

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER
FACULTÉ DE MÉDECINE

ANNÉE 2013

2013 TOU3 1065

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement par

Yves-Marie YVEN

Le 24 septembre 2013

**Prévalence et facteurs de risque du *burnout* (ou syndrome
d'épuisement professionnel) chez les médecins urgentistes en
région Midi-Pyrénées**

Directeur de thèse : Docteur Emmanuel GURRERA

JURY

Monsieur le Professeur Dominique LAUQUE	Président du Jury
Monsieur le Professeur Philippe BIRMES	Assesseur
Monsieur le Professeur Jean-Marc SOULAT	Assesseur
Monsieur le Professeur Marc VIDAL	Assesseur
Monsieur le Docteur Emmanuel GURRERA	Membre Invité
Monsieur le Docteur Éric LAFFORGUE	Membre Invité

Remerciements

Professeur Dominique LAUQUE

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Médecine d'Urgence

CHU Toulouse

Vous me faites l'honneur de présider ce jury.

L'unanimité à votre égard force le respect.

Veillez trouver en ces lignes l'expression de ma réelle gratitude.

Remerciements

Professeur Philippe BIRMES

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Psychiatrie

CHU Toulouse

Vous me faites l'honneur de faire partie de ce jury.

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

Professeur Jean-Marc SOULAT

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Chef du Service de Maladies Professionnelles et Environnementales,

CHU Toulouse

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

Veillez trouver en ces lignes l'expression de mon profond respect.

Remerciements

Professeur Marc VIDAL

Professeur Associé de Médecine Générale

CHU Toulouse

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

J'ai beaucoup appris auprès de vous.

Souhaitons que la médecine générale s'exerce partout telle que vous la pensez.

Remerciements

Docteur Emmanuel GURRERA

POSU pédiatrique, CHU Toulouse

Merci de ton soutien, depuis le début, bien avant que je me penche sur ce projet qui est le tien.

C'est un immense plaisir de te permettre de siéger dans ce jury.

C'est un honneur de t'avoir comme directeur de thèse.

C'est un soulagement de pouvoir dès à présent arrêter de te laisser gagner aux cartes,

Même si je te dois beaucoup.

Docteur Éric LAFFORGUE

Chef du service d'accueil des urgences du CH Bigorre

Merci pour tes conseils, tes intuitions, ta rigueur scientifique et ta passion irrationnelle pour les statistiques,

Merci pour les heures consacrées à ce travail,

C'est un vrai plaisir de travailler à tes côtés.

Remerciements

À mes parents, Marie et Hervé, pour votre implication dans ce travail. Merci de me soutenir et de croire en moi.

À Anne Yven, ma frangine « cheval de feu », pour ton soutien.

À Juliette, aux années devant nous...

Aux copains toulousains :

Caro, pour « l'esprit coloc » qui m'a fait tant de bien,

Mathieu, dit Tonton Rayssac , pour tous ces « moments de copains », à Tarbes, à Toulouse (et il y en a eu...), dans Agen, à Seix... Tu as fait de moi un vrai interne toulousain : je prends seul la route du Quartier Latin.

Pascalou, pour toutes les heures sportives et moins sportives passées ensemble,

Marie et Paulo, colocataires d'un jour (ou deux) et plus si affinités,

Céline, Cindy, Maxime, Cécile, Guillaume, Gaëlle, Laure ,Juliette, Benj, Sarah, les Trois Percin, Emilie, Ronan, Antoine, Mouton, Mercier et son Nico, Laure et son Julien,

Aux brestois, expatriés ou non :

Béné, Cécile et Antho, Tyty et Kev Marcel, Agathe et Momo (et...), Marie-Cécile Clé, Ronan, Yannou et Marion, Cucus, Gaëlle et tous les autres, à toutes ces belles années qui ne peuvent être résumées en trois lignes, au plaisir de refaire le monde ensemble Place Saint-Martin...

Aux copains de Landi' :

À Gaëlle et Romain, Moos, Gé et Momo, Charlie et Nico, Sylou, Séverine, Mat' Mess et leur petite Laurine, Rémy ; à Roc'h Ar Mor, quand vous voulez...

À tous les co-internes qui ne sont pas cités plus haut :

Stéphane, Jean-Camille, Paul-Louis, Raphaël, Nadia, et tous les « amis des urgences pédiatrie » : Pierre, Caro, Lucie, Yasmine et tous les autres, à Maylis, Jérémy et Nico,

Aux internes tarbais, cuvée « été 2013 » pour leur soutien, leur bonne humeur et nos séances de mimes improbables,

Au Dr Corneliu Voronca à Montauban pour l'aide apportée à la réalisation de ce projet,

Au Docteur Nicolas Longeaux et à l'équipe de l'ORU-Mip, pour leurs conseils et le temps accordé,

Au Docteur Alain Chansou, président du Collège Midi-Pyrénées de Médecine d'Urgence, pour m'avoir soutenu et aidé sur ce projet.

Sommaire

1. Introduction.....	2
1.1. Contexte.....	2
1.2. <i>Burnout</i> (syndrome d'épuisement professionnel)....	3
1.3. <i>Flow</i> (expérience optimale).....	6
1.4. Objectifs.....	7
2. Matériels et méthodes.....	8
2.1. Description du questionnaire.....	8
2.2. Analyse statistique.....	11
3. Résultats.....	12
3.1. Analyse descriptive.....	12
3.2. Analyse uni-variée, liens avec le <i>burnout</i>	14
3.3. Analyse multi-variée.....	17
4. Discussion.....	18
4.1. Objectif principal.....	18
4.2. Limites de l'étude.....	19
4.3. Objectifs secondaires.....	21
5. Conclusion.....	29
6. Bibliographie.....	31
7. Annexes.....	35

1. Introduction

1.1. Contexte

La restructuration des hôpitaux et l'augmentation de la demande des patients entraînent une augmentation de la charge de travail des urgentistes. La réorganisation de la permanence des soins et de l'offre de soins en milieu libéral, liée en partie à la raréfaction de l'installation de médecins généralistes dans certaines régions, influe également sur l'activité des services d'urgences (1). L'affluence dans les services d'urgences de la région Midi-Pyrénées est également en constante augmentation depuis 2007, avec près de 30 000 passages par an en plus entre 2010 et 2011 (+ 4,3%) pour un total de 707 405 entrées déclarées par les 37 services d'urgences publics et privés en 2011. Comme au niveau national, la région doit s'adapter au vieillissement de la population consultant aux urgences mais également à l'accroissement du nombre de consultations d'enfants de moins de 5 ans, particulièrement de moins de 2 ans (2). Ainsi, la médecine d'urgence doit faire face depuis le milieu des années 1980 à une augmentation d'activité. Du fait de l'accroissement global de la demande de soins, les urgentistes semblent accumuler plus de stress au travail que les autres spécialités médicales (3)(4)(5)(6).

1.2. Le *Burnout* (ou syndrome d'épuisement professionnel)

Si le terme de *burnout* est né aux Etats Unis dans les années 1970, des phénomènes similaires avaient déjà été décrits dans les années 1950 en France. Ainsi Claude Veil introduisait le concept d'épuisement au travail dans le Concours médical en 1959 qui se serait révélé être « un bon outil intellectuel pour comprendre et traiter des cas déconcertants qui n'entraient pas dans la nosographie classique » (7). Cependant, c'est à Herbert Freudenberger, psychiatre et psychanalyste allemand que l'on doit la naissance du concept de *burnout*. Freudenberger intervenait dans des « free clinics » et a effectué ses observations sur des infirmiers impliqués dans une relation d'aide particulièrement exigeante envers des patients toxicomanes. Il décrivait des soignants dont les ressources internes « venaient à se consumer » (7)(8). En 1980, il écrivait : « Un état de fatigue chronique, de dépression et de frustration apporté par la dévotion à une cause, un mode de vie, ou une relation, qui échoue à produire les récompenses attendues et conduit en fin de compte à diminuer l'implication et l'accomplissement au travail » (8). Freudenberger notait, comme Claude Veil, que le phénomène ne semblait pas pouvoir être résumé par un terme classique de la psychiatrie ou de la psychologie.

Dans les années 1980, Christina Malasch, psychologue américaine, s'est intéressée au phénomène, qu'elle utilisait pour décrire des soignants ayant développé une attitude « cynique, insensible et négative » (7). On lui doit l'élaboration du « MBI », le *Malasch Burnout Inventory* (9), échelle de mesure du syndrome d'épuisement professionnel, majoritairement utilisée dans les études au sein du personnel de santé (10)(11).

Elle décrit les trois dimensions fondamentales du *burnout* :

- L'épuisement émotionnel : l'individu a le sentiment d'être « vidé » : on parle de fatigue affective, de « saturation émotionnelle » (le soignant ne pouvant alors plus recevoir l'anxiété, la tristesse, la résignation, du patient en face de lui). La fatigue peut aussi être physique, elle ne semble pourtant pas être améliorée par le repos ou les congés. Dans les formes les plus graves, l'épuisement émotionnel peut conduire à d'authentiques cas de maltraitance (7).

- La dépersonnalisation, au sens de déshumanisation de la relation à l'autre, est fortement liée à la dimension précédente. Elle renvoie au cynisme ou au détachement de la personne dont on s'occupe. Celle-ci peut alors devenir un organe ou un numéro de chambre. Cette stratégie de coping semble se développer à l'insu du soignant.

- La diminution de l'accomplissement personnel, au contraire, est douloureusement vécue. Le soignant, frustré par sa relation avec ses patients, se dévalorise, il en résulte un sentiment de culpabilité, une baisse de la motivation.

Cependant, malgré des définitions et outils de mesure de plus en plus utilisés et validés, le concept de *burnout* peine à faire l'unanimité (7)(12)(13), probablement parce qu'il ne correspond à aucune entité nosologique du DSM-IV ou de la CIM-X (14).

Le lien avec le concept de stress au travail est évoqué (15). Les modèles de stress au travail ont été particulièrement étudiés par Karasek et Siegrist (16)(17). Il semblerait que le *burnout* soit la conséquence de l'association de la répétition de situation de stress au travail et de la diminution des capacités d'adaptation du soignant.

Par ailleurs, le *burnout* ne semble pas pouvoir être inclus dans un diagnostic psychiatrique. La dévalorisation, l'asthénie, la diminution de l'accomplissement personnel sont, par exemple, communes au diagnostic de dépression mais la dépersonnalisation est propre au *burnout*. Il existe cependant un lien entre *burnout* et dépression (18)(19)(20) (voire *burnout* et survenue d'idées suicidaires, (21)), mais il convient de différencier ces diagnostics. De même, le *burnout* semble lié à la survenue de troubles somatiques (cardio-vasculaires ou musculo-squelettiques) (22), mais ne peut être résumé à un type de trouble somatoforme. Pour certains, le *burnout* pourrait s'apparenter à une forme clinique de trouble de l'adaptation(7).

Il faut enfin distinguer le *burnout* et le désir de quitter la profession. Si les deux phénomènes sont liés (3)(23), le souhait de quitter la profession est une conséquence du processus dynamique qui caractérise le *burnout*.

De nombreuses études sur le *burnout* des médecins ont été élaborées au cours des dernières années, voire médiatisées (24), contribuant à rendre le terme de *burnout* « à la mode » (14). Malheureusement, peu d'études ont été réalisées chez les médecins urgentistes en France.

1.3. L'expérience optimale (flow)

Le concept de *flow*, ou expérience optimale, issu du courant de la psychologie positive a été inventé par le psychologue hongrois Csikszentmihalyi. Dans les années 1970, il se donne pour but d'identifier les caractéristiques des moments que les gens décrivent parmi les meilleurs de leur vie. Il étudie des personnes (alpinistes, chirurgiens, bergers, joueurs d'échec...) qui consacrent du temps et de l'énergie à leurs activités pour le simple plaisir de les faire sans recherche de gratifications ; l'activité est dite autotélique. Il découvre que « les gens décrivent leur enchantement à peu près de la même façon sans égard à la culture, l'âge, le sexe ou la classe sociale », et ce peu importe l'activité (25). A l'issue de ces études, il élabore, en 1990, les huit caractéristiques communes de l'expérience optimale :

1. la tâche entreprise est réalisable mais constitue un défi et exige une aptitude particulière ;
2. l'individu se concentre sur ce qu'il fait ;
3. la cible est clairement identifiée ;
4. l'activité en cours fournit une rétroaction immédiate ;
5. l'engagement de l'individu est profond et fait disparaître toute distraction ;
6. la personne exerce le contrôle sur ses actions ;
7. la préoccupation du soi disparaît, mais paradoxalement, le sens du soi est renforcé à la suite de l'expérience optimale ;
8. la perception de la durée est altérée (25).

Par la suite, des études se donnant pour but de mesurer l'état de *flow* appliqué à la musique (26), au sport (27), ont été réalisées. Csikszentmihalyi remarque aussi que l'expérience optimale est plus souvent décrite au travail que pendant les loisirs (28). Des échelles de mesure se créent, permettant d'évaluer la satisfaction de l'employé à travers la description d'expériences optimales au travail (29)(30). Mais, à notre connaissance, jamais la perception d'expériences optimales n'a été étudiée chez des médecins dans leur activité professionnelle.

1.4. Objectifs

A travers cette étude observationnelle prospective et multicentrique, nous souhaitons faire un « état des lieux » du *burnout* chez les urgentistes à l'échelle de la région. L'objectif principal est l'évaluation de la prévalence du *burnout* chez les urgentistes de Midi-Pyrénées. Les objectifs consistent à rechercher les facteurs de risque de *burnout*, épidémiologiques ou organisationnels, et l'établissement d'un éventuel lien entre *burnout* et perception d'expériences optimales au travail.

2. Matériel et Méthodes

2.1. Description du questionnaire

Entre 1^{er} Octobre 2012 et le 31 Mars 2013, soit une période de 6 mois, un questionnaire en ligne a été mis à disposition des urgentistes des services d'urgences et de SMUR de la région Midi-Pyrénées. Les centres disposant de services d'urgences non répertoriés par l'Observatoire régional des Urgences de Midi-Pyrénées (ORU-Mip) ont été exclus de l'étude. Durant le mois de septembre 2012, un mail a été envoyé à tous les chefs de service des urgences de la région. L'objectif de ce mail était d'introduire le contenu et l'intérêt de l'étude, ainsi que ses objectifs. Le 1^{er} octobre 2012, un deuxième mail a été envoyé aux chefs de service. Il contenait, outre les informations du premier mail, le lien permettant d'accéder au questionnaire en ligne. Les destinataires ont été incités à diffuser le mail à leurs collègues. Dans le même temps, ce lien a été diffusé sur le site du Collège Midi-Pyrénées de Médecine d'Urgence (CMPMU). Entre le 5 et le 20 janvier 2013, nous avons contacté le secrétariat de chaque service d'urgences par téléphone et adressé un mail contenant le lien du questionnaire que les secrétaires se chargeaient de diffuser sur la mailing-list du service. Un service n'a pas désiré diffuser le questionnaire, trois services nous ont directement permis de nous entretenir au téléphone avec un médecin urgentiste. Cette opération a été répétée du 1^{er} au 15 mars 2013.

1^{ère} partie

La première partie du questionnaire porte sur des données démographiques (Sexe, Age, Statut marital, enfants, loisirs), sur les conditions d'activité professionnelle (Structure principale d'activité, nombres d'heures/de garde par mois, poste occupé, statut, temps de trajet quotidien, type d'activité, existence de revue de dossiers dans le service) et sur le vécu professionnel (temps quotidien passé au téléphone, contrôle de l'emploi du temps).

Malasch Burnout Inventory

La deuxième partie du questionnaire reprend les items du *Malasch Burnout Inventory*. Elaborée par Malasch et Jackson, cette échelle de mesure du *burnout* se compose de 22 items, chaque item est coté de 0 à 6 (0 : jamais, 1 : quelques fois par an au moins, 2 : une fois par mois au moins, 3 : quelques fois par mois, 4 : une fois par semaine, 5 : quelques fois par semaine, 6 : tous les jours), chacun de ces items permettant d'explorer une des trois dimensions du *burnout*.

- L'épuisement émotionnel est coté par neuf items (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 et 20) pour un total de 0 à 54, un score supérieur ou égal à 30 étant considéré comme élevé ;
- La dépersonnalisation est cotée par cinq items (5, 10, 11, 15 et 22) pour un total de 0 à 30, un score supérieur ou égal à 12 étant considéré comme élevé ;
- L'accomplissement personnel est coté par six items (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 et 21) pour un total de 0 à 48, un score inférieur ou égal à 33 étant considéré comme élevé.

Comme le diagnostic positif de *burnout* ne nécessite pas la présence simultanée de scores élevés dans les trois dimensions, un score élevé dans une des dimensions suffit à affirmer l'existence d'un *burnout*. Deux groupes de répondeurs se dégagent donc : un groupe d'individus en *burnout* et un groupe exempt de *burnout*.

Mesure de l'expérience optimale (ou flow)

La troisième partie du questionnaire reprend l'échelle « Flow4D16 », créé par Jean Heutte, permettant de mesurer la perception d'expériences optimales. S'inspirant des théories de Csikszentmihlyi, Jean Heutte, Docteur en Sciences de l'Education a développé une échelle de mesure du *flow* renvoyant à 4 dimensions de l'expérience optimale : l'absorption cognitive, la perception altérée du temps, la dilatation de l'égo/l'absence de préoccupation à propos du soi et le bien-être. Chaque dimension, dans l'échelle élaborée par Heutte, est évaluée par 4 items, soit en tout 16 items. En raison de la redondance de certaines questions, nous avons retiré certains items de l'échelle initiale, pour ne conserver que 13 de ces 16 items dans notre étude. Chaque item est coté de 0 (jamais) à 3 (très souvent). Pour se rapprocher de l'équivalence des rapports entre les différentes dimensions du *flow* décrites par Heutte, et ainsi de la validité interne de cette échelle, chaque dimension est tout de même cotée de 0 à 16, pour un score « total » de *flow* compris entre 0 et 48.

2.2 Analyse statistique

Dans un premier temps, une analyse uni-variée a été effectuée. Les variables quantitatives des groupes *burnout* et non *burnout* ont été comparées par la méthode ANOVA, par les tests de Fischer, Scheffé et Bonferroni-Dunn, renforcés par un test des rangs de Mann-Whitney en cas de distribution non normale. Les variables qualitatives ont été comparées par un test de Chi-2.

Dans un second temps, les variables pour lesquelles la comparaison uni-variée fournissait une valeur de significativité (p) inférieure à 0,10 étaient intégrées dans une analyse multi-variée par régression logistique. Le logiciel statistique utilisé était le logiciel STATVIEW.

Le même schéma d'analyse a ensuite été appliqué pour étudier chacune des composantes du *burnout* : épuisement émotionnel, dépersonnalisation et accomplissement personnel.

3. Résultats

3.1. Analyse descriptive

Population étudiée

131 réponses sont obtenues. L'échantillon est constitué de 70 femmes (53,43%) et 61 hommes (46,57%). La moyenne d'âge est de 40,03 ans ($\pm 8,38$).

Le nombre moyen de loisirs déclarés (question ouverte) est de 2,27 ($\pm 1,75$). 111 personnes se déclarent en couple (84,73%).

Conditions de travail

84 personnes travaillent en CHG (64,12%), 41 en CHU (31,29%), 6 en clinique (4,58%). 112 personnes (85,50%) travaillent à temps plein, 19 à temps partiel (14,50%). L'ancienneté moyenne dans le service est de 9,43 années ($\pm 6,72$). Le temps de travail clinique par mois est en moyenne de 175,43 heures ($\pm 66,75$), le nombre moyen de gardes par mois est de 6,47 ($\pm 1,95$). Les médecins déclarent en moyenne pratiquer 4,77 activités ($\pm 1,95$) parmi les activités proposées (question ouverte). La durée moyenne de trajet (aller-retour) est de 49 minutes ($\pm 38,41$). Parmi les 131 médecins ayant répondu au questionnaire, 79 personnes (60,31%) déclarent pratiquer des revues de dossiers au sein de leur service. 113 personnes (86,26%) jugent passer trop de temps au téléphone, 52 (39,69%) déclarent ne pas avoir le contrôle de leur emploi du temps.

Burnout

Sur les 131 urgentistes répondeurs, 75 sont en *burnout* (57,25%). Parmi eux, 37 ont un score élevé dans une des composantes du *burnout* (28,22%), 29 ont un score élevé dans deux composantes (22,31%), et 9 personnes dans les trois composantes du *burnout* (6,81%).

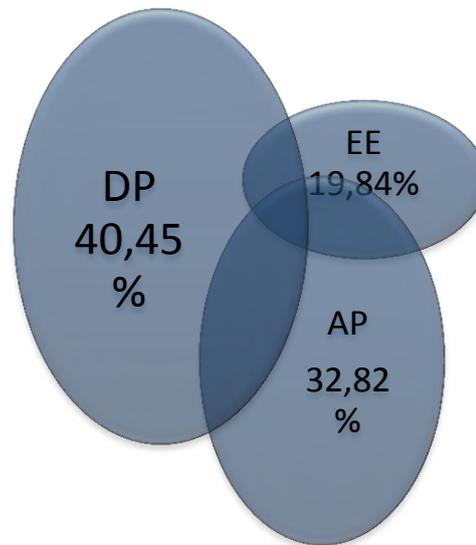


Figure 1. Diagramme de Venn représentatif des scores élevés dans chaque dimension du *burnout* (DP = dépersonnalisation, EE = épuisement émotionnel, AP = diminution de l'accomplissement personnel)

26 médecins ont un score d'épuisement émotionnel élevé (19,84%), 53 ont un score de dépersonnalisation élevé (40,45%) et 43 ont un score d'accomplissement personnel bas (32,82%).

Mesure du flow

Le score moyen de flow est de 28,49 ($\pm 6,44$). Les valeurs de ce score s'échelonnent entre 8 et 48.

3.2. Analyse uni-variée des liens avec le *burnout*

Burnout

Le sexe, l'âge et le fait d'être ou non en couple ne sont pas significativement liés au *burnout* de même que le nombre d'heures ou de gardes de nuit par mois. De même, le fait de travailler en CHU ou en CHG n'influe pas sur le *burnout*.

Le type et la diversité de l'activité professionnelle ne sont pas liés au *burnout*.

L'impression de ne pas avoir le contrôle de son emploi du temps n'est pas en lien avec le *burnout*.

La durée du trajet aller-retour semble être en lien avec le *burnout*, mais la relation n'est pas statistiquement significative ($p=0,07$).

Il existe une corrélation entre le *burnout* et le fait de déclarer ne pas faire de revue de dossier ($p=0,024$), de même qu'entre le *burnout* et l'impression de passer trop de temps au téléphone ($p=0,006$).

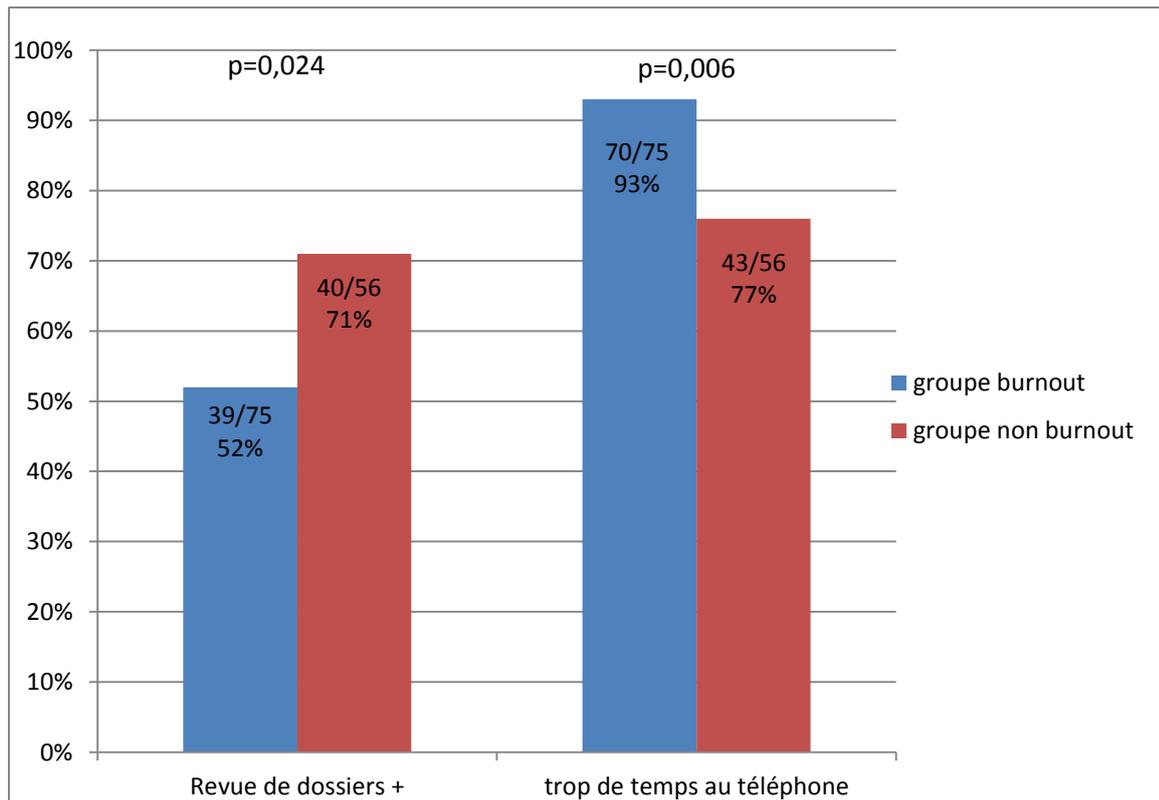


Figure 2. Comparaison des groupes *burnout* et non *burnout* sur les questions « pratiquez-vous des revues de dossiers au sein de votre service ? » et « pensez-vous passer trop de temps au téléphone ? ».

On note également un score de flow plus bas dans le groupe *burnout* ($27,47 \pm 6,59$ contre $29,87 \pm 6,02$, $p=0,037$). Le nombre de loisirs déclarés est moins important dans ce groupe ($1,97 \pm 1,68$ contre $2,68 \pm 1,79$, $p=0,029$).

Analyse uni-variée de chaque composante du burnout

Les résultats concernant l'analyse des différentes variables en fonction de chacune des dimensions du *burnout* sont résumés dans le tableau suivant :

Tableau 1. Analyse uni-variée des variables pour chacune des composantes du *burnout*.

	Diminution de l'Accomplissement personnel	Dépersonnalisation	Epuisement émotionnel
Flow	P = 0,0006 (-)	NS	P = 0,0153 (-)
Nombre de loisirs	NS	NS	NS
Durée aller-retour	P = 0,08 (+)	NS	NS
Garde / mois	NS	NS	NS
Heure/mois	P = 0,0545 (+)	0,05 (+)	NS
Age	NS	NS	NS
Ancienneté	NS	NS	P = 0,07 (+)
Nombre d'activité	P = 0,0600 (-)	NS	NS
Revue de dossiers	P = 0,0607 (-)	P = 0,07 (-)	P = 0,038 (-)
Couple	NS	NS	NS
Trop de temps au téléphone	NS	NS	P = 0,023 (+)
Pas de Contrôle de l'emploi du temps	P = 0,02 (+)	NS	P = 0,0056 (+)
Statut	NS	NS	NS
Sexe	NS	NS	NS

NS = Non significatif, significatif si $p < 0,05$, tendance si $0,05 < p < 0,10$

(-) : la variable étudiée varie dans le sens inverse de la dimension du *burnout*. Exemple : il existe un lien statistiquement significatif entre un score de *flow* bas et l'épuisement émotionnel.

(+) : la variable étudiée varie dans le même sens que la dimension du *burnout*. Exemple : il existe un lien statistiquement significatif l'impression de ne pas avoir le contrôle de son emploi du temps et la diminution de l'accomplissement personnel.

3.3 Analyse multi-variée

A l'issue de l'analyse multi-variée, trois variables restent liées au burnout de façon indépendante. Le tableau suivant résume ces données statistiques.

Tableau 2. Régression logistique multiple pour la variable *burnout*

	Odd Ratio (OR)	Intervalle de Confiance 95%	Valeur de significativité
Trop de temps au téléphone	4,233	1,41-12,705	p=0,0064
Total <i>Flow</i> Bas	1,062*	1,004-1,124	p=0,032
Revue de dossiers	0,433	0,208-0,904	p=0,023
Nombre de loisirs	0,789	0,640-0,972	p=0,022

*Notons que le score de *flow* est une variable quantitative. L'Odd Ratio de 1,062 présenté dans le tableau ci-dessus correspond à une diminution du score d'un point. On note que pour une baisse du score de flow de 10 points, la probabilité de burnout augmentait significativement avec un OR de 1,84 (OR = 3,38 pour une baisse du score de flow de 20 points).

4. Discussion

4.1 Objectif principal

Avec un taux de *burnout* de 57,25%, cette enquête observationnelle révèle une prévalence d'épuisement professionnel, ou *burnout*, élevée chez les médecins urgentistes de la région Midi-Pyrénées. Cependant, ce taux semble en rapport avec ceux observés dans d'autres études. L'étude SESMAT, réalisée auprès de médecins hospitaliers français au cours de l'année 2011, retrouvait une prévalence de *burnout* de 51,5%, chez les médecins urgentistes (3). Cydulka observait un taux de *burnout* de 33% chez les urgentistes américains (31) en 2004. Goldberg notait un taux de *burnout* modéré à haut de 60% dans une population d'urgentistes américains en 1996 (32). En comparant les urgentistes à d'autres spécialités, on note que Doppia retrouvait une prévalence de 42% chez les anesthésistes-réanimateurs (AR) français en 2011 (33), Embriaco rapportait une prévalence de 46% toujours chez les AR français en 2007 (34)(35). L'étude de Mion rapportait quant à elle un taux de *burnout* de 62,5% chez les AR en 2011 (36).

On note que la Médecine Générale n'est pas épargnée : une étude réalisée chez des médecins généralistes en Picardie en 2010 par le Dr Guérin retrouvait une prévalence de *burnout* de 56% (37). Notons des prévalences voisines dans chacune des dimensions du *burnout* entre cette étude (32,2% de score élevé de dépersonnalisation, 20,3% pour l'épuisement émotionnel et 32,3% de score bas pour l'accomplissement personnel) et la nôtre (respectivement 40,4%, 19,8% et 32,9%).

L'étude de Selmanovic montrait également un taux élevé de dépersonnalisation chez les urgentistes en Croatie (45,6%) (15). L'étude de Lloyd réalisée chez des urgentistes canadiens en 1994 révélait un taux de dépersonnalisation modéré à élevé de 93% (19).

4.2 Limites de l'étude

Il s'agit ici d'une étude observationnelle réalisée à l'échelle d'une région. Le mode de diffusion du questionnaire rend difficile l'évaluation du nombre de médecins qui y ont eu réellement accès. Le taux de réponse est alors impossible à définir et la représentativité de l'échantillon de médecins urgentistes répondants difficiles à évaluer. Cependant le taux de *burnout* observé semble proche de ceux observés dans d'autres études chez les médecins urgentistes, que l'échelle de mesure utilisée ait été le *Malasch Burnout Inventory* (MBI), comme dans la grande majorité des études citées plus haut, ou une autre échelle (comme le *Copenhagen Burnout Inventory* dans l'étude SESMAT, (3)(33)).

Par ailleurs, il peut exister un biais de sélection car les médecins concernés par le *burnout*, soit parce qu'ils se sentent directement concernés (personnellement ou par le biais de collègues), soit parce que l'intérêt pour le sujet les a poussé à étudier le phénomène, seront peut-être plus enclins à prendre du temps pour répondre au questionnaire. A l'inverse, les urgentistes les plus concernés peuvent nier le syndrome au point de refuser d'y répondre. Enfin, cette étude ne peut inclure les médecins qui, suite à un syndrome de *burnout*, ont déjà quitté leur profession.

Le questionnaire a été accessible du 1^{er} octobre 2012 au 31 mars 2013. Cette période de six mois nous a paru adaptée mais elle correspond aux mois où le taux de passage au sein des services d'urgences est le plus élevé (2), c'est-à-dire à la période où la charge de travail est la plus lourde, et qui correspond souvent à des périodes pendant lesquelles les médecins ne peuvent pas prendre de vacances. Cependant, répétons qu'à la différence de la dépression réactionnelle au travail, le *burnout* ne semble pas être amélioré par les congés (7).

L'utilisation de l'échelle MBI et son interprétation peut également prêter à discussion. La grande majorité des études sur le *burnout* des soignants se base sur l'interprétation de cette échelle. Le fait de considérer qu'un score élevé dans une dimension suffit au diagnostic positif de *burnout* tend à augmenter « artificiellement » la prévalence d'après certains auteurs (12)(11), et ne permet pas de différencier les individus les plus à risque (ceux qui ont un score élevé dans les trois dimensions), des autres. De plus, cette interprétation ne permet pas de différencier ce que certains auteurs nomment le « core symptom » du syndrome, d'un côté, c'est-à-dire épuisement émotionnel et dépersonnalisation, et de l'autre les conséquences, à savoir la diminution de l'accomplissement personnel (7)(11). L'utilisation de l'échelle MBI dans cette étude nous a permis de comparer nos résultats à d'autres études faites sur le sujet. Par ailleurs, le dépistage du *burnout* par un test très sensible qui met en évidence une forte prévalence du phénomène permet au moins d'évoquer le sujet dans un milieu où l'on ne parle traditionnellement pas de la souffrance au travail (7).

Un autre biais de l'étude résulte du fait que l'échelle de mesure des expériences optimales ou flow, validée sur le plan statistique, a été modifiée. Pour optimiser le taux de réponses, il nous semblait primordial de réduire le nombre de questions. Or, la similarité des items sur les dimensions « perception altérée du temps » et « dilatation de l'égo » auraient probablement troublé les médecins répondants, aussi avons-nous supprimé trois items. Le rapport des scores de chaque dimension n'est pour autant pas modifié.

Le lien statistique entre les variables indépendantes, qualitatives ou quantitatives, et la variable dépendante « *burnout* » ne peut être exprimé en risque relatif. En effet, la prévalence du phénomène est telle qu'elle ne peut être négligée dans les calculs de risque, aussi les résultats sont exprimés en Odd Ratio.

Ce travail constitue l'une des premières études sur le *burnout* chez les urgentistes français. Il met en évidence des facteurs de risque spécifiques du travail aux urgences. Il s'agit également d'une des premières études mettant en relation les concepts d'épuisement professionnel et du vécu d'expériences optimales (*flow*).

4.3 Objectifs secondaires et ouvertures

Dans notre étude, le taux de *burnout* n'est pas influencé par le genre. En France, l'étude SESMAT montrait un taux statistiquement plus important chez les femmes urgentistes (3) ; les études d'Embriaco et de Doppia, réalisées chez des anesthésistes réanimateurs et des urgentistes, allaient également dans ce sens (Odd Ratios respectifs de 1,58 et 2,02) (33)(34). A l'inverse, les résultats des études de Mion (36) chez les anesthésistes-réanimateurs et urgentistes français, de Popa (38)(39) chez des urgentistes en Roumanie et de Keeton (38) aux Etats-Unis suggéraient que le genre ne faisait pas partie des facteurs de risque.

L'âge n'est pas un facteur de risque de *burnout*. Là aussi, les données sont discordantes. Si quelques études n'incrimaient pas l'âge dans la survenue du *burnout* (32)(36)(38)(39)(40), l'étude SESMAT révélait un taux de *burnout* plus important chez les jeunes urgentistes (tendance, $0,05 < p < 0,1$) (3). D'autres études montraient également au sein d'unité de soins intensifs des scores de *burnout* plus élevés chez les jeunes médecins. On pourrait pourtant s'attendre à ce que le phénomène soit plus marqué avec l'âge, notamment par le biais de l'épuisement émotionnel (38).

Cependant, le travail au sein d'unités de soins intensifs (réanimation, soins continus, déchoquage) semble générer trop de stress pour les médecins les moins expérimentés, la répétition de ces situations faisant le lit du *burnout*. Ainsi, dans l'étude de Nyssen (41), réalisée aux Etats Unis au sein de ces unités, les médecins de moins de 30 ans étaient statistiquement plus à risque de *burnout*, avec un odd ratio à 13 ! L'équilibre entre ces deux situations renvoie peut-être à la notion d'équilibre entre le défi imposé et les compétences du sujet sur laquelle nous reviendrons.

Dans le même ordre d'idée, notre étude ne montre pas de lien entre l'expérience dans un service et la survenue d'un *burnout*. Mais, là encore, les résultats des études antérieures sont discordants (32)(36)(38)(39). Il semble difficile d'interpréter ces résultats car la genèse du *burnout* est probablement différente en début et en fin de carrière.

Le fait de travailler au sein d'un Centre Hospitalier Universitaire ou non n'influe pas sur le risque de survenue du syndrome de *burnout*. Ce résultat rejoint celui des études de Doppia (33), Mion (36) et Heinke (42).

Il n'existe pas non plus de lien statistique entre le *burnout* et l'impression de ne pas contrôler son emploi du temps. Ce résultat va à l'encontre des résultats d'études antérieures chez des médecins urgentistes (41)(43). Cependant, l'analyse sur chacune des dimensions du *burnout* met en évidence un lien statistiquement significatif avec l'épuisement émotionnel et une diminution de l'accomplissement personnel.

Le temps de travail et le nombre de gardes par mois ne sont pas, dans cette étude, des facteurs de risque de *burnout*. Une fois de plus, les données de la littérature sont discordantes. Les études menées par Goldberg (32) et Embriaco (34) montraient un taux de *burnout* en lien avec l'augmentation du temps de travail et du nombre de garde par mois. Plus récemment, l'enquête SESMAT révélait que ces facteurs n'influaient pas sur la survenue du *burnout* dans la cohorte de médecins urgentistes (3) . Cependant, notons que ces études ne tenaient pas compte de la fréquence des gardes de week-end.

Tableau 3. Comparaison du lien entre *burnout* et différentes variables. La question posée est : existe-t-il un lien statistiquement significatif entre la variable étudiée et le *burnout* ?

	Yven (2013)	Estry- Behar (2011)	Doppia (2011)*	Mion (2009)*	Popa (2009)	Embriaco (2007)*	Goldberg (1996)
Prévalence du <i>burnout</i>	57 %	51 %	42 %	62 %	-	46 %	60 %
Ancienneté	Non	-	-	Non	Oui**	-	Non
Age	Non	Oui**	Oui	Non	Non	Oui**	-
Sexe féminin	Non	Oui	Oui	Non	Non	Oui	-
CHG-CHU	Non	-	Non	Non	-	-	-
Temps de travail	Non	Non	Non	-	-	Oui**	Oui**
Nombre de gardes	Non	Non	Non	-	-	Oui**	Oui**

*Etudes faites sur une population d'urgentistes et d'anesthésistes-réanimateurs

** Plus la variable est élevée, plus le taux de *burnout* augmente

Revue de dossiers

Les urgentistes qui déclarent effectuer des revues de dossiers sont statistiquement moins à risque de *burnout* que les autres. Notons que cette variable semble influencer statistiquement sur les trois dimensions du *burnout* (tendance pour l'accomplissement personnel et la dépersonnalisation, $p < 0,05$ pour l'épuisement émotionnel). Cette donnée rejoint celles de l'étude SESMAT qui montraient également le caractère protecteur de ces revues de dossiers dans un service vis-à-vis du *burnout* (OR respectivement de 3,14 chez les urgentistes en général, et de 6,23 chez les hommes urgentistes). Ces réunions entre soignants, consistant à « débriefing » les cas les plus complexes, permettent un échange de connaissances et de points de vue sur des prises en charge diagnostiques ou thérapeutiques. Elles ont parfois un rôle de formation au sein de l'équipe médicale d'un service d'urgence. Or, des études antérieures tendent à lier le manque de formation continue et la prévalence du *burnout* (15)(44). Par ailleurs, ces réunions donnent une occasion aux médecins de faire part de leurs doutes, voire de leur souffrance face à des situations vécues comme stressantes. Ces moments de communication, rappelant les groupes Balint, sont alors vécues comme une source de cohésion dans l'équipe médicale. Or, trois études antérieures menées chez les urgentistes et anesthésistes-réanimateurs français démontraient un lien statistiquement significatif entre la qualité des relations avec l'équipe et la réduction du risque de *burnout* (3)(36)(44). Il semble donc tout à fait bénéfique de favoriser ce type d'échanges au sein des services d'urgences.

Communications téléphoniques

Nous mettons en évidence un lien statistiquement significatif entre l'impression, pour un médecin urgentiste, de passer quotidiennement trop de temps au téléphone et la survenue du *burnout*. La composante concernée semble être l'épuisement émotionnel. Il faut cependant préciser cette relation. Il s'agit tout d'abord d'une impression subjective et non de la durée effective des communications d'un urgentiste sur une journée. Ensuite, le sens de la relation ne peut être affirmé par les données de l'étude. On comprend aisément que les interruptions répétées des tâches en cours par des appels téléphoniques soient une source d'une accumulation de stress, pouvant conduire au *burnout*. Cependant, la perception négative de communications téléphoniques induite par un *burnout* pré-existant crée probablement une impression erronée sur la durée de ces appels. Enfin, la question posée ne permet pas de distinguer les types d'appels qui sont sources de stress répétés : interruption fréquentes des tâches en cours et difficultés de concentration qui en découlent, avis des confrères, relation avec l'administration, recherche de lits d'aval ... Là aussi, la période hivernale pendant laquelle le questionnaire a été disponible constitue probablement un biais pour l'interprétation et la reproductibilité de la relation. Notons tout de même que sur le nombre total de 131 médecins répondeurs, 113, soit 86%, déclarent avoir l'impression de passer trop de temps au téléphone. Il semble donc nécessaire d'étudier et d'améliorer cet aspect de la profession.

Flow

Nous établissons une relation significative entre un score de *flow* (ou expérience optimale) bas et le *burnout*. Cette étude est une des premières à mettre en relation ces deux concepts. A notre connaissance, seule l'étude de Ph. Daillard, psychologue à l'Université de Lausanne s'était intéressée à étudier le lien entre *flow* et *burnout* (45).

Si l'on prend la définition de l'expérience optimale et l'interprétation qu'en fait J. Heutte, on dégage dans l'échelle de mesure de l'expérience optimale deux types d'items : les caractéristiques du flow et les conditions d'obtention du *flow* (30). Ce sont sur les conditions d'obtention du flow que l'on peut tenter d'agir. En particulier, si on reprend la définition de Csikszentmihalyi (25), une des conditions requise est la clarté des objectifs. La diversité des tableaux cliniques rencontrés dans un service d'accueil des urgences impose la définition claire des connaissances et des compétences théoriques d'un médecin urgentiste, ainsi que ses limites. Il semble dès lors primordial d'uniformiser le plus possible les formations et cursus permettant d'accéder au diplôme d'urgentiste. Le développement de Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaire de médecine d'urgence (DESC-MU) va dans ce sens.

Une autre condition permettant l'obtention d'un état de *flow* au travail d'après Csikszentmihalyi repose sur l'équilibre entre le défi représenté par une situation et les compétences requises pour y faire face. Notons tout de même que le psychologue hongrois souligne que la perception d'un état de *flow* dépend également en grande partie de la personnalité et des capacités d'adaptation propres à chacun.

Néanmoins, cette balance défi/compétences au travail avait déjà été décrite. Selon Karasek et Théorell en 1979, un niveau élevé de demandes au travail associé à un niveau faible de latitude de décision abouti à un niveau élevé de tension. A l'inverse, une demande forte de l'environnement professionnel peut être modérée par un niveau élevé de latitude de décision (16). Ainsi, si les limites des compétences de l'urgentiste doivent être clairement définies : il doit pouvoir, grâce à ses connaissances (formation initiale, formation continue) et son expérience, bénéficier de cette latitude décisionnelle.

Concrètement, l'exercice de la médecine d'urgence ne doit pas se résumer à un enchaînement de demandes d'avis précoces dans la prise en charge des patients auprès des spécialistes, au risque de générer de la frustration, du stress et à terme un *burnout*. Notons que d'après Karasek, outre le degré élevé de latitude décisionnelle, le soutien social (des pairs et des supérieurs), déjà évoqué plus haut, est également un modérateur de stress au travail (16). Hellemans et Karnas (1999) complétaient ce modèle en y intégrant la pression du temps et le dérangement en tant que facteurs de stress (46). Ces deux caractéristiques sont à l'opposé des notions d'engagement sans distraction et de perte de la notion du temps décrites dans le vécu des expériences optimales.

Temps de trajet et loisirs

Même si le lien n'est pas statistiquement significatif, des durées de trajet élevées semblent favoriser la survenue du *burnout*. Récemment, une étude du ministère de l'écologie démontrait le caractère délétère de l'augmentation des temps de trajet sur le stress au travail (46).

Les médecins qui déclaraient moins de loisirs étaient statistiquement plus à risque de *burnout*. La variable « nombre de loisirs déclarés » a été modifiée puisqu'il s'agissait d'une question ouverte : « quels sont vos loisirs ? ». Nous l'avons interprétée et transformée en une variable quantitative. Il en ressort que les personnes ayant plus de centres d'intérêts en dehors de leur profession sont moins à risque de *burnout*. Si le syndrome de *burnout*, dans sa définition, ne s'applique qu'au milieu du travail, il semble aussi affecter la vie privée. Ainsi, l'étude SESMAT révélait un lien entre le *burnout* et un score élevé de conflits travail/famille (33), cette variable constituait d'ailleurs le facteur de risque le plus important en terme d'odd ratio. Il est là encore difficile d'établir une relation de cause à effet. La qualité de vie dans la sphère privée semble néanmoins garante de la santé au travail.

5. Conclusion

Cette étude confirme l'existence d'un risque élevé de *burnout* au sein des équipes d'urgentistes. Même décrié, ce phénomène surprend par son ampleur, ainsi mérite-t-il au moins qu'on ose en parler.

Il semble exister deux types de facteurs de risque ou de protection du *burnout* : des facteurs endogènes, propres à l'individu et à ses capacités d'adaptation, comme nous l'avons vu avec le *flow*, et des facteurs exogènes, relatifs à l'organisation et l'ergonomie du travail.

Les chefs de service des structures d'urgence ont un rôle primordial à jouer dans la prévention du *burnout*. Comme nous l'avons vu, l'organisation de revues de dossiers est un facteur protecteur. C'est à eux qu'il revient d'organiser ces réunions qui permettent, en confrontant les opinions, en réactualisant les connaissances de chacun, en favorisant les échanges, d'assurer la cohésion et le bien-être de l'équipe médicale, voire paramédicale. Ils doivent être à l'écoute de leurs collègues et capables de dépister précocement les signes de *burnout* et d'en informer le médecin du travail. La question de la gestion des appels téléphoniques doit également être étudiée, au vu de la proportion de médecins en difficultés face à cet aspect de la profession.

Le rôle du médecin du travail est central dans la prise en charge du *burnout*. C'est à lui que doit s'adresser le soignant en souffrance. C'est à lui d'identifier, au sein du service, les dysfonctionnements générateurs de stress et d'élaborer des stratégies collectives pour y faire face.

En 2007, l'Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS) estimait le coût du stress au travail (dépenses de soins, dépenses liées à l'absentéisme, aux cessations d'activités et aux décès prématurés) entre 2 et 3 milliards d'euros par an (47). Le *burnout* étant lié à l'accumulation de stress au travail, les pouvoirs publics doivent également être alertés par ces forts taux de prévalence du *burnout* au sein des services d'urgences.

La souffrance des médecins au travail est un sujet qui ne peut plus être occulté.

6. Bibliographie

1. SANTÉ - Bulletin Officiel N°2007-12: Annonce N°92 [Internet].. Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-12/a0120092.htm>
2. Rapport annuel 2011 | ORUMIP [Internet].. Disponible sur: <https://www.orumip.fr/2012/09/rapport-annuel-2011/>
3. Estryng-Behar M, Doppia M-A, Guetarni K, Fry C, Machet G, Pelloux P, et al. Emergency physicians accumulate more stress factors than other physicians-results from the French SESMAT study. *Emerg Med J EMJ*. mai 2011;28(5):397-410.
4. Gallery ME, Whitley TW, Klonis LK, Anzinger RK, Revicki DA. A study of occupational stress and depression among emergency physicians. *Ann Emerg Med*. janv 1992;21(1):58-64.
5. Gregov L, Kovačević A, Slišković A. Stress among Croatian physicians: comparison between physicians working in emergency medical service and health centers: pilot study. *Croat Med J*. févr 2011;52(1):8-15.
6. Shanafelt TD, Boone S, Tan L, Dyrbye LN, Sotile W, Satele D, et al. Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. *Arch Intern Med*. 8 oct 2012;172(18):1377-1385.
7. Le burn out à l'hôpital - Le syndrome de... Pierre Canouï, Aline Mauranges - 9782294704680 - Livre [Internet].. Disponible sur: <http://www.decitre.fr/livres/le-burn-out-a-l-hopital-9782294704680.html>
8. Syndrome d'épuisement professionnel [Internet]. Wikipédia. 2013. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Syndrome_d%27%C3%A9puisement_professionnel&oldid=93848540
9. LANGEVIN V. INRS - Maslach Burnout Inventory (MBI) [Internet]. Référence En Santé Au Trav. 2012. Disponible sur: <http://www.inrs.fr/accueil/produits/mediatheque/doc/publications.html?refINRS=FRPS%2026>
10. Korczak D, Huber B. [Burnout. Can it be measured?]. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*. févr 2012;55(2):164-171.
11. Lourel M, Gueguen N. [A meta-analysis of job burnout using the MBI scale]. *Encephale*. déc 2007;33(6):947-953.
12. Korczak D, Huber B, Kister C. Differential diagnostic of the burnout syndrome. *GMS Heal Technol Assess*. 2010;6:Doc09.

13. Weber A, Jaekel-Reinhard A. Burnout syndrome: a disease of modern societies? *Occup Med Oxf Engl*. sept 2000;50(7):512-517.
14. Kaschka WP, Korczak D, Broich K. Burnout: a fashionable diagnosis. *Dtsch Ärzteblatt Int*. nov 2011;108(46):781-787.
15. Selmanovic S, Ramic E, Pranjic N, Brekalo-Lazarevic S, Pasic Z, Alic A. Stress at work and burnout syndrome in hospital doctors. *Med Arh*. 2011;65(4):221-224.
16. Karasek RA. Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain: Implications for Job Redesign. *Adm Sci Q*. juin 1979;24(2):285.
17. Giorgio. Mesure du déséquilibre « efforts-récompenses » : questionnaire de Siegrist | AtouSante [Internet]. AtouSanté. 2013. Disponible sur: <http://www.atousante.com/risques-professionnels/sante-mentale/stress-professionnel/mesure-desequilibre-efforts-recompenses-questionnaire-siegrist/>
18. Ahola K, Honkonen T, Isometsä E, Kalimo R, Nykyri E, Aromaa A, et al. The relationship between job-related burnout and depressive disorders--results from the Finnish Health 2000 Study. *J Affect Disord*. sept 2005;88(1):55-62.
19. Lloyd S, Streiner D, Shannon S. Burnout, depression, life and job satisfaction among Canadian emergency physicians. *J Emerg Med*. août 1994;12(4):559-565.
20. Ahola K, Honkonen T, Kivimäki M, Virtanen M, Isometsä E, Aromaa A, et al. Contribution of burnout to the association between job strain and depression: the health 2000 study. *J Occup Environ Med Am Coll Occup Environ Med*. oct 2006;48(10):1023-1030.
21. Dyrbye LN, Thomas MR, Massie FS, Power DV, Eacker A, Harper W, et al. Burnout and suicidal ideation among U.S. medical students. *Ann Intern Med*. 2 sept 2008;149(5):334-341.
22. Honkonen T, Ahola K, Pertovaara M, Isometsä E, Kalimo R, Nykyri E, et al. The association between burnout and physical illness in the general population--results from the Finnish Health 2000 Study. *J Psychosom Res*. juill 2006;61(1):59-66.
23. Doan-Wiggins L, Zun L, Cooper MA, Meyers DL, Chen EH. Practice satisfaction, occupational stress, and attrition of emergency physicians. Wellness Task Force, Illinois College of Emergency Physicians. *Acad Emerg Med Off J Soc Acad Emerg Med*. juin 1995;2(6):556-563.
24. Burn-out chez les urgentistes - Sciences et Avenir [Internet]. Disponible sur: <http://sciencesetavenir.nouvelobs.com/sante/20101215.OBS4781/burn-out-chez-les-urgentistes.html>

25. Csikszentmihalyi M. Flow: The psychology of optimal experience. Csikszentmihalyi, M. [Internet]. Harper and Roy. Disponible sur: <http://www.weteachwelearn.org/2010/02/flow-the-psychology-of-optimal-experience-csikszentmihalyi-m/>
26. De Manzano O, Theorell T, Harmat L, Ullén F. The psychophysiology of flow during piano playing. *Emot Wash DC*. juin 2010;10(3):301-311.
27. Demontrond P, Gaudreau P. Le concept de « flow » ou « état psychologique optimal » : état de la question appliquée au sport. *Staps*. 7 mars 2008;n° 79(1):9-21.
28. Csikszentmihalyi M, LeFevre J. Optimal experience in work and leisure. *J Pers Soc Psychol*. mai 1989;56(5):815-822.
29. Mäkikangas A, Bakker AB, Aunola K, Demerouti E. Job resources and flow at work: Modelling the relationship via latent growth curve and mixture model methodology. *J Occup Organ Psychol*. 2010;83(3):795-814.
30. Heutte J. Mesurer le Flow : vers la construction de Flow4D-16 (Heutte, 2009) - Bloc-notes de Jean Heutte : sérendipité, phronésis et atharaxie sont les trois mamelles qui nourrissent l'Épicurien de la connaissance ;-) [Internet]. [cité 18 juin 2013]. Disponible sur: <http://jean.heutte.free.fr/spip.php?article101>
31. Cydulka RK, Korte R. Career satisfaction in emergency medicine: the ABEM Longitudinal Study of Emergency Physicians. *Ann Emerg Med*. juin 2008;51(6):714-722.e1.
32. Goldberg R, Boss RW, Chan L, Goldberg J, Mallon WK, Moradzadeh D, et al. Burnout and its correlates in emergency physicians: four years' experience with a wellness booth. *Acad Emerg Med Off J Soc Acad Emerg Med*. déc 1996;3(12):1156-1164.
33. Doppia M-A, Estryin-Béhar M, Fry C, Guetarni K, Lieutaud T, comité de pilotage de l'enquête SESMAT. [Burnout in French doctors: a comparative study among anaesthesiologists and other specialists in French hospitals (SESMAT study)]. *Ann Françaises Anesthésie Réanimation*. nov 2011;30(11):782-794.
34. Embriaco N, Azoulay E, Barrau K, Kentish N, Pochard F, Loundou A, et al. High level of burnout in intensivists: prevalence and associated factors. *Am J Respir Crit Care Med*. 1 avr 2007;175(7):686-692.
35. Embriaco N, Papazian L, Kentish-Barnes N, Pochard F, Azoulay E. Burnout syndrome among critical care healthcare workers. *Curr Opin Crit Care*. oct 2007;13(5):482-488.

36. Mion G, Libert N, Journois D. [Burnout-associated factors in anesthesia and intensive care medicine. 2009 survey of the French Society of anesthesiology and intensive care]. *Ann Françaises Anesthésie Rèanimation*. mars 2013;32(3):175-188.
37. Guerin D. Le Burn out des médecins généralistes en Picardie [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Picardie; 2010.
38. Popa F, Arafat R, Purcărea VL, Lală A, Popa-Velea O, Bobirnac G. Occupational burnout levels in emergency medicine--a stage 2 nationwide study and analysis. *J Med Life*. déc 2010;3(4):449-453.
39. Popa F, Raed A, Purcarea VL, Lală A, Bobirnac G. Occupational burnout levels in emergency medicine--a nationwide study and analysis. *J Med Life*. sept 2010;3(3):207-215.
40. Kuhn G, Goldberg R, Compton S. Tolerance for uncertainty, burnout, and satisfaction with the career of emergency medicine. *Ann Emerg Med*. juill 2009;54(1):106-113.e6.
41. Nyssen AS, Hansez I, Baele P, Lamy M, De Keyser V. Occupational stress and burnout in anaesthesia. *Br J Anaesth*. mars 2003;90(3):333-337.
42. Heinke W, Dunkel P, Brähler E, Nübling M, Riedel-Heller S, Kaisers UX. [Burnout in anesthesiology and intensive care : is there a problem in Germany?]. *Anaesthesist*. déc 2011;60(12):1109-1118.
43. Keeton K, Fenner DE, Johnson TRB, Hayward RA. Predictors of physician career satisfaction, work-life balance, and burnout. *Obstet Gynecol*. avr 2007;109(4):949-955.
44. Estryng-Behar M, Fry C, Guetarni K, Aune I, Machet G, Doppia MA, et al. Work week duration, work-family balance and difficulties encountered by female and male physicians: results from the French SESMAT study. *Work Read Mass*. 2011;40 Suppl 1:S83-100.
45. Daillard P. - Recherche-Sante-Emotionnelle-et-Burnout-v2.pdf [Internet]. Interqualia.com.. Disponible sur: <http://www.interqualia.com/docs/Recherche-Sante-Emotionnelle-et-Burnout-v2.pdf>
46. C. Hellemans, G. Karnak. Epreuve de validation du modèle de Karasek auprès de travailleurs du secteur tertiaire. Relations du modèle avec les « tensions mentales » [Internet]. Refdoc CNRS. 1999. Disponible sur: <http://liris.cnrs.fr/~cnriut08/actes/articles/129.pdf>
47. INRS - Conséquences du stress au travail pour l'entreprise [Internet]. Disponible sur: <http://www.inrs.fr/accueil/risques/psychosociaux/stress/consequence-entreprise.html>

7. Annexes

Enquête sur le *burnout* des urgentistes en Midi-Pyrénées

Vous pouvez voir le formulaire publié ici :

<https://docs.google.com/spreadsheet/viewform?formkey=dDdUSThtRzRnZ01ScnFSMDBHXzhTSFE6MQ>

Burnout

Pour toute question : tooly.y@gmail.com

Lieu et structure du ou des employeurs, si plusieurs structures, commencer par la structure principale d'activités (la localité de la structure ne sera pas divulguée à l'issue de l'analyse statistique) *ex: CHU Toulouse Rangueil

Depuis combien de temps travaillez-vous pour votre employeur principal (ancienneté dans le service, en années) *

Age *

Sexe *

Masculin

Féminin

Poste *

- Intérimaire
- Assistant
- Praticien Attaché
- Praticien contractuel
- PH
- Chef de service
- FFI
- Autre :

Statut *

- Temps plein
- Temps partiel

Temps de travail clinique *en heures par mois

Nombre de gardes de nuit par mois *

Temps de trajet (aller-retour) pour se rendre sur le lieu de travail principal (moyenne, en minutes) *

Type d'activité réalisée *Plusieurs réponses possibles

- Urgences adulte
- Pédiatrie
- Gynécologie
- Déchoquage
- SMUR
- Régulation
- UHCD
- Autre :

Est-ce que vous estimez que vous avez le contrôle de votre emploi du temps? *Garde, vacances, repos, plage de travail

- Oui
- Non

Pensez-vous passer trop de temps au téléphone sur une journée de travail ? *justification d'examens complémentaires, avis aux spécialistes, recherche de lits d'aval...

- Oui
- Non

Des revues de dossiers sont-elles organisées au sein de votre service (lieu de travail principal)? *

- Oui
- Non

Autre(s) activité(s) professionnelle(s) ex: médecine générale, consultation spécialisées, remplacement
Loisir(s)

An empty text input field with a light gray background and a thin black border. It features a vertical scrollbar on the right side and a horizontal scrollbar at the bottom, indicating it is a multi-line text area.

Situation familiale Célibataire, en couple, marié, divorcé, des enfants (nombre)?

An empty text input field with a light gray background and a thin black border. It features a vertical scrollbar on the right side and a horizontal scrollbar at the bottom, indicating it is a multi-line text area.

Echelle de "Flow" ou expérience positive personnelle (d'après échelle Flow4D16)

Vous arrive-t-il de ressentir, dans votre travail, les sensation suivantes ? 0 = jamais 1 = parfois
2 = souvent 3 = très souvent

Je me sens capable de faire face aux exigences élevées de la situation *

0 1 2 3

Je sens que je contrôle parfaitement mes actions *

0 1 2 3

A chaque étape, je sais ce que je dois faire *

0 1 2 3

J'ai le sentiment de contrôler la situation *

0 1 2 3

J'ai l'impression que le temps passe rapidement *

0 1 2 3

Je perds ma notion habituelle du temps *

0 1 2 3

Je ne suis pas préoccupé par ce que les autres peuvent penser de moi *

0 1 2 3

J'ai le sentiment de vivre un moment enthousiasmant *

0 1 2 3

Cette activité est gratifiante *

0 1 2 3

Cette activité me procure beaucoup de bien-être *

0 1 2 3

Quand j'évoque cette activité, je ressens une émotion que j'ai envie de partager *

0 1 2 3

Merci pour votre participation.

Commentaires ou questions diverses



Titre : Prévalence et facteurs de risque du syndrome de *burnout* chez les urgentistes en région Midi-Pyrénées.

Résumé

Objectifs : Étudier la prévalence du *burnout* (BO) chez les urgentistes en Midi-Pyrénées. Définir des facteurs de risque associés au BO. **Matériel et méthodes :** Un questionnaire anonyme a été diffusé via internet aux médecins des services d'accueil d'urgences et SMUR de la région. L'échelle de mesure du BO utilisée était le *Malasch Burnout Inventory*. **Résultats :** 131 urgentistes ont répondu. 75 étaient en burnout (57,25%). Le fait de participer à des revues de dossiers est un facteur protecteur de BO (OR 0,433, IC95% 0,208-0,904, p=0,023). Les urgentistes déclarant un nombre de loisirs plus important sont moins à risque de BO (OR 0,789 IC95% 0,64-0,972 p=0,022). L'impression de passer trop de temps au téléphone et un score de *flow* bas sont liées à des taux de BO plus élevés (OR respectifs 4,233, IC95% 1,41-12,705, p=0,0064 et 1,062, IC95% 1,004-1,124, p=0,037).

Mots clés : *burnout*, épuisement professionnel, médecins urgentistes, *flow*, expérience optimale, Midi-Pyrénées, revue de dossiers.

Title : Prevalence and risk factors of burnout syndrome among emergency physicians of Midi-Pyrénées region.

Abstract

Objectives : studying the prevalence of burnout (BO) among emergency physicians in the Midi-Pyrénées region. Defining risk factors related to BO. **Tools and methods :** an anonymous test was e-mailed to the physicians in charge of admissions to emergency departments as well as those involved in the SMUR. The scale used for weighing the BO was the Malash Burnout Inventory. **Results :** 131 emergency physicians answered. 75 were suffering from burnout (57,25%). Taking part in the reviews of medical records is a protective factor to prevent BO (OR 0,433, IC95% 0,208-0,904, p=0,023). The physicians who report having more spare time activities run less risk of BO (OR 0,789, IC95% 0,64-0,972, p=0,022). The feeling of spending too much time on the phone, as well as having a low flow score are related to a higher BO rate (OR 4,233, IC95% 1,41-12,705, p=0,0064 et 1,062, IC 95% 1,004-1,124, p=0,037).

Keywords : burnout, flow, emergency physicians, Midi-Pyrénées, review of medical records.

Discipline administrative : MÉDECINE GÉNÉRALE.

Directeur de thèse : Dr Emmanuel GURRERA