Université de Bourgogne

UFR des Sciences de Santé

Circonscription Médecine

ANNEE 2020

N°

DEPISTAGE DES FACTEURS DE RISQUE D'EPUISEMENT PROFESSIONNEL : UN QUESTIONNAIRE PROPOSE AUX MEDECINS GENERALISTES

THESE

présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 11 juin 2020

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par PETIT Aurélie

Né(e) le 30/06/1989

A Le Creusot

Université de Bourgogne

UFR des Sciences de Santé

Circonscription Médecine

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à la disposition de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur.

Ceci implique une obligation de citation et de référencement dans la rédaction de vos travaux.

D'autre part, toutes contrefaçons, plagiats, reproductions illicites encourent une poursuite pénale.

De juridiction constante, en s'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans son propre document, l'étudiant se rend coupable d'un délit de contrefaçon (au sens de l'article L.335.1 et suivants du code de la propriété intellectuelle). Ce délit est dès lors constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics.

Université de Bourgogne

UFR des Sciences de Santé

Circonscription Médecine

ANNEE 2020

N°

DEPISTAGE DES FACTEURS DE RISQUE D'EPUISEMENT PROFESSIONNEL : UN QUESTIONNAIRE PROPOSE AUX MEDECINS GENERALISTES

THESE

présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 11 juin 2020

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par PETIT Aurélie

Né(e) le 30/06/1989

A Le Creusot

Université de Bourgogne

UFR des Sciences de Santé

Circonscription Médecine

Année Universitaire 2019-2020
au **1er Novembre 2019**

Doyen : **M. Marc MAYNADIÉ**
Assesseurs : M. Pablo ORTEGA-DEBALLON
Mme Laurence DUVILLARD

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

			Discipline
M.	Sylvain	**AUDIA**	Médecine interne
M.	Marc	**BARDOU**	Pharmacologie clinique
M.	Jean-Noël	**BASTIE**	Hématologie - transfusion
M.	Emmanuel	**BAULOT**	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M.	Yannick	**BEJOT**	Neurologie
Mme	Christine	**BINQUET**	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	Philippe	**BONNIAUD**	Pneumologie
M.	Alain	**BONNIN**	Parasitologie et mycologie
M.	Bernard	**BONNOTTE**	Immunologie
M.	Olivier	**BOUCHOT**	Chirurgie cardiovasculaire et thoracique
M.	Belaid	**BOUHEMAD**	Anesthésiologie - réanimation chirurgicale
M.	Alexis	**BOZORG-GRAYELI**	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	Alain	**BRON**	Ophtalmologie
M.	Laurent	**BRONDEL**	Physiologie
Mme	Mary	**CALLANAN**	Hématologie type biologique
M.	Patrick	**CALLIER**	Génétique
Mme	Catherine	**CHAMARD-NEUWIRTH**	Bactériologie - virologie; hygiène hospitalière
M.	Pierre-Emmanuel	**CHARLES**	Réanimation
M.	Jean-Christophe	**CHAUVET-GELINIER**	Psychiatrie d'adultes, Addictologie
M.	Nicolas	**CHEYNEL**	Anatomie
M.	Alexandre	**COCHET**	Biophysique et médecine nucléaire
M.	Luc	**CORMIER**	Urologie
M.	Yves	**COTTIN**	Cardiologie
M.	Charles	**COUTANT**	Gynécologie-obstétrique
M.	Gilles	**CREHANGE**	Oncologie-radiothérapie
Mme	Catherine	**CREUZOT-GARCHER**	Ophtalmologie
M.	Frédéric	**DALLE**	Parasitologie et mycologie
M.	Alexis	**DE ROUGEMONT**	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
M.	Hervé	**DEVILLIERS**	Médecine interne
M.	Serge	**DOUVIER**	Gynécologie-obstétrique
Mme	Laurence	**DUVILLARD**	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Olivier	**FACY**	Chirurgie générale
Mme	Laurence	**FAIVRE-OLIVIER**	Génétique médicale
Mme	Patricia	**FAUQUE**	Biologie et Médecine du Développement
Mme	Irène	**FRANCOIS-PURSSELL**	Médecine légale et droit de la santé
M.	François	**GHIRINGHELLI**	Cancérologie
M.	Pierre Grégoire	**GUINOT**	Anesthésiologie – réanimation chirurgicale
M.	Frédéric	**HUET**	Pédiatrie
M.	Pierre	**JOUANNY**	Gériatrie
M.	Sylvain	**LADOIRE**	Histologie
M.	Gabriel	**LAURENT**	Cardiologie
M.	Côme	**LEPAGE**	Hépato-gastroentérologie
M.	Romaric	**LOFFROY**	Radiologie et imagerie médicale
M.	Luc	**LORGIS**	Cardiologie

M.	Jean-Francis	**MAILLEFERT**	Rhumatologie
M.	Cyriaque Patrick	**MANCKOUNDIA**	Gériatrie
M.	Sylvain	**MANFREDI**	Hépato-gastroentérologie
M.	Laurent	**MARTIN**	Anatomie et cytologie pathologiques
M.	David	**MASSON**	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Marc	**MAYNADIÉ**	Hématologie – transfusion
M.	Marco	**MIDULLA**	Radiologie et imagerie médicale
M.	Thibault	**MOREAU**	Neurologie
M.	Klaus Luc	**MOURIER**	Neurochirurgie
Mme	Christiane	**MOUSSON**	Néphrologie
M.	Paul	**ORNETTI**	Rhumatologie
M.	Pablo	**ORTEGA-DEBALLON**	Chirurgie Générale
M.	Pierre Benoit	**PAGES**	Chirurgie thoracique et vasculaire
M.	Jean-Michel	**PETIT**	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Christophe	**PHILIPPE**	Génétique
M.	Lionel	**PIROTH**	Maladies infectieuses
Mme	Catherine	**QUANTIN**	Biostatistiques, informatique médicale
M.	Jean-Pierre	**QUENOT**	Réanimation
M.	Patrick	**RAY**	Médecine d'urgence
M.	Patrick	**RAT**	Chirurgie générale
M.	Jean-Michel	**REBIBOU**	Néphrologie
M.	Frédéric	**RICOLFI**	Radiologie et imagerie médicale
M.	Paul	**SAGOT**	Gynécologie-obstétrique
M	Maxime	**SAMSON**	Médecine interne
M.	Emmanuel	**SAPIN**	Chirurgie Infantile
M.	Emmanuel	**SIMON**	Gynécologie-obstétrique
M.	Éric	**STEINMETZ**	Chirurgie vasculaire
Mme	Christel	**THAUVIN**	Génétique
M.	Benoit	**TROJAK**	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
M.	Pierre	**VABRES**	Dermato-vénéréologie
M.	Bruno	**VERGÈS**	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Narcisse	**ZWETYENGA**	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

PROFESSEURS EN SURNOMBRE

M.	Alain	**BERNARD** (surnombre jusqu'au 31/08/2021)	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M.	Bernard	**BONIN** (Surnombre jusqu'au 31/08/2020)	Psychiatrie d'adultes
M.	Jean-Marie	**CASILLAS-GIL** (Surnombre jusqu'au 31/08/2020)	Médecine physique et réadaptation
M.	Pascal	**CHAVANET** (Surnombre jusqu'au 31/08/2021)	Maladies infectieuses

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES
PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES MEDICALES

			Discipline Universitaire
M.	Jean-Louis	**ALBERINI**	Biophysiques et médecine nucléaire
Mme	Lucie	**AMOUREUX BOYER**	Bactériologie
Mme	Shaliha	**BECHOUA**	Biologie et médecine du développement
M.	Mathieu	**BLOT**	Maladies infectieuses
M.	Benjamin	**BOUILLET**	Endocrinologie
Mme	Marie-Claude	**BRINDISI**	Nutrition
Mme	Marie-Lorraine	**CHRETIEN**	Hématologie
Mme	Vanessa	**COTTET**	Nutrition
M.	Damien	**DENIMAL**	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Ségolène	**GAMBERT-NICOT**	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Marjolaine	**GEORGES**	Pneumologie
Mme	Françoise	**GOIRAND**	Pharmacologie fondamentale
M.	Charles	**GUENANCIA**	Physiologie
Mme	Agnès	**JACQUIN**	Physiologie
M.	Alain	**LALANDE**	Biophysique et médecine nucléaire
M.	Louis	**LEGRAND**	Biostatistiques, informatique médicale
Mme	Stéphanie	**LEMAIRE-EWING**	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Pierre	**MARTZ**	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M.	Alain	**PUTOT**	Gériatrie
M.	Paul-Mickaël	**WALKER**	Biophysique et médecine nucléaire

PROFESSEURS EMERITES

M.	Laurent	**BEDENNE**	(01/09/2017 au 31/08/2020)
M.	Jean-François	**BESANCENOT**	(01/09/2017 au 31/08/2020)
M.	François	**BRUNOTTE**	(01/09/2017 au 31/08/2020)
M.	Philippe	**CAMUS**	(01/09/2019 au 31/08/2022)
M.	Jean	**CUISENIER**	(01/09/2018 au 31/08/2021)
M.	Jean-Pierre	**DIDIER**	(01/11/2018 au 31/10/2021)
Mme	Monique	**DUMAS-MARION**	(01/09/2018 au 31/08/2021)
M.	Claude	**GIRARD**	(01/09/2019 au 31/08/2022)
M.	Maurice	**GIROUD**	(01/09/2019 au 31/08/2022)
M.	Patrick	**HILLON**	(01/09/2019 au 31/08/2022)
M.	François	**MARTIN**	(01/09/2018 au 31/08/2021)
M.	Henri-Jacques	**SMOLIK**	(01/09/2019 au 31/08/2022)
M.	Pierre	**TROUILLOUD**	(01/09/2017 au 31/08/2020)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

M.	Jean-Noël	**BEIS**	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

Mme	Katia	**MAZALOVIC**	Médecine Générale

PROFESSEURS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

M.	Didier	**CANNET**	Médecine Générale
M.	François	**MORLON**	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

M.	Clément	**CHARRA**	Médecine Générale
Mme	Anne	**COMBERNOUX -WALDNER**	Médecine Générale
M.	Benoit	**DAUTRICHE**	Médecine Générale
M.	Alexandre	**DELESVAUX**	Médecine Générale
M.	Rémi	**DURAND**	Médecine Générale
M.	Arnaud	**GOUGET**	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme	Lucie	**BERNARD**	Anglais
M.	Didier	**CARNET**	Anglais
Mme	Catherine	**LEJEUNE**	Pôle Epidémiologie
M.	Gaëtan	**JEGO**	Biologie Cellulaire

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mme	Marianne	**ZELLER**	Physiologie

PROFESSEURS AGREGES de L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE

Mme	Marceline	**EVRARD**	Anglais
Mme	Lucie	**MAILLARD**	Anglais

PROFESSEURS CERTIFIES

Mme	Anaïs	**CARNET**	Anglais
M.	Philippe	**DE LA GRANGE**	Anglais
Mme	Virginie	**ROUXEL**	Anglais (Pharmacie)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

M.	Mathieu	**BOULIN**	Pharmacie clinique
M.	François	**GIRODON**	Sciences biologiques, fondamentales et cliniques
Mme	Evelyne	**KOHLI**	Immunologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

M.	Philippe	**FAGNONI**	Pharmacie clinique
M.	Frédéric	**LIRUSSI**	Toxicologie
M.	Marc	**SAUTOUR**	Botanique et cryptogamie
M.	Antonin	**SCHMITT**	Pharmacologie

Université de Bourgogne

UFR des Sciences de Santé

Circonscription Médecine

L'UFR des Sciences de Santé de Dijon, Circonscription Médecine, déclare que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation, ni improbation.

COMPOSITION DU JURY

Président : M. BEIS Jean-Noël, Professeur des universités de médecine générale

Membres :

Me. QUANTIN Catherine, Professeur en biostatistique et informatique médicale

M. BONIN Bernard, Professeur en surnombre de psychiatrie d'adultes

M. QUESADA Michel, Médecin généraliste, Directeur de thèse

M. DAUTRICHE Benoît, Maitre de conférence associé de médecine générale

SERMENT D'HIPPOCRATE

"Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque."

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

A mon président du jury, Monsieur le Professeur **Jean-Noël BEIS**, pour me faire l'honneur de présider ce jury et de juger mon travail. Je vous témoigne ma profonde reconnaissance.

A mon directeur de thèse, Monsieur le Docteur **Michel QUESADA**, pour ses bons soins durant mon enfance en tant que médecin traitant et pour son soutien et aide précieuse dans le cadre de cette thèse.

A monsieur le docteur **Philippe D'ATHIS** pour ses remarques pertinentes et toute l'aide apportée concernant ce travail.

A mes **parents**, pour vos sacrifices et votre soutien sans faille durant toutes ces longues études. Si j'en suis là aujourd'hui c'est grâce à vous. Avec tout mon amour.

A mes sœurs **Carole et Audrey** (mes dindes chéries), pour m'avoir supporté pendant les périodes de révisions, m'avoir soutenu dans bons comme les mauvais moments et d'être toujours là pour moi. Je n'imagine pas ma vie sans vous. Avec tout mon amour.

A mon conjoint **Victor** pour son aide et son soutient durant mes études, pour me mijoter des bons petits plats, pour réussir à me faire rire quoi qu'il arrive et pour être mon pilier dans la vie. Avec tout mon amour.

A mon fils **Mathis**, pour illuminer chaque jour un peu plus mon existence et pour la joie intense que tu m'apportes quand je rentre à la maison même en cas de journée difficile. Je t'aime plus que tout.

A ma **belle-famille**, pour leur soutien et leurs conseils toujours avisés.

A mes amis :

François, pour ton amitié et ton soutien indéfectible depuis maintenant presque 20 ans, **Alex H** pour être mon ami depuis plus de 10 ans, mon soutien pendant les périodes de révisions, pour toutes les bonnes soirées passées avec toi et ton éternelle bonne humeur, ma **Clem**, toi qui est passée de ma tutrice d'anatomie en P1 à une amie très chère, toujours là malgré la distance, **Alex et lolo** pour tous ces bons moment passés ensemble et pour votre amitié précieuse, **la team Autun (Marie, Pauline, Emilie, Hayat et Nico)** (toujours prêts !) pour votre soutient, votre amitié et votre disponibilité sans faille en cas de besoin. A mes collègues et/ou anciens co-internes qui sont devenus des amis précieux : **Olivia**, pour m'avoir formé à tout ce que je sais maintenant en gynéco et être pour moi un modèle car tu es une des femmes les plus fortes que je connaisse, **Germain**, pour ta gentillesse et ta disponibilité, ma **Jen** pour toutes les franches parties de rigolades pendant nos « pauses », **Cachou, Sofie**, **Eva**, **Eugénie**, **Diane et Victoria.** A ma **Paupau (L)** et **Ombeline**, amies de longue date et toujours présentes. **Tib et Anne, Nam et Cyrielle, Kader et fanny, Arnaud et fanny, Carol et Frédo,** merci à vous d'être présents dans ma vie.

A mes « parents » de la médecine qui m'ont éduqué, enseigné, et permis de grandir professionnellement :

A toi **Michel** qui m'a fait découvrir la médecine générale durant mon stage d'externat, j'aime à te décrire comme quelqu'un de passionnant et passionné, qui m'a transmis sa passion pour cette belle spécialité qu'est la médecine générale, après ce stage je savais ou j'allais ! Grâce à toi je suis passée de nourrisson à jeune enfant.

A vous « **les Caremellous » et Raphael**, grâce à qui j'ai pu apprendre de bonnes bases solides durant mon stage de premier niveau (tout particulièrement à toi Alexandra, ma « deuxième maman », merci pour tout tes conseils tant sur le plan professionnel que personnel et d'avoir pris le temps de m'écouter quand j'en avais besoin). Grâce à vous je suis passé de jeune enfant à adolescente.

A vous **Pr Jean-Noël BEIS** et les docteurs **Benoit DAUTRICHE** et **François MORLON** qui m'avez permis de devenir autonome et prendre confiance en moi pendant mon stage de SASPAS, ainsi que de développer et solidifier toutes les connaissances antérieurement acquises afin de pouvoir exercer mon métier sereinement. Grâce à vous je suis passée d'adolescente à jeune adulte.

A moi maintenant de faire le reste du chemin.

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS : 11

INTRODUCTION 12

1) Définition et contexte....12

Repères chronologiques et définitions: 12

La société, le monde du travail et son évolution : 13

Coût pour la société et le patient :....14

Quelques données épidémiologiques :....15

Quelques références :....15

2) Prévention....16

Intérêt du diagnostic précoce :....16

Comment faire de la prévention ? :....16

3) Le rôle du médecin généraliste :....17

4) Intérêt et objectifs de l'étude....17

MATERIEL ET METHODES 19

1) Protocole....19

2) Planification du recueil des données....19

***3)* Spécification des analyses** 21

RESULTATS....22

1) Sélection des participants :....22

2) Caractéristiques des participants : 22

3) Résultats sur le critère principal :....22

4) Résultats sur les critères secondaires :....23

DISCUSSION 27

1) Résultats principaux et interprétation 27

2) Forces et faiblesses de l'étude :....28

CONCLUSIONS....29

BIBLIOGRAPHIE....30

ANNEXES :....32

Liste des documents placés en annexes :

- Annexe 1 : Les phases menant à l'épuisement professionnel
- Annexe 2 : Les quatre stades d'évolution de la fatigue jusqu'à l'épuisement professionnel
- Annexe 3 : Affiche en salle d'attente
- Annexe 4 : Questionnaire mis à disposition des patients
- Annexe 5 : Interprétation du MBI-test

TABLE DES TABLEAUX :

- Tableau A : Comparaison de la moyenne des scores aux 3 dimensions du MBI-test entre les 2 groupes. Page 23.
- Tableau B : Les FDRPS avec leur rang d'importance. Page 24.
- Tableau C : Les facteurs protecteurs avec leur rang d'importance. Page 24

- Tableau 1 : Facteurs de risque significatifs. Page 25
- Tableau 2 : Sensibilité et spécificité en fonction du nombre de réponses positives (Epuisement professionnel absent/faible versus moyen/sévère). Page 26

LISTE DES ABREVIATIONS :

-ALD : Affection Longue Durée

-ANI : Accord National Interprofessionnel

-AVC : accident Vasculaire Cérébral

-BFC: Bourgogne-Franche-Comté

-BM : *Burnout Measure*

-BO: *BurnOut*

-CBI: *Copenhagen Burnout Inventory*

-CIM-10 : Dixième version de la classification internationale des maladies

-COI : Changements Organisationnels et Informatisation

-COPSOQ : Le Copenhagen Psychosocial Questionnaire

-DARES : Direction de l'Animation de la Recherche, des Etudes et des Statistiques

-DGT : Organisation de la Direction Générale du Travail

-DSM-5: *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5ème edition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux

-EpP : Epuisement Professionnel

-ERIQ : le modèle du déséquilibre effort-récompense (« *effort-reward imbalance* »)

-FDRPS : Facteurs de Risque PsychoSociaux

-INRS : Institut Nationale de Recherche et de Sécurité

-JCQ : Job Content Questionnaire

-MBI : *Maslach Burnout Inventory*

-MG : Médecin Généraliste

-MP : Maladies Professionnelles

-MT : Médecin Traitant

-OLBI : *Oldenbourg Burnout Inventory*

-OMS : Organisation Mondiale de la Santé

-QPS Nordic : Le Questionnaire Nordique Général

-RDV : Rendez-Vous

-RPS : Risques PsychoSociaux

-SIP : Santé et Itinéraire Professionnel

-SMBM : *Shirom Melamed burnout measure*

-SUMER : SUrveillance Médicale des Expositions des salariés aux Risques professionnels

-VS : versus

-WOCCQ : *WOrking Conditions and Control Questionnaire*

INTRODUCTION

1) Définition et contexte

Repères chronologiques et définitions:

Dans l'histoire médicale, le concept d'épuisement professionnel (EpP) est introduit en juin 1959 par le psychiatre français Claude Veil dans un article intitulé « Les états d'épuisement ». [1]

Le syndrome d'EpP est ensuite défini pour la première fois par le psychiatre américain Herbert FREUDENBERGER en 1975 comme « un état d'épuisement, à la fois émotionnel, physique et psychique, ressenti face à des situations de travail émotionnellement exigeantes ». [2, 3]

Les années 70 représentent une période charnière. A la suite d'observations dans les métiers du soin, Christina MASLACH a ensuite réalisé les travaux les plus importants au début des années 1980 [1]. Ils ont permis la définition actuelle basée sur la triade épuisement émotionnel, cynisme vis-à-vis de son travail ou dépersonnalisation (déshumanisation, indifférence) et diminution de l'accomplissement personnel au travail, ainsi que l'élaboration d'un outil d'évaluation : le *Maslach Burnout Inventory-test* (MBI-test). [2, 4, 5, 6]

Au cours des années 80 ce syndrome commence à être décrit dans d'autres catégories socio-professionnelles que celles du soin. [4]

Dans les années 90, apparait le terme de psychodynamique du travail qui présume que l'EpP survient lorsque les mécanismes de défense personnels et collectifs n'ont pas permis au patient de faire face à l'augmentation de l'activité. [4]

Des cas de harcèlement moral, décrits par des psychiatres à la suite d'une série de suicides chez France Télécom, ont permis une prise de conscience en France. Dans les suites, une loi réprimant le harcèlement moral au travail en 2002 a été votée. Puis, un plan d'urgence de prévention des risques psychosociaux (RPS) a été instauré par le ministre du travail en 2009. Ainsi, le premier rapport officiel sur ce sujet date de 2008. La même année un Accord National Interprofessionnel (ANI) sur la prévention du stress au travail a été signé par l'ensemble des partenaires sociaux. Pour comparaison cet accord est signé au Danemark depuis la fin des années 70. [1]

Il n'existe pas de définition précise acceptée par tous concernant le syndrome d'épuisement professionnel (ou *burnout*) [2] car, quarante ans après sa première description, la question même de son existence est toujours sujette à débats. [7]

Ce terme n'est référencé comme maladie dans aucune des deux grandes nomenclatures internationales de références : le DSM-5 de l'American Psychiatriques Association et la dixième version de la classification internationale des maladies (CIM-10) de l'Organisation mondiale de la santé. [1, 3, 5, 8] Le terme « surmenage » figure cependant au chapitre 21 de la CIM-10 dans la rubrique des « facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé » sous le code Z73. [2, 4, 9]

L'EpP apparait comme une rupture dans le rapport du patient à son activité professionnelle. Il va ensuite progressivement toucher toutes les autres sphères (affectives, cognitives, comportementales et physiologiques). [4] Il peut toucher l'ensemble du monde du travail. [3]

Il se traduit par « un épuisement physique, émotionnel et mental qui résulte d'un investissement prolongé dans des situations de travail exigeantes sur le plan émotionnel ». [5, 6, 8, 10] L'OMS décrit un sentiment de fatigue intense, de perte de contrôle et d'incapacité à aboutir à des résultats concrets au travail. [11] Pour l'INRS il s'agit d'un ensemble de réactions consécutives à des situations de stress professionnel chronique. [11]

Plusieurs complications découlent de ce syndrome s'il n'est pas détecté de manière précoce et/ou mal traité : conflits sur le lieu de travail, passage à l'acte violent auto ou hétéro-agressif, licenciement, retentissement sur la famille du patient, accidents de santé (accidents de travail, AVC, addictions, décompensation de troubles psychiatriques). [4]

Deux grandes catégories de facteurs de risque peuvent favoriser son apparition : les facteurs de risque psychosociaux (liés au travail, modifiables) et les facteurs de risque individuels (non modifiables). [1, 4] Selon certains auteurs, les facteurs personnels seraient en cause dans 40% des cas, les 60% restants étant liés à des facteurs organisationnels. [1] Malheureusement ceux-ci sont encore mal identifiés.

Pour le ministère du travail, le patient est à risque de présenter un syndrome d'épuisement professionnel lorsque celui-ci se trouve en présence de facteurs de risques psychosociaux (FDRPS) qui créent une situation de déséquilibre. [1, 3]

Selon le « rapport GOLLAC » : « les risques psychosociaux seront définis comme les risques pour la santé mentale, physique et sociale engendrés par les conditions d'emploi et les facteurs organisationnels et relationnels susceptible d'interagir avec le fonctionnement mental ». [7, 12]

Il en existe six grandes familles, concomitantes les unes des autres : intensité et temps/charge de travail, exigences émotionnelles, autonomie et marges de manœuvre, rapports sociaux et relations, conflits de valeur et insécurité, et enfin impuissance ressentie à préserver la continuité dans une situation de menace sur l'emploi. [6, 7, 11, 13]

Les seules échelles d'évaluation existantes sont des échelles d'autoévaluation. Elles sont assez peu utilisées en France, du moins de façon préventive en entreprise. [14] De plus, aucun outil objectif et accepté par tous n'a pu être construit. [3]

Le MBI-test (Gold standard = test de référence) permet d'évaluer le syndrome d'EpP selon trois dimensions : épuisement, dépersonnalisation et réduction de l'estime de soi. [1] Mais il n'a pas été construit comme un outil d'évaluation individuel et ne peut pas être considéré comme un outil diagnostic. [1, 5, 6, 7] Il peut servir éventuellement de guide lors de l'entretien avec le patient. [5] De plus, il explore seulement trois dimensions de l'EpP alors qu'il en existe d'autres et certaines questions trop directes peuvent parfois paraitre agressives. [3] Enfin, il faut noter que la conception de madame MASLACH du syndrome d'épuisement professionnel, tout comme le MBI, est actuellement débattue et ne devrait être utilisée qu'avec prudence. [10]

Il existe aussi le *Copenhagen Burnout Inventory (CBI)*, qui n'a pas non plus été construit comme un instrument d'évaluation individuel. [6] Il a été mis au point au Danemark en 2005 par M.TAGE et S.KRISTENSEN pour l'institut national de la santé au travail et comporte dix-neuf questions. [3] Il est connu pour être un bon outil diagnostic et de prévention mais il n'existe pas de version francophone complètement validée. [3]

Pour les citer, il existe également le Oldenbourg Burnout Inventory (OLBI), le Shirom Melamed burnout measure (SMBM) et le Burnout Measure de pines (BM), mais ce ne sont pas des outils diagnostics. [1]

Enfin plusieurs questionnaires psychologiques axés sur le dépistage des facteurs de risque psychosociaux sont à disposition. Mais le nombre important de questions et leur validité parfois discutée rend leur utilisation impossible en médecine générale. [12]

(Le Job Content questionnaire (JCQ) de Robert KARASEK, le modèle du déséquilibre effort-récompense (« effort-reward imbalance » ERIQ) de Johannes SIEGRIST, le Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ) de l'institut national de santé au travail du Danemark, le Questionnaire Nordique Général (QPS Nordic) de LINDSTRÖM et AL. et le WOrking Conditions and Control Questionnaire (WOCCQ) d'Isabelle HANSEZ)

La société, le monde du travail et son évolution :

De nombreuses études ont montré l'importance du travail dans les préoccupations des français et il est primordial dans notre construction identitaire. [11, 15]

Sur le plan légal plusieurs articles encadrent la prévention de la santé en entreprise : En France, la médecine du travail a été instituée par la loi du 11 octobre 1946 pour toutes les entreprises du secteur privé. [16] L'obligation de prévention des risques professionnels s'applique à tous les employeurs selon les articles L.4121-1 et suivants du code du travail (loi du 31 décembre 1991). [16] Cette loi est donc particulièrement protectrice de la santé physique et mentale des salariés et elle impose au chef d'entreprise de la préserver. [14]

La souffrance au travail, physique ou psychologique, est de plus en plus fréquente dans toutes les catégories professionnelles. Le problème ne semble donc pas lié à un environnement précis ou à une catégorie professionnelle particulière. En effet, initialement décris comme un « syndrome de soignants », on peut de nos jours étendre le risque d'EpP à l'ensemble des individus au travail. Cette recrudescence survient bien sûr dans un contexte économique et organisationnel spécifique. [14]

L'évolution de la société a mené à l'émergence de nombreux risques psychosociaux, favorisant le risque d'EpP.[14, 17]

Les nouvelles organisations du travail génèrent des contraintes. L'augmentation de la cadence des tâches à accomplir, l'intensification et la densité des activités sont des processus observés dans tous les secteurs professionnels. [17] La représentation du travail est également de plus en plus virtuelle. [18]

Les employés doivent donc faire plus vite avec moins de moyens dans le cadre d'un management pas toujours adapté. [18] Celui qui réussit de nos jours n'est pas le plus intelligent ou le plus performant mais le plus rapide, et le moindre sentiment de fatigue est perçu comme un signe d'insuffisance personnelle. [15]

De nos jours, de plus en plus de sociétés se trouvent en crise et plusieurs conséquences en découlent. L'insécurité de l'emploi entraine une précarisation du travail. Celle-ci provoque une perte de solidarité qui engendre une neutralisation de la mobilisation collective. Cette perte de solidarité fait naître une solitude et un isolement du salarié face à ses troubles. [14, 17] Le travail étant plus intense et les marges de manœuvre réduites, l'organisation du travail devient contraire à l'intérêt des salariés. [19] Enfin, la peur du licenciement à la moindre plainte majore le sentiment d'insécurité et d'isolement. [20]

Quelques études françaises ont permis de mesurer les conditions de travail : celles réalisée par la DARES (première en 1978, puis tous les 7 ans), l'enquête SUMER (surveillance médicale des risques professionnels en 1994, 2003 et 2009), l'enquête SIP (Santé et itinéraires professionnels, 2006-2007, 2010), et enfin l'enquête COI (changements organisationnels et informatisation, 1996, 2005). [12, 16] Mais selon l'agence européenne de sécurité et santé au travail, la France enregistre un réel retard dans la lutte menée par les entreprises contre le stress au travail et la prévention des risques psychosociaux. [3]

Coût pour la société et le patient :

L'EpP a des conséquences importantes pour les patients touchés, pour leur employeur, pour la société et pour l'économie. [11]

Pour donner quelques exemples :

Pour le patient : perte de revenu, progression de carrière moindre, perte d'emploi, réorientations professionnelles, reste à charge des soins médicaux. [2]

Pour le système de protection sociale : indemnités journalières sur des durées longues avec des salaires moyens plutôt élevés, soins médicaux, perte de cotisations, invalidités précoces. [2]

Pour les entreprises : perte de savoir-faire, désorganisation qui induit une baisse de la productivité, absentéisme, besoin de remplacements fréquents, pression à l'augmentation des cotisations sociales, pertes en termes d'image et d'attractivité. [11]

Le stress au travail, menant à l'EpP, a donc des effets sur son organisation, qu'ils soient directs ou indirects, ce qui en fait aujourd'hui une menace pour la compétitivité des entreprises. [3]

En France, une enquête menée conjointement par l'INRS, Arts et métiers ParisTech et le groupe de recherche sur le risque, l'information et la décision, indique que le stress au travail aurait coûté, en 2007, entre 1,9 et 3 milliards d'euros au minimum (dont 200 millions d'euros de soins de santé et 1 283 millions d'euros liés à l'arrêt de l'activité). [1, 3] La commission européenne a estimé le coût annuel du stress lié au travail à hauteur de 20 milliards d'euros en 2002. [1, 3] Le Bureau International du Travail, quant à lui, évalue les effets négatifs du stress entre 3 et 4% du PIB des pays industrialisés. [1]

Le stress conduit à l'augmentation des maladies cardiovasculaires, à l'accroissement du risque de pathologies mentales et à l'apparition de troubles musculo-squelettiques. Or ces trois domaines représentent les pathologies les plus fréquentes, les plus couteuses et les plus invalidantes pour la population adulte. [12]

A travers l'augmentation de la pression sanguine et la consommation de tabac et/ou d'alcool, le stress favorise les maladies cardiovasculaires. Elles représentent la première cause de décès dans les pays industrialisés. En 2008 en France, la cardiopathie ischémique représentait la deuxième cause de décès chez les hommes de 45 à 65 ans et la première cause de prise en charge en ALD. En 2002, on évaluait à 12,6%, la part de celles-ci parmi les dépenses de soins. [12]

Les problèmes de santé mentale constituent des dépenses de santé massives et sont fréquemment associés à un absentéisme. En 2002, on évaluait à 10,6% la part de ceux-ci dans les dépenses de santé. [12] Il s'agit de la première cause de mortalité hommes et femmes confondu de 25 à 44 ans, de la 5e pour les hommes de 45 à 64 ans et de la 3e pour les femmes du même âge. [3] Pour rappel, le salarié français est 4e en productivité horaire au niveau mondial mais également 1er en consommation de psychotropes. [14, 17]

Enfin, les troubles musculo-squelettiques constituent la première maladie professionnelle (MP) reconnue. Celle-ci se trouve d'ailleurs en progression continue depuis plus de 10 ans. Leurs coûts représentaient plus du tiers des indemnisations du régime général MP en 2008. Ils sont également une cause d'absentéisme et d'invalidité. En 2002, on évaluait à 9% leur part parmi les dépenses de soins. [12]

Ainsi, si l'on réunit ces trois domaines, ils représentaient en 2002 plus de 30% des dépenses de santé, ce qui rend leur prévention d'un intérêt économique majeur car on peut s'imaginer que de nos jours ce pourcentage a évolué à la hausse.

Le risque de décès attribuables au travail est difficile à quantifier par manque de mention et de codage de la cause du décès sur le certificat de décès. [3]

Quelques données épidémiologiques :

Plusieurs professionnels de la santé au travail et/ou spécialistes de la souffrance au travail ont constaté une augmentation de celle-ci et des risques psychosociaux ces dernières années. [18] Selon le programme de surveillance des maladies à caractère professionnel, la souffrance psychique liée au travail arrive en deuxième position, derrière les troubles de l'appareil locomoteur. [4, 5, 6]

Selon l'enquête Santé et itinéraire Professionnel (SIP), citée précédemment, 28% des salariés ne déclarent pas ou peu de facteurs de risque psychosociaux, 19% manquent de reconnaissance sans en souffrir, 16% ont de fortes exigences émotionnelles mais bénéficient d'un soutien, 15% ont un travail exigeant et intensif, 13% ont à la fois un manque de reconnaissance professionnel et des relations de travail difficiles, et 9% sont à considérer comme surexposés car ils cumulent plusieurs facteurs de risque. [7]

Selon l'enquête SUMER de 2010, également citée précédemment, interrogeant plus de 50 000 salariés représentatifs de 22 millions de travailleurs du régime général et des fonctions publiques, seul un peu plus d'un tiers d'entre eux travailleraient dans un établissement ayant mis à jour un plan de prévention des risques psychosociaux.[16]

Selon Santé Publique France, la prévalence de la souffrance psychique liée au travail était de 3,1% chez les femmes et de 1,4% chez les hommes en 2012. [7] Le risque semble donc multiplié par deux chez les femmes. Il semblerait, pour exemple, que l'incidence de l'EpP soit de l'ordre de 30% chez les enseignants et de 10% chez les médecins et les dentistes. [2] Ces chiffres sont cependant à manier avec précaution car ils dépendent beaucoup de l'instrument d'évaluation et des critères utilisés.

Une des études du cabinet TECHNOLOGIA réalisée en 2014 estime que 3,2 millions de salariés français (soit 12% de la population active) sont à risque d'EpP. [3] L'institut de veille sanitaire estime pour sa part que l'EpP concerne 7% des 480 000 salariés en souffrance psychologique liée au travail, soit un peu plus de 30 000 personnes. [1, 3]

Quelques références :

Le fait que certains termes et définitions restent flous, ainsi que le caractère multifactoriel de ce syndrome rendent les études épidémiologiques difficiles. [7] De fait, en l'absence de description claire, il est très difficile d'en quantifier la prévalence [7] et d'en mesurer précisément l'incidence [3]. La part imputable au travail est, de plus, difficile à évaluer puisqu'il peut également survenir chez des personnes sans emploi. [7] C'est la raison pour laquelle peu de travaux ont été réalisé dans ce domaine. [2]

En mars 2012, l'étude du cabinet TECHNOLOGIA sur « les effets du travail sur la vie privée » a mené à l'introduction du « droit à la déconnexion » dans le code du travail (loi n°2016-1088 du 8 aout 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels). [3]

D'après les résultats d'enquêtes épidémiologiques prédictives (SUMER, DARES, DGT), l'organisation du travail serait un facteur important de développement de risques psychosociaux. [17] Ainsi, plus le fonctionnement de l'entreprise est défaillant, plus il y a de risque d'apparition de FDRPS et donc de risque d'épuisement pour les salariés.

Selon une étude du cabinet REHALTO publiée le 10 juin 2016, 20% des salariés en arrêt maladie estiment que le motif est lié à leur travail (14% suite à des tensions liées à son organisation, les 6% restants suite à des difficultés liées aux pratiques managériales de l'entreprise). [3]

2) Prévention

Intérêt du diagnostic précoce :

Il est impératif d'agir précocement car le risque de perte d'emploi est important [7].

Neuf phases cliniques se succèdent jusqu'à l'EpP [Annexe 1]. Seules les trois premières permettent une action de prévention et/ou traitement. Une fois la quatrième phase engagée il est trop tard et tous les cercles vicieux se sont mis en route. D'où l'intérêt d'un dépistage précoce. [15]

Il existe également quatre stades d'évolution de la fatigue menant à l'EpP. [Annexe 2] Elle est à considérer comme un mécanisme protecteur et un signal d'alerte. Le point positif est qu'en cas d'arrêt précoce le patient peut récupérer son énergie. [15]

Le patient en état de stress chronique ou de pré-épuisement va présenter un tableau clinique léger mais avec des risques professionnels importants. C'est le moment opportun pour intervenir sur les conditions de travail et sur l'individu en lui-même. Il est alors possible de le questionner sur son rapport au travail, de l'informer des risques d'un épuisement et de la nécessité de consulter rapidement. [10] Pour preuve la plupart des patients pris en charge à temps retrouvent un rapport positif au travail sur un autre poste. [15]

Enfin, il est important de noter que le patient en EpP aura tendance à négliger son état, ainsi que son suivi médical. [21] D'où l'intérêt d'avoir à disposition un outil utilisable lors de toute consultation, quel que soit le motif.

Comment faire de la prévention ? :

L'intérêt de la prévention est que si la prévalence baisse, les bénéfices seraient considérables tant pour la santé et le bien-être des personnes concernées, que pour l'efficacité des entreprises et l'équilibre financier de notre protection sociale. [11]

La plupart des stratégies utilisables actuellement en entreprise concernent la prévention des risques psychosociaux à travers l'organisation du travail et le management des personnes. [1, 8]

En médecine générale, différents types de prévention sont possibles :

Prévention primaire : Eviter l'apparition du risque d'EpP.

Secondaire : Repérer les personnes qui sont dans un contexte favorable pour réagir précocement et trouver le moyen d'interrompre le processus. Le but étant de les aider à faire face avant que leur santé ne se dégrade.

Tertiaire : Traiter les patients atteints et les accompagner dans le retour à l'emploi. [2, 11]

Le retour au travail des salariés étant dans plus de la moitié des cas un échec, la prévention primaire ou secondaire doit être une priorité. [11]

Certains facteurs de risque sont déjà présents bien avant l'apparition du syndrome, et les premiers symptômes apparaissent plusieurs mois avant « l'effondrement ». [22] Ce constat implique, qu'avec le bon outil, il serait possible de les mettre en évidence lorsqu'ils sont présents dans le but d'une prévention primaire.

Il existe en France, peu de lieux d'écoute spécialisés dans la souffrance au travail, dont le sujet est assez tabou. [18] Seules quelques associations permettent ce lieu d'échange tout en offrant également un soutien et éventuellement un conseil juridique. Il est possible de citer comme exemple l'association « parlons travail » à Schiltigheim en alsace. [18] Le centre Violette-Maurice à Saint-Etienne qui propose des consultations à coûts réduits. [36] Et l'association « souffrance et travail » qui met à disposition une liste de psychologues spécialisés dans la souffrance au travail par départements. [26]

3) Le rôle du médecin généraliste :

L'augmentation de l'espérance de vie mène à une augmentation de maladies chroniques et à un déséquilibre entre la demande de soins et la capacité de les livrer. Nous sommes donc actuellement confrontés à une surconsommation médicale et les patients demandent plus souvent de l'aide à leur médecin traitant. De plus, les souffrances psychiques étant en augmentation, les consultations en médecine générale sont de plus en plus complexes. [23]

Les médecins généralistes (MG) ont une vision globale de leurs patients à travers leur connaissance des antécédents et la relation de confiance établie. [8] Connaissant son patient, il peut déterminer si l'épuisement qu'il présente est consécutif ou non au travail. [17] Mettre en relation l'altération de la santé du patient avec le travail est une information importante pour sa reconstruction et la reconnaissance du traumatisme subi. [24] En effet, en évoquant l'étiologie professionnelle, le praticien lui permet de sortir d'un mécanisme culpabilisant. [13]

De plus, le diagnostic d'EpP peut parfois être difficile à établir lors d'une seule consultation. L'intérêt du MG est qu'il peut évaluer ce risque au cours de plusieurs consultations. [15]

Il est également en première ligne pour repérer les signes précurseurs. [22] Le repérage est souvent fait tardivement, le patient n'osant pas et/ou refusant de demander de l'aide avant « l'effondrement ». [4] Il existe cependant des manifestations pathologiques précédant l'apparition de l'EpP qu'il est nécessaire de rechercher afin de pouvoir les traiter en amont. [13]

Par ailleurs, le médecin généraliste a de nombreuses autres possibilités d'action. Il peut initier/renouveler l'arrêt maladie et/ou un traitement médicamenteux. [10] Il est au centre de la coordination entre les différents acteurs de soins, nécessaire à une prise en charge pluridisciplinaire et indispensable pour une bonne prise en charge. [6, 15, 21] Les interactions MT/psychiatre/psychologue/médecin du travail permettent d'anticiper les conditions de reprise à l'issue du traitement et/ou anticiper une issue défavorable quant au maintien de poste. [7]

Le MG a donc un rôle central et incontournable dans la prévention, le dépistage et la prise en charge du syndrome d'EpP. [4]

4) Intérêt et objectifs de l'étude

Le contexte est donc l'évolution actuelle de la société qui a favorisé le développement de risques psychosociaux, entraînant l'augmentation du nombre de consultations pour souffrance au travail. Cette souffrance a un impact néfaste important tant sur le plan tant financier que personnel et il est souvent déjà trop tard lorsque le patient consulte. Il n'existe actuellement pas d'outil à disposition du MG français, qui tient un rôle central dans la prévention, lui permettant de détecter les patients à risque.

La mise en évidence de ces données a mené au thème de cette étude : mettre à disposition des MG un outil performant mais simple et rapide, utilisable lors de toute consultation pour détecter les personnes à risque d'EpP. Il serait alors possible, dès qu'un risque serait repéré, de prévenir son apparition (prévention primaire) en surveillant les conditions de travail.

Le sujet de cette étude était l'élaboration d'un outil de dépistage des facteurs de risque du syndrome d'EpP à partir d'un auto-questionnaire basé sur une revue de la littérature [de 27 à 35 et 4, 5, 6, 9, 10, 15, 16, 17, 21, 22] couplé au test gold standard.

L'hypothèse de travail étant qu'il existe des facteurs de risque qui favorisent la survenue de l'EpP.

L'objectif principal était le suivant : Evaluer la capacité du questionnaire à reconnaître les différentes formes d'épuisement professionnel et mettre en évidence les principaux facteurs de risque de cet épuisement.

Les objectifs secondaires étaient les suivants :

- Evaluation du rôle du médecin généraliste dans le diagnostic, le dépistage et la prévention du syndrome d'épuisement professionnel.

- Modalités de suivi par le médecin du travail, dont le but est, entre autres, de dépister le syndrome d'épuisement professionnel.

-Evaluer l'importance,

- des facteurs de risque psychosociaux.

- des facteurs protecteurs du plus important au moins important.

- des symptômes précoces.

Schéma d'étude :

La population a été définie par les patients travaillant/étant actifs, en salle d'attente (« tout-venant ») de cinq cabinets de médecine générale semi-ruraux et urbains en Côte-d'Or.

(Un cabinet de quatre médecins exerçant à Auxonne, le cabinet d'un médecin exerçant seul à Auxonne également, un cabinet de quatre médecins exerçant à Brazey-en-plaine, un cabinet de trois médecins exerçant à Dijon et un cabinet de trois médecins exerçant à Quetigny).

On a noté pour chacun s'il existait ou non un syndrome d'EpP.

Information de l'étude : L'auto-questionnaire était composé du questionnaire recensant les principaux facteurs de risque ainsi que les facteurs protecteurs et du test de référence MBI évaluant l'intensité du syndrome d'EpP. Ce couplage a permis de mettre en évidence les facteurs de risque les plus déterminants dans la survenue du syndrome.

Traitement des données : Il a ensuite été réalisé une étude descriptive, puis comparative des patients avec et sans EpP.

MATERIEL ET METHODES

1) Protocole

Il a d'abord été réalisé une étude d'observation (les facteurs de risque mis en évidence par les patients étaient juste notés, qu'ils manifestent ou non un syndrome d'EpP) exploitant un échantillon d'individus (patients consultant auprès de leur MG). Une étude comparative a par la suite été réalisée.

Cette étude était prospective car ont été inclus tous les patients en activité ayant répondu au questionnaire, même ceux ne présentant pas un EpP. L'information recueillie correspondait à l'état actuel de chaque patient.

L'hypothèse de travail étant qu'il existerait des facteurs de risque (tels que certains types de personnalité, le sexe féminin et certaines caractéristiques liées au travail entre autres) qui favoriseraient un EpP.

L'inclusion était simple (sans contrôle de la variable « sexe » en particulier) et le recrutement était multicentrique.

Les participants n'ont pas été tirés au sort. Ils ne sont donc pas représentatifs des patients de chaque cabinet, d'autant plus que l'affiche Annexe 3 en salle d'attente disait « si vous êtes intéressés par ce sujet veuillez remplir ce questionnaire ».

Le questionnaire Annexe 4 comportait 3 parties : une première partie exposant le principe de protection des données et garantissant l'anonymat du participant, la deuxième partie était l'auto-questionnaire reprenant les principaux facteurs de risque et la troisième partie était l'auto-questionnaire de MASLACH (=MBI test, Gold standard).

2) Planification du recueil des données

Principe de recueil : Il s'agissait d'une étude quantitative qui utilisait un questionnaire rempli par chaque individu, la plupart des questions étant des questions fermées.

Documents nécessaires au recueil :

Le formulaire se limitant à des données fournies seulement par le participant il s'agissait d'un questionnaire.

Celui-ci commençait par l'âge (en années) et le sexe du participant, puis posait des questions pour la plupart fermées à réponse unique (oui/non ou de 0 à 6 pour le MBI test), à l'exception d'une question ouverte concernant la profession, de deux questions demandant un ordre d'importance (7 et 8) et de quatre questions à réponses multiples (1, 4.b, 6.a, 9 et statut marital).

Le questionnaire était long, et le vocabulaire utilisé dans certaines questions du MBI test était difficile mais ces dernières ne sont pas modifiables pour un test considéré comme « gold standard ».

Caractéristiques propres aux participants :

-Critères d'inclusion : patient actif (travaillant).

-Critères de non inclusion : retraité, sans emploi.

-Critères d'exclusion : MBI test non rempli ou réponses manquantes qui peuvent changer le niveau faible-moyen-élevé d'EpP.

-Critère principal de jugement : niveau de l'EpP (intensité)

Critères secondaires :

-Catégorie socioprofessionnelle, statut marital, sexe, reconversion professionnelle, nombre d'enfants, qualité de la vie de famille, situation de précarité financière, antécédents médicaux d'épuisement professionnel ou burnout/dépression/anxiété, présence d'évènements traumatisants de vie.

-Personnalité (implication dans le travail, besoin de contrôle, confiance en soi, anxiété, hyperactivité, perfectionnisme, besoin de reconnaissance, surinvestissement, facilité à déléguer).

-Caractéristiques liées au travail (implication d'autres personnes/métiers de soins/responsabilités, pression au travail, peur d'aller au travail, accroissement du volume récent, réduction d'effectif, changement de direction, changement de poste, sentiment d'insécurité de l'avenir professionnel, fatigue intense, prise de substances pour « tenir » au travail, présence ou non d'un médecin du travail attaché à l'entreprise/facilité d'obtention d'un RDV/visites régulières, qualité des relations avec les collègues, nécessité d'adaptation à de fréquents changements de situation, changement du comportement relatif au travail).

-Classement des facteurs de risque psychosociaux du plus important au moins important selon le participant.

-Classement des principaux facteurs protecteurs du plus important au moins important selon le participant.

-Repérage des symptômes précoces.

-Evaluation du rôle du MG dans le dépistage de l'EpP en fonction du nombre de participant se sentant à l'aise d'évoquer avec lui un problème au travail.

Nombre de participants : 400 questionnaires en version papier ont été imprimés. Il était également possible de remplir le questionnaire en ligne en flashant un QR code sur chaque affiche de présentation en salle d'attente.

Autorisation de recueillir les données :

La première partie du questionnaire garantissait aux participants la protection de leurs données personnelles (conservée de façon anonyme et confidentielle, avec traitement informatique non nominatif, et respect du secret professionnel). Etant donné qu'il n'y avait donc aucun moyen d'identifier la personne qui a rempli le questionnaire, que celle-ci l'a complété de son plein gré et qu'elle a bien été informée, il n'y avait pas d'obligation à la CNIL. (*Selon le Dr Catherine RENAUD Chef de projets à la Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation (DRCI))*

Recueil chez les participants :

Lieu et moment du recueil : Le questionnaire a été déposé dans 5 cabinets de médecine générale en côte d'or : deux à AUXONNE, un à BRAZEY-EN-PLAINE, un à QUETIGNY et un à DIJON) entre le 15/01/2020 et le 13/03/2020.

Une affiche [Annexe 3] expliquant le thème et le but de la thèse et invitant les patients à remplir le questionnaire était visible en salle d'attente. Le patient était libre de remplir ou non le questionnaire.

3) **Spécification des analyses**

- Analyses individuelles :

Calcul du score MBI pour chaque participant (sain, faible, moyen et sévère).

Selon le document en Annexe 5 les patients ont été classés en 4 catégories en fonction du score de chaque échelle :

-Sain (aucune des 3 dimensions n'est atteinte = Score bas d'épuisement émotionnel, score bas de dépersonnalisation et score élevé de d'accomplissement personnel).

-Faible (une seule dimension atteinte, même si « moyen »).

-Moyen (atteinte de 2 dimensions sur 3, même si « moyen »).

-Sévère (atteinte des 3 dimensions, même si « moyen »).

- Analyses statistiques :

-Evaluation du rôle du médecin généraliste dans le diagnostic et la prévention du syndrome d'épuisement professionnel : fréquence de patients se sentant à l'aise pour évoquer le sujet avec le médecin traitant, fréquence de patients ayant un antécédent d'épuisement professionnel avec, parmi ceux-ci, la fréquence de ceux diagnostiqués par le médecin généraliste.

-Modalités de suivi par le médecin du travail : fréquence de patients dont l'entreprise a un médecin du travail, fréquence de patients ayant déjà rencontré le médecin du travail et fréquence de ceux ayant des consultations régulières en médecine du travail, fréquence de patients sachant qu'ils peuvent prendre RDV à n'importe quel moment avec le médecin du travail.

-Classement par fréquences décroissantes, pour évaluer leur importance :

- des facteurs de risque psychosociaux.

- des facteurs protecteurs.

Les patients avec EpP au moins moyen ont été comparés à ceux avec EpP absent ou faible

- avec le test exact de Fisher pour des fréquences,
- avec le test (non paramétrique) de Mann-Whitney pour des moyennes.

RESULTATS

1) Sélection des participants :

Sur les 400 formulaires imprimés proposés du 15/01/2020 au 13/03/2020 :

- 67 exemplaires restants.
- 163 probablement emportés par les patients pour les remplir chez eux mais non rapportés.
- 170 questionnaires remplis.

A cela il faut :

- ajouter 2 questionnaires remplis en ligne.
- retrancher 46 exclus.

Ce qui donne finalement 126 questionnaires exploitables.

2) Caractéristiques des participants :

La moyenne d'âge était de 42 ans (écart type 10,3).

L'échantillon était majoritairement composé de femmes (83% contre 17% d'hommes).

Les proportions de catégories socio-professionnelles (selon la nomenclature des professions et catégories socioprofessionnelles de l'INSEE) sont les suivantes : 3,2% d'artisans/commerçants ou chef d'entreprise (catégorie 2), 25% de cadres et professions intellectuelles supérieures (3), 22% de professions intermédiaires (4), 47% d'employés (5), 2% d'ouvriers (6) et 1% autres (8).

23% des participants ont eu recours à une reconversion professionnelle.

48% des participants étaient mariés, 12% PACSES, 19% en concubinage et 21% célibataires, séparés ou divorcés.

Le nombre moyen d'enfants variait de 0 à 5 autour de la moyenne 1,70 (écart type 1,16).

La qualité de la vie de famille a été estimée bonne pour 69% des participants, intermédiaire pour 28% et faible pour 3%, avec 83% se sentant globalement bien entourés.

21% se trouvaient en situation de précarité financière.

48% des patients ont déjà souffert de dépression dont 82% ont été traités, 80% ont souffert d'anxiété dont 49% traités et 32% ont déjà souffert d'EpP (ou BO).

62% ont subi des évènements traumatisants au cours de leur vie.

3) Résultats sur le critère principal :

Les 126 patients se répartissent comme suit:

- 8% (10 patients) sans EpP (atteinte d'aucune des trois dimensions [Annexe 5]).
- 27% (34) avec un EpP de degré faible (atteinte d'une seule des trois dimensions).
- 41% (52) avec un EpP de degré moyen (atteinte de deux des trois dimensions).
- 24% (30) avec un EpP de degré sévère (atteinte des trois dimensions).

Tableau A : Comparaison de la moyenne des scores aux 3 dimensions du MBI-test entre les 2 groupes

Score	EpP absent/faible =groupe 1		EpP moyen/sévère =groupe 2		p
	n	m (s)	n	m (s)	
Epuisement émotionnel	44	14 (12)	82	32 (12)	< 0,0001
Dépersonnalisation	44	3 (4)	82	11 (8)	< 0,0001
Accomplissement personnel	44	30 (11)	82	35 (10)	0,0413

Légende : EpP= Epuisement Professionnel, n= effectif, m= moyenne, s= écart type et p= degré de signification

Le tableau ci-dessus montre que la moyenne de chacun des scores était significativement plus grande dans le groupe 2.

4) Résultats sur les critères secondaires :

- Caractéristiques des participants :

La comparaison des deux groupes n'a pas montré de différence significative pour l'âge, le sexe, la reconversion professionnelle, la profession, le statut marital, le nombre d'enfants, la qualité de la vie de famille, le sentiment d'être bien entouré, la précarité financière, l'antécédent de dépression et le traitement de celle-ci, l'antécédent d'EpP, l'antécédent d'anxiété (p=0,062) et le traitement, et l'antécédent d'évènements de vie traumatisants.

- Personnalité :

L'implication dans le travail, le besoin de contrôle, la confiance en soi, l'anxiété au travail, l'hyperactivité, le perfectionnisme, le besoin de reconnaissance, la part importante que représente le travail dans la vie et enfin la facilité à déléguer des tâches professionnelles n'ont pas montré de différence significative entre les groupes.

Le critère de surinvestissement dans son travail était quant à lui significatif avec p=0,0079 (OR 2,89) (Cf. Tableau 1).

- Caractéristiques liées au travail :

Plusieurs de ces caractéristiques ont montré une différence significative : la pression importante (p<0,0001 ; OR 6,88), la peur d'aller au travail (p= 0,0050 ; OR 5,42), l'accroissement récent du volume de travail (p<0,0001 ; OR 3,94), la réduction des effectifs (p= 0,0392 ; OR 2,35), le sentiment d'insécurité quant à l'avenir professionnel (p<0,0001 ; OR 7,65), la fatigue intense (p<0,0001 ; OR 5,24), la perte du plaisir à aller travailler (p= 0,0001 ; OR 4,59), l'adaptation à de fréquents changements de situations (p= 0,0012 ; OR 5,49) et enfin le changement de comportement rapporté par l'entourage (p= 0,0005 ; OR 4,50) (Cf. Tableau 1).

Les caractéristiques suivantes n'ont pas montré de différence significative : changement de direction, changement de poste, la consommation de substances et la qualité des relations entre collègues.

- Symptômes précoces :

Aucune différence n'a été trouvée significative pour les troubles de l'attention/de la concentration/de la mémoire, le sentiment de devoir augmenter la présence au travail ou les horaires afin d'être plus efficace, le sentiment de devoir augmenter son implication pour garder le rythme et la fatigue intense.

- Evaluation du rôle du MG :

88% des patients se sentiraient à l'aise pour évoquer une difficulté au travail avec leur MT.

Chez les patients ayant souffert d'EpP, le diagnostic a été fait par le MT seul pour 50% d'entre eux, par le MT et un autre spécialiste pour 29% et par un psychiatre, un psychologue ou un médecin du travail seul pour les 21% restants. Au total, seul ou avec un autre confrère, le MT a fait le diagnostic chez 79% des participants.

- Modalités de suivi par le médecin du travail :

Parmi les patients ayant un antécédent d'EpP, le diagnostic a été posé par le médecin du travail seul pour 3% des participants et par le médecin du travail et un autre spécialiste pour 8%. Soit 11% au total.

66% des participants estiment que leur entreprise a un médecin du travail rattaché à celle-ci. Parmi eux, 80% ont déclaré avoir accès facilement à un RDV, 82% l'avoir déjà rencontré et 38% avoir des visites régulières auprès de lui/elle. 68% des patients savaient qu'il était possible de prendre rendez-vous avec lui/elle à n'importe quel moment.

- FDRPS :

Tableau B : Les FDRPS avec leur rang d'importance

FDRPS	EpP absent/faible	EpP modéré/sévère	P (chi2/FISHER)
Intensité et complexité/charge de travail	Numéro 1 (considéré comme le plus à risque de causer un EpP) le plus fréquent (48% des patients)	Numéro 1 le plus fréquent (37%)	0,609
Temps de travail	N° 3 le plus fréquent (21%)	N°3 le plus fréquent (21%)	0,475
Exigences émotionnelles	N°4 le plus fréquent (31%)	N°3 le plus fréquent (24%)	0,899
Autonomie	N°7 le plus fréquent (48%)	N°7 le plus fréquent (42%)	Impossible
Rapports sociaux	N°6 le plus fréquent (21%)	N°2 le plus fréquent (19%)	0,969
Conflits de valeur	N°2 et 6 les plus fréquents (21%)	N°6 le plus fréquent (23%)	0,94
Insécurité	N°5 le plus fréquent (28%)	N°5 le plus fréquent (32%)	0,269

Légende : N° = Numéro, EpP = Epuisement Professionnel, p= degré de signification

On constate que le plus grand risque d'EpP est jugé résultant de l'intensité, de la complexité et de la charge de travail, que les participants en souffrent ou non.

- Facteurs protecteurs :

Tableau C : Les facteurs protecteurs avec leur rang d'importance

Facteurs protecteurs	EpP absent/faible	EpP modéré/sévère	P (chi2/FISHER)
Travail de qualité dans lequel on peut se reconnaitre	Numéro 1 (considéré comme le plus protecteur) le plus fréquent (29% des patients)	Numéro 8 le plus fréquent (32%)	0.781
Etre dans un collectif de travail soudé	N° 3 le plus fréquent (34%)	N°3 le plus fréquent (39%)	0.990
Hiérarchie qui arbitre de manière équitable	N°4 le plus fréquent (37%)	N°1 et 3 les plus fréquents (29%)	0.183
Avoir une vie de famille/vie personnelle épanouie	N°1 le plus fréquent (37%)	N°1 et 2 les plus fréquents (31%)	0.761

Légende : N° = Numéro, EpP = Epuisement Professionnel, p= degré de signification

On constate que le facteur protecteur le plus fréquemment classé numéro 1 par les patients avec EpP faible ou absent est d'avoir une vie de famille/personnelle épanouie. On le retrouve également chez les patients avec EpP moyen ou sévère, complété par un arbitrage équitable de la hiérarchie.

Tableau 1 : Facteurs de risque significatifs

Facteur de risque	Groupe 1	EpP faible ou absent	Groupe 2	EpP moyen ou sévère	P(Chi2/FISHER)	OR	Exemple 1	Exemple 2
	Effectif (Nombre de oui / total)	Fréquence (%)	Effectif (Nombre de oui / total)	Fréquence (%)			Patient 2 (moyen au moins)	Patient 30 (faible au plus)
Surinvestissement	17/44	39	51/79	65	0.0079	2.89	N	N
Pression importante	17/44	39	65/80	81	<0.0001	6.88	O	O
Peur d'aller au travail	3/44	7	23/81	28	0.0050	5.42	N	N
Accroissement du volume de travail	17/44	39	57/80	71	<0.0001	3.94	N	O
Réduction d'effectif	16/44	36	47/82	57	0,0392	2.35	O	N
Sentiment d'insécurité	8/44	18	51/81	63	<0.0001	7.65	N	N
Fatigue intense	21/44	48	67/81	83	<0.0001	5.24	O	N
Perte du plaisir à aller travailler	13/44	30	52/79	66	0,0001	4.59	N	N
Fréquents changements	30/43	70	76/82	93	0,0012	5.49	O	O
Changement de comportement	8/44	18	40/80	50	0.0005	4.50	N	N
Total :							4	3

Légende : N = Non, O = Oui, p= degré de signification

- Les facteurs de risque du tableau 1 (tous statistiquement significatifs) ont été considérés principaux et utilisés pour concevoir un outil de dépistage, basé sur les dix questions suivantes :
    - Un critère de personnalité :
        - Vous décririez-vous comme une personne surinvestie dans son travail ?
    - Caractéristiques liées au travail :
        - Avez-vous un sentiment d'insécurité quant à votre avenir professionnel ?
        - Avez-vous une pression importante au travail ?
        - Devez-vous faire face à de fréquents changements de situations dans votre travail ?
        - Avez-vous peur d'aller au travail ?
        - Ressentez-vous, du fait de votre travail une fatigue intense que même le repos n'arrive pas à atténuer ?
        - Avez-vous subi un accroissement du volume de votre travail récemment ?
        - Y-a-t-il eu des réductions d'effectifs dans votre travail ?
        - Ressentez-vous une perte du plaisir à aller travailler ?
        - Votre entourage vous a-t-il déjà fait remarquer que votre comportement ou votre attitude par rapport à votre travail avait changé ?

Chaque réponse « oui » vaut un point. Selon le tableau 2 ci-dessous, le patient est à considérer comme à risque de développer un EpP à partir de cinq réponses positives.

Tableau 2 : Sensibilité et spécificité en fonction du nombre de réponses positives (EpP absent/faible vs moyen/sévère)

Nombre de réponses « Oui »	Spécificité	Sensibilité	P(Chi2/FISHER)
4	54%	91%	<0.001
5	67%	78%	<0.001
6	73%	67%	<0.001
7	85%	49%	<0.001

Légende : p= degré de signification

L'utilisation possible en pratique de ce résultat est discutée ci-après.

DISCUSSION

1) Résultats principaux et interprétation

L'évolution actuelle de la société favorise l'augmentation du risque d'épuisement professionnel (EpP), et cela dans toutes les professions. Cet épuisement, responsable de dommages importants tant financiers que personnels, doit être dépisté. Si les efforts de prévention arrivaient à réduire sa prévalence, les bénéfices seraient considérables pour la santé et le bien-être des personnes concernées, pour l'efficacité des entreprises et pour l'équilibre financier de notre protection sociale. Le nombre de consultations de médecine générale motivées par la souffrance au travail augmente mais il est souvent trop tard lorsque le patient consulte et les conséquences négatives sont déjà présentes. Le médecin traitant ayant un rôle central dans le dépistage et la prise en charge de ce syndrome, il me semble donc important qu'il dispose d'un outil de dépistage simple et rapide, mais performant, utilisable lors de toute consultation. Le MBI-test (test de référence) étant jugé trop long et inadapté en tant qu'outil diagnostic et de prévention, celui-ci semble difficile à utiliser en médecine générale.

Concernant les résultats sur le critère principal :

Ils apportent peu d'informations car ils étaient prévisibles. Le MBI-test étant le test de référence déjà validé. Ils ont donc peu d'application possible en pratique.

Concernant les résultats sur les critères secondaires :

Nous avons utilisé les facteurs de risque mis en évidence pour réaliser un outil de dépistage, basé sur les 10 questions suivantes :

- Vous décririez-vous comme une personne surinvestie dans son travail ?
- Avez-vous un sentiment d'insécurité quant à votre avenir professionnel ?
- Avez-vous une pression importante au travail ?
- Devez-vous faire face à de fréquents changements de situation dans votre travail ?
- Ressentez-vous, du fait de votre travail une fatigue intense que même le repos n'arrive pas à atténuer ?
- Avez-vous peur d'aller au travail ?
- Avez-vous subi un accroissement du volume de votre travail récemment ?
- Y-a-t-il eu des réductions d'effectifs dans votre travail ?
- Ressentez-vous une perte du plaisir à aller travailler ?
- Votre entourage vous a-t-il déjà fait remarquer que votre comportement ou votre attitude par rapport à votre travail avait changé ?

Le tableau 2 suggère le seuil de 5 réponses positives au moins pour considérer un patient comme à risque d'EpP : cela donne à l'outil de dépistage une bonne sensibilité (78% pour 5 réponses positives) avec une spécificité acceptable (67%). Cette dernière étant insuffisante pour 4 réponses positives (54%).

Ces résultats montrent l'intérêt potentiel de l'outil, mais il faudrait en vérifier la reproductibilité sur d'autres régions que la côte d'or (tous les autres départements de Bourgogne-Franche-Comté, mais aussi ceux de régions comparables).

L'outil pourrait être rapidement utilisé car les participants sont prêts en majorité (88%) à évoquer une difficulté professionnelle avec leur médecin traitant et 79% des patients ayant déjà souffert d'EpP ont été diagnostiqués par le MG seul ou avec d'autres spécialistes : cela prouve son rôle central. Celui-ci est d'autant plus important que le médecin du travail, seul ou avec un autre spécialiste, n'a précédemment fait le diagnostic que chez 11% des participants ayant déjà souffert d'EpP. Cela s'explique par 38% seulement des patients qui déclarent avoir un suivi régulier en médecine du travail, même s'ils peuvent en majorité avoir facilement un RDV (80%).

Dans la littérature, la plupart des auteurs jugent difficile de mesurer l'incidence exacte de l'EpP dans la population générale faute d'une définition précise, ce qui rend également les études difficiles.

Certains facteurs de risque que nous avons retrouvés (ceux statistiquement significatifs) semblent concorder avec les données de la littérature :

Un changement de situation au travail serait une des causes principales de l'EpP. [4]

Trois signaux sont très précoces : la fatigue intense et la perte du plaisir à aller travailler, retrouvés ici, et le recours aux « produits » pour tenir. [15]

La peur d'aller travailler est évoquée comme l'un des premiers signes cliniques. [15]

Le surinvestissement dans son travail, seul critère de personnalité significatif dans cette étude, serait un critère de personnalité majeur dans le développement de l'EpP. [3]

Enfin, selon les enquêtes SUMER et celles menées par la DARES et la DGT, l'organisation du travail serait un déterminant majeur dans l'apparition de l'EpP.[17] Ce qui est retrouvé ici car la plupart des facteurs de risque significatifs sont liés à l'organisation du travail.

Quelques données sont cependant discordantes :

Les facteurs de risque individuels tels que les antécédents de dépression ou d'évènements traumatisants ont un rôle déterminants selon plusieurs sources[5, 4, 15], ce qui n'a pas été retrouvé ici.

De même, aucuns des facteurs protecteurs évoqués dans la littérature n'est significatif dans cette étude.

2) Forces et faiblesses de l'étude :

Très peu d'études ont porté sur la prévention du syndrome d'épuisement professionnel, et celle-ci permet de mettre en évidence certains facteurs de risque. Les études menées sur le terrain, en médecine générale et pour la médecine générale sont encore plus rare. Notre étude apporte donc une contribution dans ce domaine.

Le recueil multicentrique (cinq cabinets médicaux de taille et de localisations différentes) améliore la représentativité par rapport à la population ciblée des actifs consultant en médecine générale. Toutefois ces cabinets sont tous en Côte d'Or.

Les seules échelles d'évaluation existantes sont des échelles d'autoévaluation alors que notre outil a pour but d'être utilisé par les médecins généralistes.

Le questionnaire long à remplir a pu décourager certains patients, comme le vocabulaire utilisé dans certaines questions du MBI-test qui a paru difficile d'après quelques retours. De plus, quelques patients n'ont pas compris la question 7 et ont noté chaque facteur de risque de 1 à 7 au lieu de les classer du plus important au moins important. Des données sont donc manquantes pour cette question.

Les participants n'ont pas été tirés au sort, et ne sont donc sûrement pas représentatifs de la population ciblée, d'autant plus que l'affiche en salle d'attente indiquait « si vous êtes intéressés par ce sujet veuillez remplir ce questionnaire » ce qui a créé une confusion. Il est probable que certaines personnes ont souhaité remplir le questionnaire parce qu'ils ressentaient une souffrance au travail au moment du recueil. On aurait pu éviter ce biais de sélection en proposant à chaque patient de remplir le questionnaire, qu'ils soient ou non intéressés par le sujet, en modifiant l'affiche en conséquence.

Enfin, il peut exister des biais de déclaration, notamment pour la question 4 où un antécédent de dépression/anxiété peut résulter d'un autodiagnostic ou d'un diagnostic par un professionnel de santé. De plus la question 4.d sur les évènements traumatisants était assez subjective. Il n'était pas possible de faire la distinction entre évènements de vie difficiles et réels psycho traumatismes.

Les proportions de catégories sociales en 2019 selon l'INSEE sont assez similaires à notre échantillon de patients concernant les artisans/commerçants (catégorie 2) (6,7% vs 3,2% ici), les cadres et professions intellectuelles supérieures (catégorie 3) (25% vs 19,3% ici), les professions intermédiaires (catégorie 4) (25,6% vs 22% ici) mais pas pour les employés (catégorie 5) (26,8% vs 47% ici) ni pour les ouvriers (catégorie 6) (19,6% vs 2% ici).

Il faudrait réaliser des études complémentaires pour valider la sensibilité et la spécificité de notre outil de dépistage et montrer qu'il est applicable largement (au moins dans toute la Bourgogne-Franche-Comté). Cela en vaudrait la peine car il permettrait non seulement d'améliorer le bien-être des patients en réduisant l'incidence de l'EpP, mais encore de limiter les coûts personnels et/ou sociétaux.

Notre outil pourrait par exemple être comparé au CBI (Copenhagen Burnout Inventory), qui est connu comme un bon outil de diagnostic et de prévention mais qui n'a pas de version française complètement validée.

THESE SOUTENUE PAR Mlle PETIT Aurélie

CONCLUSIONS

Prévenir l'épuisement professionnel (EpP) est une nécessité de santé publique où le rôle du médecin généraliste peut être central.

Pour cela, nous avons mené une étude qui a montré un effet significatif pour 10 facteurs de risque sur le score du MBI-test, ce qui a permis l'élaboration d'un outil de dépistage sous la forme de 10 questions :

- Vous décririez-vous comme une personne surinvestie dans son travail ?
- Avez-vous un sentiment d'insécurité quant à votre avenir professionnel ?
- Avez-vous une pression importante au travail ?
- Devez-vous faire face à de fréquents changements de situation dans votre travail ?
- Ressentez-vous, du fait de votre travail une fatigue intense que même le repos n'arrive pas à atténuer ?
- Avez-vous peur d'aller au travail ?
- Avez-vous subi un accroissement du volume de votre travail récemment ?
- Y-a-t-il eu des réductions d'effectifs dans votre travail ?
- Ressentez-vous une perte du plaisir à aller travailler ?
- Votre entourage vous a-t-il déjà fait remarquer que votre comportement ou votre attitude par rapport à votre travail avait changé ?

A partir de 5 réponses positives le patient est considéré comme à risque d'EpP.

Ce questionnaire est simple (réponse par oui ou non vs 7 propositions de réponses pour chaque question du MBI-test), rapide (seulement 10 questions vs 22 pour le MBI-test) et performant (sensibilité de 78%, spécificité de 67% pour 5 réponses positives).

Il serait donc utilisable lors de toute consultation en médecine générale pour dépister les personnes à risque.

Cependant il faudrait au préalable valider sa sensibilité et sa spécificité, et vérifier qu'il est applicable à une catégorie plus large de patients.

Le Président du jury,

Pr. JN BEIS

Vu et permis d'imprimer
Dijon, le 12 Mai 2020
Le Doyen

Pr. M. MAYNADIÉ

BIBLIOGRAPHIE

1) Académie nationale de médecine, Olié J-P, Légeron P. [Internet]. Le burn-out. [cité 19 mars 2020]. Disponible sur : http://www.academie-medecine.fr/le-burn-out/

2) Weber A, Jaekel-Reinhard A. Burnout Syndrome: A Disease of Modern Societies? Occupational Medicine. 1 sept 2000;50(7):512-7.

3) N° 4487 - Rapport d'information de MM. Yves Censi et Gérard Sebaoun déposé en application de l'article 145 du règlement, par la commission des affaires sociales, en conclusion des travaux d'une mission d'information relative au syndrome d'épuisement professionnel (ou burn-out) - XIVe législature - Assemblée nationale [Internet]. [cité 26 mars 2019]. Disponible sur: http://www2.assemblee-nationale.fr/documents/notice/14/rap-info/i4487

4) Thiery C. Qu'est-ce-que le burn out? Le lien avec le travail est essentiel. La revue du praticien. oct 2018;Volume 68:892-5.

5) HAS. [Internet]. Fiche mémo Repérage et prise en charge cliniques du syndrome d'épuisement professionnel ou burnout Mars 2017, [cité 19 mars 2020]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2769318/fr/reperage-et-prise-en-charge-cliniques-du-syndrome-d-epuisement-professionnel-ou-burnout

6) inrs. [Internet]. Fiche mémo Repérage et prise en charge cliniques du syndrome d'épuisement professionnel ou burnout - mars 2017, [cité 19 mars 2020]. Disponible sur : http://www.inrs.fr/media.html?refINRS=TM%2041

7) Lesage F-X. Risques psychosociaux et souffrance au travail. la revue du praticien. déc 2017;volume 67:1071-4.

8) DGT, Anact, INRS. [Internet]. Guide d'aide à la prévention, Le syndrome d'épuisement professionnel ou burnout, Mieux comprendre pour mieux agir, [cité 19 mars 2020]. Disponible sur : https://www.anact.fr/le-syndrome-depuisement-professionnel-ou-burnout-mieux-comprendre-pour-mieux-agir

9) M. Robbe-Kernen, R.Kehtari. Les professionnels de la santé face au burnout. Facteurs de risque et mesures préventives [Internet]. Revue Médicale Suisse. [cité 17 sept 2019]. Disponible sur: https://www.revmed.ch/RMS/2014/RMS-N-443/Les-professionnels-de-la-sante-face-au-burnout.-Facteurs-de-risque-et-mesures-preventives

10) Duret C. [Internet]. Épuisement professionnel : fiche conseil d'orientation et de prise en charge pour le médecin du travail. [cité 19 mars 2020]. Disponible sur : http://www.inrs.fr/media.html?refINRS=TM%2049

11)FIRPS_Livret-Burnout_SP.pdf [Internet]. [cité 26 mars 2019]. Disponible sur: http://firps.org/wp-content/uploads/2016/03/FIRPS_Livret-Burnout_SP.pdf

12) Gollac M, Bodier M. [Internet]. Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser (Rapport Gollac), [cité 19 mars 2020]. Disponible sur : http://www.aractidf.org/risques-psychosociaux/ressources/mesurer-les-facteurs-psychosociaux-de-risque-au-travail-rapport-gollac

13) Huez D. Pourquoi il est légitime, pour un médecin, d'attester du lien entre souffrance et travail. La revue prescrire. nov 2017;Tome 37(409):872-3.

14) Guide Pratique pour les Médecins Généralistes [Internet]. Souffrance et Travail. [cité 15 mai 2019]. Disponible sur: https://www.souffrance-et-travail.com/guides-pratiques/guide-pratique-pour-les-medecins-generalistes/

15) Pézé M. Signe d'alerte de burn out et diagnostic précoce Prendre en charge à temps. la revue du praticien. oct 2018;Volume 68:896-905.

16) Coutrot T, Rocquebert Q, Sandret N. La prévention des risques professionnels vue par les médecins du travail. inrs. REFERENCES EN SANTE AU TRAVAIL. déc 2013; (136)

17) Pézé M. Burn out: comprendre et agir. La revue du praticien médecine générale. sept 2016;Tome 30(966):602-4.

18) RASO A. Stress, burn out : l'association « Parlons Travail » propose un « lieu d'écoute » à Schiltigheim [Internet]. L'invité de la rédaction de 7h40. France bleu; 2017 [cité 17 sept 2019]. Disponible sur: https://www.francebleu.fr/emissions/l-invite-de-la-redaction-de-7h40/alsace/l-invite-de-la-redaction-de-7h40-58

19) Risques psychosociaux et situation économique des entreprises - Ministère du Travail [Internet]. [cité 8 oct 2019]. Disponible sur: https://dares.travail-emploi.gouv.fr/dares-etudes-et-statistiques/etudes-et-syntheses/dares-analyses-dares-indicateurs-dares-resultats/article/risques-psychosociaux-et-situation-economique-des-entreprises

20) Société de Médecine du travail Dauphiné-Savoie. Retentissement humain des plans sociaux. La revue prescrire. FEVRIER 1997;TOME 17(170):140.

21) Bouhours P. Devenir et pronostic des patients en burn out pris en charge tardivement Coordonner autour du patient une équipe de soins parfois pendant des années. la revue du praticien. oct 2018;Volume 68:906-11.

22) Direction générale humanisation du travail. Outil de détection précoce du burn out [Internet]. SPF Emploi, travail et Concertation sociale; 2015 [cité 17 sept 2019]. Disponible sur: http://www.emploi.belgique.be/moduleDefault.aspx?id=45867

23) Aubart M, Di Patrizio P, Aubrège A, Du Boullay D, Farghadani H, Haas N, et al. La flexibilité en médecine générale est-elle utile dans la prévention et la prise en charge du syndrome d'épuisement professionnel ? Exercer. 2016;27(128):283-5.

24) Huez D. Les médecins face à la pression des employeurs. La revue prescrire. avr 2018;tome 38(414):312.

25) Le progrès. Souffrance au travail: un lieu d'écoute proche des Stéphanois. Loire 42 [Internet]. 21 mars 2019 [cité 17 sept 2019]; Disponible sur: https://www.leprogres.fr/loire-42/2019/03/21/souffrance-au-travail-un-lieu-d-ecoute-proche-des-stephanois

26) Liste des Consultations Souffrance et Travail et des Cliniciens Spécialisés [Internet]. Souffrance et Travail. [cité 22 mai 2019]. Disponible sur: https://www.souffrance-et-travail.com/infos-utiles/listes/liste-consultations-souffrance-travail/

27) Cogen P. Burnout | Questionnaire CBI (Copenhagen Burnout Inventory) [Internet]. [cité 15 mai 2019]. Disponible sur: https://www.therapiebreve.be/plus/tests/burnout-cbi

28) Questionnaire d'auto-évaluation de l'épuisement professionnel [Internet]. Souffrance et Travail. [cité 15 mai 2019]. Disponible sur: https://www.souffrance-et-travail.com/guides-pratiques/auto-evaluation-epuisement-professionnel/

29) N Clumeck et coll. SYNDROME DE FATIGUE PROFESSIONNELLE (BURNOUT). Rev Med Liege. 2017;Volume 72:5:246-252

30)Test de Maslach sur le burn-out [Internet]. [cité 15 mai 2019]. Disponible sur: https://www.mgfrance.org/images/utilitaires-medicaux/test-maslach_burn-out.htm

31) Pézé M. Souffrance et travail: les ressources. la revue du praticien. oct 2018;Volume 68:912-3.

32) Barbarin B, Goronflot L. Syndrome d'épuisement professionnel chez les internes de médecine générale. Exercer. 2012;23(101):72-8.

33) ZINS C. EVALUATION DES PERFORMANCES D'UN OUTIL DE DEPISTAGE DU BURN OUT VERSUS LE MASLACH BURN OUT INVENTORY EN MEDECINE GENERALE [Internet] [Thèse de médecine générale]. [Nancy]: Lorraine; 2016 [cité 22 mai 2019]. Disponible sur: http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_T_2016_ZINS_BEN_ZID_CECILE.pdf

34) DURET M. PRISE EN CHARGE DE LA SOUFFRANCE MORALE AU TRAVAIL PAR LES MEDECINS GENERALISTES : enquête qualitative auprès de 13 médecins généralistes de l'Eure. [Internet] [Thèse de médecine générale]. Rouen; 2014 [cité 17 sept 2019]. Disponible sur: https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01073796/document

35) Maslach C, Jackson S.[Internet]. Le MBI : Maslach Burnout Inventory, [cité 19 mars 2020]. Disponible sur : https://controverses.github.io/burn-out/Maslach%20Burnout%20Inventory.pdf

ANNEXES :

Annexe 1 : Les phases menant à l'épuisement professionnel (15)

1-Signaux faibles

(Le risque d'épuisement c'est d'abord une manière de travailler : le besoin de reconnaissance, d'être utile au monde par son travail),

2-Surchauffe

(La surcharge de travail s'éternise),

3-Stress chronique

(Il apparait au bout d'environ 6 mois de surchauffe, la fatigue se chronicise, il apparait une perte de sommeil et le début des atteintes cognitives, pouvant être mises en évidence par un bilan neuropsychologique),

4-Engrenage

(Tous les cercles vicieux se sont mis en route, le patient est pris dans un engrenage : il est fatigué donc moins performant, fait des erreurs, ce qui augmente la fatigue. Son état de santé le rend de plus en plus incompétent),

5-Désociabiliation

(Réduction de toutes les interactions sociales, c'est seulement à ce stade que le salarié comprend qu'il doit se soigner)

6-Troubles et lésions

(Le patient n'est plus capable de prendre la décision rationnelle de s'arrêter),

7-Isolement,

(La solitude aggrave la peur, le patient se sent dans un piège dont il est incapable de sortir)

8-Recours aux expédients

(Produits licites et/ou illicites),

9-Effondrement.

Annexe 2 : Les quatre stades d'évolution de la fatigue jusqu'à l'épuisement professionnel (15)

Stade 1 : la fatigue disparait avec le repos, la réponse de l'organisme reste dans les limites physiologiques

Stade 2 : lorsque l'effort de prolonge, les mécanismes de récupération ne peuvent s'amorcer et le sujet évolue vers le surmenage

Stade 3 : l'évolution pathologique provoque l'apparition de symptômes physiques (somatisation) et nécessite le recours aux stimulants pour tenir

Stade 4 : au stade de l'épuisement l'organisme capitule, les mécanismes régulateurs sont détruits et le patient risque l'apparition de dommages irréversibles.

Annexe 3 : Affiche en salle d'attente

Bonjour,

Je m'appelle **Aurélie PETIT**, médecin généraliste remplaçante.

Je réalise en ce moment une thèse sur l'**épuisement professionnel (ou Burnout)** afin d'obtenir le titre de **Docteur en médecine générale.** Et pour cela, j'ai besoin de votre contribution.

Si vous êtes intéressé(e)s, je vous remercie de bien vouloir remplir le questionnaire ci-dessous, cela ne vous prendra que quelques minutes. Vous pouvez également flasher ce QR code pour remplir le questionnaire en ligne.

Je vous remercie par avance pour vos contributions.

Aurélie PETIT.

Annexe 4 : Questionnaire mis à disposition des patients

Bonjour, je suis **Aurélie PETIT**, médecin généraliste remplaçante, j'ai étudié à l'université de Dijon (Bourgogne), et je réalise actuellement ma **thèse** afin d'obtenir mon doctorat.

Ma thèse porte sur le sujet de **l'épuisement professionnel (ou burnout)** qui, malheureusement, devient de plus en plus fréquent. Je souhaiterais créer une échelle de dépistage des principaux facteurs de risque d'épuisement professionnel (ou burnout) afin de pouvoir détecter plus rapidement les premiers signes et/ou aider au mieux les patients présentant des facteurs de risque à éviter son apparition. J'ai, pour cela, besoin de votre contribution.

Je vous invite donc à remplir ce document anonyme qui ne vous prendra pas plus de quelques minutes de votre temps.

Ce document comporte 3 parties :

-la première partie vous expose le principe de protection de vos données personnelles dans l'éventualité de la publication de mon travail dans une revue médicale.

-la deuxième partie est mon questionnaire comportant 10 questions

-et la troisième partie est un test qui évalue (s'il est présent) l'intensité de l'épuisement professionnel.

En vous remerciant pour votre participation.

PETIT Aurélie.

Partie 1:

PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

Information du participant : le participant a la possibilité d'obtenir des informations supplémentaires concernant cette étude auprès de l'investigateur principal.

Confidentialité des informations : toutes les informations concernant les participants seront conservées de façon **anonyme et confidentielle**. Le traitement informatique n'est **pas nominatif,** il n'entre pas de ce fait dans la loi Informatique et Liberté (le droit d'accès et de rectification n'est pas recevable). La transmission des informations concernant le participant pour l'expertise ou pour la publication scientifique sera elle aussi anonyme.

Déontologie et éthique : l'investigateur principal s'engage à préserver absolument la confidentialité et le **secret professionnel** pour toutes les informations concernant le participant.

Partie 2 :

QUESTIONNAIRE

-Age/Date de naissance : …., …/…/…….

-Sexe : M/F

-Profession actuelle : ……. **-Reconversion professionnelle ? :** Oui/Non

-Statut marital *(Veuillez entourer la bonne réponse)***:** Marié, PACS, Concubinage, Célibataire

-Nombre d'enfants : ….

-1) Que vous soyez mariés/PACSE/en concubinage, avec ou sans enfants, comment décririez-vous la qualité de votre vie de famille ? *(Veuillez entourer la bonne réponse)***:**

Bonne, Intermédiaire, Mauvaise

-2) De manière générale, vous sentez vous bien entouré ? *(famille, amis,…)* Oui/Non

-3) Vous trouvez-vous en situation de précarité financière ? *(difficultés financières)* Oui/non

-4) Concernant vos antécédents médicaux :

-4.a) Avez-vous déjà souffert de dépression ? Oui/Non,

Si oui avez vu suivi un traitement médical ? Oui/Non

-4.b) Avez-vous déjà souffert de Burnout ? Oui/Non,

Si oui, qui a établi le diagnostic ? : *(Entourer la réponse adaptée)*

Médecin généraliste, Psychiatre, Psychologue, Autre : ……

-4.c) Avez-vous déjà souffert d'anxiété/angoisse ? Oui/Non,

Si oui, avez-vous suivi un traitement médical ? Oui/Non

-4.d) Avez-vous subit des évènements traumatisant dans votre vie ? : *(Traumatismes, accidents de la route, agressions, …)* Oui / Non

-5) Concernant votre personnalité :

-5.a) Vous impliquez-vous de manière importante dans votre travail ? Oui / Non

-5.b) Ressentez un besoin de contrôle important dans votre travail ? Oui / Non

-5.c) Avez-vous le sentiment d'avoir confiance en vous au travail ? Oui / Non

-5.d) Vous décririez-vous comme quelqu'un d'anxieux au travail ? Oui / Non

-5.e) Vous décririez-vous comme quelqu'un d'hyperactif au travail ? Oui / Non

-5.f) Vous décririez-vous comme quelqu'un de perfectionniste au travail ? Oui / Non

-5.g) Ressentez-vous un besoin de reconnaissance importante dans votre travail ? Oui/Non

-5.h) Vous décririez-vous comme une personne surinvestie dans son travail ? Oui/Non

-5.i) Votre travail représente-t-il une part importante dans votre vie? Oui/Non

-5.j) Trouvez-vous facile de déléguer des tâches professionnelles à des collègues ? Oui/Non

-6) Concernant votre travail en lui-même :

-6.a) Exercez-vous un métier ou vous devez : *(entourer la réponse adaptée, vous pouvez n'en entourer aucune)*

Vous occupez d'autres personnes

Soigner ou protéger des personnes

Avoir beaucoup de responsabilités

-6.b) Avez-vous une pression importante au travail ? Oui / Non

-6.c) Avez-vous peur d'aller au travail ? Oui/ Non

-6.d) Avez-vous subit un accroissement du volume de votre travail récemment? Oui / Non

-6.e) Y a-t-il eut des réductions d'effectif dans votre travail ? Oui / Non

-6.f) Y a-t-il eut un changement de direction ou de manageur dans votre travail ? Oui/Non

-6.g) Avez-vous changé de poste récemment ? Oui/Non

-6.h) Avez-vous un sentiment d'insécurité quant à votre avenir professionnel ? Oui / Non

-6.i) Ressentez-vous, du fait de votre travail, une fatigue intense que même le repos n'arrive pas à atténuer ? Oui/non

-6.j) Ressentez-vous une perte du plaisir à aller travailler ? Oui/Non

-6.k) Vous est-il déjà arrivé de consommer des substances *(drogues, alcool,…)* **afin de pouvoir « tenir » au travail** *:* Oui/non

-6.l) Y a-t-il un médecin du travail rattaché à votre entreprise *?* Oui/non,

Si vous avez répondu oui à cette question, veuillez répondre aux questions suivantes, si non, vous pouvez passer à la question 6.m :

-6.l.1) Avez-vous accès facilement à un RDV ? Oui/Non

-6.l.2) L'avez-vous déjà rencontré ? Oui/Non

-6.l.3) Avez-vous des visites régulières auprès de lui/elle ? Oui/Non

-6.l.4) Savez-vous que vous pouvez prendre RDV avec lui/elle à n'importe quel moment ? Oui/Non

-6.m) Avez-vous de bonnes relations avec vos collègues de travail ? Oui/non

-6.n) Devez-vous souvent vous adapter à de fréquents changements de situations dans votre travail ? Oui/Non

-6.o) Votre entourage vous a-t'il déjà fait remarquer que votre comportement ou votre attitude par rapport à votre travail avait changé ? Oui/Non

-7) Vous trouverez ci-dessous les 6 indicateurs de suivi des risques psychosociaux (=facteurs de risque de burnout liés au travail), veuillez les classer du plus important *(celui que vous considérez comme le plus à risque de causer un burnout= 1)* au moins important (=7) selon votre expérience :

-Intensité et complexité du travail/charge de travail …./7

(Rythmes, objectifs irréalistes et flous, polyvalence, responsabilité, instructions contradictoires et interruption d'activités, sous qualification, nouvelles technologies, difficulté de conciliation entre vie professionnelle et personnelle)

-Temps de travail …/7

(Durée, organisation, conciliation travail-hors travail)

-Exigences émotionnelles …/7

(Relations avec le public, contact avec la souffrance, devoir cacher ses émotions, peur au travail, difficulté à être disponible pour ses proches après le travail)

-Autonomie …/7

(Autonomie dans les différentes tâches, prévisibilité du travail, développement culturel, monotonie)

-Rapports sociaux …/7

(Intégration, justice, reconnaissance, relation avec ses collègues et avec la hiérarchie, avec l'extérieur, violences internes, non reconnaissance des efforts consentis, manque de soutien, management)

-Conflits de valeur …/7

(Conflits éthiques=travailler d'une façon qui va à l'encontre de sa conscience professionnelle, qualité empêchée, travail inutile)

-Insécurité de la relation de travail …/7

(Sécurité de l'emploi, soutenabilité, changements)

-8) Vous trouverez ci-dessous les principaux facteurs protecteurs vis-à-vis du risque de burnout, veuillez les classer du plus important *(celui que vous estimez être le plus important pour ne pas risquer un burnout =1)* au moins important (=4) selon vous :

-Faire un travail de qualité dans lequel on peut se reconnaitre …/4

-Etre dans un collectif de travail soudé qui partage les mêmes valeurs d'exécution du travail …/4

-Avoir une hiérarchie qui arbitre de manière équitable et qui vient en appui dans les difficultés …/4

-Avoir une vie de famille/vie personnelle épanouie …/4

-9) Parmi les symptômes suivants, veuillez entourer celui ou ceux que vous présentez actuellement :

-Troubles de l'attention/de la concentration/de la mémoire

-Sentiment de devoir augmenter son implication dans le travail pour « garder le rythme »

-Sentiment de devoir augmenter la présence au travail/les horaires de travail afin d'être plus efficace au travail

-Fatigue intense que même le repos n'arrive pas à améliorer

-10) Vous sentiriez-vous à l'aise de parler d'un problème à votre travail avec votre médecin généraliste ? Oui/ Non

Partie 3:

TEST BURN OUT: ECHELLE DE MASLACH

Indiquez la fréquence à laquelle vous ressentez ce qui est décrit à chaque item. Entourer le chiffre correspondant à votre réponse	Jamais	Quelquefois par année au moins	Une fois par mois au moins	Quelques fois par mois	Une fois par semaine	Quelques fois par semaine	Chaque jour
1. Je me sens émotionnellement vidé par mon travail	0	1	2	3	4	5	6
2. Je me sens « à bout » à la fin de ma journée de travail	0	1	2	3	4	5	6
3. Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail	0	1	2	3	4	5	6
4. Je peux comprendre facilement ce que mes *malades/patients/élèves/autre* ressentent	0	1	2	3	4	5	6
5. Je sens que je m'occupe de certain(e)s *malades/patients/élèves/autre* de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets	0	1	2	3	4	5	6
6. Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort	0	1	2	3	4	5	6
7. Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes *malades/patients/élèves/autre*	0	1	2	3	4	5	6
8. Je sens que je craque à cause de mon travail	0	1	2	3	4	5	6
9. J'ai l'impression à travers mon travail d'avoir une influence positive sur les gens	0	1	2	3	4	5	6
10. Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail	0	1	2	3	4	5	6
11. Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement	0	1	2	3	4	5	6
12. Je me sens plein(e) d'énergie	0	1	2	3	4	5	6
13. Je me sens frustré(e) par mon travail	0	1	2	3	4	5	6
14. Je sens que je travaille trop dur dans mon travail	0	1	2	3	4	5	6
15. Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes *malades/patients/élèves/autre*	0	1	2	3	4	5	6
16. Travailler au contact direct avec les gens me stresse trop	0	1	2	3	4	5	6
17. J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes *malades/patients/élèves/autre*	0	1	2	3	4	5	6

18. Je me sens ragaillardi(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes *malades/patients/élèves/autre*	0	1	2	3	4	5	6
19. J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail	0	1	2	3	4	5	6
20. Je me sens au bout du rouleau	0	1	2	3	4	5	6
21. Dans mon travail je traite les problèmes émotionnels très calmement	0	1	2	3	4	5	6
22. J'ai l'impression que mes *malades/patients/élèves/autre* me rendent responsable de certains de leurs problèmes	0	1	2	3	4	5	6

Annexe 5 : Interprétation du MBI-test (35)

Le MBI: MASLACH BURNOUT INVENTORY

Echelle de mesure de l'Epuisement Professionnel du Soignant.
(Traduit par Fontaine).

1 - L'ECHELLE (Cf. verso)

Echelle de fréquence de 22 items représentant les 3 dimensions de l'EP :

- **L'Epuisement Emotionnel (EE)**
- **La Dépersonnalisation (DP) OU Déshumanisation**
- **La Perte d'Accomplissement Personnel (AP)**

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

2 - L'INTERPRETATION du MBI

	EE	DP	AP
High	27 or over	13 or over	0 – 30
Moderate	17–26	7 – 12	31 – 36
Low	0 – 16	0 –6	37 or over

Maslach C, Jackson S du MBI Manuel (1986)

Pour chaque dimension : score « bas », « modéré », « élevé ».
Un score élevé d'EE OU de DP OU un score bas d'AP suffit pour parler de burnout.
En fonction du nombre de dimensions atteintes on distingue des stades de GRAVITE.
Le degré de burnout est dit :
- Faible : seule 1 dimension est atteinte.
- Moyen : atteinte de 2/3 dimensions.
- Sévère : les 3 dimensions sont pathologiques.

Université de Bourgogne

UFR des Sciences de Santé

Circonscription Médecine

TITRE DE LA THESE : DEPISTAGE DES FACTEURS DE RISQUE D'EPUISEMENT PROFESSIONNEL : UN QUESTIONNAIRE PROPOSE AUX MEDECINS GENERALISTES

AUTEUR : PETIT AURELIE

RESUME :

Nous présentons ici une enquête quantitative d'observation, prospective et comparative, menée dans 5 cabinets médicaux de Côte-d'Or, sur l'épuisement professionnel (EpP).

Les patients inclus devaient être actifs et avoir bien rempli le MBI-test (gold standard). L'objectif principal était d'identifier les principaux facteurs de risque à l'aide d'un auto-questionnaire. L'objectif secondaire était de construire un outil de dépistage. Le critère d'évaluation principal était l'intensité du syndrome d'EpP. Les critères secondaires évaluaient les facteurs de risque et le rôle du médecin généraliste.

44 patients ont été inclus avec EpP absent ou faible (groupe 1) et 82 avec EpP moyen ou sévère (groupe 2). L'âge moyen était de 42 ans, les participants étant majoritairement des femmes.

Le critère principal montrait dans le groupe 2 des scores moyens plus élevés ($p<0,05$) pour les trois dimensions du MBI-test. Les critères secondaires ont permis d'identifier dix facteurs de risque significatifs ($p<0.05$) qui sont à la base d'un questionnaire de dépistage. A partir de cinq réponses positives le patient est plus fréquemment avec EpP moyen ou sévère ($p<0.001$). Il serait utilisable car 88% des patients se sentaient à l'aise d'évoquer une difficulté au travail avec leur médecin traitant. Ce dernier ayant fait le diagnostic chez 79% des patients ayant un antécédent d'EP, on constate que son rôle est important.

Les principaux facteurs de risque mis en évidence ici apparaissent donc utiles pour dépister les sujets à risque.

Ces résultats ne sont toutefois pas immédiatement applicables à la population générale du fait de biais. Il conviendrait de réaliser des études complémentaires.

MOTS-CLES : Epuisement professionnel, Facteurs de risque, Dépistage.