **Karoshi** terme japonais qui signifie « mort par excès de travail » (karo=mort, shi=fatigue au travail).
- **Syndrome d'Épuisement Professionnel** ou « usure au travail » termes utilisés en langue française.

3. Quelles conséquences sur la santé ? Symptomatologie non spécifique

Manifestations physiologiques : fatigue chronique, troubles du sommeil, troubles musculo-squelettiques, cardiovasculaires, digestifs, hormonal.

Manifestations cognitives et affectives : dysphorie, désespoir, angoisse, culpabilité, difficultés de concentration, difficultés à prendre des initiatives, sentiment d'impuissance et d'incompétence, dépression.

Manifestations comportementales : addictions (psychotropes, alcool, autre), baisse marquée de la productivité, impulsivité, repli sur soi.

4. Burn out et concepts associés

Pour comprendre l'émergence d'un syndrome d'épuisement professionnel il faut intégrer sa **dimension multifactorielle**.

Il est encore habituel d'entendre que le burn out est en premier lieu un problème lié à l'individu. Il serait à lui seul la source du problème.

Les nombreux travaux de MASLACH et LEITER [14] tendent à démontrer au contraire que la genèse résiderait dans l'environnement humain dans lequel l'individu évolue. La structure et le fonctionnement de l'entreprise déterminent la façon dont les gens interagissent et font leur travail.

Certains parlent même d'un trouble de l'adaptation.

4.1 Liés à la personnalité

Chaque individu est caractérisé par des traits de personnalité, ceux ci favorisent sa bonne intégration dans l'environnement. A l'inverse, lorsque certains de ces traits sont trop exacerbés, il en résulte des modes de fonctionnement et d'adaptation qui ne sont pas appropriés.

Certains troubles de la personnalité prédisposeraient à l'émergence d'un burn out. Ce sont les personnalités obsessionnelles compulsives, narcissiques, dépendantes, évitantes, passive-agressives [15].

4.2 Liés à l'évolution du monde du travail

L'univers professionnel, la valeur accordée au travail se sont considérablement modifiés depuis 30 ans. Aujourd'hui l'accent est mis sur la distinction entre travail et loisirs. L'épanouissement personnel est mis en avant. Certes la pénibilité physique semble avoir diminuée depuis un siècle, le temps de travail hebdomadaire réduit et les congés allongés. Mais l'individu fait face à un nouveau genre de risques [16] tels que la surcharge et la complexité des tâches, l'absence de contrôle, le manque de récompense et de reconnaissance pour le travail effectué, décalage entre les valeurs de l'individu et celles véhiculées par l'entreprise, le manque de cohésion au sein de l'équipe.

Le lien avec le stress au travail est évoqué. Le mot stress vient du latin *stringere* et *stressus* qui signifient serré. En vieux français, stress signifie étroitesse et oppression.

Le modèle « *demand/control* » développé par le sociologue KARASEK [17] fait figure de référence dans la littérature. Il mesure l'impact de trois facteurs :

- les exigences psychologiques (*job demands*) liées à la réalisation du travail
- la latitude décisionnelle qui permet de choisir comment faire son travail
- le soutien social défini par l'aide et la reconnaissance des collègues et de la hiérarchie.

Selon lui, la détérioration de la santé au travail dépend du degré de contrôle que l'individu exerce sur son activité. La combinaison d'une forte demande psychologique et d'une faible latitude décisionnelle (*job strain*) ainsi qu'un manque de soutien social au travail impacte sur la santé et sur le BO.

Le modèle développé par SIEGRIST [18] repose sur le déséquilibre entre les efforts fournis et les récompenses obtenues en contrepartie. Il intègre également une troisième dimension définie comme le surinvestissement et qui concerne les comportements associés à un engagement excessif dans le travail.

Le postulat est le suivant : une situation professionnelle associant des **efforts élevés** (rémunération insuffisante, manque d'estime dans le travail, manque de contrôle sur le statut professionnel) et de **faibles récompenses** (contrainte de temps, interruption dans les activités, responsabilités, efforts physiques importants) peut s'accompagner de réactions sur le plan émotionnel et physiologique potentiellement délétères.

4.3 Liés à l'individu

LAZARUS et FOLKMAN [19] proposent une autre approche qui intègre la dimension individu et situation et lui reconnaît un rôle d'acteur actif à travers les stratégies qu'il emploie pour faire face aux situations de stress.

Ils définissent le *coping* ou stratégies d'ajustement comme l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux mis en œuvre pour gérer des exigences spécifiques internes et/ou externes qui sont évaluées par l'individu comme consommant ou excédant ses ressources.

CHERNISS [20] s'intéresse aux aspirations que les individus entretiennent avec leur travail et avance la notion d'orientation de carrière (*career orientation*). Il individualise quatre types d'orientations chez les professionnels de l'aide :

-l'activiste social : c'est le modèle du militant. Il met son travail au service d'engagements sociaux.

-le carriériste : il s'investit professionnellement et recherche le prestige, la reconnaissance sociale, la sécurité financière.

-l'artisan : qui valorise le développement de nouvelles compétences. Le travail est l'occasion d'exercer son savoir faire, de développer de nouvelles expériences. Le contenu de l'activité professionnelle, ses qualités intrinsèques doivent permettre de satisfaire ses aspirations, ses normes internes.

-l'égoïste : qui centre ses intérêts sur la satisfaction de sa vie personnelle. Le travail n'est qu'un moyen de faire fructifier sa vie privée.

TRUCHOT [1] a cherché à comprendre si il y avait un lien entre orientation de carrière et SEP. Si en début de carrière les deux orientations prédominantes sont l'*activiste* (39,9%) et l'*artisan* (42,6%), en cours de carrière la répartition change avec une progression de l'orientation égoïste (35%) et une baisse de l'activiste (13,7%). Simple réajustement des aspirations initiales ou tendance à une crise identitaire d'un corps professionnel ?

Enfin il montre que deux groupes sont plus à risque de SEP : le *carriériste* avec un score moyen d'EE significativement plus élevé que les artisans et l'orientation *égoïste* où les individus seraient les moins accomplis.

5. Législation française

Article L4121-1 du Code du Travail modifié par la loi n°2010-1330 du 9 novembre 2010 - art.

61 [21]

L'employeur prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs. Ces mesures comprennent :

1. Des actions de prévention des risques professionnels et de la pénibilité au travail
2. Des actions d'information et de formation
3. La mise en place d'une organisation et des moyens adaptés.

L'employeur veille à l'adaptation de ces mesures pour tenir compte du changement des circonstances et tendre à l'amélioration des situations existantes.

La durée hebdomadaire de travail ne peut excéder 48 heures en moyenne lissée sur une période de quatre mois. La finalité de cette directive est de permettre au salarié de conserver une vie équilibrée entre son travail et sa vie de famille.

En aucun cas ces 48 heures ne définissent la durée légale du temps de travail hebdomadaire. Un praticien hospitalier temps plein bénéficie de RTT, 5 jours par trimestre échu (instaurés depuis la mise en place de la loi sur l'aménagement du temps de travail et pour compenser le delta 35-39h). Il bénéficie de 25 jours de congés annuels.

Il doit pouvoir bénéficier également d'un temps consacré aux tâches autres que la clinique et identifiées comme telles sur le planning (ex : formation médicale continue, évaluation de pratiques professionnelles, enseignement), le temps de FMC est de 15 jours ouvrables par an.

La période minimale de repos est de 11 heures consécutives par tranche de 24 heures.

En septembre 2013, la France a été visée par la Commission Européenne pour non respect de la directive sur le temps de travail limitant le travail hebdomadaire à 48 heures et imposant des périodes de repos minimales après la prestation d'heures supplémentaires de nuit.

En résumé, le syndrome d'épuisement professionnel s'apparenterait plus à un processus qu'à une pathologie. L'évolution de ce concept reflète la problématique actuelle du monde du travail mêlant à la fois des facteurs individuels et l'environnement professionnel.

6. La médecine d'urgence de France

La médecine d'urgence n'est pas encore reconnue comme une « spécialité ». Elle rassemble les ressources médicales et chirurgicales pour faire face à une situation où un patient nécessiterait une prise en charge dans un délai bref, au risque de l'exposer à des dommages irréversibles.

C'est une discipline transversale. Son exercice requiert l'acquisition de compétences spécialisées en plus de celle de la médecine générale qui sont :

- la traumatologie,
- la psychiatrie,
- la réanimation,
- le pré-hospitalier,
- la régulation médico-sanitaire.

Une urgence est une situation inopinée et soudaine faisant craindre pour la vie de la personne. De l'urgence vitale à l'urgence ressentie, ces services fonctionnent 24h/24 et 7j/7, accueillent et orientent tout patient s'y présentant.

Ils font face à une augmentation du nombre de consultations et ce en dépit de capacités d'accueil qui sont souvent insuffisantes (tant humaine que structurelle). Cette surcharge de travail peut générer des retards de prise en charge pour des situations d'urgence vitale/vraie et est une source de stress pour le personnel qui y travaille.

La médecine d'urgence assure parfois le lien entre la médecine dite de « ville » et les autres services hospitaliers. Son fonctionnement est étroitement lié aux autres spécialités afin d'obtenir des avis, des examens paracliniques, une hospitalisation non programmée. Elle assure aussi le lien entre les services pour des situations de détresse imprévues.

La formation des médecins est en pleine mutation. Depuis 2004, un Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires (DESC) a été instauré sur la base d'un enseignement de deux ans et intégré au troisième cycle des études médicales. Il permet également une reconnaissance du diplôme au niveau européen.

Un projet de Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) est en projet pour les années à venir. La formation continue s'enrichit permettant au praticien de développer des aptitudes dans des domaines plus spécialisés.

Cette discipline aborde donc un champ varié de domaines médicaux, sociaux et offre un travail d'équipe tant avec les paramédicaux qu'avec les autres spécialités. Comme la médecine générale, elle est en première ligne et subit les changements sociaux-économiques. La charge de travail tend à s'alourdir et les urgentistes semblent accumuler plus de stress au travail que d'autres spécialités [13] [22].

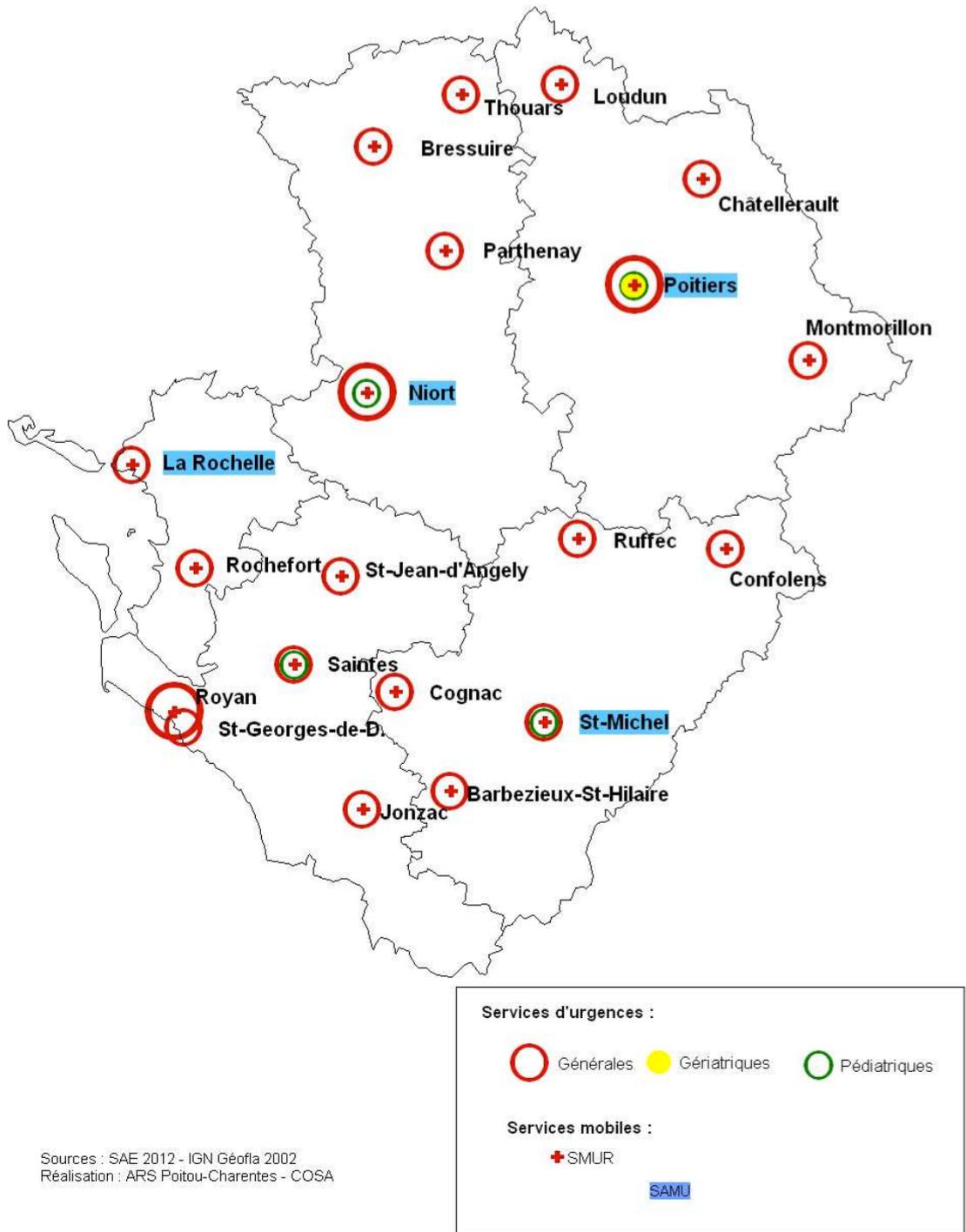
7. Situation régionale

En 2011, l'ARS a recensé 21 établissements ayant l'autorisation au titre de l'activité d'accueil et de traitement des urgences dont 18 établissements publics, 2 établissements privés et 1 regroupement associant 3 structures (une publique et deux privées).

Ces structures ont enregistré près de 475 000 passages (adulte et pédiatrie confondus) et près d'un tiers ont abouti à une hospitalisation. Les personnes âgées de plus de 75 ans représentaient un quart des admissions au SAU avec près de 50% d'hospitalisation à l'issue de leur passage.

21 unités SMUR sont réparties sur les 4 départements et régulées par 4 antennes SAMU. C'est près de 980 000 appels qui ont été régulés par les 4 antennes et ont abouti à 23 000 sorties (dont 80% de sorties primaires) [23].

Localisation des services en médecine d'urgence



Sources : SAE 2012 - IGN Géofla 2002
Réalisation : ARS Poitou-Charentes - COSA

III. L'ETUDE

La mise en évidence de difficultés humaines et organisationnelles dans le milieu professionnel permettrait d'engager une réflexion et de proposer des solutions visant à améliorer la satisfaction et l'accomplissement personnel au travail tout en faisant diminuer le burn out.

1. Les objectifs

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer le **niveau de satisfaction des médecins urgentistes exerçant en Poitou-Charentes sur leurs conditions de travail.**

Les objectifs secondaires étaient de réaliser un **état des lieux du burn out** parmi ces professionnels et de rechercher les liens éventuels entre les différents domaines étudiés et les scores pathologiques de burn out.

2. Matériel et Méthodes

2.1 Population étudiée

L'ensemble des médecins urgentistes exerçant dans la région Poitou-Charentes en milieu hospitalier public, SAMU-SMUR et en structures de soins privées, tous statuts confondus.

L'enquête a été conduite du 5 novembre 2013 au 13 décembre 2013.

2.2 Questionnaire

Il comprend trois parties indépendantes.

1^{ère} partie : Données générales

Cette partie composée de 11 items regroupe les caractéristiques :

- démographiques : sexe, âge, statut familial.
- professionnelles : statut professionnel, lieu d'exercice, nombre d'années d'exercice en médecine d'urgence, type d'exercice aux sein des urgences, activité professionnelle autre.

Trois items portent sur la perception personnelle du syndrome d'épuisement professionnel.

Annexe 1.

2^{ème} partie : Evaluation du syndrome d'épuisement professionnel (Burn out)

Pour cette étude l'échelle **MBI-HSS** (Maslach Burnout Inventory for Human Service Survey) de MASLACH et JACKSON est retenue [10].

Cet outil de référence internationale a été utilisé dans de nombreuses études réalisées pour les médecins et soignants. Il est exploité dans sa version française validée [24].

Il s'agit d'un auto-questionnaire de 22 items. La fréquence à laquelle chaque symptôme est ressenti est décrite sur une échelle de Likert à 7 graduations allant de 0 à 6 (0 : jamais, 1 : quelques fois par an, 2 : une fois par mois au moins, 3 : quelques fois par mois, 4 : une fois par semaine au moins, 5 : quelques fois par semaine, 6 : tous les jours). **Annexe 1**

Il explore les trois dimensions du BO :

-**Epuisement émotionnel** (EE) évalué par le total des réponses 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20. Un score supérieur ou égal à 30 étant considéré comme élevé.

-**Dépersonnalisation** (DP) évaluée par le total des réponses 5, 10, 11, 15, 22. Un score supérieur ou égal à 12 étant considéré comme élevé.

-**Accomplissement personnel** (AP) évalué par le total des réponses 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21. Un score inférieur ou égal à 33 étant considéré comme faible.

Un haut degré de burn out correspond à un score élevé dans les dimensions EE et DP alors qu'il correspond à un faible score dans le sentiment d'accomplissement personnel.

Un score élevé dans une dans l'une des deux composantes *épuisement émotionnel* ou *dépersonnalisation* ou un score faible dans la composante *accomplissement personnel* suffit à affirmer l'existence d'un BO (**Annexe 2**). Afin de comparer les résultats de cette étude aux données de la littérature c'est cette définition qui sera retenue. Elle permet de distinguer :

- les individus en BO dit « faible » : ayant une seule dimension pathologique,
- les individus en BO dit « modéré » ayant deux dimensions pathologiques,
- les individus en BO dit « sévère » ayant une atteinte dans les trois dimensions.

3^{ème} partie : Emergency Physician Job Satisfaction

Cet outil validé, développé dans les années 90 outre Atlantique, a été spécialement conçu pour les médecins exerçant dans des services d'urgences [6] [7].

Certains facteurs intrinsèques et extrinsèques importants dans la pratique de la médecine d'urgence ont été pris en compte comme :

- la relation médecin/patient,
- l'autonomie clinique,
- la flexibilité de l'emploi du temps,
- la variété d'expériences cliniques,
- la réduction du nombre de lits d'aval et l'impact de l'organisation du service.

A notre connaissance cet outil n'a jamais été utilisé dans une étude française.

Il n'existe donc pas de version traduite en français. La traduction proposée pour cette étude a été relue et corrigée par un professeur d'anglais d'origine américaine. Le but était de rester le plus fidèle possible par rapport au texte original. L'intégralité des propositions a été retenue notamment celles portant sur le paiement à l'acte dans la mesure où elles pouvaient intéresser les praticiens exerçant dans des structures privées.

Sur le plan psychométrique, sa consistance interne est satisfaisante dans sa version anglaise.

Tableau 1. Consistance interne de l' EPJS

	Nombre d'items	alpha de Cronbach
Domaine		
Autonomie administrative	22	0,87
Autonomie clinique	8	0,84
Ressources	12	0,84
Défis cliniques	5	0,71
Relations sociales	15	0,81
Equilibre travail/vie privée	17	0,89
Instrument final EPJS	79	0,81

Sa corrélation a également été étudiée avec l'outil MBI.

Tableau 2. Corrélations entre l'EPJS et les trois dimensions du MBI

Dimension	Coefficient de Pearson
Epuisement Emotionnel	-0,45*
Dépersonnalisation	-0,42*
Accomplissement Personnel	+0,39*

*p<0, 001

Ce questionnaire comporte 79 items et explore six domaines (**Annexe 1**) :

- l'autonomie administrative pour les items allant de 1 à 22,
- l'autonomie clinique pour les items allant de 23 à 30,
- les ressources pour les items allant de 31 à 42,
- les relations socioprofessionnelles pour les items allant de 43 à 57,
- l'équilibre travail/vie privée pour les items allant de 58 à 74,
- les défis de la médecine d'urgence pour les items allant de 75 à 79.

Le ressenti est exprimé via une échelle de Likert à 7 graduations allant de « totalement en désaccord (-3) » à « tout à fait d'accord (+3) » et 0 représentant le point neutre « sans avis ». Comme certains items ont une connotation positive (par exemple : « une attention particulière est accordée à mes suggestions... ») et d'autres ont une connotation négative (par exemple : « je suis déçu par les décisions...»), le codage des items à connotation négative a été inversé. La somme des items de chaque domaine permet d'obtenir une moyenne qui est le reflet du niveau de satisfaction de chacun d'eux (résultat de -3 à 3). Ainsi un résultat positif indique un sentiment de satisfaction et inversement un résultat négatif indique un sentiment d'insatisfaction.

L'EPJS global s'évalue en sommant les moyennes de chaque domaine pour un résultat global de -18 à 18.

Afin de permettre la comparaison entre les différents groupes de sévérité du burn out et compte tenu du faible effectif de cette étude, nous avons réunis les répondants « très satisfaits » et « satisfaits » et de l'autre « très insatisfaits » et « insatisfaits ».

2.3 Diffusion du questionnaire

Via l'ARS, l'ensemble des structures de soins bénéficiant d'un service d'accueil des urgences vitales et/ou d'un SMUR a été répertorié dans les quatre départements du Poitou-Charentes.

Tous les services (privés, publics) étaient éligibles pour l'étude. Chaque secrétariat de chaque service d'urgence a été contacté par téléphone afin de communiquer la mailing liste. Pour certains services aucune mailing liste n'était disponible et le nombre d'urgentistes y travaillant non recensé. Trois centres n'ont pas donné suite aux appels et courriers électroniques.

Le questionnaire élaboré à l'aide de googledoc®, a été diffusé par mail à chacun des urgentistes répertoriés avec un courrier précisant l'objet de l'étude. Un lien permettait d'accéder au questionnaire en ligne.

Les réponses ont été exploitées de façon anonyme.

Afin d'optimiser le taux de réponses quatre relances par mail destinés aux urgentistes concernés ont été effectuées en précisant qu'en cas de réponse antérieure il ne fallait pas tenir compte du rappel.

2.4 Analyse statistique

L'exploitation des résultats s'est faite sous EXCEL 2013 et XLSTAT version 2013.6.01.

Les statistiques descriptives sont exprimées à l'aide de leur valeur absolue, pourcentage, moyenne et écart-type si nécessaire.

Le test du Khi-2 de Pearson ou le test de Fisher lorsque les conditions d'application n'étaient pas réunies, ont été utilisés pour les statistiques comparatives. Le test était significatif et permettait de rejeter l'hypothèse nulle d'indépendance des 2 variables si $p \leq 0,05$.

En cas d'association statistiquement significative, la force de l'association a été calculée par la méthode des Odds Ratio (OR) avec un intervalle de confiance (IC) à 95%.

3. Résultats

3.1 Analyse descriptive

3.1.1 Caractéristiques de la population étudiée

Sur 165 mails envoyés, **89 réponses** ont été obtenues soit un taux de participation de 54%. 2 adresses mail étaient erronées et 2 participants ont clairement exprimé leur intention de ne pas répondre au questionnaire (activité minoritaire aux urgences, difficultés à se positionner sur certaines propositions de la troisième partie du questionnaire).

Les répondants étaient majoritairement de **sex masculin** (73%), âgés de **45 à 54 ans** (39%) et vivant en **couple avec enfant(s)** (73%). **Tableau 3**

Sur le plan professionnel la majorité exerçait en tant que **praticien hospitalier (PH)** dans des **centres hospitaliers généraux** depuis **plus de 11 ans**, dans un **service d'urgences générales** (adultes et enfants) avec une **activité SAMU-SMUR** (41,6%).

34% d'entre eux avaient une activité professionnelle médicale autre.

Tableau 3. Présentation des caractéristiques socio-professionnelles des répondants		N	%
Sexe	Homme	65	73
	Femme	24	27
Age	Moins de 35 ans	17	19
	35-44 ans	24	27
	45-54 ans	35	39
	Plus de 55 ans	13	15
Statut familial	Seul(e)	6	6,8
	2 adultes	13	14,6
	Seul(e) + enfant(s)	5	5,6
	2 adultes + enfant(s)	65	73
Statut professionnel	PH	61	68,6
	PU-PH	1	1,1
	PHC	17	19,1
	Assistant, Chef de clinique	2	2,2
	Attaché	4	4,5
	Intérimaire	1	1,1
	Autre	3	3,4
Lieu(x) d'exercice	CH local	13	15
	CH général	54	61
	CHU	17	19
	Clinique	3	3
	Mixte (1 CHU + CHL et 1 CHG + clinique)	2	2
Service	Urgences générales	15	16,8
	Adultes uniquement	4	4,5
	SAMU-SMUR	1	1,1
	Adulte uniquement + SAMU-SMUR	32	36
	Urgences générales + SAMU-SMUR	37	41,6
Nombre d'années d'exercice en médecine d'urgence	1 à 5 ans	18	20
	6 à 10 ans	14	16
	11 à 15 ans	20	22
	16 à 20 ans	22	25
	Plus de 20 ans	15	17
Activité professionnelle médicale autre	oui	30	34
	non	59	66

3.1.2 Evaluation du Syndrome d'Epuisement Professionnel par le MBI

98% des répondants ont déjà entendu parler du SEP. Ils étaient 42 % à penser avoir déjà été concernés et 70% à penser qu'ils seront un jour personnellement concernés. **Figures 1 et 2**

Figure 1. Pensez-vous avoir déjà été concerné par le SEP?

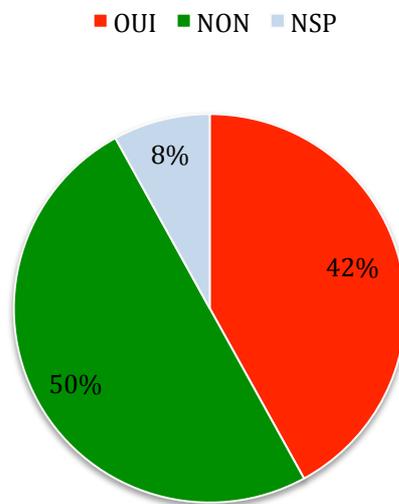
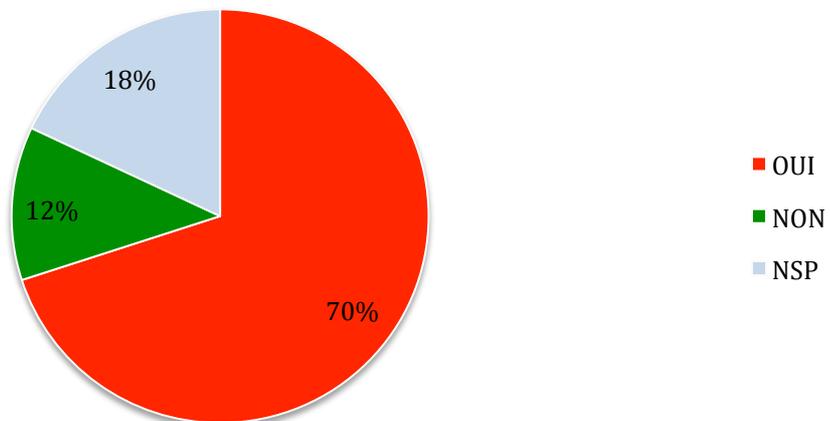
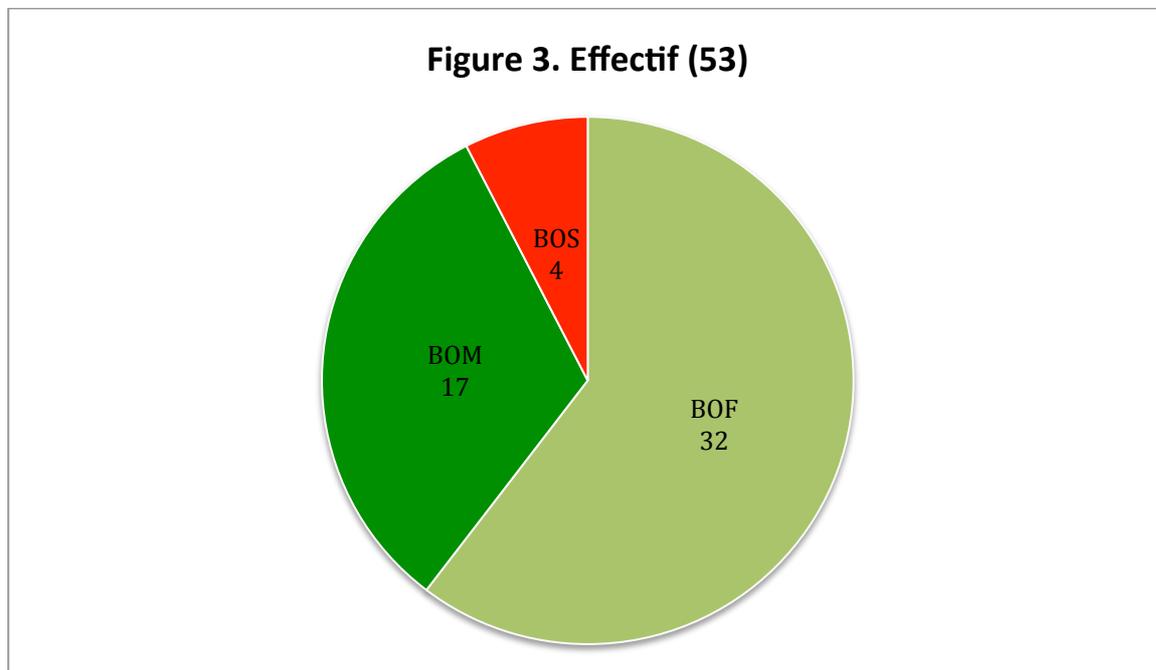


Figure 2. Pensez-vous pouvoir être personnellement concerné au cours de votre carrière par le SEP?



Sur les 89 répondants, **53 étaient en Burn out (59,6%) figure 3**. Parmi eux, 32 étaient en BO dit « faible » (atteinte d'une seule dimension), 17 en BO dit « modéré » (atteinte de 2 dimensions) et 4 étaient en BO dit « sévère » (atteinte des 3 dimensions).

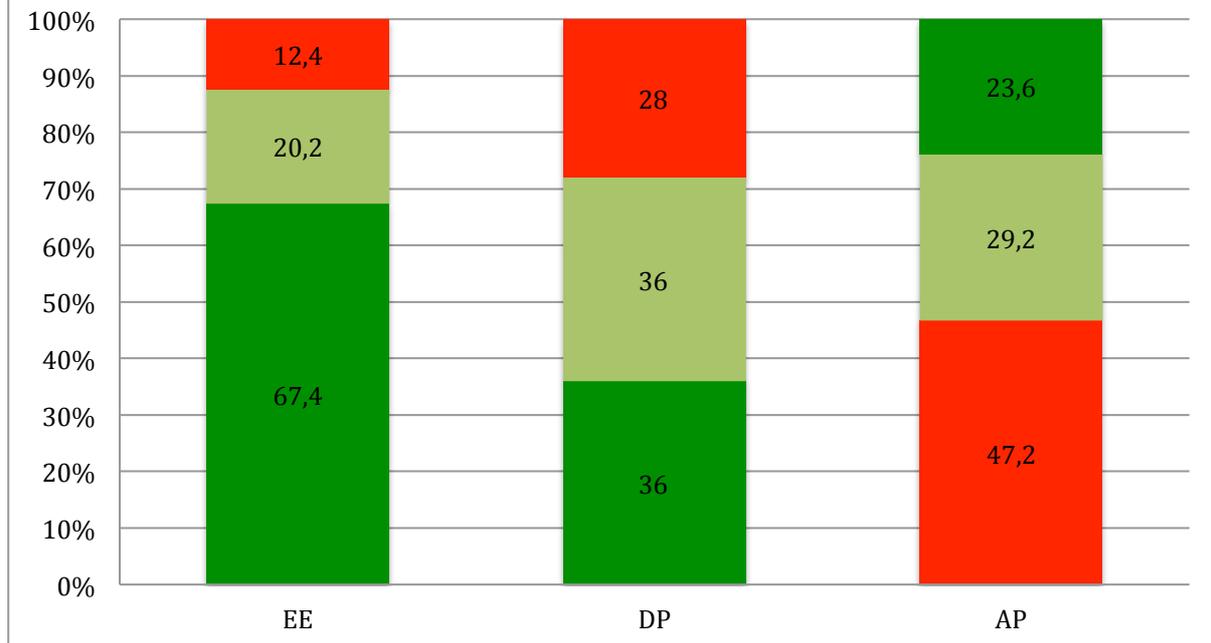


Seulement 4 répondants pensaient ne pas être concernés par le BO alors qu'ils présentaient un score pathologique au MBI (3 avaient une seule dimension atteinte).

Les scores pathologiques pour chaque dimension sont détaillés dans la **figure 4**.

42 (47,2%) urgentistes interrogés avaient un score d'accomplissement personnel faible, **11 (12,4%)** avaient un score d'épuisement émotionnel élevé et **25 (28%)** un score de dépersonnalisation élevé.

Figure 4. Degré d'atteinte dans chaque dimension du MBI exprimé en %



	EE	DP	AP
Elevé	12,4	28	23,6
Modéré	20,2	36	29,2
Bas	67,4	36	47,2

Les moyennes pour chaque dimension du MBI sont présentées dans le tableau suivant.

Dimension	Moyenne	Ecart-type
EE	15,7	10,7
DP	8,35	6,25
AP	33,3	7,97

Tableau 4. Moyenne et écart type des scores dans chaque dimension.

3.1.3 Satisfaction professionnelle

Le niveau de satisfaction global est présenté en pourcentage dans le tableau 5.

Tableau 5. Pourcentage des répondants selon les différents niveaux de satisfaction à l'EPJS

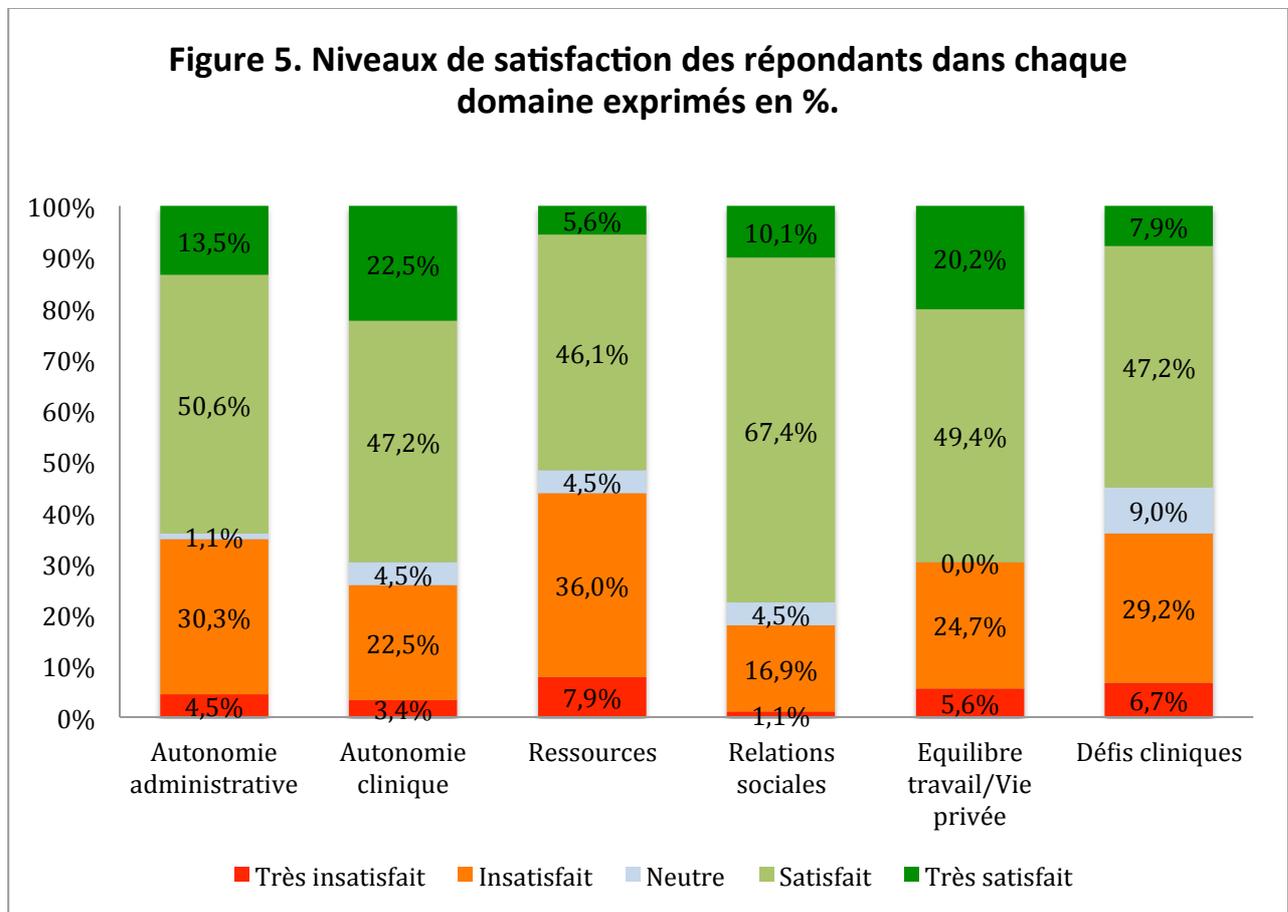
Très insatisfait	Insatisfait	Satisfait	Très satisfait
1,1%	29,2%	62,9%	6,7%

Le tableau 6 illustre le score global de l'EPJS.

Tableau 6. Score global de satisfaction professionnelle

Echelle	Score de l'échantillon				Bornes de l'EPJS	
	Moyenne	Ecart-type	Min	Max	Min	Max
EPJS	2,15	4,70	-9,07	12,28	-18	18

Les résultats exploités pour chaque domaine sont présentés dans la figure suivante.



3.2 Analyse statistique

Il n'y avait pas de lien statistiquement significatif entre le sexe, l'âge, le fait d'être en couple ou non et le SEP.

Le nombre d'années d'exercice, le statut professionnel et le lieu d'exercice n'étaient pas liés au SEP.

Une activité professionnelle médicale autre n'avait pas de lien avec le SEP.

Le niveau de satisfaction à l'EPJS a ensuite été étudié en fonction des variables socio-professionnelles. Il n'y avait pas de lien entre le sexe, l'âge, le fait d'être en couple ou non, le statut professionnel, le lieu et type d'exercice et le niveau de satisfaction/insatisfaction.

Au delà de 10 ans d'exercice la satisfaction professionnelle semblait diminuer mais le résultat était non significatif ($p=0,07$).

L'analyse s'est ensuite portée sur les individus présentant des scores pathologiques au MBI soit dans 1 dimension (BOF), soit dans 2 dimensions (BOM), soit dans 3 dimensions (BOS). Afin de faciliter la lecture, les individus appartenant aux groupes BOM et BOS ont été réunis, **figure 6**. Les individus en BOF sont présentés à la **figure 7**.

Figure 6. Niveaux de satisfaction dans le groupe BOM+BOS exprimés en %

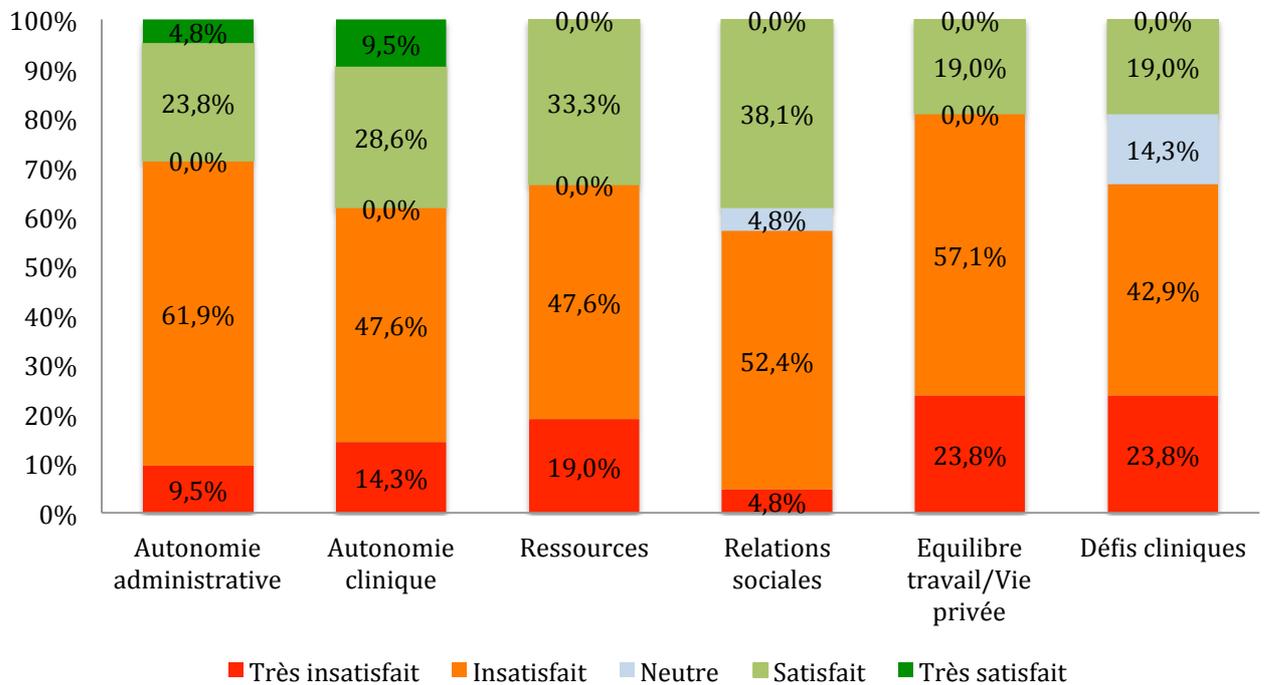
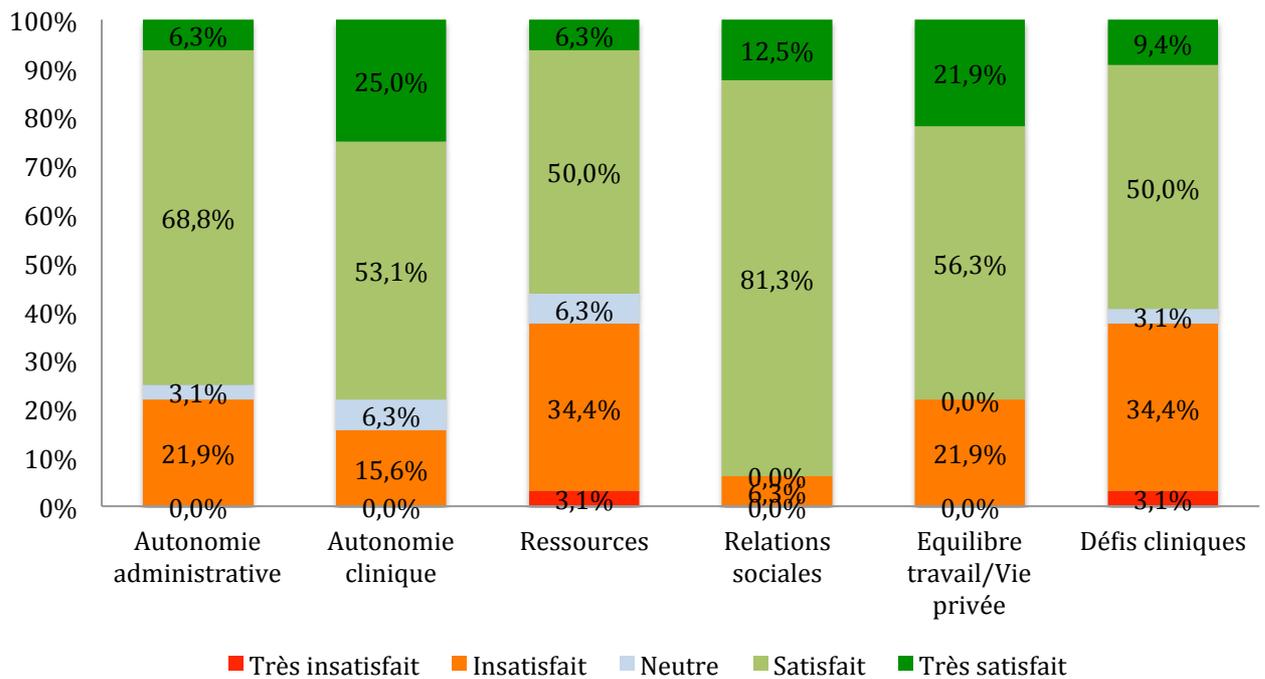


Figure 7. Niveaux de satisfaction du groupe BOF exprimés en %.



Deux tendances se dégagent : les individus appartenant aux groupes BOM+BOS semblaient bien plus insatisfaits que ceux appartenant au groupe BOF.

Les individus n'ayant qu'une seule dimension atteinte ont été associés à ceux exempts de burn out.

Les résultats de la comparaison du niveau de satisfaction professionnelle entre ces groupes sont présentés dans le tableau 7.

Tableau 7. Comparaison des individus en BOF/pas de BO et BO modéré à sévère

Insatisfaction professionnelle N (%)	BOF + pas de BO 68(76,4)	BOM à BOS 21(23,6)	P*	OR	IC 95%
Autonomie administrative	16(23,5)	15(71,4)	p< 0,001*	7,96	2,65-23,96
Autonomie clinique	10(14,7)	13(61,9)	p< 0,001*	8,77	2,89-26,63
Ressources	25(36,7)	14(66,6)	p=0,02*	3,12	1,11-8,88
Relations sociales	4(5,9)	12(57,1)	p< 0,001*	22,87	5,93-88,3
Equilibre travail/vie privée	10(14,7)	17(80,9)	p< 0,001*	24,65	6,86-88,6
Défis cliniques	18(26,5)	14(66,6)	p< 0,001*	8,75	2,54-30,19

*p significatif au seuil $\leq 0,05$.

Nous avons ensuite présenté les scores de chaque item de l'échelle Emergency Physician Job Scale pour ces 2 groupes. Les résultats sont présentés à l'aide de leur moyenne et intervalle de confiance à 95% en **annexe (3.1 à 3.6)**.

IV. DISCUSSION

Notre étude observationnelle révèle un **taux de BO de 59,6%** parmi les urgentistes exerçant en Poitou-Charentes. Cette donnée semble être en rapport avec celles observées dans d'autres études. L'enquête **SESMAT [3]** menée en 2008 auprès d'un panel de praticiens hospitaliers retrouvait une prévalence de 51,5% chez les urgentistes **[13]**.

Parmi les urgentistes de notre étude :

- 12,4% ont un score d'épuisement émotionnel élevé
- 28% ont un score de dépersonnalisation élevé
- 47,2% ont un score d'accomplissement personnel faible.

Aux Etats-Unis, dans l'étude menée par KUHN et GOLBERG **[25]** en 2008, 32,1% des urgentistes avaient un score d'épuisement émotionnel élevé.

En 2004, dans l'étude de CYDULKA **[26]**, 31% des urgentistes se disaient préoccupés par le burn out. Dans notre étude ils sont 70% à penser pouvoir être un jour concernés.

Parmi le personnel exerçant en anesthésie réanimation le taux de BO était de 62,3% dans l'étude de MION en 2009 **[27]** et de 46,5% dans l'étude menée par EMBRIACO parmi les anesthésistes réanimateurs **[28]**.

Ces taux élevés de BO ne sont pas une particularité des urgentistes ni des médecins hospitaliers. Les prévalences en milieu libéral et chez les médecins généralistes retrouvent des chiffres similaires. Tableau 8.

Tableau 8. Scores pathologiques au MBI exprimés en % chez les médecins libéraux et généralistes.

Région	Champagne-Ardenne	Loire	PACA
Année	2003 <i>Truchot[1]</i>	2003 <i>Cathébras[29]</i>	2007 <i>Dusmesnil[30]</i>
Type d'exercice	libéraux	généralistes	généralistes
effectif	408	306	511
EE élevé (%)	42,3	26	23
DP élevée (%)	44,5	34	19,6
AP bas (%)	37,4	19	10,6

Bien que le taux de BO de notre étude soit proche des autres publications, l'analyse réalisée pour chaque dimension du MBI diffère.

Il est intéressant de constater qu'un nombre élevé de répondants présentait une atteinte de la dimension **accomplissement personnel** (N=42) alors que l'épuisement émotionnel semblait conservé (élevé chez 8 d'entre eux).

Rappelons que la perte de l'accomplissement personnel au travail reflète le sentiment d'inefficacité, de frustration dans son travail. La prise de conscience de cet état par l'individu est vécu comme un échec et aboutit à une dévalorisation, des sentiments de culpabilité et de démotivation. Cela peut se traduire par un désinvestissement dans son travail ou à l'inverse plus surprenant par un surinvestissement inefficace.

L'échelle MBI-HSS dont l'utilisation est très répandue présente des bornes établies arbitrairement. Dans la version initiale américaine, ses bornes diffèrent ce qui tend à augmenter artificiellement les scores pathologiques de l'accomplissement personnel et de la dépersonnalisation dans la version validée utilisée ici [24].

La place de la dimension accomplissement personnel par rapport aux deux autres dimensions reste discutable.

Si la définition initiale du burn out par le MBI l'intègre et en fait la conséquence d'un processus dynamique résultant d'un épuisement émotionnel élevé associé à une dépersonnalisation de la relation à l'autre ; pour SCHAUFELI [31] l'AP reflète davantage une dimension « en marge » voire indépendante du noyau dur (EE et DP) qui constitue le burn out. Cette dimension évoluerait de manière indépendante au burn out. Selon CORDES et DOUGHERTY [32] l'AP correspondrait davantage à une variable de type dispositionnel (trait de personnalité) qu'à une dimension à proprement parler du BO. La méta-analyse récente menée par LOUREL [33] va dans ce sens et conclue qu'il faut orienter de nouvelles recherches sur « le rôle de certaines variables modératrices ou médiatrices (stress perçu, coping, soutien perçu) dans la relation qui unit l'individu à son environnement professionnel, ainsi que la place de l'accomplissement personnel dans le « *process burnout* ».

Un tel score d'AP faible est-ce une spécificité de la médecine d'urgence ? Nos résultats sont similaires à ceux de LLOYD (1994) [34] sur des urgentistes canadiens. Le score d'EE élevé était de 13%, DP élevé 61% et AP faible 44%. Ces résultats avaient été comparés à ceux d'études américaines et notamment KELLER [35] où l'AP était élevé. L'hypothèse avancée par les Canadiens était la non reconnaissance de la médecine d'urgence comme spécialité de la

part de l'académie de médecine. En France, la médecine d'urgence n'est pas encore une spécialité mais des reformes sont en cours. Peut être cette discipline souffre t-elle d'une image négative vis à vis des autres spécialités ? On peut parfois avoir le sentiment que l'urgentiste a besoin des autres corps médicaux, mais la réciproque ne semble pas vraie. Pourtant la médecine d'urgence bénéficie d'une couverture médiatique favorable auprès du grand public.

Aucune donnée démographique et professionnelle ne ressort comme statistiquement liée au risque de BO dans notre étude.

L'étude française SESMAT [3] montrait que le sexe féminin, le jeune âge semblaient être des facteurs de risque de survenue du BO.

D'autres études suggèrent également que l'âge et le nombre d'année d'expérience pourraient être en lien [36] [37]. Ainsi les plus jeunes praticiens semblent plus susceptibles d'avoir un score d'épuisement émotionnel élevé, tandis que leurs aînés ont un plus faible accomplissement personnel.

A l'inverse dans l'étude de POPA [38] l'épuisement émotionnel tendait à augmenter avec le nombre d'années d'exercice.

Dans notre étude, la population des répondants **était plus âgée, 54% ayant 45ans ou plus**. Chez LLOYD [34] et POPA [38] la moyenne d'âge était respectivement de 38 et 39 ans. La prédominance de la gent masculine se retrouve, ainsi que le fait d'être en couple.

La population s'est limitée aux urgentistes de la région dont l'adresse mail a pu être obtenue afin de faciliter la diffusion du questionnaire. Il ne s'agit donc pas d'un échantillon représentatif et les résultats ne peuvent pas être extrapolés à la population générale.

Les médecins ayant répondu ont pu être influencés par le fait de se sentir directement ou indirectement concernés par le burn out.

Le fait de me connaître a pu induire une sur représentation des médecins exerçant dans les centres hospitaliers où j'ai été interne.

Bien que le format web du questionnaire facilite les réponses, sa longueur a pu constituer un frein.

L'échelle de satisfaction professionnelle validée outre Atlantique ne présentait pas de version traduite en français. L'interprétation et la traduction des items ont pu être soumises à une certaine subjectivité même si la relecture par plusieurs personnes limite ce phénomène.

Le niveau de satisfaction a été évalué dans chacun des six domaines de l'échelle EPJS.

Les résultats en première lecture sont rassurants et montrent que les répondants semblent plutôt satisfaits de leurs conditions de travail.

69,6% se disent satisfaits à très satisfaits et 30,3% se disent insatisfaits à très insatisfaits avec une moyenne de 2,14 (extrêmes -9,07 à 12,28).

Le domaine *relations sociales* obtient le score le plus élevé tandis que les *ressources* obtiennent le pourcentage le plus élevé d'insatisfaction.

Le domaine *relations sociales* résume la coopération entre personnels des urgences. C'est à dire la perception qu'ont les médecins du travail des infirmiers mais également des demandes de la part des patients. Les résultats issus de l'enquête SESMAT [39] confirmaient l'influence du travail d'équipe sur la satisfaction professionnelle des médecins et la durabilité de l'équipe.

Le domaine *ressources* évalue les moyens humains, matériels et organisationnels du service.

Cependant deux groupes se distinguent :

- ceux présentant une seule dimension pathologique au MBI (BOF) au nombre de 32
- ceux présentant plus d'une atteinte (BOM=17 et BOS=4).

On constate que les individus appartenant au groupe BOF sont globalement satisfaits de leur carrière alors que ceux appartenant aux groupes BOM et BOS semblent insatisfaits.

Nous observons alors qu'au sein même des individus dit en « burn out », plus le processus est évolué (≥ 2 dimensions) plus il semble y avoir un lien avec l'insatisfaction professionnelle. Ces résultats sont comparables à ceux de KUHN [25] qui retrouvait une association significative entre insatisfaction et haut niveau de burn out dans les domaines de l'autonomie clinique, défis et équilibre travail/vie privée.

Le MBI à défaut de pouvoir établir un portrait clinique complet peut aider à identifier chez un individu un niveau de symptomatologie préjudiciable et peut servir à orienter vers des actions préventives. On comprend ici tout l'intérêt qui repose sur une détection précoce. Elle est double :

- individuelle afin d'éviter à l'individu d'être absorbé par la spirale du BO,
- collective : selon MASLACH les effets négatifs des individus atteints de BO sur leurs collègues peuvent conduire à des conflits interpersonnels et à une désorganisation du travail. Le burn out serait contagieux.

Il en est de même avec l'Emergency Physician Job Scale qui pourrait apporter une analyse ergonomique du milieu professionnel.

Notre enquête ne s'intéressait pas à l'intention de reconversion professionnelle mais montrait qu'**un tiers des répondants exerçait une activité médicale autre.**

On peut y voir le désir de diversifier les activités pour rompre avec la monotonie, ou l'amorce d'un changement d'orientation dans la carrière, une certaine prise de conscience qu'il sera difficile d'exercer ce métier jusqu'à l'âge légal de la retraite.

Un sondage de l'AMUF en 2011 [4] rapportait que près d'un tiers des urgentistes interrogés pensaient souvent à changer de métier.

Les études américaines de KELLER [35] et GALLERY [22] rapportaient certes un haut niveau de satisfaction professionnelle mais un fort pourcentage d'individus n'envisageaient pas la médecine d'urgence à moyen et long terme (respectivement moins de 25% à 20 ans et moins de 45% à 10 ans).

Dans l'étude croate de GREGOV [40] l'intention de quitter la profession parmi les urgentistes était plus forte en début de carrière et tendait à diminuer avec l'expérience professionnelle. Peut être est ce le reflet de mécanismes d'adaptation (coping) qui se mettent en place avec l'expérience et permettent à l'individu d'accroître sa résistance au stress.

Dans SESMAT [13] les urgentistes seraient 21% (17,4% pour l'ensemble des spécialités interrogées). En cause la notion de :

- **conflit entre vie de travail et vie de famille,**
- **faible qualité du travail d'équipe,**
- **faible influence** traduite par l'autonomie accordée,

- temps passé aux tâches considérées comme n'étant pas du ressort de la profession,
- burn out.

Cependant une étude de 2007 [41] menée auprès de médecins urgentistes de différentes nationalités, ayant participé à la Conférence Internationale de médecine d'Urgence d'Halifax rapportait que près de 90 % d'entre eux trouvaient leur travail enthousiasmant et 76% recommanderaient ce choix de carrière auprès des étudiants.

V. CONCLUSION ET OUVERTURES

La sensibilisation sur le syndrome d'épuisement professionnel est déjà amorcée aux vues du pourcentage de répondants se sentant concernés.

Le nombre important se disant susceptible d'être un jour concerné doit alerter.

Malgré une appréciation des conditions de travail qui semble plutôt satisfaisante, il ne faut pas relâcher les efforts entrepris depuis plusieurs années par les acteurs du monde de l'urgence.

L'usage de l'outil de dépistage du syndrome d'épuisement professionnel devrait se généraliser. La médecine du travail a un rôle important à jouer. Le médecin soigne les autres mais qui le soigne ? Il estime souvent à tort qu'il n'a pas besoin de médecin traitant. Martin WINCKLER écrivait : «La médecine est une maladie qui frappe tous les médecins, de manière inégale. Certains en tirent des bénéfices durables. D'autres décident un jour de rendre leur blouse, parce que c'est la seule possibilité de guérir- au prix de quelques cicatrices. » [42]

Des programmes d'aide aux médecins en difficulté se sont développés dans certains pays comme le « Physician Health Program of British Columbia » [43]. Ses missions sont les suivantes :

- promouvoir la santé et le bien être,
- offrir une assistance personnalisée dans des situations telles que les maladies physiques, les problèmes de santé mentale et d'addictions, les difficultés relationnelles,
- émettre des préconisations pour la santé individuelle et collective des médecins.

La Société Française d'Anesthésie Réanimation (SFAR) a récemment mis en place une ligne téléphonique dédiée à l'aide des professionnels éprouvant des difficultés (quel que soit leur statut). Le recul est à ce jour insuffisant mais l'initiative mérite d'être saluée [44].

Certains auteurs américains proposent d'intégrer dès la formation initiale (externat, internat) un apprentissage du bien être « wellness education » [45]. La prévention repose sur l'information concernant les risques d'addictions, la gestion du rythme de travail et de la privation de sommeil, les fautes professionnelles et la crainte des litiges, le risque d'exposition aux maladies transmissibles, le nécessaire maintien d'une activité physique et d'une alimentation saine, la gestion des décès de patients. En sensibilisant très tôt les futurs praticiens, cela pourrait avoir un impact bénéfique sur l'émergence des facteurs de risque

professionnels et limiter l'impact du BO. Cette approche paraît essentielle car plusieurs études ont démontré l'impact du jeune âge sur le BO et l'intention de reconversion.

La médecine d'urgence est une discipline humainement difficile, le meilleur côtoie le pire, le rythme de travail est parfois usant. L'importance d'une équipe soudée ne fait aucun doute.

Il faut promouvoir les temps de paroles entre soignants eux-mêmes de différents horizons (pour l'évaluation des protocoles de pratique notamment), entre les médecins et les paramédicaux lors des transmissions d'informations sur les patients.

L'implication dans la formation des plus jeunes et des paramédicaux (dans les 2 sens) peut jouer un rôle valorisant.

Ces temps doivent être intégrés au temps de travail et ne pas être perçus comme une charge supplémentaire qui ne ferait qu'accroître le malaise.

L'organisation du milieu professionnel est un des champs d'action pour réduire l'épuisement générateur de souffrance chez les soignants. Depuis plusieurs années des études mettent en avant la promotion de la satisfaction au travail comme garant d'une meilleure efficacité tant individuelle que collective. Les facteurs de risque sont maintenant bien identifiés. Il reste alors au sein de chaque unité à identifier ceux présents et engager des actions de correction. Ces actions devront être réévaluées afin d'apporter des ajustements si nécessaire et l'échelle EPJS s'inscrit dans cette perspective.

VI. BIBLIOGRAPHIE

- [1] Truchot D. Le burnout des médecins libéraux de Champagne-Ardenne. Rapport de recherche pour l'URML de Champagne-Ardenne, Université de Reims, département de psychologie, 2003.
- [2] Galam E. Enquête sur l'épuisement professionnel des médecins libéraux. URML, Ile de France, juin 2007.
- [3] Doppia MA, Estryn-Béhar M, Fry C, Guetarni K, Lieutaud T. Enquête Comparative Sur Le Syndrome D'épuisement Professionnel Chez Les Anesthésistes Réanimateurs et Les Autres Praticiens Des Hôpitaux Publics En France (enquête SESMAT). Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation 30, no. 11 (November 2011): 782–794
- [4] <http://www.amuf.fr/derni-res-news/91.html>, consulté le 06/01/2014
- [5] Arora M, Asha S, Chinnappa J, Diwan AD. Review Article: Burnout in Emergency Medicine Physicians. Emerg Med Australas. 2013 Dec;25(6):491-5
- [6] Lloyd S, Streiner D, Shannon S, Hahn E. Development of the Emergency Physician Job Satisfaction Measurement Instrument. Am J Emerg Med. 1994; 12 : 1-10
- [7] Lloyd S, Streiner D, Shannon S. Predictive validity of the emergency physician and global job satisfaction instruments. Acad Emerg Med. 1998; 5 : 234-241
- [8] Freudemberger H. Staff burnout. Journal of Social Issues 1974 ; 30 : 159-165
- [9] Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. Journal of occupational behaviour. 1981; 2: 99-113
- [10] Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. The Maslach Burnout Inventory Manual. 3rd ed. Palo Alto (CA) : Consulting Psychologists Press ; 1996
- [11] Canouï P, Mauranges A. Le burnout à l'hôpital. Le Syndrome d'épuisement professionnel. Masson 4ème édition, 2008
- [12] Estryn-Béhar M, Caillard JF, Le Nézet O, Charton-Promeyrat C, Heurteux P, Ben-Brik E. Santé, satisfaction au travail et abandon du métier de soignant. Etude PRESST-NEXT-Partie 1, janvier 2004. <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/estrynbehar.pdf>. Consulté le 06/01/2014
- [13] Estryn-Béhar M, Doppia MA, Guetarni K, Fry C, Machet G, Pelloux P, et al. Emergency physicians accumulate more stress factors than other physicians – Results from the French SESMAT study. Emerg Med J 2001; 28:397–410
- [14] Maslach C, Leiter MP. Burn-out. Editions Les Arènes, 2011

- [15] Delbrouck M. Comment traiter le burn-out : principes de prise en charge du syndrome d'épuisement professionnel. Bruxelles: De Boeck, 2011
- [16] Légeron P, Nasse P: « la détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux ». Mars 2008.
http://www.dgdr.cnrs.fr/drh/protect-soc/documents/fiches_rps/rapport_légeron.pdf.
Consulté le 06/01/2014
- [17] Karasek, Robert A. Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain: Implications for Job Redesign. *Administrative Science Quarterly* 24, no. 2 (June 1979): 285.
- [18]<http://www.atousante.com/risques-professionnels/sante-mentale/stress-professionnel/mesure-desequilibre-efforts-recompenses-questionnaire-siegrist/>. Consulté le 06/01/2014
- [19] R.S. Lazarus et S. Folkman, *Stress, Appraisal, and Coping*. New York : Springer, 1984
- [20] Cherniss C. (1980). *Professional Burnout in the Human Service Organizations*. New York: Praeger
- [21]<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000006178066&cidTexte=LEGITEXT000006072050&dateTexte=20090528> . Consulté le 06/01/2014
- [22] Gallery ME, Whitley TW, Klonis LK, Anzinger RK Revicki DA. A Study of Occupational Stress and Depression among Emergency Physicians. *Ann of Emerg Med*. 1992; 21 : 58–64
- [23]http://www.ars.poitou-charentes.sante.fr/fileadmin/POITOU-CHARENTES/Votre_Sante/PRS/Revision_2013/20131215_PSRs_EtatLieux_2013.pdf .
Consulté le 06/01/2014
- [24] Dion, Tessier. Validation de la traduction de l'inventaire d'épuisement professionnel de Maslach et Jackson, *revue canadienne des sciences du comportement*, 1994, 26 : 2, 210-227
- [25] Kuhn G, Goldberg R, Compton S. Tolerance for Uncertainty, Burnout, and Satisfaction With the Career of Emergency Medicine. *Ann Emerg. Med*. 2009 ; 54:106–113.
- [26] Cydulka RK, Korte R. Career Satisfaction in Emergency Medicine: The ABEM Longitudinal Study of Emergency Physicians. *Ann Emerg. Med*. 2008 ; 51:714–722.
- [27] Mion G, Libert N, Journois D. Burnout-associated factors in anesthesia and intensive care medicine. 2009 survey of the French Society of anesthesiology and intensive care. *Annales françaises d'anesthésie et de réanimation*. 2013 ; 32: 175–188.
- [28] Embriaco N, Azoulay E, Barrau K, Kentish N, Pochard F, Loundou A, et al. High level of burnout in intensivists: prevalence and associated factors. *Am J Respir Crit Care Med* 2007; 175:686–92.

- [29] Cathébras P. Epuisement professionnel chez les médecins généralistes, *Presse Med* 2004 ; 33 : 1569-74
- [30] Dusmesnil H. Epuisement professionnel chez les médecins généralistes de ville : prévalence et déterminants, *Santé publique* 2009, Volume 21, n°4, pp. 353-354
- [31] Schaufeli W, Bakker, A, Hoogduin, K, Schaap C, Kladler A. On the clinical validity of the Maslach Burnout Inventory and the Burnout Measure. *Psychology Health*. 2001; 16(5): 565–582.
- [32] Cordes CL, Dougherty TW. A review and an integration of research on job burnout. *Acad Manage Rev* 2001;18:621–56.
- [33] Lourel M, Gueguen N. Une méta-analyse de la mesure du burnout à l'aide de l'instrument MBI. *L'Encéphale*. 2007; 33: 947-953.
- [34] Lloyd, S, Streiner D, Shannon S. Burnout, Depression, Life and Job Satisfaction among Canadian Emergency Physicians. *J Emerg. Med.* 12, no. 4 (August 1994): 559–565.
- [35] Keller KL, Koenig WJ. Sources of stress and satisfaction in emergency practice. *J Emerg Med.* 1989; 7:293-299.
- [36] Potter C, BSc (Hons) Nursing Studies. To What Extent Do Nurses and Physicians Working within the Emergency Department Experience Burnout: A Review of the Literature. *Australasian Emergency Nursing Journal* 9, no. 2 (June 2006): 57–64.
- [37] Chen KY, Yang CM, Lien CH, Chiou HY, Lin MR, Chang HR, Chiu WT. Burnout, Job Satisfaction, and Medical Malpractice among Physicians. *International Journal of Medical Sciences* 10, no. 11 (2013): 1471–1478.
- [38] Popa F, Arafat R, Purcărea VL, Lală A, Popa-Velea O, Bobirnac G. Occupational Burnout Levels in Emergency Medicine--a Stage 2 Nationwide Study and Analysis. *Journal of Medicine and Life* 3, no. 4 (December 2010): 449–453.
- [39] Estry-Behar M, Muster D, Doppia MA, Machet G, Guetarni K. Influence du travail d'équipe sur la satisfaction professionnelle des médecins. Résultats de l'enquête SESMAT. *Concours Med* 2009; 31:22–5.
- [40] Gregov L, Kovačević A, Slišković A. Stress among Croatian Physicians: Comparison between Physicians Working in Emergency Medical Service and Health Centers: Pilot Study. *Croat Med J.* 2011 Feb; 52(1):8-15.
- [41] LeBlanc C, Heyworth J. Emergency physicians : « burned out » or « fired up » ? *Can J Emerg Med* 2007 ; 9(2) :121-3.

[42] Winckler M. La maladie de Sachs. Ed Folio, 2005.

[43] <http://www.physicianhealth.com>. Consulté le 06/01/2014

[44] <http://www.sfar.org/accueil/article/1085/burn-out-en-anesthesie-reanimation-0800-00-69-62>. Consulté le 06/01/2014

[45] Schmitz GR, Clark M, Heron S, Sanson T, Kuhn G, Bourne C, Guth T, Cordover M, Coomes J. Strategies for Coping with Stress in Emergency Medicine: Early Education Is Vital. J Emerg Trauma Shock. 2012 Jan; 5(1):64-9.

VII. ANNEXES

Annexe 1 : questionnaire

Données générales

*Obligatoire

1. **SEXE ***

Homme

Femme

2. **AGE***

moins de 35 ans

35-44 ans

45-54 ans

plus de 55 ans

3. **STATUT PROFESSIONNEL ***

PH

PU-PH

PHC

Assistant, chef de clinique Intérimaire

Attaché

Autre

4. **LIEU D'EXERCICE *** *Plusieurs réponses possibles.*

en CHU

en CH Général

en CH Local

en Clinique

5. **SERVICE *** *Plusieurs réponses possibles.*

Urgences générales (adultes et enfants)

Adulte uniquement

SAMU-SMUR

6. **ACTIVITE PROFESSIONNELLE MEDICALE AUTRE ***

OUI

NON

7. **NOMBRE D' ANNEES D'EXERCICE EN MEDECINE D' URGENCE ***

1 à 5 ans

6 à 10 ans

11 à 15 ans

16 à 20 ans

plus de 20 ans

8. **STATUT FAMILIAL ***

Seul(e)

Seul(e) + enfant(s)

Seul(e) + enfant(s)

2 adultes

2 adultes + enfant(s)

9. **Avez-vous déjà entendu parler du Burn Out Syndrom (syndrome d'épuisement professionnel)? ***

OUI

NON

10. **Pensez-vous avoir déjà été personnellement concerné? ***

OUI

NON

Ne sait pas

11. **Pensez-vous pouvoir être concerné personnellement au cours de votre carrière? ***

OUI

NON

Ne sait pas

Maslash Burn-out Inventory-MBI

Echelle de mesure des trois stades du Burn Out.

Cotation : fréquence à laquelle chaque symptôme est ressenti

0 : vous n'éprouvez jamais ce qui est proposé

1 : vous éprouvez quelques fois par année ce qui est proposé

2 : vous éprouvez au moins une fois par mois ce qui est proposé

3 : vous éprouvez quelques fois par mois ce qui est proposé

4 : vous éprouvez au moins une fois par semaine ce qui est proposé

5 : vous éprouvez quelques fois par semaine ce qui est proposé

6 : vous éprouvez chaque jour ce qui est proposé

1. **Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail ***

2. **Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail ***

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

4. **Je peux comprendre facilement ce que mes malades ressentent ***

5. **Je sens que je m'occupe de certains malades de façon impersonnelle, comme s'ils étaient des objets ***

6. **Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'efforts ***

7. **Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes malades ***

8. **Je sens que je craque à cause de mon travail ***

9. **J'ai l'impression, à travers mon travail, d'avoir une influence positive sur les gens ***

10. **Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail ***

11. **Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement ***

12. **Je me sens plein(e) d'énergie ***

13. **Je me sens frustré(e) par mon travail ***

14. **Je sens que je travaille trop dur ***

15. **Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes malades ***

16. **Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop ***

17. **J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes malades ***

18. **Je me sens ragillard(e) lorsque dans mon travail, j'ai été proche de mes malades ***

19. **J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail ***

20. **Je me sens au bout du rouleau ***

21. **Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement ***

22. **J'ai l'impression que mes malades me rendent responsable de certains de leurs problèmes ***

Echelle de satisfaction au travail

Elle évalue six composantes : autonomie administrative (1 à 22), autonomie clinique (23 à 30), ressources (31 à 42), relations sociales (43 à 57), équilibre travail et vie privée (58 à 74), défis cliniques (75 à 79) Cotation :

-3. Totalemment en désaccord

-2. Plutôt en désaccord

-1. Un peu en désaccord

0. neutre/sans avis

1. Un peu d'accord

2. Plutôt d'accord

3. Totalement d'accord

1. Je participe à la planification des politiques dans mon hôpital et mon service *
2. Je suis satisfait du calendrier de paiement pour le traitement des patients non urgents *
3. Une attention particulière est accordée à nos suggestions concernant l'organisation du service *
4. Il existe une procédure permettant de traiter les plaintes des urgentistes concernant les autres médecins, infirmiers ou consultants afin de résoudre les problèmes *
5. J'ai le sentiment que l'administration entrave mes efforts pour effectuer un travail de réflexion *
6. Je suis satisfait(e) de l'organisation administrative du service *
7. J'ai un rôle satisfaisant dans la formation et le maintien des compétences du personnel paramédical *
8. Le nombre prévu de gardes chaque mois me convient *
9. Je suis satisfait(e) de la méthode actuelle de rémunération *
10. J'estime faire un nombre raisonnable de gardes de nuit *
11. Je suis satisfait(e) de la procédure de réévaluation annuelle de mon poste au sein du personnel hospitalier *
12. Je fais un nombre raisonnable de gardes durant les jours fériés *
13. J'ai un rôle décisionnaire dans le développement des protocoles de pratiques de notre service *
14. Je suis satisfait(e) du calendrier de paiement pour le traitement des patients gravement malades *
15. L'administration de notre service nous consulte sur les problèmes quotidiens *
16. L'administration hospitalière a des difficultés à traiter les problèmes quotidiens *
17. J'estime être convenablement rémunéré(e) pour les services cliniques rendus *
18. Notre service est organisé de telle façon que cela crée des problèmes dans le choix de mes congés *
19. Je pense que les affections des patients sont traitées de façon satisfaisante dans notre service *
20. Je suis satisfait(e) de la façon dont notre service est dirigé *
21. Je suis satisfait(e) de mon emploi du temps *
22. Je travaille trop souvent le week end *
23. Dans mon hôpital, les praticiens d'autres spécialités prennent des décisions affectant ma pratique sur lesquelles je n'ai que peu de contrôle direct *
24. J'ai l'impression que mes collègues non urgentistes émettent des directives cliniques divergentes *
25. Je participe suffisamment aux décisions qui influent sur la façon dont j'exerce *
26. L'administration hospitalière a trop de contrôle sur ma pratique clinique *
27. Je suis déçu(e) par les décisions prises au niveau administratif qui limite le type de patients que je vois *
28. Il m'est permis de traiter les patients comme je le souhaite *
29. On me demande parfois de faire des choses qui vont à l'encontre de mon jugement clinique *
30. Les décisions administratives de cet hôpital interfèrent trop dans les soins des patients *
31. Notre service possède des équipements désuets *
32. Notre service est organisé pour faciliter le flux de patients *
33. Je suis satisfait(e) du rôle de notre service au sein de l'équipe de traumatologie *
34. Il y a des difficultés de gestion du flux de patients particulièrement aux heures d'affluence *
35. Je suis satisfait(e) du niveau de délégation de tâches de routine que je peux confier aux infirmiers ou aides soignants *
36. La diminution du personnel administratif impacte sur la prise en charge des patients *
37. La diminution du personnel paramédical dans notre service aboutit à des retards dans les soins des patients *
38. La gestion des patients hospitalisés en attente d'un lit a clairement modifié notre environnement de travail *
39. Nous avons un nombre adapté d'infirmiers dans notre pool d'urgence *

40. Les infirmiers ont une formation médicale continue adaptée *
41. Nous avons un nombre suffisant de personnel administratif dans notre service *
42. Il y a un nombre adéquat de personnel infirmier dans notre service assigné aux soins des patients aux urgences *
43. L'équipe paramédicale prend soin des patients *
44. Il y a de bons échanges et une bonne coopération entre les différents niveaux d'intervenants du service (médecins, infirmiers, cadres, secrétaires) *
45. Je doute que la majorité des patients que je vois soit vraiment malade *
46. Les nouveaux arrivants se sentent rapidement intégrés dans notre service *
47. Il y a du personnel infirmier avec lequel je n'aime pas travailler *
48. Le personnel infirmier de cet hôpital se plaint souvent du travail *
49. Les patients se plaignent quoi que vous fassiez *
50. Notre service est exposé à trop de publicité hostile de la part des médias *
51. Les patients consultants aux urgences ont une attente réaliste concernant mon rôle dans leur prise en charge *
52. J'ai l'impression que l'équipe paramédicale reporte sur d'autres les problèmes rencontrés avec les patients plutôt que d'accepter ses responsabilités *
53. Il y a une bonne entente au sein de l'équipe des urgences *
54. Les maux de mes patients ne sont pas exagérés *
55. Les patients demandent une ambulance uniquement lorsque cela est nécessaire *
56. Beaucoup de patients aux urgences sont manipulateurs *
57. Les paramédicaux n'hésitent pas à s'investir et à proposer leur aide lorsqu'il y a une surcharge de travail *
58. Je suis inquiet(e) au sujet de ma vie personnelle quand je suis au travail *
59. Mes amis comprennent mes engagements professionnels *
60. Quand je rentre du travail je suis préoccupé(e) *
61. Je me sens tiraillé(e) entre ma vie personnelle et les exigences de ma profession *
62. Ma vie de famille est interrompue par mon travail *
63. Depuis que je travaille dans ce service, mes soucis familiaux ont augmenté *
64. Je reçois de la reconnaissance d'autrui pour la nature de mon travail *
65. J'ai le niveau de vie que je mérite *
66. Je demeure en bonne santé physique depuis que j'ai commencé cette profession *
67. Je me sens trop souvent fatigué(e) physiquement *
68. Après le travail, je me sens vidé(e) de mon énergie *
69. Les personnes avec qui je vis comprennent les engagements liés à mon travail *
70. Je peux faire ou acheter la plupart des choses dont j'ai envie *
71. J'ai assez d'argent pour faire ce que je veux de mon temps libre *
72. Les personnes avec qui je vis me soutiennent lorsqu'il s'agit de mon travail *
73. Je suis satisfait(e) de mon état de santé actuel *
74. J'ai suffisamment de temps pour des loisirs *
75. J'ai l'opportunité de prendre en charge des situations variées et intéressantes *
76. Je traite trop de problèmes non urgents *
77. Je vois en proportion équilibrée des cas aigus comme des cas chroniques *
78. La majorité des patients examinés aux urgences ne représente pas de défi clinique *
79. Mon poste me donne l'opportunité de sentir que je fais un bon travail de supervision *

Fourni par

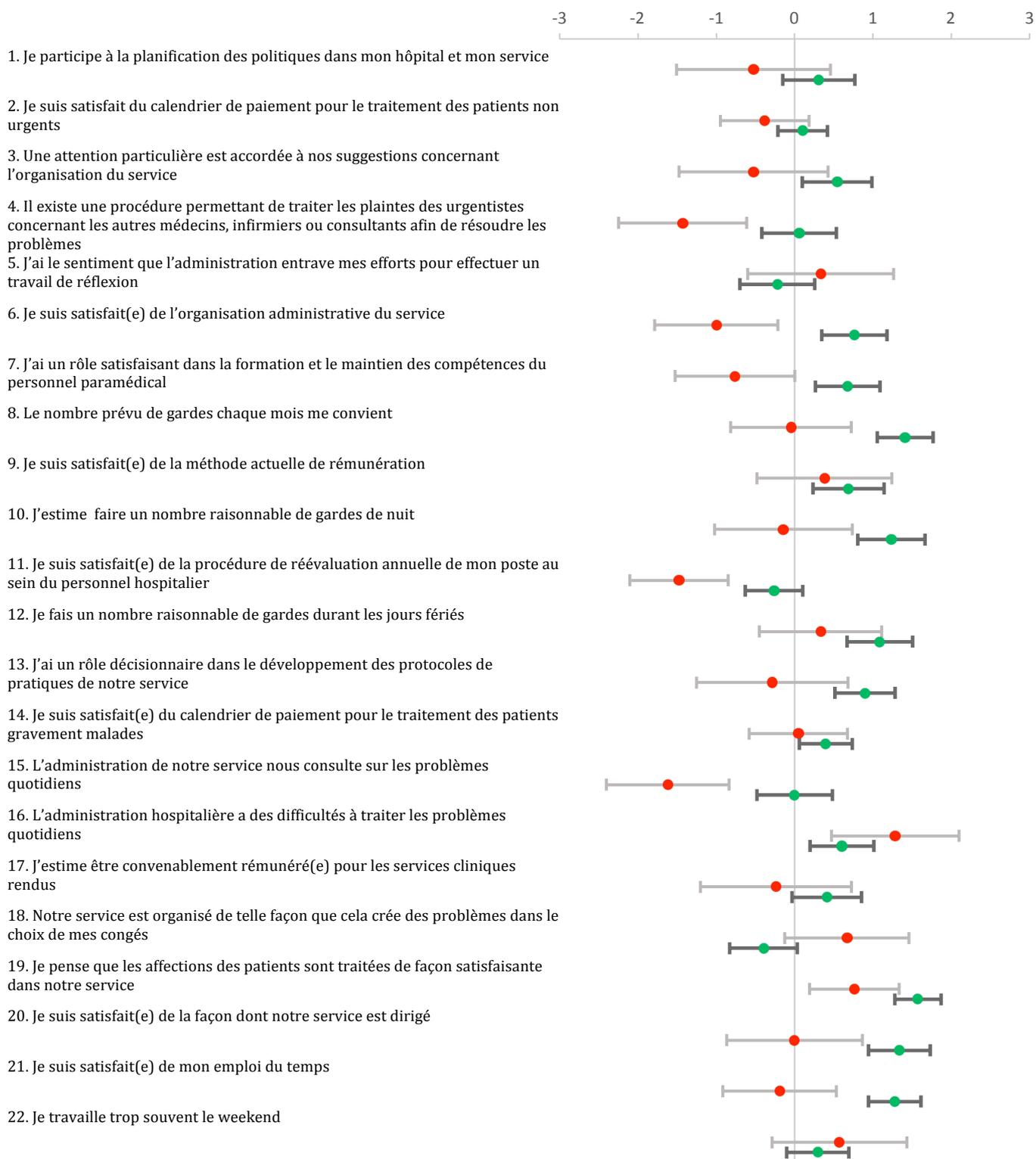
Annexe 2 : scores Maslach Burn out inventory

Scores pathologiques dans chacune des trois dimensions explorées par le MBI.

Niveau de Burnout	Epuisement émotionnel	Dépersonnalisation	Accomplissement Personnel
faible	≤ 17	≤ 5	≤ 33
modéré	18-29	6-11	34-39
élevé	≥ 30	≥ 12	≥ 40

Annexes 3.1 à 3.6 : Comparaison des moyennes de chaque proposition de l'EPJS entre le groupe BO modéré et sévère et le groupe pas de BO à BO faible.

Annexe 3.1



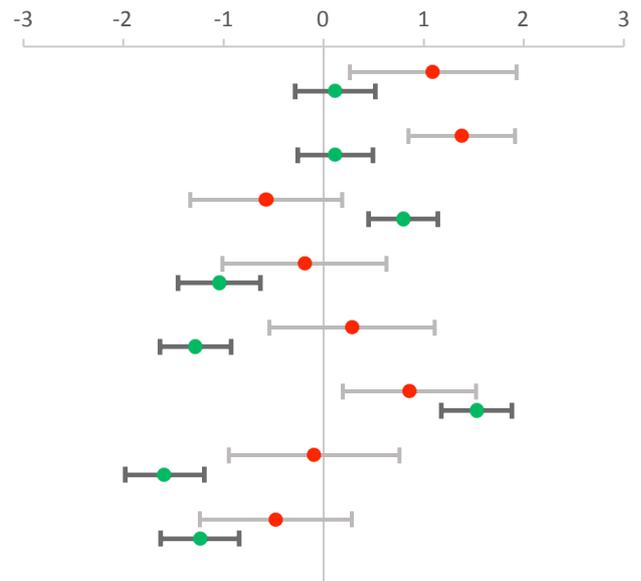
Moyenne des réponses avec IC 95% pour le domaine :
AUTONOMIE ADMINISTRATIVE



Burn out modéré et sévère
Burn out faible et non présent

Annexe 3.2

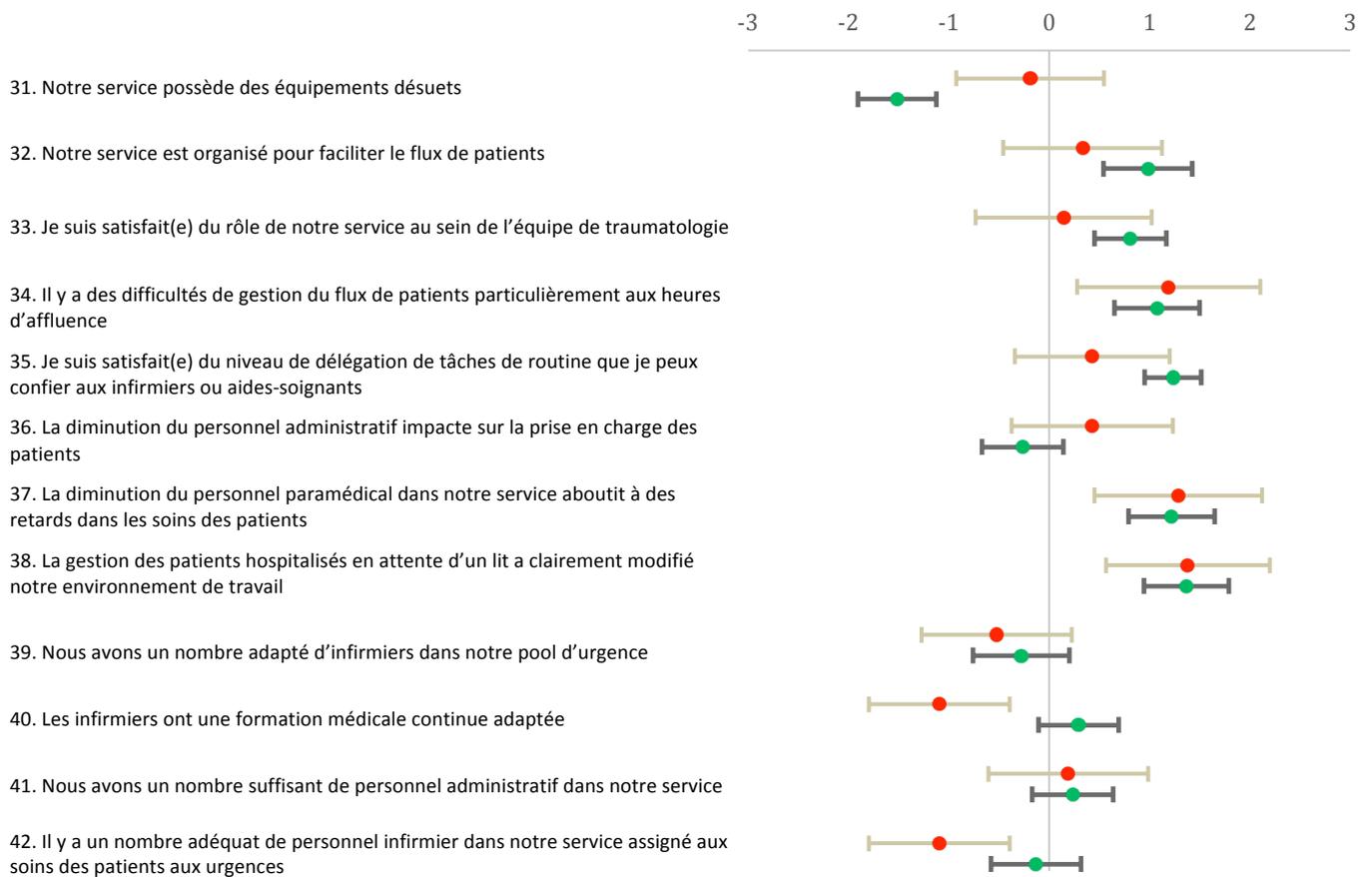
- 23. Dans mon hôpital, les praticiens d'autres spécialités prennent des décisions affectant ma pratique sur lesquelles je n'ai que peu de contrôle direct
- 24. J'ai l'impression que mes collègues non urgentistes émettent des directives cliniques divergentes
- 25. Je participe suffisamment aux décisions qui influent sur la façon dont j'exerce
- 26. L'administration hospitalière a trop de contrôle sur ma pratique clinique
- 27. Je suis déçu(e) par les décisions prises au niveau administratif qui limite le type de patients que je vois
- 28. Il m'est permis de traiter les patients comme je le souhaite
- 29. On me demande parfois de faire des choses qui vont à l'encontre de mon jugement clinique
- 30. Les décisions administratives de cet hôpital interfèrent trop dans les soins des patients



Moyenne des réponses avec IC 95% pour le domaine :
AUTONOMIE CLINIQUE

- Burn out modéré et sévère
- Burn out faible et non présent

Annexe 3.3

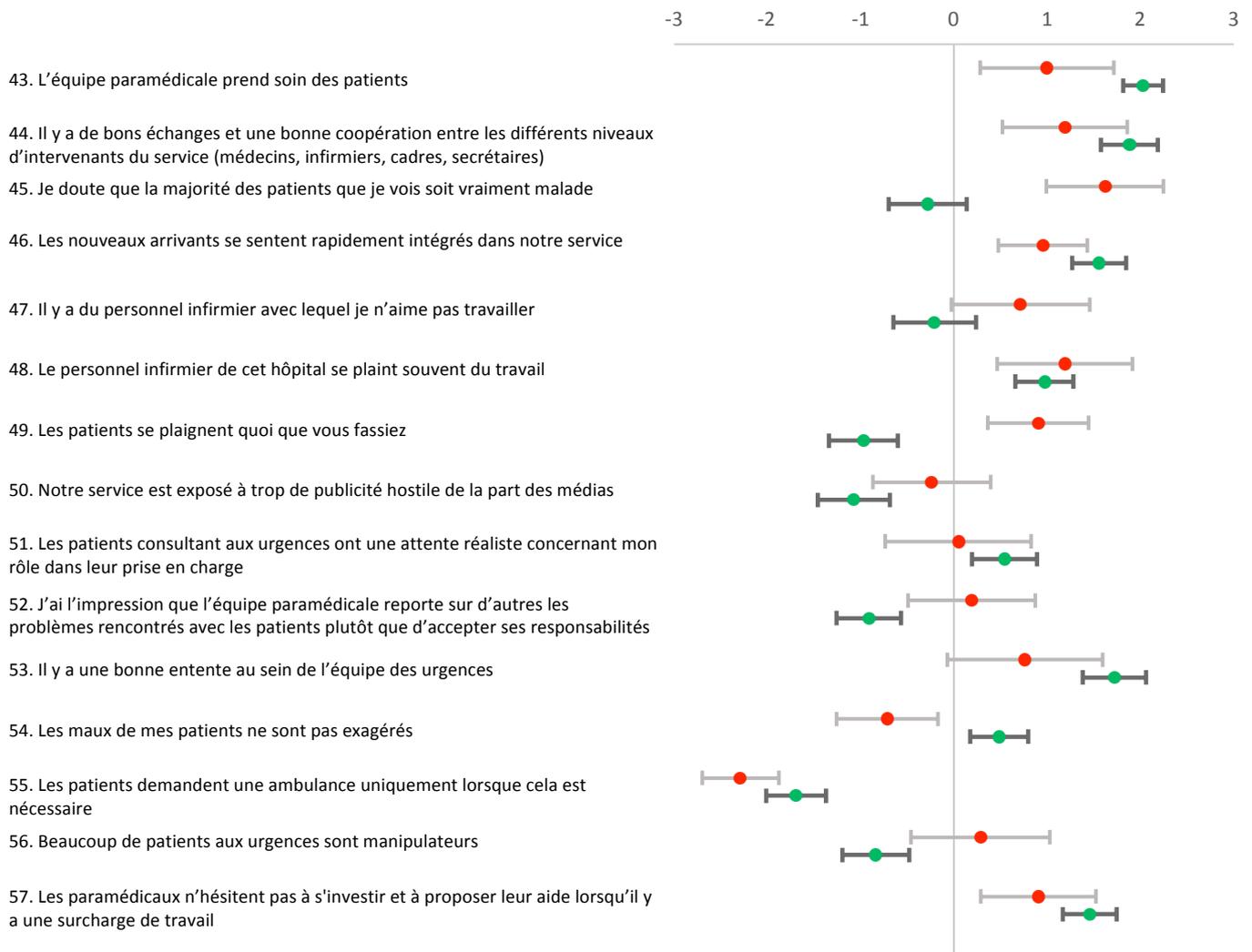


Moyenne des réponses avec IC 95% pour le domaine :
RESSOURCES



Burn out modéré et sévère
Burn out faible et non présent

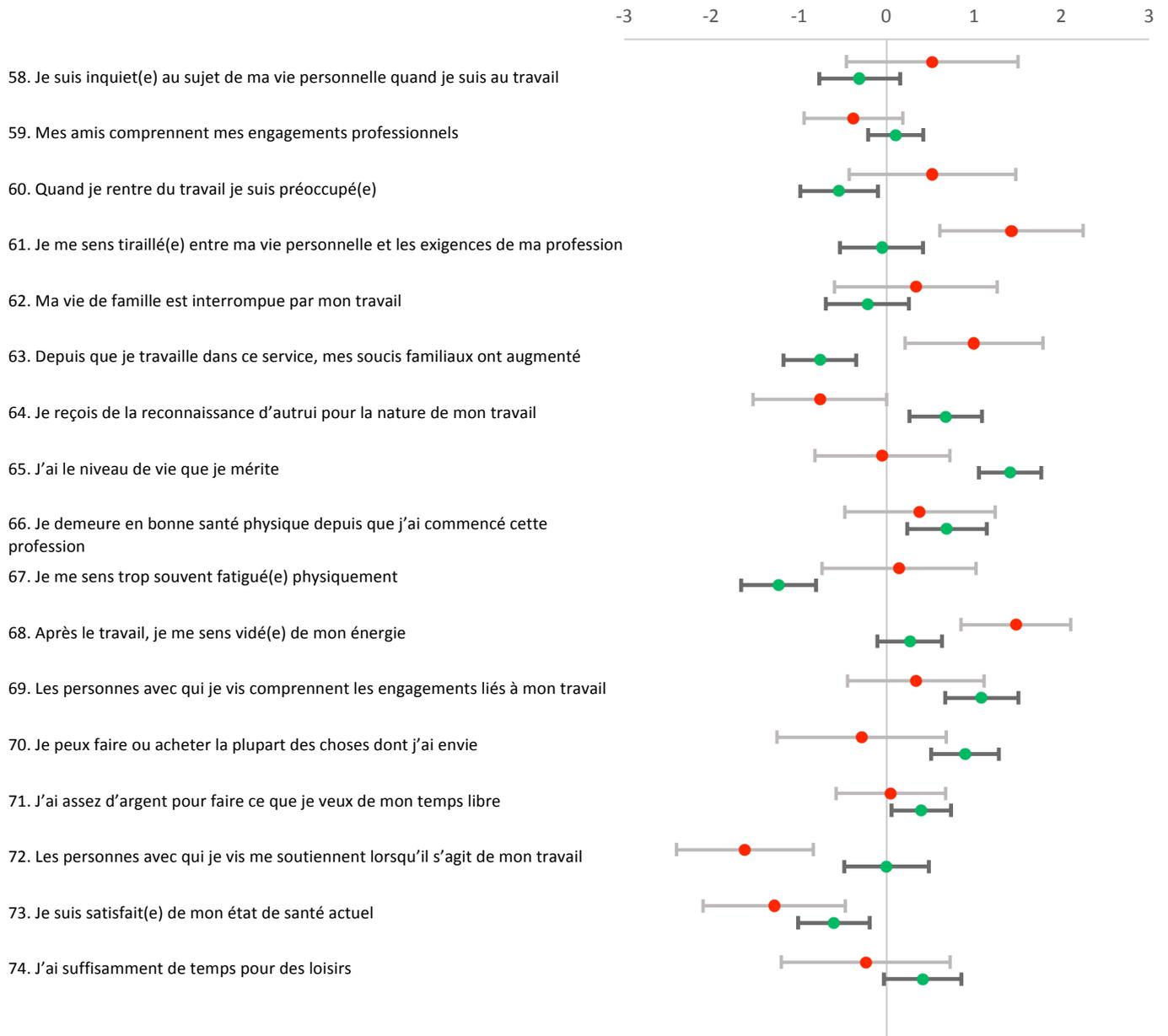
Annexe 3.4



Moyenne des réponses avec IC 95% pour le domaine :
RELATIONS SOCIALES

- Burn out modéré et sévère
- Burn out faible et non présent

Annexe 3.5



Moyenne des réponses avec IC 95% pour le domaine :
EQUILIBRE TRAVAIL – VIE PRIVEE

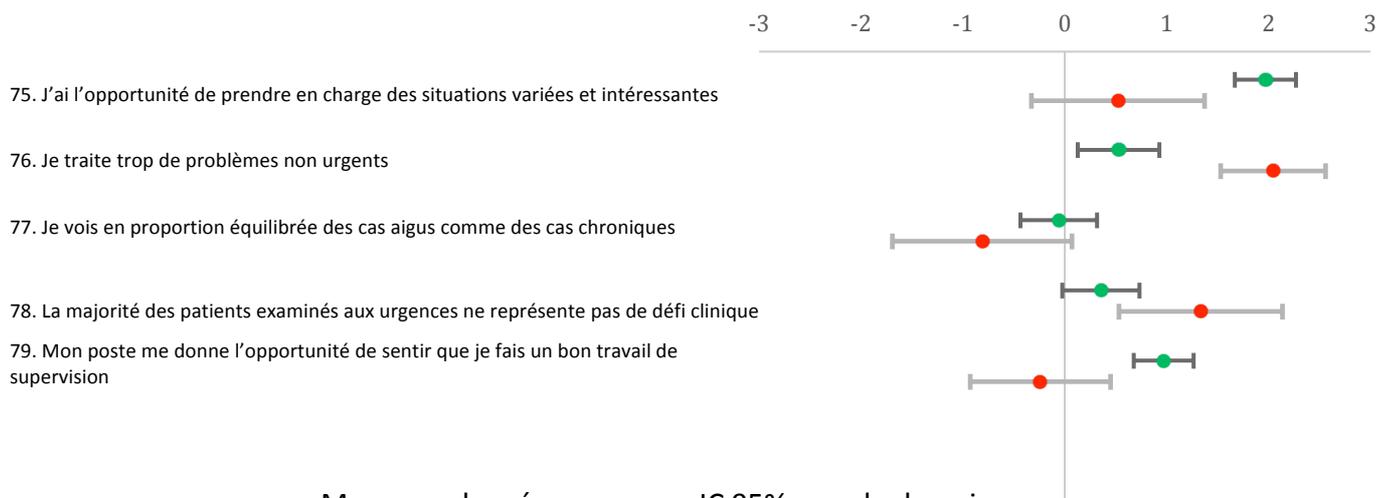


Burn out modéré et sévère



Burn out faible et non présent

Annexe 3.6



Moyenne des réponses avec IC 95% pour le domaine :
DEFIS CLINIQUES

- Burn out modéré et sévère
- Burn out faible et non présent

VIII. RESUME

Titre : Satisfaction professionnelle et syndrome d'épuisement professionnel (ou burn out) des médecins urgentistes du Poitou-Charentes.

Objectifs : Le syndrome d'épuisement professionnel (SEP) touche près de 50% des médecins. Près de 20% des urgentistes envisageraient de quitter la profession. L'objectif principal de cette étude était d'évaluer le niveau de satisfaction des urgentistes du Poitou-Charentes et sa relation avec le burnout (BO).

Matériel et Méthodes : Un questionnaire anonyme a été diffusé par mail avec un lien internet pour les réponses. La satisfaction professionnelle dans différents domaines a été évaluée à l'aide d'une échelle anglaise validée : Emergency Physician Job Scale EPJS (autonomie administrative, autonomie clinique, ressources, relations sociales, équilibre travail/vie privée et défis cliniques). L'échelle de mesure du BO était le Maslach Burnout Inventory explorant 3 dimensions : l'épuisement émotionnel (EE), la dépersonnalisation (DP), l'accomplissement personnel (AP).

Résultats : Parmi le 89 urgentistes ayant répondu sur les 165 sollicités (54%) : 70% se disaient satisfaits à très satisfaits. Le domaine objectivant le plus haut niveau de satisfaction était celui des relations sociales (78%). Le domaine exprimant le plus d'insatisfaction était celui des ressources (44%). 53 étaient en burnout (60%) dont 21 (24%) présentaient un tableau dit modéré à sévère. Parmi les individus dits en BO, 47% avaient un score d'AP faible. Les individus en BO modéré à sévère sont les plus insatisfaits ($p < 0,05$) dans chaque domaine de l'EPJS (autonomie administrative OR=8,0; IC 95% : 2,6-24,0), (autonomie clinique OR=8,8 ; IC 95% : 2,9-26,6), (ressources OR=3,1 ; IC 95% : 1,1-8,9), (relations sociales OR=22,9 ; IC 95% : 5,9-88,3), (équilibre travail/vie privée OR=24,6 ; IC 95% : 6,9-88,6), (défis cliniques OR=8,7 ; IC95% : 2,5-30,2).

Conclusion : Malgré un taux de satisfaction au travail élevé, le SEP touche près de 60% des urgentistes interrogés. Parmi eux, ceux souffrant d'un SEP modéré à sévère semblent les plus mécontents. Des actions de préventions individuelles (information des soignants, dépistage par la médecine du travail) et collectives (analyse ergonomique du travail) doivent se poursuivre afin de prévenir ces phénomènes.

Mots clé : satisfaction professionnelle, Burnout, syndrome d'épuisement professionnel, urgences.