



Les risques psychosociaux et la pénibilité du travail chez les médecins urgentistes. Enquête réalisée chez les urgentistes du CHRU de Nancy

Julien Jabbour

► To cite this version:

Julien Jabbour. Les risques psychosociaux et la pénibilité du travail chez les médecins urgentistes. Enquête réalisée chez les urgentistes du CHRU de Nancy. Sciences du Vivant [q-bio]. 2015. hal-01731819

HAL Id: hal-01731819

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01731819>

Submitted on 14 Mar 2018

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

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



AVERTISSEMENT

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

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THÈSE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Julien Jabbour

Le 05 Novembre 2015

**Les risques psychosociaux et la pénibilité du travail chez les médecins
urgentistes.
Enquête réalisée chez les urgentistes du CHRU de Nancy.**

Examineurs de la thèse :

M.PE.Bollaert

Professeur

Président

M.C.Paris

Professeur

}

M.R.Schwan

Professeur

}

Juges

M.P.Atain-Kouadio

Docteur en Médecine }



**Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT**

**Doyen de la Faculté de Médecine
Professeur Marc BRAUN**

Vice-doyens

Pr Karine ANGIOI-DUPREZ, Vice-Doyen
Pr Marc DEBOUVERIE, Vice-Doyen

Assesseurs :

Premier cycle : Dr Guillaume GAUCHOTTE

Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER

Troisième cycle : Pr Marc DEBOUVERIE

Innovations pédagogiques : Pr Bruno CHENUEL

Formation à la recherche : Dr Nelly AGRINIER

Animation de la recherche clinique : Pr François ALLA

Affaires juridiques et Relations extérieures : Dr Frédérique CLAUDOT

Vie Facultaire et SIDES : Dr Laure JOLY

Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER

Etudiant : M. Lucas SALVATI

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Dr Guillaume GAUCHOTTE

Commission de prospective facultaire : Pr Pierre-Edouard BOLLAERT

Universitarisation des professions paramédicales : Pr Annick BARBAUD

Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER

PACES : Dr Chantal KOHLER

Plan Campus : Pr Bruno LEHEUP

International : Pr Jacques HUBERT

=====

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER

Professeur Henry COUDANE

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY

Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL - Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE

Jean-Louis BOUTROY - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT -

François CHERRIER - Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de

LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS

Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER

Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Oliéro GUERCI - Claude HURIET

Christian JANOT - Michèle KESSLER - François KOHLER - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES

Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS

Jean-Pierre MALLIÉ - Michel MANCIAUX - Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU - Michel MERLE

Denise MONERET-VAUTRIN - Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS

Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON –François PLENAT - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER –Denis REGENT - Michel RENARD - Jacques ROLAND
René-Jean ROYER - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMONDanièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Hubert UFFHOLTZ - Gérard VAILLANT Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET – Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WAYOFF - Michel WEBER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Pierre BEY - Professeur Marc-André BIGARD – Professeur Jean-Pierre CRANCE
Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ – Professeure Simone GILGENKRANTZ Professeur Philippe HARTEMANN - Professeure Michèle KESSLER - Professeur Jacques LECLÈRE
Professeur Alain LE FAOU – Professeure Denise MONERET-VAUTRIN - Professeur Pierre MONIN
Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Luc PICARD – Professeur François PLENAT - Professeur Jacques POUREL Professeur Michel SCHMITT –Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC - Professeur Paul VERT - Professeur Michel VIDAILHET

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Professeur Bernard FOLIGUET – Professeur Christo CHRISTOV

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médecine*)

Professeur Michel CLAUDON – Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et Mycologie*)

Professeure Marie MACHOUART

3^{ème} sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD – Professeure Céline PULCINI

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2^{ème} sous-section : (*Médecine et santé au travail*)

Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeure Eliane ALBUISSON – Professeur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY - Professeur Didier PEIFFERT

Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie - réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Gérard AUDIBERT

Professeur Thomas FUCHS-BUDER – Professeure Marie-Reine LOSSER

2^{ème} sous-section : (Réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET – Professeur J.Y. JOUZEAU (*pharmacien*)

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Professeur François PAILLE – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Hervé VESPIGNANI - Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE

Professeur Luc TAILLANDIER - Professeur Louis MAILLARD – Professeure Louise TYVAERT

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN

Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLÉ

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeure Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIÈRE

Professeur Nicolas SADOUL - Professeur Christian de CHILLOU DE CHRURET – Professeur Edoardo CAMENZIND

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Thierry FOLLIGUET – Professeur Juan-Pablo MAUREIRA

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeure Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeur Athanase BENETOS

Professeure Gisèle KANNY – Professeure Christine PERRET-GUILLAUME

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET

Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO – Professeure Rachel VIEUX

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Olivier MOREL

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Roger JANKOWSKI – Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeure Karine ANGIOI

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur Jean-Marc BOIVIN

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur associé Paolo DI PATRIZIO

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteure Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Docteur Edouard BARRAT - Docteure Françoise TOUATI – Docteure Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Docteure Aude MARCHAL – Docteur Guillaume GAUCHOTTE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Docteur Jean-Claude MAYER - Docteur Jean-Marie ESCANYE

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médecine*)

Docteur Damien MANDRY – Docteur Pedro TEIXEIRA

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN

Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA – Docteur Abderrahim OUSSALAH

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Docteur Mathias POUSSEL – Docteure Silvia VARECHOVA

3^{ème} sous-section : (*Biologie Cellulaire*)

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)

Docteure Véronique VENARD – Docteure Hélène JEULIN – Docteure Corentine ALAUZET

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et mycologie (type mixte : biologique)*)

Docteure Anne DEBOURGOGNE (*sciences*)

3^{ème} sous-section : (*Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales*)

Docteure Sandrine HENARD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteure Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN

Docteure Nelly AGRINIER

2^{ème} sous-section (*Médecine et Santé au Travail*)

Docteure Isabelle THAON

3^{ème} sous-section (*Médecine légale et droit de la santé*)

Docteur Laurent MARTRILLE

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion : option hématologique (type mixte : clinique)*)

Docteur Aurore PERROT

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique)*)

Docteure Lina BOLOTINE

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteure Céline BONNET

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

2^{ème} sous-section : (*Réanimation ; Médecine d'Urgence*)

Docteur Antoine KIMMOUN (*stagiaire*)

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique*)

Docteure Françoise LAPICQUE – Docteur Nicolas GAMBIER – Docteur Julien SCALA-BERTOLA

4^{ème} sous-section : (*Thérapeutique ; Médecine d'Urgence ; Addictologie*)

Docteur Nicolas GIRERD (*stagiaire*)

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Docteure Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Docteure Anne-Claire BURSZEJN

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)

Docteur Fabrice VANHUYSE

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Docteur Stéphane ZUILY

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Docteure Laure JOLY

55^{ème} Section : OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Oto-Rhino-Laryngologie)

Docteur Patrice GALLET (stagiaire)

=====

MAÎTRE DE CONFÉRENCE DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteure Elisabeth STEYER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

19^{ème} Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

60^{ème} Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Monsieur Nick RAMALANJAONA

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE

Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA - Madame Nathalie MERCIER – Madame Céline HUSELSTEIN

66^{ème} Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteure Sophie SIEGRIST - Docteur Arnaud MASSON - Docteur Pascal BOUCHE

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)

Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)

Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)

Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)

Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)

Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)

Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)

Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)

Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)

Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

À M. le professeur Pierre-Edouard Bollaert

Professeur de réanimation médicale

Chevalier de l'Ordre des Palmes Académiques

Vous me faites l'honneur de présider et juger cette thèse.

Je vous remercie pour toutes les connaissances que vous m'avez transmises tout au long de mon cursus.

Je vous remercie pour votre disponibilité, votre patience et votre aide tout au long de la préparation de cette thèse.

Veuillez trouver à travers ce travail l'expression de ma sincère gratitude et de mon profond respect.

À M. le professeur Christophe Paris

Professeur de médecine et santé au travail

Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Je vous suis reconnaissant de l'intérêt que vous y avez porté.

Veuillez trouver ici, l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

À M. le professeur Raymund Schwan

Professeur de psychiatrie adulte

Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Je vous suis reconnaissant de l'intérêt que vous y avez porté.

Veuillez trouver ici, l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

À M. le docteur Philippe Atain-Kouadio

Praticien hospitalier
Service des Urgences du CHRU de Nancy

Vous m'avez fait l'honneur de diriger et juger cette thèse.

Merci de m'avoir fait confiance et de m'avoir soutenu tout au long de ce travail.

Vous étiez disponible malgré votre emploi du temps chargé.

Merci pour votre bonne humeur et pour la confiance que vous m'avez transmise tout au long de ce travail.

Vous m'avez conforté dans mon choix de Médecine d'Urgence.

Veuillez trouver à travers ce travail l'expression de ma profonde gratitude.

Merci PAK...

À Mme le Docteur Phi-Linh Nguyen-Thi

*Médecin Santé Publique, Epidémiologiste
Plateforme d'Aide à la Recherche Clinique – PARC
Unité ESPRI-BioBase – Méthodologie – Réglementation – Biostatistique
Pôle Structures de Soutien à la Recherche, CHRU de Nancy*

*Merci pour votre aide et vos conseils pour la réalisation des analyses statistiques.
Je vous suis reconnaissant de l'intérêt que vous avez porté à mon travail.*

À ma famille

- *Merci à toute ma famille pour m'avoir soutenu tout au long de mes études. Merci d'avoir toujours cru en moi. Vos encouragements m'ont accompagné depuis le début et ils m'ont donné le courage d'arriver au bout du tunnel.*
- *À ma maman qui m'aime d'un amour inconditionnel.
Tu as toujours fait ton maximum pour me donner toutes les chances de réussir.
Tes encouragements et tes sacrifices m'ont donné la force pour arriver à mes objectifs.
Je t'aime pour toujours...*
- *À mon papa qui m'aime d'un amour inconditionnel.
Merci de croire en moi et de me soutenir depuis mon plus jeune âge.
Tu voulais me voir « docteur », et me voilà réalisant ton rêve.
Je t'aime pour toujours...*
- *À mes frères, Lucien et François. Merci pour votre soutien.
Je serai toujours à vos côtés. Je vous aime.*
- *À mes mémés qui m'aiment plus que tout. Que Dieu vous garde près de nous en bonne santé.*
- *À mes oncles et tantes qui étaient présents à mes côtés, d'une manière ou d'une autre, pour m'encourager.*
- *À mes cousins et cousines...J'espère partager avec vous de plus en plus des moments de complicités.*
- *À la mémoire de mes grands-pères, Elias et Michel. J'aurai aimé vous voir aujourd'hui à mes côtés. Je sais que vous êtes fiers de moi de là-haut.*
- *À mon parrain.*
- *À ma marraine qui sera fière de moi de là-haut.*
- *À Claire, la femme de ma vie. Merci pour ton soutien et tes encouragements depuis près de deux ans maintenant. Merci pour le temps passé à relire ce manuscrit. Je t'aime...*

À mes amis

- *À mon cher ami Marc. Quelques mois suffisent parfois pour tisser des liens d'amitié. J'ai passé à tes côtés mes meilleurs moments d'internat. Je te souhaite le meilleur au niveau professionnel et également dans ta nouvelle vie de père de famille !*
- *À mon cher ami Roland. Ça va faire près de 10 ans qu'on se connaît. Je te remercie pour ton soutien et tes encouragements. Notre amitié durera pour toujours malgré la distance qui nous sépare. Merci également à toute ta petite famille.*
- *À mes amis d'enfance : Nicolas, Gilbert, Toufic et Nabil.*
- *À Hélène, Amélie. Merci pour votre amitié, votre soutien et votre présence dans les bonnes comme dans les mauvaises périodes. En espérant que cette amitié qui nous lie se pérennise.*
- *À Pierre et Jeremy. Merci pour les moments de complicité depuis le début de notre aventure à la Faculté de Médecine.*
- *À Rayan. Notre amitié a perduré malgré la distance. C'est dans des circonstances pareilles qu'on apprécie l'amitié. J'espère que notre amitié durera pour toujours.*

Également...

- *Au Dr. Nace, praticien hospitalier et chef de service SAU-SAMU-SMUR au CHRU de Nancy. Merci pour tous vos conseils et pour votre disponibilité. Mon passage en tant qu'interniste dans votre service était déterminant dans mon choix professionnel. Je vous remercie également pour la confiance que vous m'avez accordée. Votre soutien est très important pour moi, surtout en ce début de carrière.*
- *Au Dr. Sanchez Vincent, médecin gériatre, chef de service de la Médecine Polyvalente à Orientation Gériatrique au CHG de Sarreguemines : mon passage dans votre service était très enrichissant et très important pour moi, à la fois au niveau médical et au niveau humain. Vous avez réussi à me transmettre "La confiance en soi", une qualité importante pour chaque médecin.*
- *Au Dr. Emmanuelle Seris, médecin urgentiste au CHG de Sarreguemines. Merci pour tes encouragements et tes conseils. Merci pour ta bonne humeur et ta confiance. Ta passion pour la Médecine d'Urgence m'a touché et m'a motivé tout au long de mon internat.*
- *Au Dr. Dhifaoui, chef de service des Urgences au CHG de Sarreguemines.*
- *Aux docteurs Dreyfuss et Porté, médecins anesthésistes-réanimateurs au CH Saint Nicolas à Sarrebourg.*
- *Au Dr. Taleb, chef de service de Cardiologue au CHG de Sarreguemines.*
- *Au Dr. Lounis, chef de service de Pédiatrie au CHG de Sarreguemines.*
- *Au Dr. Jean-Jacques Antoine, médecin généraliste à Haroué.*
- *Au Dr. Jean-Jacques Derlon, médecin généraliste à Nancy.*
- *À toute l'équipe des Urgences du CHRU de Nancy, qui m'a fait découvrir et aimer le métier de la Médecine d'Urgence. Vous m'avez conforté dans mon choix de carrière. Travailler à vos côtés est chaque jour un plaisir et un privilège. Merci à tous les médecins urgentistes, IDE et AS qui ont participé à cette enquête.*
- *À tous les médecins et tout le personnel paramédical avec qui j'ai travaillé et j'ai partagé des bons moments et auprès de qui j'ai acquis de l'expérience, durant mes trois années d'internat.*

À tous mes maîtres de la Faculté de Médecine de Nancy...

Merci pour tout ce que vous m'avez appris tout au long de ces années...

SERMENT

« **A**u moment d'être admis 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 dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu 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 et méprisé si j'y manque ».

« Existe-t-il pour l'homme un bien plus précieux que la santé ? »

Socrate

Table des matières

"Les risques psychosociaux et la pénibilité du travail chez les médecins urgentistes. Enquête réalisée chez les urgentistes du CHRU de Nancy"

Liste des Professeurs de la Faculté de Médecine de Nancy.....	2
Remerciements.....	9
Serment.....	18
Abréviations.....	23
I. Introduction.....	24
1. Contexte de l'enquête.....	24
2. Activité du Service d'Accueil des Urgences au CHRU de Nancy.....	25
3. Les risques psychosociaux.....	27
a. Définitions et concepts.....	27
b. Facteurs organisationnels et psychosociaux.....	28
c. Modèle exigences-maîtrise : Questionnaire de Karasek.....	30
i) <i>Latitude décisionnelle</i>	31
ii) <i>Demande psychologique</i>	31
iii) <i>Soutien social</i>	32
d. Modèle équilibre effort-récompense : Questionnaire de Siegrist.....	32
i) <i>Echelle des efforts extrinsèques</i>	33
ii) <i>Echelle des récompenses</i>	33
iii) <i>Echelle de surinvestissement</i>	34
4. Le concept du burn out.....	35
a. Burn out : sujet d'actualité en France.....	35
b. Un peu d'histoire : la naissance du concept de " <i>burn out</i> ".....	35
c. Définition du Pr.Maslach.....	36
d. Symptômes du burn out.....	38
i) <i>Etapas du burn out</i>	38
ii) <i>Manifestations du burn out</i>	39
iii) <i>Stades de gravité</i>	39
iv) <i>Mécanismes de défense</i>	40
e. Facteurs favorisant le burn out chez les médecins.....	40
f. Différentes échelles d'évaluation du burn out.....	41
g. Etudes françaises du burn out chez les médecins.....	43
h. Impact économique du burn out.....	44
i. Burn out : maladie professionnelle ?.....	45
i) <i>Définition d'une maladie professionnelle</i>	45
ii) <i>Etat des lieux en Europe</i>	45
5. Du stress au burn out.....	46
a. Définition du concept de stress.....	46
b. Relation entre stress et burn out.....	46
c. Différents types d'attitudes face au stress.....	47

d. Usure de compassion.....	48
i) <i>Définition et présentation du concept</i>	48
ii) <i>Usure de compassion et épuisement professionnel</i>	49
iii) <i>Test d'usure de compassion</i>	49
6. Du burn out à la dépression	50
a. Définition de la dépression.....	50
b. Différences entre burn out et dépression.....	51
c. Echelle de mesure de la dépression : BDI-13.....	52
II. Hypothèses de l'enquête	53
III. Objectifs de l'enquête	54
IV. Matériels et Méthodes	55
1. Conception de l'enquête et de l'échantillon	55
2. Le questionnaire et les outils de mesure utilisés	56
3. Recueil des données	57
4. Analyse statistique	57
V. Résultats de l'enquête	59
1. Analyse descriptive	59
1.1 <i>Population étudiée</i>	59
1.2 <i>Caractéristiques démographiques</i>	59
1.3 <i>Maslach Burnout Inventory chez les urgentistes, IDE et AS</i>	60
1.4 <i>Caractéristiques professionnelles</i>	61
1.5 <i>Dépression chez les urgentistes du CHRU de Nancy</i>	62
1.6 <i>Modèle Exigences-maîtrise de Karasek</i>	63
1.7 <i>Modèle Equilibre efforts-récompenses de Siegrist</i>	65
1.8 <i>Test d'usure de compassion</i>	65
1.9 <i>Etat de santé et conduites à risque</i>	65
1.10 <i>Activités sportives et autres centres d'intérêts</i>	66
1.11 <i>Avenir et carrière des urgentistes du CHRU de Nancy</i>	66
2. Analyse univariée des liens avec le burn out	66
<i>Partie 1 : Facteurs pouvant influencer le niveau de burn out</i>	66
2.1 <i>Données démographiques</i>	66
2.2 <i>Statut et expérience professionnelle</i>	67
2.3 <i>Conditions et environnement de travail</i>	67
2.4 <i>Organisation des gardes et risques encourus</i>	69
2.5 <i>Conflit travail-famille</i>	70
2.6 <i>Relations avec les collègues</i>	71
2.7 <i>Etat de santé et conduites à risque</i>	71
2.8 <i>Activités sportives et autres centres d'intérêt</i>	72
2.9 <i>Avenir et carrière des urgentistes</i>	72

<i>Partie 2 : Relations entre burn out, dépression, usure de compassion et stress....</i>	75
2.10 <i>Burn out et dépression.....</i>	75
2.11 <i>Burn out et usure de compassion.....</i>	76
2.12 <i>Burn out et stress.....</i>	77
VI. Discussion.....	78
1. Les limites de l'enquête.....	78
2. Prévalence du burn out évaluée par le MBI.....	79
3. Les facteurs liés au burn out.....	80
4. Relations entre burn out, stress, dépression et usure de compassion.....	84
5. Evaluation de la pénibilité des postes.....	86
6. Propositions des médecins urgentistes.....	87
VII. Nouvelle perspective pour améliorer les conditions de travail.....	89
1. Infirmier coordinateur d'aval et de réseau (ICAR).....	89
2. Médecin coordinateur et superviseur du SAU (MCSU).....	89
3. Missions du MCSU.....	90
VIII. Conclusion.....	92
IX. Bibliographie.....	94
X. Annexes.....	100
Annexe 1: <i>Questionnaire de l'enquête.....</i>	100
Annexe 2: <i>Questionnaire de Karasek.....</i>	127
Annexe 3: <i>Questionnaire de Siegrist.....</i>	128
Annexe 4: <i>Maslach Burnout Inventory (MBI).....</i>	131
Annexe 5: <i>Test d'usure de compassion (Tuc).....</i>	132
Annexe 6: <i>Beck Depression Inventory (BDI-13).....</i>	134
XI. Résumé de l'enquête.....	136

Abréviations:

- ANAP: Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé
- AP : Accomplissement Personnel
- AS: Aides-soignantes
- BDI-13: Beck Depression Inventory-13 items
- BM: Burn out Measure
- BMS: Burn out Measure Short version
- BOS: Burn out syndrome
- CHRU: Centre Hospitalier Régional Universitaire
- CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins
- CRRMP: Comité Régionale de Reconnaissance des Maladies Professionnelles
- DP : Dépersonnalisation
- EE : Epuisement Emotionnel
- ICAR: Infirmier Coordinateur d'Aval et de Réseau
- IDE: Infirmière Diplômée d'Etat
- INSEE: Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
- MBI: Maslach Burn out Inventory
- MCSU: Médecin Coordinateur et Superviseur du SAU
- ORULOR : Observatoire Régional des Urgences de Lorraine
- RMM : Revue de Mortalité et de Morbidité
- RPS : Risques Psycho-sociaux
- SAU : Service d'Accueil des Urgences
- SdEP : Syndrome d'Epuisement Professionnel
- SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
- TRU : Taux de Recours aux Urgences
- Tuc : Test d'usure de compassion
- UHCD : Unité d'Hospitalisation Courte Durée

I- Introduction.

1. Contexte de l'enquête.

Stress, souffrance au travail, risques psychosociaux, épuisement professionnel, *burn out*, stress post-traumatique, harcèlement, violence... : plusieurs définitions et termes dont les concepts se croisent parfois et qui désignent tantôt des risques professionnels et tantôt les conséquences sur la santé.

Les risques psychosociaux mettent en danger la santé physique et mentale du personnel soignant, y compris des médecins. Ils ont un effet négatif sur le fonctionnement de la structure hospitalière, et donc sur le système de soins en général. Tous les secteurs d'activité sont concernés par ce phénomène.

La Loi oblige aujourd'hui l'employeur à évaluer les risques au travail, y compris psychosociaux, et de préserver la santé physique mais aussi mentale des salariés (*art. L.230-2 du Code du travail*).

Le diagnostic et la prévention de ces états de stress liés au travail sont un des buts de la Médecine de Travail, afin d'aider les travailleurs en détresse pour acquérir une meilleure santé mentale et psychique, une vie plus épanouie et un meilleur rendement.

En France, très peu d'études se sont intéressées à ce problème chez le personnel soignant en général, et chez les médecins en particulier. Cela reste un sujet tabou au sein de la profession médicale, malgré que les médecins présentent des réels facteurs de risque, avec notamment un taux de suicide jusqu'à 6 fois plus élevé que dans la population générale [1]. Ces derniers subissent en France depuis de longues années, avec la restructuration des hôpitaux et la croissance de la demande des patients, une augmentation de la charge de travail. Cela met en péril leur propre santé, et pourra avoir à terme des répercussions sur la prise en charge des patients.

Parmi les médecins, les urgentistes sont souvent en première ligne de la prise en charge des situations les plus critiques et les plus stressantes. Ce constat est largement ressenti dans les différents Services d'Accueil des Urgences (SAU) en France, avec notamment des taux records de *burn out* chez les urgentistes, atteignant par exemple 57,2% selon une étude menée en 2013 auprès des médecins urgentistes en Midi-Pyrénées [2].

Bien que le risque de *burn out* soit réel, avec des conséquences pouvant aller jusqu'au suicide, ce sujet reste très tabou chez les médecins qui refusent d'admettre leur faiblesse. Ils cherchent rarement de l'aide extérieure, par crainte de briser l'image du médecin invulnérable.

N'oublions pas que le médecin peut être un patient comme les autres, qui a ses faiblesses, qui ressent la fatigue et qui peut être plus ou moins influencé ou perturbé par différents facteurs.

L'intérêt actuel est de briser le caractère tabou de ce problème chez le personnel soignant en général, et chez les urgentistes en particulier, afin de les aider à reconnaître leur souffrance et à trouver des solutions pour améliorer leurs conditions de travail.

Devant la réalité de cette souffrance du personnel médical, il est licite de se demander : *comment la société peut-elle tolérer que ceux auxquels elle confie sa santé, sa survie et même sa mort s'épuisent tant en aidant les autres ?*

Devant ce constat, la présente thèse fait partie d'une étude réalisée pour étudier la pénibilité du travail des urgentistes et les risques psychosociaux du personnel médical et paramédical exerçant au Service d'Accueil des Urgences (SAU), au SMUR et à l'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD) du CHRU de Nancy.

2. Activité du Service d'Accueil des Urgences au CHRU de Nancy.

Selon les données issues de l'Observatoire Régional des Urgences de Lorraine (ORULOR), le nombre de passages annuels aux urgences de la Lorraine enregistrés en 2011 est de 548 702 et il est en constante augmentation [3], ce qui oblige le corps médical à fournir encore plus d'efforts pour pouvoir répondre à cette demande croissante.

Le taux de recours aux urgences (TRU) est défini comme le nombre de passages aux urgences rapporté à la population (INSEE 2007). En utilisant les données extrapolées, nous obtenons pour la Lorraine en général un taux TRU de $548\,702 / 2\,339\,881 = 23.45\%$ et pour la Meurthe et Moselle un taux de $175\,472 / 726\,592 = 24.15\%$. Ce qui signifie que près d'un Lorrain sur quatre consulte chaque année dans un service d'accueil des urgences (SAU) [3].

En s'intéressant au SAU de l'Hôpital Central du CHRU de Nancy, nous constatons que l'activité est en croissance avec un taux de consultations atteignant 42490 par 24h en 2014. (Figure 1)

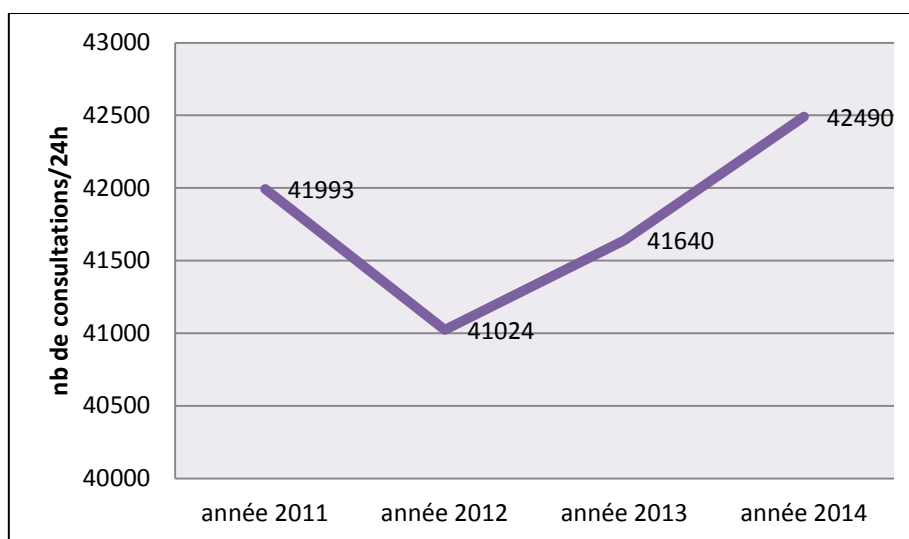


Figure 1. Evolution du nombre de consultations par 24h au SAU du CHRU de Nancy entre 2011 et 2014.

Toujours concernant l'activité au SAU du CHRU de Nancy durant la période de juin 2014 à février 2015, nous constatons un pic entre mi-décembre et début février, avec en moyenne 140 consultations par 24 heures, alors que le reste de l'année, la moyenne est autour de 120 consultations par 24 heures. Cette augmentation d'activité entre mi-décembre et février est superposable tous les ans. (Figure 2)

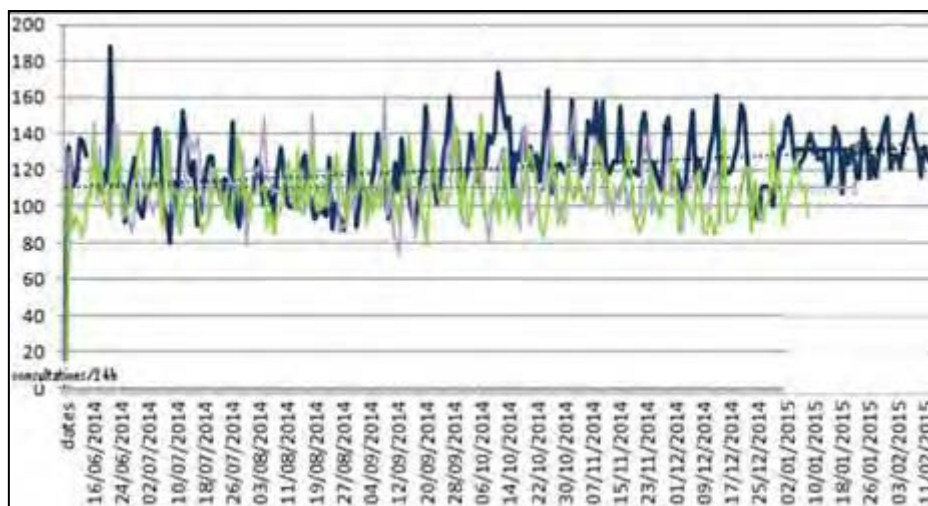


Figure 2. Evolution détaillée de l'activité aux urgences au CHRU de Nancy entre juin 2014 et février 2015.

Concernant l'évolution de la durée de la prise en charge d'un patient depuis son arrivée au service des urgences jusqu'à la fin de sa prise en charge, nous notons une augmentation constante de durée de la prise en charge médicale, entre janvier 2010 et octobre 2014. Cela pourra s'expliquer en partie par une augmentation du nombre de consultations, mais aussi par un manque de personnels médical et paramédical pour subvenir aux besoins des patients. (Figure 3)

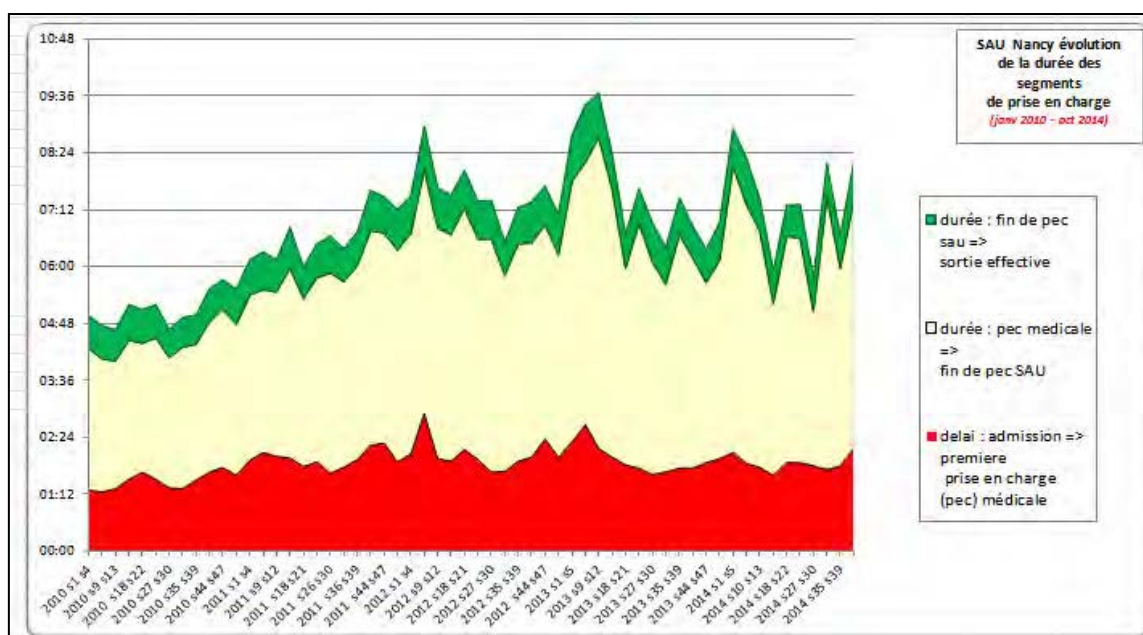


Figure 3. Evolution de la durée de prise en charge au SAU du CHRU de Nancy entre janvier 2010 et octobre 2014.

De même, et toujours selon les statistiques du SAU de Nancy entre 2014 et 2015, le nombre de Groupe 4 (admission pour valorisation d'activité) est plus important sur la période allant de novembre à février, avec en moyenne 50 Groupe 4 par 24h et 20 restants à 8h30' en février 2015. Alors que la moyenne de l'année se situe autour de 10 Groupe 4 par 24h et de 5 Groupe 4 restants à 8h30'. (Figure 4)

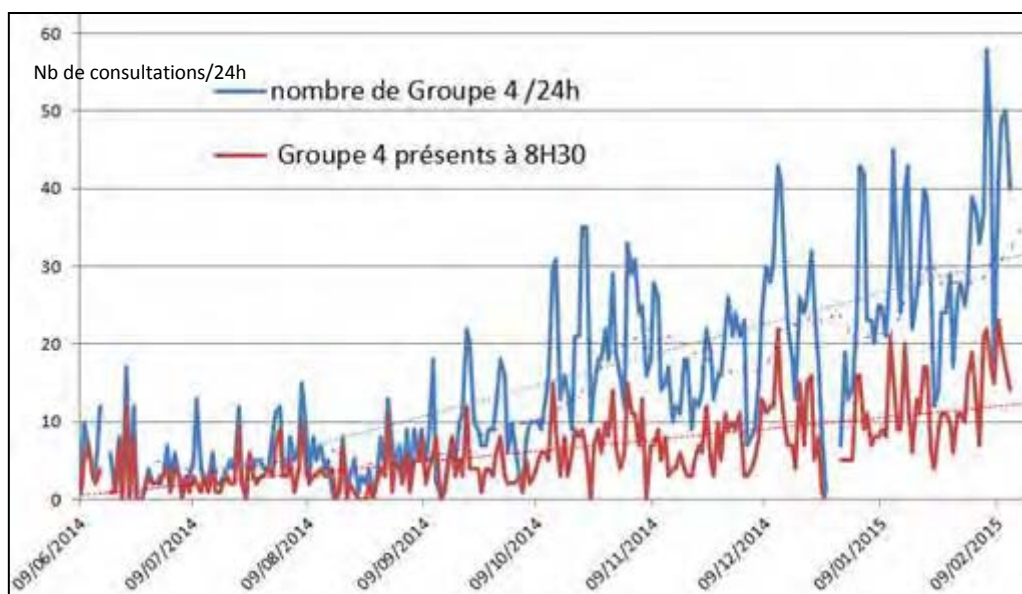


Figure 4. Nombre de Groupe 4 par 24h et présents à 8h30 au service des urgences de l'hôpital Central du CHRU de Nancy entre juin 2014 et février 2015

Toutes ces données statistiques montrent une différence d'activité durant l'année, avec des pics entre novembre et février. Et cette surcharge de travail ne s'accompagne pas d'une modification de l'effectif du personnel médical et paramédical, d'où la nécessité dans l'idéal, de renforcer ces équipes pendant les périodes de pic d'activité, pour soulager les soignants et préserver une prise en charge optimale.

3. Les risques psychosociaux.

a. Définitions et concepts.

Les risques psychosociaux (RPS) sont souvent résumés par simplicité sous le terme de « *stress* », qui n'est qu'une manifestation parmi tant d'autres.

Les risques psychosociaux au travail sont les risques pour la santé mentale, physique et sociale, engendrés par les conditions d'emploi et les facteurs organisationnels et relationnels susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental. Ils correspondent à des situations de déséquilibre entre les contraintes et les ressources. Ces contraintes peuvent être inhérentes au métier ou être liées à l'organisation du travail (facteurs organisationnels) ou encore à la façon dont sont gérées les relations sociales et la communication (facteurs psychosociaux).

Ces risques psychosociaux font référence à de nombreuses situations : stress, harcèlement moral, violence, souffrance, suicide, dépression, troubles musculo-squelettiques [4]...

Un cadre légal et social a été formalisé pour les RPS, notamment grâce à des accords signés par les partenaires sociaux :

- Accord national interprofessionnel sur le stress du 2 juillet 2008. Transposition de l'accord européen du 8 octobre 2004, étendu par arrêté ministériel le 23 avril 2009.
- Accord national interprofessionnel sur le harcèlement et la violence au travail du 26 mars 2010. Transposition de l'accord européen du 26 avril 2007, étendu par arrêté ministériel le 23 juillet 2010 sur le stress au travail.

Le rapport HAS de juillet 2014 concernant « *la qualité de vie au travail* », souligne également la nécessité de prendre en compte les risques psychosociaux à l'hôpital. Selon ce rapport : « *La qualité de vie au travail a comme objectif de concilier les modalités de l'amélioration des conditions de travail et de vie pour les professionnels, et la performance collective de l'entreprise. Elle fait valoir que la perception qu'ont les professionnels de la qualité de vie au travail, dépend de leur capacité à s'exprimer et à agir sur le contenu de leur travail. Elle met en avant le rôle du personnel et de leurs représentants en tant qu'acteurs de la construction des solutions proposées, notamment organisationnelles, aux côtés des directions, du management et des experts* » [5].

Et ce rapport souligne la nécessité d'installer les conditions, permettant de favoriser l'équilibre entre l'activité professionnelle et la vie privée, et insiste sur l'intérêt de l'épanouissement personnel au travail. Cela se décline sur 6 grands thèmes :

- La conciliation vie professionnelle et vie personnelle. Par exemple, la préparation des plannings favorisant une souplesse de la gestion du temps.
- La réalisation du professionnel au travail. Par exemple, le déploiement du plan de formations internes selon une politique ciblée de promotions selon la nature des postes occupés.
- L'incitation pour le professionnel à préserver sa santé.
- Le climat social et les relations au travail.
- L'optimisation de l'organisation du travail.
- L'environnement de travail. Par exemple, la mise en place d'équipements de confort : acoustique de la cafétéria, salles dédiées pour le repos, bibliothèque...

Tout cela montre que les pouvoirs publics se rendent compte de la nécessité de l'épanouissement du personnel et de la lutte contre les risques psychosociaux au sein des hôpitaux pour un meilleur rendement et une meilleure qualité de la prise en charge des patients.

b. Facteurs organisationnels et psychosociaux.

La liste des facteurs organisationnels ou psychosociaux susceptibles de générer des contraintes, évolue en même temps que le monde du travail. Ils peuvent être regroupés en six grands axes comme défini dans le rapport DARESS-DREES [6] :

- **Axe 1 : Exigences au travail :**

Cet axe recoupe le concept de la « *demande psychologique* » élaboré par Robert Karasek [7] ou celui « *des efforts* » de Johannes Siegrist [8].

Selon Karasek et Siegrist, la demande psychologique ou les efforts se définissent par les exigences associées à l'exécution du travail en termes quantitatifs (contraintes de temps, quantité de travail...) et qualitatifs (complexité des tâches, concentration, responsabilités...).

Plusieurs indicateurs ont été retenus pour décrire les exigences du travail :

- La quantité et la complexité du travail.
- La pression temporelle.
- La difficulté de concilier entre la vie professionnelle et la vie personnelle.

- **Axe 2 : Exigences émotionnelles :**

Le travail émotionnel permet de décrire des formes de mobilisation de la subjectivité qui sont spécifiques aux professionnels de services, dont les médecins.

Cinq indicateurs ont été sélectionnés pour évaluer cette charge émotionnelle :

- Relation avec les patients.
- Empathie et contact avec la souffrance.
- Tension avec les patients.
- Le devoir de cacher ses émotions.
- Peur au travail

- **Axe 3 : Autonomie et marge de manœuvre :**

Ce concept a connu un essor grâce aux travaux de Robert Karasek, qui postula à la fin des années 1970 l'intérêt de combiner la *demande psychologique* à la *latitude décisionnelle* [7].

Cette dimension « *autonomie/marges de manœuvre* », appelée aussi « *latitude décisionnelle* », se définit par deux sous-dimensions : l'autonomie décisionnelle et l'utilisation des compétences.

Plusieurs indicateurs ont été retenus pour caractériser l'autonomie et les marges de manœuvre au travail :

- Autonomie procédurale.
- Prévisibilité du travail.
- Utilisation et développement des compétences.
- L'organisation du travail et/ou la gestion des ressources humaines.

- **Axe 4 : Les rapports sociaux et les relations au travail :**

Quatre notions reflètent les rapports sociaux en milieu de travail :

- Le soutien social au travail : insuffisance de communication, manque de soutien de la part des collègues et des supérieurs hiérarchiques, management peu participatif...
- La violence au travail.
- La reconnaissance des efforts consentis par les personnes pour effectuer un travail de qualité et les « *récompenses* » qui en découlent en termes de déroulement de carrière, de rémunération, de sécurité de l'emploi et du respect-estime de la part de la hiérarchie et des collègues, telles que définies par Siegrist [8].

- **Axe 5 : Les conflits des valeurs:**

L'analyse des facteurs à l'origine de la prévalence élevée de détresse psychologique chez les professionnels de la santé, oblige à considérer une autre dimension de la souffrance du personnel, celle de la souffrance éthique.

- **Axe 6 : L'insécurité de l'emploi.**

c. **Modèle exigences-maîtrise :**

Questionnaire de Karasek (cf. Annexe 2)

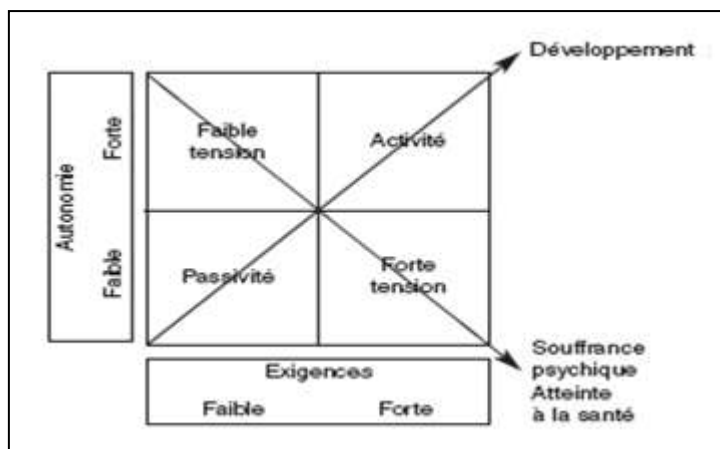


Figure 5. Modèle du stress de Karasek et Theorell (1990).

Il s'agit d'un questionnaire de mesure du stress au travail, conçu par le sociologue et psychologue américain Robert Karasek en 1979.

Le modèle de Karasek permet de faire un lien entre le vécu du travail et les risques que ce travail fait courir à la santé. Il s'appuie sur un questionnaire qui permet d'évaluer pour chaque salarié l'intensité de la demande psychologique à laquelle il est soumis, la latitude décisionnelle dont il dispose, et le soutien social qu'il reçoit sur son lieu de travail [7].

Le questionnaire de Karasek est devenu le principal outil d'évaluation des facteurs psychosociaux au travail. Il a été utilisé dans la plupart des études de qualité sur ce sujet, notamment dans l'enquête Sumer en 2003 [9]. La version du questionnaire utilisé dans cette enquête comporte 26 questions.

Le modèle de Karasek comporte trois dimensions :

- La **demande psychologique** qui porte sur des aspects aussi bien quantitatifs que qualitatifs, de la charge psychologique de travail.
- La **latitude décisionnelle** comporte deux sous-dimensions :
 - L'utilisation des compétences qui se définit par la possibilité d'utiliser et de développer ses compétences et qualifications.
 - L'autonomie décisionnelle qui se définit par la marge de manœuvre, dans la manière de faire son travail et de prendre part aux décisions qui s'y rattachent.
- Le **soutien social au travail** comporte des aspects relatifs au soutien socio-émotionnel et instrumental, de la part de la hiérarchie et des collègues.

Selon Karasek, la combinaison d'une forte demande psychologique et d'une faible latitude décisionnelle (*Job Strain*) constitue une situation à risque pour la santé, ainsi que le manque de soutien social au travail. (Figure 5)

En 2006, une étude a validé les propriétés psychométriques du questionnaire de Karasek, en s'appuyant sur l'enquête Sumer [9].

Ce questionnaire est souvent complété par des questions portant sur « **la reconnaissance au travail** », issues du questionnaire de Siegrist. On obtient ainsi en associant ces deux questionnaires, une évaluation collective du bien-être au travail.

Pour chaque question, 4 réponses sont proposées :

- *Pas du tout d'accord* : (1)
- *Pas d'accord* : (2)
- *D'accord* : (3)
- *Tout à fait d'accord* : (4)

i) Latitude décisionnelle

Elle prend en compte à la fois l'autonomie décisionnelle et l'utilisation des compétences.

❖ L'autonomie décisionnelle :

C'est la possibilité de choisir sa façon de travailler, de participer aux décisions qui s'y rattachent. Elle est explorée par trois questions (4, 6 et 8).

On calcule ce score selon la formule :

$$\text{Autonomie décisionnelle} = 4 \times [Q4 + (5-Q6) + Q8]$$

❖ L'utilisation des compétences :

C'est la possibilité d'utiliser ses propres compétences et d'en développer de nouvelles. Elle est explorée par six questions (1, 2, 3, 5, 7 et 9).

On calcule ce score selon la formule :

$$\text{Utilisation des compétences} = 2 \times [Q1 + (5-Q2) + Q3 + Q5 + Q7 + Q9]$$

On calcule le score de la **latitude décisionnelle** en additionnant le score de l'autonomie au score de l'utilisation des compétences. Le seuil pour la **latitude décisionnelle** est à 70 en France.

ii) Demande psychologique

C'est la charge psychologique associée à l'exécution des tâches, à leur quantité et à leur complexité, aux tâches imprévues, aux contraintes de temps, aux interruptions et aux demandes contradictoires. Elle est explorée par neuf questions (10 à 18).

On calcule ce score selon la formule :

$$\text{Demande psychologique} = Q10 + Q11 + Q12 + (5-Q13) + Q14 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18$$

Le score est calculé sur 36, le seuil est à 21.

Le « Job strain », c'est à dire la tension au travail, est la combinaison d'une faible latitude décisionnelle (inférieure à 72) et d'une forte demande psychologique (supérieure à 21). Ce modèle est résumé par la figure 6.

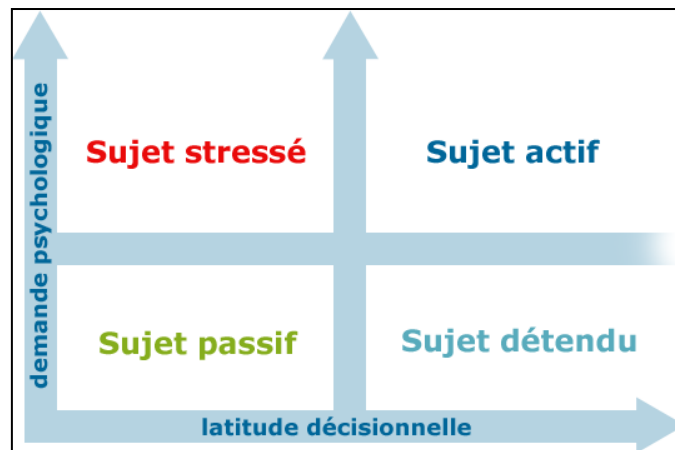


Figure 6. Modèle du « Job strain » de Karasek.

iii) Soutien social :

C'est l'aide et la reconnaissance des collègues et de la hiérarchie.

❖ Soutien social de la part de la hiérarchie :

Il est exploré par quatre questions (19, 20, 21 et 22).

On calcule ce score selon la formule :

$$\text{Soutien social de la part de la hiérarchie} = Q19 + Q20 + Q21 + Q22$$

Il est calculé sur 16 et le seuil est à 8.

❖ Soutien social de la part des collègues :

Il est exploré par quatre questions (23, 24, 25 et 26).

On calcule ce score selon la formule :

$$\text{Soutien social de la part des collègues} = Q23 + Q24 + Q25 + Q26$$

Il est calculé sur 16 et le seuil est à 8.

Le score du **soutien social** est la somme du soutien social de la part de la hiérarchie et du soutien social de la part des collègues. Si le score de soutien social est inférieur à 24, on considère qu'il est faible.

L'Isostrain est la combinaison du « Job strain » à un faible soutien social.

d. Modèle équilibre effort-récompense :

Questionnaire de Siegrist (cf. Annexe 3)

Le questionnaire de Siegrist comprend à la fois un questionnaire qui évalue le rapport efforts-récompenses et un questionnaire qui évalue le surinvestissement (efforts intrinsèques) dans le travail [8,10].

Le stress survient quand il y a un déséquilibre entre les efforts qu'une personne consent à fournir dans son travail, et les récompenses qu'elle reçoit en retour.

Le modèle de Siegrist s'appuie sur l'hypothèse qu'une situation de travail caractérisée par la combinaison d'efforts élevés et de faibles récompenses, est suivie de réactions pathologiques au plan émotionnel et physiologique.

On utilise souvent le modèle de Siegrist conjointement avec le modèle de Karasek, car il permet d'explorer deux autres dimensions non explorées par ce dernier : *les efforts extrinsèques* et *les récompenses*.

Il permet d'évaluer trois dimensions psychosociales :

i) Echelle des efforts extrinsèques

Ce sont les contraintes et exigences liées au travail à la fois sur le plan psychologique et physique :

- Les contraintes de temps et les exigences croissantes du travail
- Les interruptions
- La responsabilité
- La charge physique

Cette échelle est explorée par les questions 1 à 6 du questionnaire de Siegrist (5 items pour les efforts (1, 2, 3, 4 et 6) et 1 item pour la charge physique (5)).

Pour chaque question, 5 réponses sont proposées :

- *Pas d'accord :* (1)
- *D'accord et je ne suis pas du tout perturbé :* (2)
- *D'accord et je suis un peu perturbé :* (3)
- *D'accord et je suis perturbé :* (4)
- *D'accord et je suis très perturbé :* (5)

En additionnant les scores obtenus aux questions 1 à 6, on obtient *le score des efforts extrinsèques*. Ce score varie de 6 à 30.

ii) Echelle des récompenses

Ce sont les bénéfices obtenus grâce au travail à la fois sur le plan financier et psychologique :

- Le salaire
- L'estime de soi
- Le contrôle sur son propre statut professionnel (promotion, sécurité d'emploi).

Cette échelle explore les questions 7 à 17 :

- *1 item pour la rémunération (question 17).*
- *5 items pour l'estime de soi (questions 7, 8, 9, 10, 15).*
- *5 items pour le contrôle sur le statut professionnel (questions 11, 12, 13, 14, 16).*

En additionnant les scores obtenus aux questions 7 à 17 on obtient *le score des récompenses*. Ce score varie de 11 à 55 (11 correspond à de très fortes récompenses, 55 correspond à de très faibles récompenses).

Plus le score des *efforts extrinsèques* est élevé plus les efforts extrinsèques sont forts. Plus le score des *récompenses* est élevé, plus les récompenses sont faibles. Donc plus les scores sont élevés, plus les efforts sont élevés et les récompenses faibles. (Figure 7)

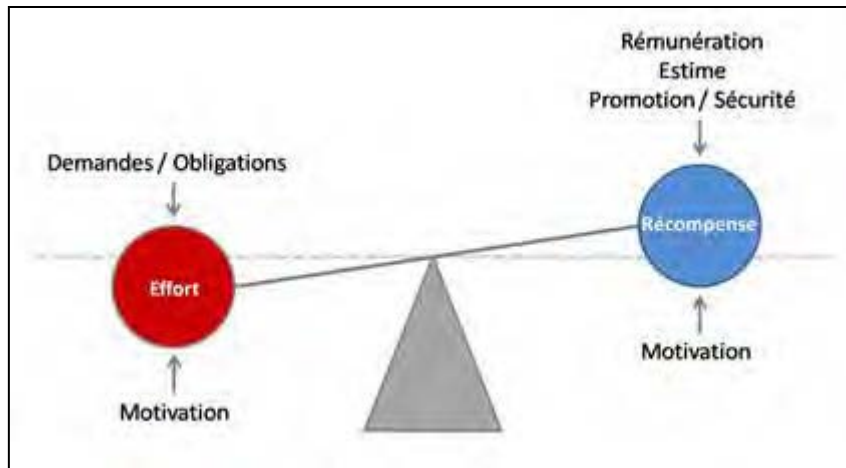


Figure 7. Le modèle "balance effort-récompense" du modèle de Siegrist.

Le calcul du **rapport efforts/récompenses** (après inversion du score des récompenses) :

$$R = 11/6 \times (\text{Score des efforts extrinsèques}/66 - \text{Score des récompenses}).$$

Un ratio de 1 signifie un équilibre entre les efforts et les récompenses. Par contre, un rapport supérieur à 1 indique un déséquilibre entre les efforts extrinsèques élevés et des récompenses faibles, puisque le poids des efforts fournis est plus élevé que celui des récompenses perçues.

iii) Echelle de surinvestissement

Elle correspond à des attitudes et des comportements associés à un engagement excessif dans le travail :

- La compétitivité
- L'hostilité
- L'impatience
- L'irritabilité
- Le besoin d'approbation
- L'incapacité à s'éloigner du travail

L'échelle courte validée comporte 6 items (questions 18 à 23).

Pour chaque question 4 réponses sont proposées :

- Pas du tout d'accord : (1)
- Pas d'accord : (2)
- D'accord : (3)
- Tout à fait d'accord : (4)

Le **surinvestissement** se caractérise par des difficultés à s'éloigner du travail et à se détendre après le travail.

Le score de surinvestissement varie de 6 à 24, en additionnant les réponses obtenues aux questions 18 à 23, suivant cette formule :

$$\text{Score de surinvestissement} = Q18 + Q19 + (5 - Q20) + Q21 + Q22 + Q23$$

Le score du surinvestissement est ensuite dichotomisé au tertile supérieur de la distribution dans l'échantillon d'étude.

4. Le concept du burn out.

a. Burn out : sujet d'actualité en France.

Le problème de l'épuisement professionnel des soignants est devenu un sujet préoccupant dans de nombreux pays, notamment aux Etats-Unis, avec de nombreuses publications et plusieurs travaux entre les années 1970 et 2000 [11-14].

Alors qu'en France, ce sujet est passé sous silence ou minimisé pendant de longues années pour des divers raisons, notamment à cause des médecins eux-mêmes, car c'est un sujet tabou et ils considèrent le fait d'avouer leurs souffrances comme un signe de faiblesse.

Une étude sur la prévalence du suicide dans les causes de décès des médecins actifs, menée en France en 2003 avec l'aide du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM), a montré que le taux de suicides des médecins en France serait de 14% alors qu'il est de 5,6% dans la population générale, dans la même tranche d'âge (30 à 65 ans) [15].

Donc, bien que la France dispose d'une médecine réputée, c'est l'un des pays où les difficultés des médecins eux-mêmes ont été les moins étudiées.

Ce sujet commence progressivement à être abordé, notamment avec la demande formulée en décembre 2014 par une trentaine de députés pour la reconnaissance du *burn out* comme une maladie professionnelle [16]. Pour ces députés, il s'agirait de faire « basculer le financement » de ce syndrome d'épuisement professionnel « sur la branche Accident du travail et maladies professionnelles – financée par les cotisations patronales à 97% » [17].

Les députés proposent l'inscription de deux nouveaux éléments au tableau des maladies professionnelles : la dépression consécutive à un épuisement profond, et le stress post-traumatique au travail.

b. Un peu d'histoire : La naissance du concept de "burn out".

Burn out syndrome (BOS) : le verbe « *to burn out* » a des significations évocatrices que traduit incomplètement le terme de « *syndrome d'épuisement des soignants* ».

« *To burn out* » peut signifier : s'user, devenir épuisé devant une demande trop importante de ressources. Il évoque *une combustion totale, la réduction en cendres d'un objet entièrement consumé dont toute la matière aurait disparu.*

Mais c'est l'image inspirée de l'industrie aéronautique qui demeure la plus suggestive : le terme « *burn out* » désigne l'épuisement de carburant d'une fusée avec comme résultante la surchauffe et le risque de bris de la machine.

Le BOS est un syndrome touchant les personnes impliquées auprès d'autrui et tout particulièrement dans une relation de soin.

En 1974, Herbert J. Freudenberger, psychologue et psychanalyste allemand, propose une première définition du *burn out* chez des soignants des *Free Clinics* (Hôpital de jour accueillant des toxicomanes) basée sur celle du dictionnaire Webster [18,19].

Freudenberger a observé que les bénévoles des *Free Clinics* finissent par perdre toute motivation après environ un an d'activité, ceci associé à des attitudes négatives et cyniques envers leurs patients.

Puis en 1976, C. Maslach décrit l'épuisement professionnel des professions d'aide comme « *une incapacité d'adaptation de l'intervenant à un niveau de stress émotionnel continu causé par l'environnement de travail.* » [20].

Ensuite en 1980, Freudenberger et Richelson évoquent la notion d'« *épuisement des ressources internes de l'individu et sur la diminution de son énergie, de sa vitalité et de sa capacité à fonctionner, qui résultent d'un effort soutenu déployé par cet individu pour atteindre un but irréalisable et ce, en contexte de travail, plus particulièrement dans les professions d'aide* » [21].

Edelwich et Brodsky le décrivent en 1980 comme un phénomène cyclique et évolutif en quatre phases : *l'enthousiasme, la stagnation, la frustration et la démoralisation.*

Puis en 1985, avec North, Freudenberger présente l'épuisement professionnel comme un processus évolutif. Cette notion de processus évolutif sera partagée par plusieurs auteurs, tels que Cherniss en 1981 qui décrit un processus *stress-tension-stratégie d'«adaptation-détachement* » [22].

Dans les années 1980, Christina Maslach, psychologue américaine, s'est intéressée au phénomène qu'elle utilisait pour décrire des soignants ayant développés une attitude « cynique, insensible et négative » [23]. On lui doit l'élaboration du « MBI », le **Maslach Burnout Inventory**, échelle de mesure du syndrome d'épuisement professionnel, très largement utilisée dans les études au sein du personnel de santé [24,25].

Bérard et Duquette donnent en 1998 la traduction suivante : « *l'épuisement professionnel est un état causé par l'utilisation excessive de son énergie et de ses ressources, qui provoque un sentiment d'avoir échoué, d'être épuisé ou encore d'être exténué* ».

La traduction du « BOS » la plus utilisée en langue française est celle du « *syndrome d'épuisement professionnel* ». Ce terme présente le défaut d'être vague et semble couvrir tous les effets du travail sur l'individu. « *Usure professionnelle* » ou « *usure au travail* » sont aussi des expressions rencontrées. Ces termes insistent sur l'idée d'une évolution progressive du syndrome. Malgré toutes les critiques, c'est le terme de « *syndrome d'épuisement professionnel des soignants* » (SdEP) qui est le plus utilisé en langue française.

c. Définition du Pr. Maslach.

Selon Pr. Maslach (1986), le burn out syndrome (BOS) désigne un état psychologique, émotionnel et physiologique résultant de l'accumulation de facteurs de stress professionnels. Il serait la conséquence de réactions de stress quotidien qui finissent par user et épuiser l'individu [24,25].

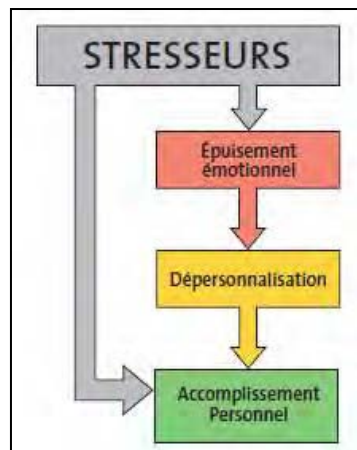


Figure 8. Les trois dimensions du burn out.

Le *burn out* est décrit comme un processus comprenant trois dimensions fondamentales qui ouvrent non seulement des perspectives d'évaluation mais aussi une compréhension psychodynamique (Figure 8) :

i) L'épuisement émotionnel (EE):

Initialement, le BOS se traduit par un état de fatigue psychologique, caractérisé par une absence quasi-totale d'énergie émotionnelle, qui se répercute sur la vitalité physique de l'individu. Trop engagé dans ses activités professionnelles, il épuise peu à peu sa réserve d'énergie. Le sujet ressent une fatigue importante, inhabituelle, non améliorée par le repos. La seule pensée d'avoir à affronter une nouvelle journée lui paraît insurmontable. Cela sera associé à un sentiment ambigu de frustration et de tension lié à l'impossibilité de s'occuper des patients comme auparavant.

Intérieurement le sujet va ressentir l'épuisement émotionnel autant physique que psychique, sous la forme d'un sentiment d'être « vidé », et d'une difficulté à être en relation avec les émotions de l'autre.

Extérieurement, on observe des débordements émotionnels comme des crises de larmes ou de colère, mais aussi des refus d'agir ou de répondre à une demande même anodine.

ii) La dépersonnalisation (DP) :

Dans un deuxième temps, le BOS se traduit par un état de dépersonnalisation, caractérisé par une attitude négative permanente vis-à-vis du travail, un détachement et une sécheresse relationnelle s'apparentant au cynisme, envers les personnes avec qui il interagit dans son contexte professionnel. Le malade est plus considéré comme un objet ou une chose plutôt qu'une personne. Il s'agit d'un cas, d'un numéro ou même peut être réduit à l'organe malade. Tel que par exemple, parler de « *l'infection pulmonaire de la chambre 7* ». Ces propos déshumanisent le malade.

Le médecin en BOS cherche à ce stade à trouver un « coupable » extérieur, et il commence à se plaindre de l'administration et de son fonctionnement.

Cet état est plutôt un mode de protection de soi et de son intégrité psychique qui permet au soignant de préserver son énergie émotionnelle. Il s'agit d'une tentative d'adaptation à l'épuisement émotionnel mais qui accroît la distance psychologique entre le médecin et son entourage.

iii) La diminution de l'accomplissement personnel (AP) :

Dans un dernier temps, le BOS aboutit à une diminution du sens de l'accomplissement personnel et de la réalisation de soi. C'est une dimension douloureusement vécue et c'est en général la conséquence des deux autres.

Le soignant frustré par sa relation avec ses patients, qui était le fondement de son travail et sa motivation principale de ce choix professionnel, se dévalorise, commence à douter de lui, et il en résulte un sentiment de culpabilité avec une baisse de la motivation.

On peut observer de diverses conséquences de cette diminution d'accomplissement personnel : absentéisme professionnel, manque de rigueur ou même des erreurs médicales.

Chez un grand nombre de ces sujets, on observe un désinvestissement du travail. Ou bien au contraire, on peut observer un surinvestissement d'activité professionnelle, jusqu'à ne plus pouvoir quitter le service ou y traîner de manière exagérée et donc inefficace.

d. Symptômes du burn out

Le BOS peut avoir de multiples symptômes et de diverses manifestations. Il se développe insidieusement, progressivement et à bas bruit, surtout chez les médecins qui refusent d'admettre leur souffrance. Ses manifestations ne sont perceptibles qu'au moment culminant de la crise.

i. Etapes du burn out.

Le médecin pourra passer par 4 phases successives :

- ❖ ***L'enthousiasme idéaliste ou la phase d'engagement:*** le médecin poussé par sa motivation et l'envie d'accomplir sa vocation, est d'abord porté par un enthousiasme débordant. Il se dépense pour les patients sans compter. Tout cela est associé à un surinvestissement dans sa fonction propre et à un très important niveau d'énergie consacrée aux soins, d'où cette notion de « *brûlure* ».
- ❖ ***La stagnation :*** quelques obstacles commencent à freiner cet enthousiasme. Le travail perd son aspect primordial. Il se produit un désinvestissement progressif qui fait qu'il n'est plus vécu comme excitant. En revanche, les revendications personnelles prennent la première place (aménagement d'horaires, revenu, promotion).
Il dort mal, il commence à avoir des tensions au sein de sa famille tout en négligeant sa vie privée.
- ❖ ***La désillusion et la frustration :*** le soignant commence à douter du sens de son travail, de ses jugements et de ses compétences. Les patients lui apparaissent pénibles et les collègues indifférents. Il se sent déconsidéré et il devient irritable pour ses proches. C'est à ce moment-là que se développent les troubles physiques, comportementaux et

émotionnels. Il commence à douter de ses choix professionnels. Sa santé se dégrade. Il pourra commencer l'automédication aux somnifères ou la consommation excessive d'alcool, ce qui conduit progressivement à l'isolement. Et c'est à ce moment là qu'il est le plus à risque de développer un état dépressif majeur.

- ❖ ***L'apathie et la démoralisation*** : l'individu se sent chroniquement frustré au travail, tout en reconnaissant qu'il en a besoin pour des raisons purement économiques, ce qui renvoie une image dévalorisée de lui-même.

ii. Manifestations du burn out.

Les symptômes du BOS se manifestent de deux façons différentes : la somatisation et la perte d'efficacité dans le travail [26].

- ***Les manifestations physiques et les somatisations*** : les symptômes sont divers et variés, tels que : insomnie, fatigue, lombalgies, cervicalgies, céphalées, troubles gastro-intestinaux, épisodes infectieux traînants ou récidivants (rhino-pharyngites, syndrome pseudo-grippal), perte de poids...
- ***Sur le plan émotif*** : les réactions sont aussi très variées : irritabilité, impatience, désespoir, négativisme, sentiment d'abandon, diminution de l'estime de soi, sentiment d'incompétence, anxiété, culpabilité, colère, agressivité, méfiance... Des difficultés familiales, conjugales ou relationnelles surviennent du fait des mécanismes d'évitement. Il cherche en effet à se protéger de la surcharge émotionnelle qu'il vit. Si ce type de réaction persiste, un véritable retrait psychique et physique se mettra en place.
- ***Sur le plan cognitif*** : on peut observer des pertes de mémoire, des difficultés de concentration et une altération de la capacité de jugement.

iii. Stades de gravité.

On peut distinguer 3 stades pendant l'évolution d'un BOS avec des signaux d'alerte :

✓ **Stade 1 :**

- ***Phase initiale*** : c'est une phase d'alerte avec une relative conscience du trouble. Plusieurs signes d'alerte peuvent apparaître : asthénie psychologique peu sensible au repos, explosion émotionnelle (pleurs, colère) et retrait social.
- ***Phase plus avancée*** : la personne ressent une réticence au changement, une incapacité à exprimer ses émotions et une froideur affective. C'est déjà un épuisement professionnel, car au fond d'eux, les sujets pensent qu'ils ne feront pas ce métier toute leur vie. Le sentiment de non-accomplissement est au premier plan.
Le sujet commence à s'intéresser à d'autres aspects du métier (institutionnels, théoriques...), plus qu'aux patients. Il continue à faire son métier, mais vit des aspects dissonants [27].

✓ **Stade 2 :**

Ce stade est caractérisé par le cynisme et une dérision permanente sur des situations douloureuses, une perte d'empathie envers les patients et les familles. C'est le niveau avéré avec atteintes extra-professionnelles (sphère privée) et des idéaux.

✓ **Stade 3 :**

Le médecin souffrant du BOS ressent une autodépréciation, de la culpabilité, une auto-dévalorisation. Des symptômes pseudo-dépressifs peuvent apparaître avec une frontière assez étroite avec la réelle dépression. Le sujet lutte contre des tendances dépressives [27]. Cliniquement, ces soignants sont tristes. Certains paraissent jaloux et parfois haineux.

Ce qui est particulier, et à l'inverse de la dépression, ce sont les capacités de penser à des projets en dehors du travail, même si cela devient difficile.

iv. Mécanismes de défense.

On peut observer 4 types de réactions pour essayer de faire face à l'accumulation de stress lié au travail et au BOS [28] :

- **Type 1 :** la rigidité et la résistance au changement avec des attitudes négatives ou pessimistes.
- **Type 2 :** un pseudo-activisme qui tente de masquer l'inefficacité du sujet qui se rend à peine compte de sa baisse de performance.
- **Type 3 :** une fuite du travail, qui se caractérise par un désir de changement de poste, ou un absentéisme progressif et répété.
- **Type 4 :** à l'inverse de la réaction précédente, on parle du « *présentéisme paradoxal* ».

e. Facteurs favorisant le burn out chez les médecins.

Quelques études notent que les personnes ayant des difficultés d'adaptation et/ou un manque de flexibilité dans leur personnalité sont plus à risque de développer un BOS [29].

D'autres auteurs parlent plutôt de neuf traits de personnalités ayant un risque de développer un BOS [30]. Mais la plupart des enquêtes épidémiologiques bien menées n'ont pas permis de mettre clairement en évidence un type de personnalité pré-morbide particulière [31].

Selon la littérature, les différentes causes de l'épuisement professionnel des médecins peuvent se résumer ainsi :

- **Le choix de la profession :** En effet, même si le besoin conscient d'aider autrui prime, il peut exister inconsciemment une problématique narcissique, tel que le besoin de se sentir indispensable à quelqu'un, le besoin de se faire reconnaître, la volonté d'emprise et de contrôle sur autrui.
- **Le manque de réalisme :** Certains médecins mettent en avant l'importance d'un excès d'idéalisation de la profession. Un écart trop grand entre les attentes des débutants, et le poids du travail réel est un facteur important dans la genèse de l'épuisement.
- **Les facteurs liés au contenu du travail :**
 - **Les exigences quantitatives :**
 - Durée du travail : les médecins en général, et les urgentistes en particulier travaillent un nombre d'heures par semaine très supérieur à celui de la population générale, avec en moyenne une soixantaine d'heures par semaine.

- Cadence de travail : le nombre de consultations par jour pouvant aller à plus de cinquante est fortement corrélé à l'épuisement émotionnel et à la dépersonnalisation.
- *Les exigences qualitatives :*
Les médecins ressentent une pression liée aux exigences de plus en plus croissantes de la part des patients. Ainsi que l'existence des référentiels, d'un côté c'est rassurant en adoptant une conduite à tenir généralisée validée par les sociétés savantes, mais d'un autre côté, cela limite les praticiens dans leur pratique et ils se sentent surveiller, d'où le sentiment d'une perte d'autonomie.
- *Les difficultés liées à la tâche :*
Les interruptions fréquentes ainsi que la complexité du travail et sa polyvalence sont des facteurs de risque d'évolution vers un BOS.
- *Les risques inhérents à l'exécution de la tâche :*
La crainte de l'erreur médicale et la judiciarisation de la profession viennent rajouter une pression sur les praticiens.
- Facteurs liés à l'organisation du travail :
 - Répartition des gardes et la survenue des situations d'urgence.
 - Contradictions entre la disponibilité du médecin, les demandes "urgentes" des patients et le travail de qualité.
 - Inadaptation des horaires au rythme biologique, ainsi qu'à la vie sociale et familiale.
 - Une situation professionnelle figée ou l'absence de possibilité de promotion
- Facteurs liés aux relations de travail :
 - Manque d'aide des collègues ou des supérieurs.
 - Manque de reconnaissance des patients.
 - Agressivité des patients et de leurs familles.
 - Patient devenant un usager : dérive consumériste.
- Facteurs liés à l'environnement du travail :
 - Mauvaise conception des lieux de travail.
 - Problèmes de gestion :
 - importance des contraintes administratives.
 - impact des arrêts maladie de membres de l'équipe médicale sur la répartition des tâches.

f. Différentes échelles d'évaluation du burn out.

L'évaluation du BOS est le plus souvent envisagée quantitativement par des auto-questionnaires. D'autres méthodes qualitatives basées sur des observations psychologiques sont très rarement utilisées.

L'évaluation quantitative implique l'élaboration d'outils méthodologiques fiables, reproductibles et validés.

Les études comparatives permettent, par l'association de différentes échelles, de rechercher des corrélations entre facteurs spécifiques et le BOS. Ainsi, une échelle de *burn out* est rarement utilisée seule, mais plutôt en association avec d'autres échelles dans le but de rechercher des liens avec le BOS.

De multiples instruments d'évaluation du niveau de BOS, destinés majoritairement aux professionnels de santé, ont été élaborés. L'ensemble de ces outils est classé en deux groupes :

i. Echelles à validité statistique limitée

Ils consistent en des descriptions cliniques, des inventaires d'états psychologiques et de comportements liés au travail. Il s'agit d'instruments élaborés dans le cadre de recherches ponctuelles.

Par exemple : le « *burn out questionnaire* » de Freudenberger et Richelson [13] ou le « *staff burn out scale for health professionals* » de Jones. Ces instruments privilégient l'individu, en se focalisant sur l'évaluation de l'état physique et psychologique du sujet, sans évaluer les aspects organisationnels et relationnels inhérents à toute activité professionnelle.

ii. Echelles validées statistiquement :

Il s'agit de méthodes d'évaluation dite « à large portée ». Nous distinguons essentiellement deux échelles : le « *Maslach burn out inventory* » de Maslach et Jackson (MBI), et le « *burn out measure* » de Pines et Aronson.

1- Burn out measure de Pines et Aronson:

Il évalue principalement la composante « *épuisement émotionnel* ». Il se compose de 21 items. Il est corrélé avec le degré de satisfaction au travail et dans la vie, l'autonomie et le feed-back au travail, le taux de turn over et la qualité du support social. Il existe une version courte en dix items (*Burnout Measure Short version* ou BMS) [32,34].

Schaufeli et Van Dierendonck (en 1993) ont montré que l'instrument BM ou BMS est corrélé positivement et significativement avec la dimension qui évalue *l'épuisement émotionnel* à l'aide du MBI. En revanche, sa liaison avec les deux autres dimensions de l'outil MBI (*la dépersonnalisation et l'accomplissement personnel*) est moins nette, voire absente [33].

2- Copenhagen Burnout Inventory (CBI) :

Il s'agit d'un outil d'évaluation du syndrome d'épuisement professionnel, publié la première fois en 2005, en danois par Kristensen, Borritz, Villadsen et Christensen. Il est constitué de trois échelles, avec 19 items au total.

Il existe une version française partielle du CBI (2 des 3 échelles traduites).

3- Maslach Burnout Inventory (MBI): (cf. Annexe 4)

Le *Maslach Burnout Inventory* ou MBI est un auto-questionnaire composé de 22 items et de trois dimensions ou sous-échelles se concordant avec la définition du BOS donnée par le Pr.Maslach [24] :

- *l'épuisement émotionnel* évalué à l'aide de 9 items (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 et 20).

- **la dépersonnalisation** évaluée à l'aide de 5 items (5, 10, 11, 15 et 22).
- **l'accomplissement personnel** évalué à l'aide de 8 items (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 et 21).

Chaque item est évalué de 0 à 6 selon la fréquence (de *jamais* à *chaque jour*).

Le MBI est l'outil le plus utilisée dans les études et en pratique pour apprécier l'épuisement professionnel des soignants, et il est devenu la référence dans ce domaine [35] [37].

Un niveau élevé de *burn out* se manifeste au travers des scores élevés sur les sous-échelles « *épuisement émotionnel* » et « *dépersonnalisation* », associés à un score faible sur l'échelle « *accomplissement personnel* ».

Il n'y a pas de score global d'épuisement professionnel. Chacune des sous-échelles fait l'objet d'un score qui lui est propre.

Chaque score est obtenu en additionnant les valeurs de 0 à 6 attribuées à chaque item composant la sous échelle considérée :

- ❖ **Pour « l'épuisement émotionnel »** : le degré de *burn out* sera bas si le total est inférieur à 17, modéré si entre 18 et 29 et élevé si le total est supérieur à 30.
- ❖ **Pour « la dépersonnalisation ou déshumanisation »** : le degré de *burn out* sera bas si le total est inférieur à 5, modéré si entre 6 et 11 et élevé si le total est supérieur à 12.
- ❖ **Pour « l'accomplissement personnel »** : le degré de *burn out* sera bas si le total est supérieur à 40, modéré si entre 34 et 39 et élevé si le total est inférieur à 36.

L'échelle MBI constitue actuellement le meilleur instrument d'évaluation du *burn out* particulièrement auprès des professions d'aide, avec notamment la version originale qui est le *MBI-human services survey* (MBI-HSS) à destination des professionnels de l'aide [36].

Il faut cependant considérer de manière dynamique les résultats fournis par le MBI. Les trois dimensions consécutives du *burn out* ne sont pas les éléments d'une triade diagnostique dans l'esprit des classifications nosographiques de la psychiatrie quantitative. Leur présence simultanée chez un individu n'est pas nécessaire au diagnostic.

- ✓ Des scores élevés sur les échelles « *épuisement émotionnel* » et « *dépersonnalisation* », sans abaissement du score « *accomplissement personnel* », peuvent témoigner d'un processus en cours d'installation.
- ✓ Un score élevé pour la dimension « *dépersonnalisation* » avec des scores modérés à faibles d'*épuisement émotionnel* et d'*accomplissement de soi*, pourra traduire le fait que pour se protéger de l'effet destructeur des émotions qu'il ressent, le soignant peut prendre de la distance vis-à-vis de l'autre, mais, en agissant ainsi, il provoque une rupture avec son idéal professionnel, source d'une baisse d'accomplissement de soi.

g. Etudes françaises du burn out chez les médecins.

Quelques études françaises se sont intéressées au BOS : chez les médecins généralistes [38] [39], chez les urologues [40], chez les anesthésistes-réanimateurs [41] [42] et chez d'autres spécialistes. En ce qui concerne les urgentistes, les études spécifiques sur ce sujet sont rares.

Les études épidémiologiques **SESMAT** et **PRESST-NEXT** restent les plus importantes au niveau européen et français. Elles ont utilisé les mêmes questionnaires pour les paramédicaux et les médecins, et elles n'ont pas été adaptées ou réalisées uniquement chez les urgentistes.

- ✓ **L'enquête PRESST-NEXT** (Promouvoir en Europe santé et satisfaction des soignants au travail-Nurses Early Exit) a été conduite entre 2003 et 2005. Elle avait pour objet d'identifier, dans les 10 pays participants, les modes organisationnels, les facteurs de santé et les conditions de travail liés à la satisfaction des soignants ou liés au souhait de quitter leur profession prématurément [43] [44]. Cette étude s'est intéressée aux soignants en général, y compris les aides-soignantes, les infirmiers, les cadres et les médecins. Elle a constaté que 25,7% des soignants, en France, ont un niveau d'épuisement professionnel faible, 57,7% moyen et 16,7% élevé.
- ✓ **L'enquête SESMAT** (Santé Et Satisfaction des Médecins Au travail) a été réalisée entre mars 2007 et avril 2008 et son objectif était de mesurer la fréquence du BOS chez les médecins et pharmaciens salariés des établissements de soins [42].

Selon cette enquête, la prévalence du BOS chez les médecins en général était de 42,4%, alors qu'elle est de 51,5% chez les urgentistes. L'intention de quitter ce métier était de 17,4% chez les médecins toutes spécialités confondues, et de 21,4% chez les urgentistes [45].

Donc, malgré la prévalence élevée du *burn out* selon la plupart des études, et malgré son impact sur le système de santé en général, il reste très peu étudié en France.

h. Impact économique du burn out.

Le BOS a un impact économique non négligeable, d'où l'importance de prévenir son installation et de prendre en charge rapidement les soignants touchés, pour réduire ses coûts économiques et sociaux.

Selon une étude réalisée en 2007 par une équipe de l'INRS et d'Arts et métiers Paris Tech, sur une population active de 27,8 millions de personnes, le coût social a minima du « *job strain* » (ou tension au travail) est compris entre 1,9 et 3 milliards d'euros, incluant le coût des soins et la perte de richesse pour cause d'absentéisme, de cessation prématurée d'activité et de décès prématuré [46].

On retrouve également dans divers études européennes et internationales l'impact du BOS sur l'économie des caisses d'assurance maladies. Comme par exemple en Belgique : selon un rapport du SPF Sécurité Sociale publié en 2012, les dépenses totales de santé en Belgique pour l'année 2011 s'élevaient à 24 milliards d'euros [47]. Cela représente une hausse de 4 milliards d'euros par rapport à l'année 2008, et de 1,25 milliards d'euros par rapport à l'année précédente. En 2011, 289.814 travailleurs étaient en situation d'incapacité de travail depuis plus d'un an. Le coût pour la sécurité sociale était alors de 3,6 milliards d'euros, soit une hausse de 825 millions par rapport à 2008 et de 297 millions par rapport à 2010.

La cause principale de cette augmentation de l'absentéisme de longue durée est l'augmentation des troubles psychologiques en lien avec le travail, dont le *burn out* et la dépression.

Les hôpitaux sont concernés sur deux points : la réduction de la qualité des soins et les coûts parfois très importants en cas de plaintes pour des soins jugés insuffisants, ou pour erreur médicale induisant des procédures et des dédommagements [48].

Parmi les coûts, nous citons aussi ceux qui concernent la santé des médecins, tel que les coûts générés par les accidents de travail et les arrêts de travail. Egalement, nous pourrions ajouter les coûts issus des changements d'orientations, telles que des demandes de travail à temps partiel, des retraites prématurées et des démissions [49].

Aux États-Unis, le coût du départ d'un médecin, en termes de perte d'activité, frais de recherche et d'embauche d'un remplaçant, est estimé entre 150 000 et 300 000 dollars [48].

Par contre, aucune étude n'a évalué le coût économique spécifiquement causé par le BOS des médecins en France.

i. Burn out : maladie professionnelle ?

i) Définition d'une maladie professionnelle

Une maladie est dite "*professionnelle*", si elle est la conséquence directe de l'exposition d'un travailleur à un risque physique, chimique ou biologique, ou résulte des conditions dans lesquelles il exerce son activité professionnelle. En France, elle doit figurer dans un des tableaux des maladies professionnelles du régime général ou agricole de la Sécurité Sociale.

ii) Etat des lieux en Europe

Certains pays européens permettent aujourd'hui la reconnaissance des pathologies psychosociales comme des maladies professionnelles. C'est le cas de la Suède dès le début des années 1980, puis du Danemark au début de la décennie suivante, avec l'état de stress post-traumatique qui rentre dans un tableau spécifique pour les maladies professionnelles.

En Italie, Belgique et Portugal, cette reconnaissance est encore très récente.

Dans d'autres pays, comme l'Allemagne, l'Autriche, l'Espagne, la Finlande, l'Irlande, le Luxembourg et la Suisse, cette reconnaissance est loin d'être acquise, même s'il s'agit d'un sujet d'actualité.

Quelle est la situation actuelle en 2015 en France, quant à la reconnaissance des pathologies psychosociales et du burn out en particulier, comme maladie professionnelle ?

D'une manière générale, si les demandes de reconnaissance de la prise en charge des troubles psychiques liés au travail ont connu une forte augmentation en France, rares sont les cas reconnus au titre des maladies professionnelles. Pourtant, il est possible de déclarer la maladie en tant qu'accident du travail, à condition que le critère de soudaineté du fait soit respecté, ce qui est rarement le cas du *burn out* qui est un syndrome qui évolue d'une manière chronique.

Ainsi, les dépressions réactionnelles d'origine professionnelle, le *burn out* ou le syndrome de stress post-traumatique, ne sont que rarement reconnus comme tels en France.

En France, le sujet de reconnaissance en tant que maladie professionnelle, des pathologies psychosociales en générale et du *burn out* en particulier est un débat d'actualité, notamment avec la demande formulée en décembre 2014 par une trentaine de députés pour la reconnaissance du *burn out* comme maladie professionnelle. Donc, affaire à suivre...

Or, il n'existe pas en France jusqu'à présent, un tableau de reconnaissance en maladie professionnelle pour les risques psychosociaux liés au travail.

Mais, lorsqu'une affection ne remplit pas toutes les conditions d'un tableau, voire n'apparaît dans aucun tableau, elle peut néanmoins être reconnue comme maladie professionnelle. C'est un comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP), composé d'experts médicaux, qui statue sur le lien de causalité entre la maladie et le travail habituel de la victime. Cet avis s'impose à l'organisme de sécurité sociale [50]. Mais pour qu'une affection soit reconnue en maladie professionnelle hors tableau, il faut pouvoir démontrer l'existence d'un lien « *direct* » et « *essentiel* » entre l'apparition de la maladie et le travail. Ce qui est compliquée dans le cadre des risques psychosociaux, en particulier pour le BOS, puisqu'il y a plusieurs éléments qui sont intriqués.

5. Du stress au burn out.

a. Définition du concept de stress.

Selon l'agence européenne pour la sécurité et la santé au travail, la définition du stress la plus courante est : « *un état de stress survient lorsqu'il y a un déséquilibre entre la perception qu'une personne a des contraintes que lui impose son environnement, et la perception qu'elle a de ses propres ressources pour y faire face. Bien que le processus d'évaluation des contraintes et des ressources soit d'ordre psychologique. Il affecte également la santé physique, le bien-être et la productivité de la personne qui y est soumise* » [51].

Le stress est l'état de tension chronique, à la fois physique et psychique, qui découle d'une façon inadéquate de gérer la pression (psychique) pendant une période prolongée.

b. Relation entre stress et burn out.

Lorsqu'on parle de *burn out*, on fait souvent référence au *stress*, ces deux notions étant difficilement séparables. Dans de nombreuses définitions, le *burn out* est considéré comme une réponse à un stress chronique. On retrouve souvent les mêmes causes pour le *stress* et le *burn out*, puisque la tension ressentie par un individu résulte des exigences d'une situation et de l'incapacité d'y répondre [52].

Les divers symptômes de stress sont également retrouvés dans le *burn out* et ils décrivent l'épuisement émotionnel entrant dans le cadre de la définition du *burn out*.

Pezet-Langevin souligne que le *burn out* est l'une des conséquences possibles d'un stress mal géré, source de déséquilibre entre les ressources dont dispose l'individu et les contraintes de son environnement [53].

En réalité, des différences existent entre le stress et le *burn out* :

- Le *burn out* se réfère au travail, tandis que le *stress* désigne la tension ressentie à n'importe quel moment de la vie.

- Dans le domaine du travail, le *burn out* ne se limite pas seulement à la tension ressentie, qui est corrélée au stress (épuisement émotionnel), mais prend également en considération les relations interpersonnelles et l'autoévaluation du travail. Il dépasse donc la notion de *stress*.
- Le *stress* peut être ressenti devant une situation aiguë, tandis que le *burn out* résulte d'une exposition à un stress chronique et ne s'installe que progressivement sur plusieurs années souvent.
- Un *état de stress chronique* peut être défini comme la première étape favorisant le développement du *burn out*, en s'associant à d'autres facteurs intrinsèques et environnementaux liés au travail, retrouvés notamment chez les médecins urgentistes.

c. Différents types d'attitudes face au stress.

Selon les études, on peut distinguer deux catégories de réponse au stress, selon des processus inconscients :

- La première réponse est individuelle. Elle peut être passive ou active.
- La deuxième réponse est collective. Elle est définie comme une stratégie défensive.

i) Le coping ou les stratégies d'adaptation individuelles.

Il existe une interaction possible entre le soignant et son environnement, dans le but de trouver un équilibre personnel altéré par un contexte de travail source de stress.

➤ *Les stratégies passives :*

Elles se caractérisent par le repli sur soi, les attitudes d'évitement, l'isolement, le retrait psychologique et par des comportements évoquant la résignation.

Ces stratégies ne mobilisent pas suffisamment l'esprit combatif du soignant, ce qui rend leur efficacité très relative.

Et en dehors du contexte professionnel, cela peut avoir un impact sur la vie privée. Il se rend indisponible auprès de ses amis prétextant toutes sortes d'arguments pour leur échapper.

➤ *Les stratégies actives :*

Elles signent des expressions d'ouverture sur le plan verbal et comportemental.

Dans une situation qui est vécue et ressentie douloureusement par le médecin, ce dernier cherchera des techniques pour améliorer ses compétences. Il n'hésitera pas à entrer en relation avec autrui et à exprimer verbalement ses émotions. Il est souvent accompagné d'un soutien social.

Dans ce cas de réponse, le médecin cherche à augmenter son efficacité et sa compétence, en se réfugiant dans l'accomplissement personnel. Et cela n'altère pas sa vie personnelle, car il garde sa disponibilité pour ses amis et sa famille.

Ajoutons à cela la croyance, religieuse ou personnelle, qui peut faciliter l'adaptation au stress.

Le coping permet au soignant de préserver son autonomie et de maintenir un état d'équilibre psychologique. Il entretient la motivation et l'énergie suffisante pour continuer à fonctionner.

ii) Les stratégies d'adaptation collectives.

Le concept de stratégies d'adaptation collectives vient de la nécessité de devoir nier inconsciemment une réalité, afin de mieux surmonter les problèmes qui en résultent :

On peut distinguer cinq types de stratégies collectives de défense :

- *Le déni.*
- *La coopération et l'auto-organisation* : les stratégies de défense collectives supposent une forte coopération au sein de l'équipe, une auto-organisation et une complicité, afin de fonctionner dans un consensus collectif pour une meilleure organisation du travail.
- *La collision* : les stratégies collectives de défense pourront déclencher une collision contre un ennemi commun.
- *Le changement de statut* : les stratégies collectives de défense permettent de passer de simples spectateurs de la réalité, à agents actifs, exploitant soit le défi, soit la provocation, soit la dérision face aux contraintes pathogènes.
- *Le mode de protection* : le fait d'être seul face à un mal-être sans pouvoir le partager avec l'entourage, que ce soit l'entourage professionnel ou même familial, peut provoquer un trouble des conduites (alcoolisme, prise de psychotropes...) sur un mode de décompensation ou de dérivation.

d. Usure de compassion.

i) Définition et présentation du concept.

Selon Charles Figley, un psychologue américain, « *la fatigue de la compassion est un syndrome d'épuisement dans lequel le stress traumatique est transmis des victimes aux intervenants* » [54].

L'usure de compassion correspond à ce qui est vécu quand aider les autres entraîne des compromis dans notre bien-être. Cette fatigue est tributaire des conditions de travail, du type de travail et de la personnalité du travailleur.

On peut trouver différents synonymes de l'usure de compassion, tel que : stress du vicariant, stress traumatique secondaire, fatigue de la compassion, usure du vicariant...

L'usure de compassion n'est pas assimilable au *burn out*. Contrairement à ce dernier, elle se déclare brutalement, mais il est possible de la résorber assez rapidement.

Elle se manifeste par des symptômes de réaction post-traumatique et devant le poids émotionnel qui l'accable, le professionnel a tendance à s'isoler.

Selon Charles Figley, l'usure de la compassion dépend de quatre variables :

- Le stress de compassion:
 - Empathie
 - Contagion émotionnelle
 - Réponse empathique
- L'exposition prolongée.

- Les traumatismes non résolus.
- Degré des ruptures de vie.

ii) Usure de compassion et épuisement professionnel.

L'usure de compassion est liée à l'interaction du soignant avec le contenu traumatique du vécu du patient. Elle se déclare plus rapidement, survient avec peu de signes avertisseurs, et le rétablissement se fait plus rapidement. Elle se caractérise par des symptômes physiques, émotionnels, cognitifs, spirituels et mentaux.

Quant à l'épuisement professionnel, il est lié au milieu de travail. C'est un processus graduel qui s'aggrave de plus en plus et qui se caractérise par une extrême fatigue physique, émotionnelle et mentale.

iii) Test d'usure de compassion. (Annexe 5)

Le test d'usure de compassion, ou test de Figley est un auto-questionnaire de 40 questions, élaboré en 1995 par Charles Figley.

Pour chaque question, 5 réponses sont proposées :

- *Jamais/rarement* : (1)
- *Parfois* : (2)
- *Indécis* : (3)
- *Souvent* : (4)
- *Très souvent* : (5)

Selon ce test on peut conclure à :

- Usure de compassion très faible : pour un score inférieur à 26
- Usure de compassion faible : pour un score entre 27 et 30
- Usure de compassion moyenne : pour un score entre 31 et 35
- Usure de compassion élevée : pour un score entre 36 et 40
- Usure de compassion très élevée : pour un score supérieur à 41
- Epuisement professionnel très faible : pour un score inférieur à 36
- Epuisement professionnel moyen : pour un score entre 37 et 50
- Epuisement professionnel élevé : pour un score entre 51 et 75
- Epuisement professionnel très élevé : pour un score supérieur à 76

L'étude de l'usure de compassion offre une approche supplémentaire pour la compréhension de la souffrance des soignants.

6. Du burn out à la dépression.

a. Définition de la dépression.

L'épisode dépressif majeur est diagnostiqué si le patient présentait un certain nombre de critères du DSM-V, tels que proposés par l'American Psychiatric Association :

- **Critère A :** au moins cinq des symptômes suivants doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée de deux semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir :
 - 1) Humeur dépressive : sentiment de tristesse, de vide, de broyer du noir, de désespoir / pleurs fréquents.
 - 2) Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir (anhédonie) pour toutes ou presque toutes les activités.
 - 3) Troubles de l'appétit ou modification du poids: le plus souvent diminué (ou anorexie), parfois augmenté (ou hyperphagie).
 - 4) Troubles du sommeil : le plus souvent insomnie, parfois hypersomnie ou tendance à la clinophilie.
 - 5) Ralentissement psychomoteur (lenteur du discours, de la pensée, des mouvements, latence dans les réponses, voix monocorde...) ou agitation (déambulation, impossibilité de rester assis).
 - 6) Perte d'énergie, lassitude et fatigue continue.
 - 7) Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive, ruminations sur des erreurs passées mineures.
 - 8) Difficultés à penser, à se concentrer, à prendre des décisions, distractibilité et troubles de la mémoire.
 - 9) Pensées de mort, idéation suicidaire (vague ou plan) ou tentative de suicide.
- **Critère B :** les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative, ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- **Critère C :** les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance ou d'une affection médicale générale.
- **Critère D :** l'épisode ne répond pas aux critères du troubles schizo-affectif et ne se superpose pas à une schizophrénie, à un trouble schizophréniforme, à un trouble délirant ou à une autre trouble psychotique.
- **Critère E :** il n'y a jamais eu d'épisode manique ou hypomaniaque.

b. Différences entre burn out et dépression.

Les deux syndromes sont souvent liés, puisque la dépression pourrait être l'ultime phase de l'évolution du BOS. En effet, le BOS peut se compliquer d'une dépression sévère, mais qui lui sera secondaire.

Ils diffèrent sur plusieurs points, notamment sur leur mode de survenue et sur leur prise en charge :

- Quand un syndrome dépressif majeur s'installe chez un individu, en dehors d'un contexte de BOS :
 - Il concerne d'emblée toutes les dimensions de la vie de la personne : affective, professionnelle et sociale.
 - Il existe souvent un ralentissement psychomoteur.
 - Dans le cas de la dépression, un traitement médicamenteux et un suivi sont souvent nécessaires et proposés d'emblée au patient.
- Dans le cas d'un BOS :
 - Au début de l'évolution du BOS, les symptômes concernent la dimension professionnelle de la vie de la personne.
 - Il n'y a pas de ralentissement de l'idéation au moins dans un premier temps ; encore moins moteur, même si le sujet se sent fatigué (relevant plutôt de la lassitude). En plus, il y a une quasi-absence des idées morbides dans le *burn out*, contrairement au cas du sujet en dépression.
 - Au début, le retrait de ce milieu professionnel peut suffire pour améliorer les symptômes du patient.
 - Et selon quelques études, il existe des différences physiologiques entre un sujet en dépression et un sujet en *burn out* : le premier produirait trop de cortisol, alors que le deuxième, pas assez [55,56].

Le dépressif voit le passé de manière plus négative. Par contre, c'est plus l'écart entre le passé et le présent, et le manque de perspective qui marquent le soignant épuisé. C'est surtout au niveau de la *dépersonnalisation*, plus associée au cynisme, à une attitude de fuite, une crainte dans la relation à l'autre, une attitude de protection, que l'on peut caractériser le *burn out* [27]. Dans la dépression, elle paraît plus liée à une incapacité cognitive, une anesthésie affective et un désinvestissement plus complet.

Selon la littérature, le niveau de *burn out* est corrélé avec la dépression, avec des symptômes dépressifs retrouvés chez 47,1% des patients souffrants de *burn out* à un stade sévère, contre 20,3% à un stade modéré [57]. Et selon Brenninkmeyer, la dépression sera corrélée à une faible estime de soi ainsi qu'à un niveau sévère de *burn out* [58].

Donc, au début de l'apparition des symptômes, des différences existent entre le BOS et la dépression notamment le mode de début et les dimensions concernées de la vie de la personne. Mais, c'est très difficile de les distinguer à un stade évolué, car une dépression d'épuisement ou un épisode dépressif majeur se voit très fréquemment quand le *burn out* est installé.

c. Echelle de mesure de la dépression : BDI-13 (cf. Annexe 6)

Différentes échelles de mesure de la dépression ont été évoquées dans la littérature, mais la plus utilisée reste le BDI-13 (Beck Depression Inventory).

Durant ses travaux, Dr. Aaron Beck fait son approche sur la « *cognition négative* » soutenue, inexacte, et souvent constituée de pensées négatives intrusives sur soi-même. De son point de vue, ce type de cognition « cause » la dépression, plutôt que d'être générée par la dépression. Beck a développé une triade de cognition négative concernant l'entourage, l'avenir et le soi, qui jouent un rôle majeur dans la dépression.

Le BDI-13 est une échelle d'autoévaluation. La version simplifiée, validée et utilisée dans la littérature est celle avec 13 items, traduite en français par Collet et Cottraux [59]. Chaque item est constitué de 4 phrases qui correspondent à 4 degrés d'intensité croissante d'un symptôme : de 0 à 3. La note globale est obtenue en additionnant les scores des 13 items. L'étendue de l'échelle va de 0 à 39. Plus la note est élevée plus le sujet est déprimé.

Les différents seuils de gravité retenus par Beck et Beamesderfer :

- De 0 à 3 : *pas de dépression*
- De 4 à 7 : *dépression légère*
- De 8 à 15 : *dépression modérée*
- 16 et plus : *dépression sévère*

Cependant, le pouvoir de discrimination de l'intensité de la dépression selon le BDI-13 est discuté. Mais, elle reste une des échelles les plus citées dans littérature pour évaluer la dépression.

II- Hypothèses de l'enquête.

Les hypothèses testées dans cette étude visaient à rechercher, ou à confirmer des liens évoqués ou non dans la littérature internationale, entre le *burn out* et les différents facteurs pouvant influencer ou favoriser son apparition, chez les médecins urgentistes.

- ***Hypothèse 1 :***

Le *burn out* a une forte prévalence chez le personnel soignant (médecins, infirmières et aides-soignantes) exerçant au Service d'Accueil des Urgences (SAU), au SMUR et en unité d'hospitalisation courte durée (UHCD). De ce fait, il est d'ailleurs probablement sous-estimé.

- ***Hypothèse 2 :***

Certains facteurs modifiables pouvant être déterminants pour le niveau du *burn out*, tels que : les facteurs épidémiologiques et sociodémographiques, les conditions et l'organisation du travail, l'état de santé des urgentistes, peuvent être retrouvés dans notre échantillon. Ils peuvent contribuer à des pistes d'amélioration.

- ***Hypothèse 3 :***

Une relation peut exister entre le *burn out*, la dépression, le stress et l'usure de compassion. Le niveau de la dépression peut influencer celui du *burn out*. En plus, le stress ressenti au travail (étudié selon la demande psychologique, la latitude décisionnelle, le soutien social et le rapport entre les efforts fournis et les récompenses perçues) peut avoir une relation avec le niveau du *burn out*. Un lien pourrait également relier l'usure de compassion et le *burn out* au sein de notre équipe.

- ***Hypothèse 4 :***

La pénibilité du travail est inégale selon les postes (SAU, UHCD, régulation, filière courte, SMUR) et les jours de la semaine.

III- Objectifs de l'enquête.

- **L'objectif principal :**

- L'objectif principal de cette enquête était d'étudier la prévalence du *burn out*, à travers le *Maslach Burnout Inventory (MBI)* chez les urgentistes et chez les infirmières et les aides-soignantes exerçant au sein du Service d'Accueil des Urgences (SAU), ainsi qu'au SMUR et à l'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD) du CHRU de Nancy.

- **Les objectifs secondaires :**

- Etudier les relations entre le *burn out* et les différents déterminants, chez les médecins urgentistes du CHRU de Nancy, tels que : les facteurs sociodémographiques, les conditions, l'environnement et l'organisation du travail, les relations avec les confrères et le personnel paramédical, l'état de santé et la satisfaction des médecins au travail.
- Etudier les relations entre le *burn out*, la dépression, le stress et l'usure de compassion.
- Evaluer la pénibilité du travail perçue par les médecins selon les postes de travail (SAU, UHCD, régulation, filière courte, SMUR) et les jours de la semaine, ainsi que les propositions pour réduire cette pénibilité et améliorer leurs conditions de travail.

IV- Matériels et Méthodes.

1. Conception de l'enquête et de l'échantillon.

Il s'agit d'une étude épidémiologique descriptive par une enquête transversale chez le personnel soignant y compris les médecins, les IDE et les AS, au sein du Service d'Accueil des Urgences, du SMUR et de l'UHCD du CHRU de Nancy.

Concernant l'enquête auprès des médecins urgentistes :

Après une réunion de service réalisée le 19 février 2014, nous avons expliqué notre projet à l'ensemble des urgentistes, et nous avons insisté sur le respect total de l'anonymat concernant toutes les informations qui seront communiquées à travers l'étude.

Ensuite, un e-mail a été envoyé le 15 avril 2015 par le directeur de l'étude aux adresses électroniques professionnelles et/ou personnelles de l'ensemble des médecins exerçant au sein du service, après avoir eu leurs autorisations orales pendant la réunion d'information. L'objectif de ce mail a été d'exposer le déroulement de l'étude, ainsi que ses objectifs. Un lien renvoyant le destinataire au questionnaire a été mentionné dans l'e-mail.

Un deuxième e-mail de rappel a été envoyé 15 jours plus tard pour inciter ceux qui n'ont pas répondu la première fois à y participer.

Nous avons exclu l'ensemble des *internes de médecine* présents sur la période de l'enquête pour éviter les biais liés d'une part à la présence de majorité d'*internes* se destinant à une carrière de médecin généraliste en milieu libéral, et d'autre part à la courte période de leur présence au Service d'Accueil des Urgences qui n'est pas assez importante pour provoquer un *burn out* lié exclusivement à leur présent travail.

Trente cinq médecins urgentistes, soit la totalité de ceux exerçant au SAU du CHRU de Nancy (SMUR et UHCD inclus), ont été intégrés à l'étude.

La période de recueil des données auprès des médecins urgentistes s'est étalée du 15 avril au 22 mai 2015.

Concernant l'enquête auprès des infirmières (IDE) et des aides-soignantes (AS) :

Dans un deuxième temps, une réunion a été organisée avec les cadres de santé du service, en présence de quelques infirmières et aides-soignantes, pour expliquer le projet. L'anonymat des informations fournies à travers l'étude a été garanti.

Avec l'accord de la direction des soins infirmiers, un lien internet du même questionnaire adapté aux IDE et aux AS, a été envoyé par e-mail, le 6 juillet 2015 par le directeur de l'enquête, à toutes les IDE et les AS travaillant au SAU, au SMUR et à l'UHCD du CHRU de Nancy.

La période de recueil des données chez les IDE et les AS s'est étalée du 6 juillet au 15 septembre 2015. 85 infirmières et aides-soignantes ont reçus le lien pour compléter le questionnaire, soit toutes celles ou ceux travaillant au sein du service.

Les adresses e-mail de l'enquêteur et du directeur de l'étude sont laissées à la disposition de l'ensemble des participants à cette enquête pour répondre à leurs interrogations concernant l'étude, afin d'optimiser le recueil des données.

2. Le questionnaire et les outils de mesure utilisés.

Le questionnaire de l'étude a été établi après des recherches bibliographiques internationales et françaises s'intéressant aux risques psychosociaux du travail chez le personnel soignant en général et chez les urgentistes en particulier. Il est donc basé sur des échelles de mesure validées par la communauté scientifique.

L'enquête comportait 185 questions et une seule question ouverte pour « *la version médecins* ». Elle comportait 164 questions pour « *la version et IDE et AS* ». En sachant que les deux questionnaires sont identiques et uniquement les questions spécifiques aux médecins ont été supprimé du deuxième questionnaire et la question relative aux salaires a été adaptée.

Les données étudiées dans ce questionnaire étaient réparties de la manière suivante :

- **1^{ère} partie: La prévalence du burn out :**

À travers le questionnaire du *Maslach Burnout Inventory (MBI)* composé de 22 items, le niveau de *burn out* (bas, moyen et élevé) a été évalué selon ses trois composantes : épuisement émotionnel (EE), dépersonnalisation (DP) et accomplissement personnel (AP), chez le personnel soignant (médecins, IDE et AS) du service SAU-SAMU-SMUR du CHRU de Nancy.

- **2^{ème} partie : Les facteurs déterminants dans le burn out :**

Elle comporte l'ensemble des facteurs pouvant être en lien avec la survenue du *burn out* ainsi que sur son niveau. Elle est composée de plusieurs catégories réparties de la manière suivantes :

- Les facteurs épidémiologiques et socioprofessionnels : 11 items concernent le sexe, l'âge, le statut marital, la présence d'enfants chez les participants, le type de diplôme, le statut actuel au sein du service, l'ancienneté et l'expérience professionnelle.
- L'organisation du travail et la gestion de l'emploi du temps : 41 items concernent le travail relatif aux gardes, la gestion de l'emploi du temps (la durée quotidienne des trajets, le temps consacré aux activités cliniques et non cliniques...), les difficultés rencontrées (la peur de commettre des erreurs, le temps passé au téléphone...), et les risques auxquels les urgentistes sont exposés après les gardes (tels que la répartition des gardes, les accidents de la circulation...).
- Relations des médecins urgentistes avec leurs confrères et avec le personnel paramédical : 3 items pour évaluer l'influence de ces relations sur la satisfaction au travail.
- Etat de santé des urgentistes et leurs loisirs : 10 items concernent les conduites à risques (alcool, tabac, traitements psychotropes, velléités suicidaires...), le ressenti de besoin d'un arrêt de travail, ainsi que les croyances religieuses des interrogés.

- La satisfaction au travail : 5 items traitent la satisfaction au travail et l'avenir envisagé par les urgentistes.
- **3^{ème} partie : Niveaux de stress, dépression et usure de compassion :**
 - Stress : il est étudié à travers le questionnaire de Karasek avec ses 26 items, et le questionnaire de Siegrist avec des 23 items.
 - Dépression : elle est évaluée à travers le Beck Depression Inventory (BDI-13) et ses 13 items.
 - Usure de compassion : elle est étudiée avec le test d'usure de compassion (Tuc) et ses 40 items.
- **4^{ème} partie : Pénibilité du travail aux SAU-SMUR-UHCD et propositions pour améliorer les conditions de travail :**
 - Un premier tableau évalue le ressenti des médecins quant à la pénibilité, de 0 (pas pénible) à 5 (très pénible), des différents postes de travail (SAU, UHCD, régulation, filière courte, SMUR).
 - Un deuxième tableau évalue la pénibilité du travail selon les jours de la semaine (selon la même échelle que le précédent).
 - Trois items visant à recueillir l'avis des médecins quant à l'utilité de la pondération du travail selon le jour travaillé et selon l'âge.
 - Une question permet aux urgentistes d'évaluer l'utilité de la mise en place d'un nouveau poste de Médecin Coordinateur Superviseur du SAU (MCSU).
 - Une question ouverte permet de recueillir les propositions et les avis des différents médecins participant à cette enquête.

Le questionnaire a été testé par deux personnes avant sa diffusion (donc leurs réponses n'étaient pas incluses dans les analyses), pour vérifier la clarté des questions et la durée moyenne pour y répondre.

Le temps estimé pour répondre à toutes les questions était en moyenne de 20 à 30 minutes.

3. Recueil des données.

Les données de l'étude ont été recueillies grâce à l'application « Google Forms » proposée par Google, sur la période du 15 avril au 22 mai 2015 pour « *la version médecins* », et du 7 juillet au 15 septembre 2015 pour « *la version IDE et AS* ».

Les réponses étaient totalement anonymes, et elles ont été enregistrées et traitées sous les tables Microsoft Office EXCEL 2007.

4. Analyse statistique.

Les résultats pour chacune des trois dimensions du *burn out* étaient classés en 2 groupes, et les personnes considérées en *burn out* étaient ceux qui ont obtenus un niveau moyen ou élevé. Deux groupes de répondants se dégagent donc : un groupe d'individus en *burn out* (*groupe*

Burn out) et un groupe exempt de *burn out* (*groupe Non burn out*) pour chacune des trois dimensions selon la définition du Pr. Maslach.

Dans un premier temps, une analyse univariée a été effectuée. Les données qualitatives des groupes *Burn out* et *Non burn out*, pour chacune des trois dimensions ont été comparées par le "Fisher's exact test", et celles quantitatives par le "Wilcoxon test".

Dans un second temps, les variables pour lesquelles la comparaison univariée fournissait une valeur de significativité (*p*) inférieure à 0,05 étaient intégrées dans une analyse multivariée par régression logistique.

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

Dans l'ensemble le questionnaire a été bien renseigné, avec moins de 10% de valeurs manquantes.

Les analyses statistiques ont été réalisées, via le logiciel d'analyse statistique SAS® 9.3, avec la collaboration du Dr Phi-Linh Nguyen-Thi, médecin de Santé Publique et épidémiologiste de la Plateforme d'Aide à la Recherche Clinique (PARC)-Unité ESPRIT, du Pôle Structure de Soutien à la Recherche, CHRU de Nancy.

V- Résultats de l'enquête.

1. Analyse descriptive.

1.1 Population étudiée

- Pour la version médecins du questionnaire : Le taux de participation au questionnaire était de 94,3% avec 33 réponses obtenues parmi les 35 questionnaires envoyés aux médecins urgentistes du CHRU de Nancy.

- Pour la version IDE et AS : Le taux de participation au questionnaire était de 43,53% avec 37 réponses obtenues parmi les 85 questionnaires envoyés.

1.2 Caractéristiques démographiques

L'échantillon des médecins est constitué de 18 hommes (54,5%) et de 15 femmes (45,5%). Les tranches d'âge étaient réparties de la manière suivante : 45,5% de 25 à 34 ans, 42,4% de 35 à 44 ans, 9,1% de 45 à 54 ans et 3% de 55 à 64 ans. (Tableau 1)

Tableau 1

Répartition des caractéristiques démographiques
des urgentistes du SAU-SMUR du CHRU de Nancy.

		Médecins	
		Nb	%
Sexe	Homme	18	54,50%
	Femme	15	45,50%
Âge	25-34 ans	15	45,50%
	35-44 ans	14	42,40%
	45-54 ans	3	9,10%
	55-64 ans	1	3%
Statut marital :			
	célibataire	2	6,10%
	marié(e) ou vie en couple	27	81,80%
	divorcé(e) ou séparé(e)	4	12,10%
	veuf (ve)	0	0,00%
Nombre d'enfants :			
	pas d'enfants	12	36,40%
	1	9	27,30%
	2	6	18,20%
	3 et plus	6	18,20%
Avez-vous des enfants en bas âge (moins de 3 ans) ?			
	non	23	69,70%
	oui	10	30,30%

1.3 Maslach Burnout Inventory chez les urgentistes, IDE et AS

- Le Maslach Burn out Inventory (MBI) chez les urgentistes :

Chez les urgentistes du CHRU de Nancy, la moyenne était de 19,8 ($\pm 10,1$) [1;38] pour l'*Épuisement émotionnel*, de 10,2 ($\pm 5,5$) [1;23] pour la *Dépersonnalisation*, et de 38,1 ($\pm 7,6$) [19;48] pour la composante *Accomplissement personnel* du MBI.

8 médecins (24,24%) ont un score d'*épuisement émotionnel* élevé, 12 (38,71%) ont un score de *dépersonnalisation* élevé, et 6 (19,35%) ont un score d'*accomplissement personnel* bas (soit un risque de *burn out* élevé) (Figure 9).

Sur les 33 urgentistes répondeurs, 20 (60,6%) sont en *burn out*. Parmi eux, 14 (42,42%) ont un score élevé dans une des composantes du *burn out*, 4 (12,12%) ont un score élevé dans deux composantes et 2 personnes (6,06%) dans les trois composantes du *burn out* (Figure 10).

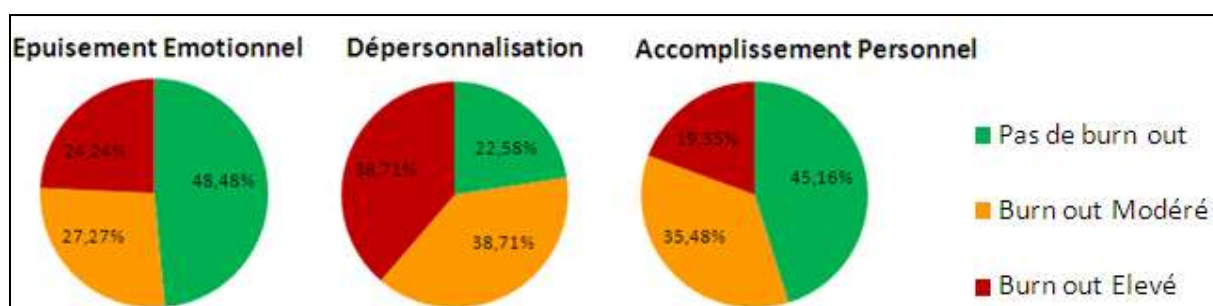


Figure 9. Les résultats du MBI avec les trois dimensions du burn out, et leur répartition en trois niveaux, chez les urgentistes du CHRU de Nancy.

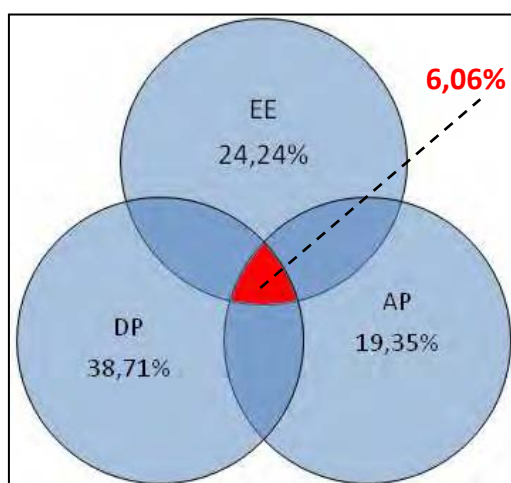


Figure 10. Diagramme de Venn représentatif de la répartition des scores élevés du burn out dans chaque dimension (EE=épuisement émotionnel, DP=dépersonnalisation, AP=diminution de l'accomplissement personnel), chez les urgentistes.

- Le Maslach Burn out Inventory (MBI) chez les IDE et AS :

Parmi les 37 IDE et AS, 2 (5,41%) ont un score d'*épuisement émotionnel* élevé, 16 (43,24%) ont un score de *dépersonnalisation* élevé, et 11 (29,73%) ont un score d'*accomplissement personnel* bas (soit un risque de *burn out* élevé) (Figure 11).

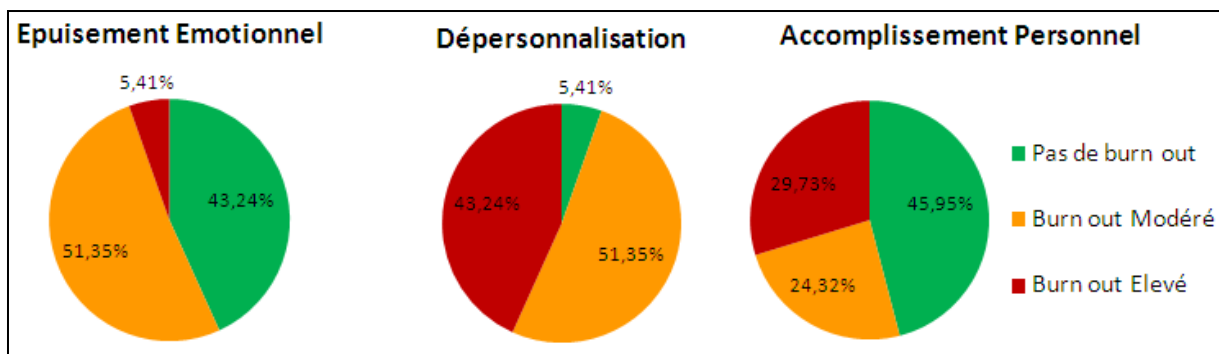


Figure 11. Les résultats du MBI avec les trois dimensions du burn out, et leur répartition en trois niveaux, chez les IDE et AS.

Sur les 37 IDE et AS, 21 (56,75%) sont en *burn out*. Parmi eux, 13 (35,14%) ont un score élevé dans une des composantes du *burn out*, 10 (27,03%) ont un score élevé dans deux composantes et aucune dans les trois composantes du *burn out* (Figure 12).

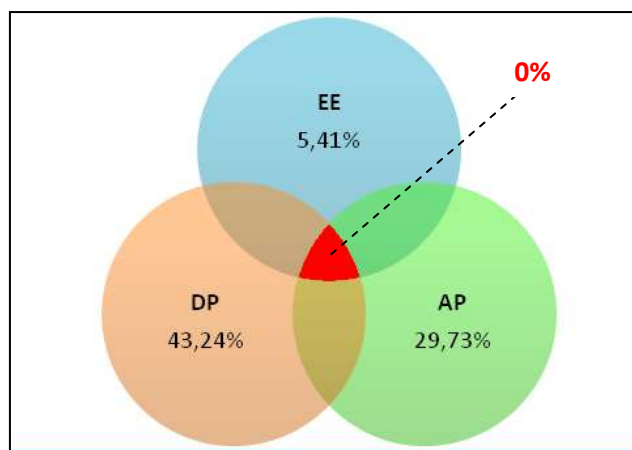


Figure 12. Diagramme de Venn représentatif de la répartition des scores élevés du risque de burn out dans chaque dimension du burn out (EE=épuisement émotionnel, DP=dépersonnalisation, AP=diminution de l'accomplissement personnel).

1.4 Caractéristiques professionnelles

Statut, ancienneté et expérience des urgentistes

La majorité des urgentistes a le statut de PH (60,6%), et la moitié a le DESC de Médecine d'Urgence (48,5%). Seize médecins (48,5%) ont moins de 5 ans d'ancienneté, 4 (12,1%) ont entre 5 et 10 ans, 12 (36,4%) entre 10 et 20 ans et 1 urgentiste (3%) a plus de 20 ans d'ancienneté.

Conditions de travail

La majorité des urgentistes travaille à temps plein (84,8%). Plus de 50% des médecins exercent exclusivement au CHRU de Nancy (63,6%).

Le temps d'activité clinique par semaine est entre 48 et 60h pour presque deux tiers des interrogés (63,6%).

La durée quotidienne de trajet depuis le domicile jusqu'au lieu de travail (*aller-retour*) est de plus de 30 minutes pour 42,7% des urgentistes.

La majorité des urgentistes déclare avoir participé à des enseignements (81,8%) et à des travaux de recherche (66,7%), durant les 12 derniers mois. De même pour la participation à des revues de dossiers (87,9%)

Près des deux tiers des urgentistes (66,7%) déclarent ne pas avoir le contrôle de leur emploi du temps. Le temps passé au téléphone est jugé *trop* pour la totalité des participants.

Concernant les gardes

Dans l'ensemble, la majorité des urgentistes font entre 7 et 9 gardes de nuit par mois (72,7%). Parmi les participants, 6,1% se sont *fréquemment* endormis au volant après une garde, et 15,2% *occasionnellement*. En sachant que 18,2% déclarent avoir été victime d'un accident de la circulation à la sortie d'une garde.

Conflit travail-famille

Le travail semble souvent contraignant pour la vie familiale pour la majorité des urgentistes interrogés (69,7%).

Erreur médicale

Plus de 50% des urgentistes déclarent avoir peur de commettre une erreur médicale à chaque période de soins (51,5%).

Arrêt de travail

Le besoin d'un arrêt de travail est faiblement ressenti par les urgentistes du CHRU de Nancy (12,12%).

Relations avec les collègues

Pour la majorité des urgentistes, la satisfaction au travail est "*souvent*" ou "*toujours*" influencée par les relations avec les collaborateurs paramédicaux et par les relations avec les collègues médecins du service (81,82%), et par les relations avec les collègues des autres services (69,7%).

1.5 Dépression chez les urgentistes du CHRU de Nancy

Selon le BDI-13, 42% des urgentistes n'ont pas de syndrome dépressif, 46% ont une *dépression légère*, 12% ont une *dépression d'intensité moyenne à modérée*. Par contre, aucun urgentiste ne présente une *dépression sévère*. (Figure 13).

La moyenne du score de BDI-13 est de 4,2 ($\pm 3,4$) [0;12].

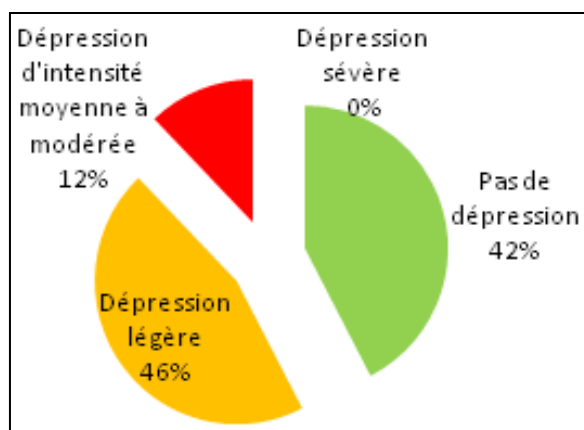


Figure 13. Les résultats du BDI-13 chez les urgentistes du CHRU de Nancy.

1.6 Modèle Exigences-maîtrise de Karasek

Le score moyen de la *demande psychologique* est de 29,1 ($\pm 3,3$) [21;36]. Il est de 26,66 chez les hommes et de 26,4 chez les femmes (Figure 14). En sachant que presque la totalité des médecins (97,1%) considère que la *demande psychologique* est forte dans leur travail.

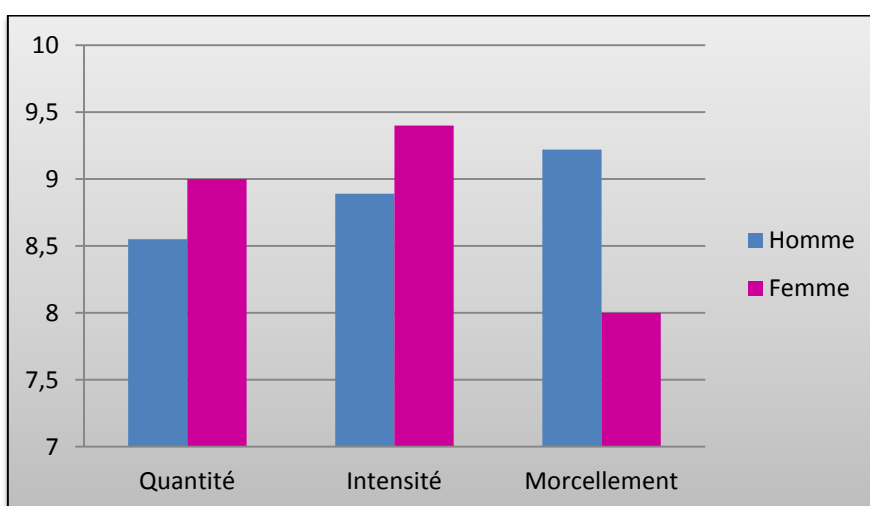


Figure 14. Les moyennes des 3 composantes de la "demande psychologique" du questionnaire de Karasek chez les hommes et les femmes urgentistes au CHRU de Nancy.

La *latitude décisionnelle* a 2 composantes : l'*utilisation des compétences* (moyenne 36,1 ($\pm 4,8$) [24;48]) et l'*autonomie décisionnelle* (moyenne 36,6 ($\pm 6,6$) [24;48]). Le score moyen de cette *latitude décisionnelle* est de 72,8 ($\pm 10,4$) [52;96]. Il est de 26,11 chez les hommes et de 23,26 chez les femmes (Figure 15). En sachant que plus de la moitié (51,5%) considère comme faible leur *latitude décisionnelle*.

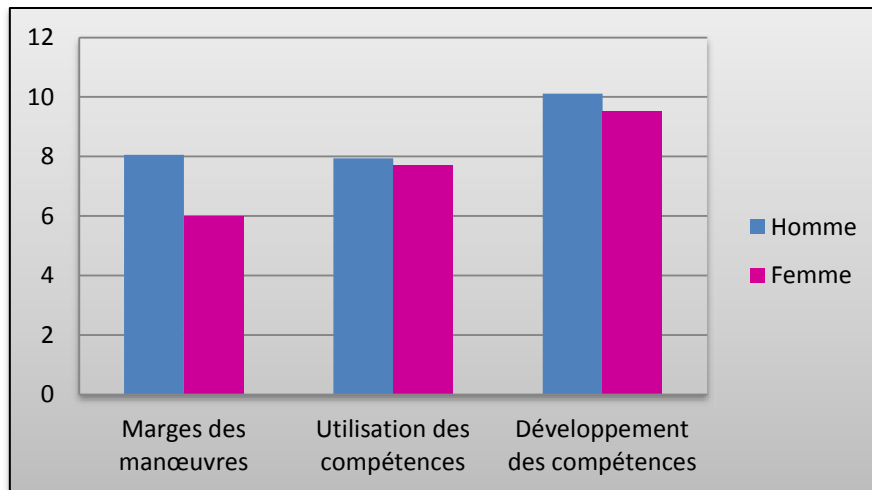


Figure 15. Les moyennes des 3 composantes de la "latitude décisionnelle" du questionnaire de Karasek chez les hommes et les femmes urgentistes au CHRU de Nancy.

Le *soutien social* (moyenne 21 ($\pm 3,1$) [14;28]) a 2 composantes : celui de *la hiérarchie* (moyenne ($\pm 2,6$) [4;12]), et celui *des collègues* (moyenne 12,9 ($\pm 1,9$) [10;16]).

Le score moyen du *soutien social de la hiérarchie* est de 7,78 chez les hommes et de 8,40 chez les femmes. Et celui *par les collègues* est de 13,06 et de 12,53 respectivement chez les hommes et les femmes (Figure 16).

Mais en moyenne près de trois quart des urgentistes considèrent le *soutien social* en général (y compris de la hiérarchie et des collègues), comme faible (75,8%).

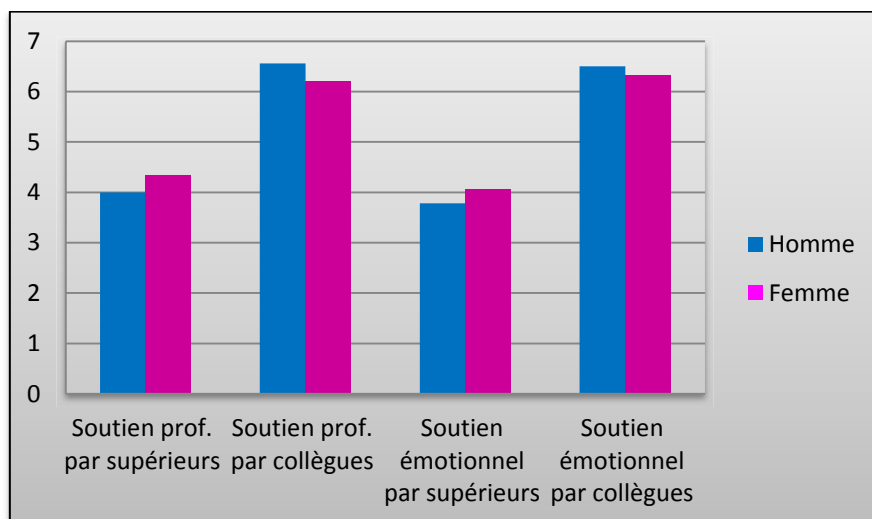


Figure 16. Les moyennes des composantes du "soutien social" du questionnaire de Karasek chez les hommes et les femmes urgentistes au CHRU de Nancy.

Plus de la moitié des urgentistes sont tendus (*Job strain*: 51,5%), 45,5% sont actifs et uniquement 3% sont détendus. Et presque la moitié des personnes interrogées (42,4%) se considère en *Iso strain*.

1.7 Modèle Equilibre efforts-récompenses de Siegrist

Ce modèle comporte 3 dimensions : Les *efforts extrinsèques* (moyenne 20,2 ($\pm 4,9$) [11;30]), l'*échelle des récompenses* (moyenne 21,2 ($\pm 8,2$) [11;46]), et celle du *surinvestissement* (moyenne 15,7 ($\pm 3,2$) [9;22]).

Le *ratio (efforts/récompenses)* calculé selon le questionnaire de Siegrist montre un taux à 1,9 chez la totalité des urgentistes du CHRU de Nancy (Tableau 2). Tous les médecins interrogés considèrent qu'il y a un déséquilibre entre leurs efforts fournis et les récompenses perçues.

Tableau 2

Résultats du questionnaire de Siegrist chez les urgentistes du CHRU de Nancy

	Moyenne ($\pm$ SD) (min;max)
Efforts extrinsèques	20,2 ($\pm 4,9$) (11;30)
Récompenses	21,2 ($\pm 8,2$) (11;46)
Ratio (efforts/récompenses)	1,9 ($\pm 0,7$) (1,1;3,8)
Surinvestissement	15,7 ($\pm 3,2$) (9;22)
N=33	

1.8 Test d'usure de compassion

Presque la moitié des urgentistes (48,5%) présentent un niveau *élevé* ou *très élevé* de risque d'usure de compassion (Tableau 3). La moyenne obtenue est de 37,1 ($\pm 7,8$) [24;58].

Mais presque trois quarts des urgentistes se considèrent à risque *très faible* d'épuisement émotionnel (74,20%) (Tableau 3). La moyenne obtenue est de 33,3 ($\pm 7,5$) [22;50].

Tableau 3

Test d'usure de compassion étudié chez les urgentistes du CHRU de Nancy

		Médecins	
		Nb	(%)
Risque d'usure de compassion			
Niveaux de risque	Très faible	2	(6,10%)
	Faible	6	(18,20%)
	Moyen	9	(27,30%)
	Elevé	5	(15,20%)
	Très élevé	11	(33,30%)
N=33			
Risque d'épuisement professionnel			
Degré de burn out	Très faible	23	(74,20%)
	Moyen	8	(25,80%)
	Elevé	0	(0%)
	Très élevé	0	(0%)
N=31			

1.9 Etat de santé et conduite à risque

Parmi les urgentistes du CHRU de Nancy, 18,92% ont déjà souffert de l'anxiété, 2,7% ont eu des attaques de panique, 8,10% des épisodes de dépression avérée et 10,82% ont été confronté à un état de stress post-traumatique.

Concernant la consommation des médicaments, 18,18% des interrogés avouent une consommation de médicaments (*souvent ou occasionnellement*) tels que des somnifères ou des anxiolytiques. Nous constatons que 8,1% ont déjà ressenti des velléités suicidaires en rapport avec leur environnement de travail.

Une grande majorité des urgentistes sont des non-fumeurs (78,79%), et aucun ne consomme plus de 2 verres d'alcool par jour.

1.10 Activités sportives et autres centres d'intérêts

Depuis leur prise de poste, presque la moitié des médecins (45,46%) ont augmenté leurs IMC. Presque la moitié des urgentistes (45,46%) pratiquent entre 2 et 5 heures de sport, contre une minorité (3,03%) qui ne pratique aucune activité sportive. Mais la majorité ne pratique aucune activité de volontariat (48,49%). Et presque deux tiers des médecins sont croyants (63,64%).

1.11 Avenir et carrière des urgentistes du CHRU de Nancy

La majorité des urgentistes ne voyaient pas la profession telle qu'elle est actuellement (69,70%), et 84,85% ne pensent pas exercer la Médecine d'Urgence durant toute leur carrière professionnelle. Et même, 81,82% envisagent un aménagement de leur activité à terme. Mais malgré tout cela, la majorité reste satisfaite de leur travail d'urgentistes (84,85%). Et si c'était à refaire, ils choisiraient de nouveau à 81,82% la même spécialité.

2. Analyse univariée des liens avec le burn out

Partie 1 : Facteurs pouvant influencer le niveau de burn out

2.1 Données démographiques (Tableau 4)

Le sexe, l'âge, le statut marital, le nombre d'enfants et la présence d'enfants en bas âge ne sont pas significativement liés au *burn out* (BOS), et cela pour ses trois dimensions.

Tableau 4.

Répartition des caractéristiques démographiques des urgentistes du CHRU de Nancy et lien avec le burn out.

	Epuisement émotionnel			Dépersonnalisation			Accomplissement perso.		
	Sans BOS	Avec BOS	<i>p</i> *	Sans BOS	Avec BOS	<i>p</i> *	Sans BOS	Avec BOS	<i>p</i> *
<i>Nombre</i>	16	17		7	24		14	17	
<i>%</i>	48,5%	51,5%		22,6%	77,4%		45,2%	54,8%	
Sexe									
Femme	43,7	47,1	<i>ns</i>	28,6	50	<i>ns</i>	28,6	58,8	<i>ns</i>
Homme	56,3	52,9		71,4	50		71,4	41,2	
Âge									
<34 ans	43,7	47,1	<i>ns</i>	28,6	50	<i>ns</i>	35,7	58,8	<i>ns</i>
≥34 ans	56,3	52,9		71,4	50		64,3	41,2	
Statut marital									
Célib/Divorcé	18,7	17,6	<i>ns</i>	14,3	20,8	<i>ns</i>	7,1	23,5	<i>ns</i>
Marié	81,3	82,4		85,7	79,2		92,9	76,5	
Enfants									
Oui	62,5	64,7	<i>ns</i>	71,4	58,3	<i>ns</i>	57,1	64,7	<i>ns</i>
Non	37,5	35,3		28,6	41,7		42,9	35,3	
Enfants bas âge									
Non	81,2	58,8	<i>ns</i>	85,7	66,7	<i>ns</i>	71,4	64,7	<i>ns</i>
Oui	18,8	41,2		14,3	33,3		28,6	35,3	

**p*-value, Fisher's exact test, significatif si *p*<0,05

ns : différence non significative au seuil 5%

2.2 Statut et expérience professionnelle

Pour les trois dimensions du BOS, le statut (PH ou assistants) et le nombre d'années d'expérience ne sont pas significativement liés au *burn out* (Tableau 5).

Tableau 5.
Relation entre les trois composantes du burn out et le statut et l'expérience des urgentistes du CHRU de Nancy.

Corrélation entre les trois composantes du burn-out et le statut et l'expérience des argentistes du CRIC de Nanjing.									
	Epuisement émotionnel			Dépersonnalisation			Accomplissement perso.		
	Sans BOS	Avec BOS	<i>p</i> *	Sans BOS	Avec BOS	<i>p</i> *	Sans BOS	Avec BOS	<i>p</i> *
<i>Nombre</i>	16	17		7	24		14	17	
<i>%</i>	48,5%	51,5%		22,6%	77,4%		45,2%	54,8%	
PH									
Non	43,7	35,3	<i>ns</i>	28,6	45,8	<i>ns</i>	50	35,3	<i>ns</i>
Oui	56,3	64,7		71,4	54,2		50	64,7	
Expérience									
< 5 ans	50	47,1	<i>ns</i>	42,9	54,2	<i>ns</i>	57,1	47,1	<i>ns</i>
> 5 ans	50	52,9		57,1	45,8		42,9	52,9	

*p-value, Fisher's exact test, significatif si $p < 0,05$

ns : différence non significative au seuil 5%

2.3 Conditions et environnement de travail (Tableau 6)

Le fait d'exercer (temps partiel et/ou par plages additionnelles) en plus dans un autre service d'urgences (autre que celui du CHRU de Nancy) est significativement lié au *burn out* pour la dimension *Epuisement émotionnel* ($p=0,0324$).

De même, l'impression d'avoir le contrôle sur l'emploi du temps est significativement liée au *burn out* dans sa composante *Dépersonnalisation* ($p=0,0218$) et avec un lien intermédiaire (tendance) pour sa composante *Epuisement émotionnel* ($p=0,0707$).

La durée du trajet aller-retour (entre domicile et lieu de travail) semble avoir un lien intermédiaire (tendance) avec la composante *Epuisement émotionnel* ($p=0,0799$) du *burn out* : plus le trajet est long, plus le risque de BOS est majoré (*Pour les urgentistes qui ont un trajet aller-retour <30 minutes, 75% ne sont pas en burn out, alors que chez ceux ayant plus de 30 minutes de trajet tous les jours, sont à 58,8% en burn out*).

Mais, pas de lien significatif retrouvé, pour les 3 dimensions du BOS, concernant : le temps de travail contractuel (partiel/plein), l'activité clinique, la participation à des enseignements ou à de la recherche et la peur de commettre des erreurs lors de la prise en charge des patients. De même que le nombre d'heures de travail, le travail de weekend, le nombre de jours de congés et de formation, et la participation à des RMM ou des réunions d'équipe.

Le niveau de salaire obtenu n'est pas en lien avec le *burn out*.

Tableau 6.

Relation entre les conditions de travail des urgentistes du CHRU de Nancy et les trois composantes du burn out.

Relation entre les conditions de travail des argentistes du CHRC de Nancy et les trois composantes du burn out.									
	Epuisement émotionnel			Dépersonnalisation			Accomplissement perso.		
	Sans BOS	Avec BOS	<i>p</i> *	Sans BOS	Avec BOS	<i>p</i> *	Sans BOS	Avec BOS	<i>p</i> *
Nombre	16	17		7	24		14	17	
%	48,5%	51,5%		22,6%	77,4%		45,2%	54,8%	
Temps de travail									
Partiel	18,8	11,8	<i>ns</i>	28,6	8,3	<i>ns</i>	14,3	11,8	<i>ns</i>
Plein	81,3	88,2		71,4	91,7		85,7	88,2	
Exercice autres hôpitaux									
Non	43,8	82,4	0,0324	42,9	70,8	<i>ns</i>	50	76,5	<i>ns</i>
Oui	56,3	17,6		57,1	29,2		50	23,5	
WE par mois									
<2	62,5	52,9	<i>ns</i>	85,7	45,8	0,0940	64,3	52,9	<i>ns</i>
≥2	37,5	47,1		14,3	54,2		35,7	47,1	
Trajet < 30 min									
Non	25	58,8	0,0799	28,6	45,8	<i>ns</i>	28,6	52,9	<i>ns</i>
Oui	75	41,2		71,4	54,2		71,4	47,1	
Temps par semaine									
≤ 60 h	75	76,5	<i>ns</i>	57,1	79,2	<i>ns</i>	57,1	88,2	0,0971
>60h	25	23,5		42,9	20,8		42,9	11,8	
Act. clinique/semaine									
< 48 h	18,8	35,3	<i>ns</i>	28,6	25	<i>ns</i>	14,3	29,4	<i>ns</i>
> 48h	81,3	64,7		71,4	75		85,7	70,6	
Act. non clinique/semaine									
<10 h	68,8	82,4	<i>ns</i>	57,1	79,2	<i>ns</i>	57,1	88,2	0,0971
>10h	31,3	17,6		42,9	20,8		42,9	11,8	
Congés/an									
< 30 j	50	52,9	<i>ns</i>	57,1	50	<i>ns</i>	50	52,9	<i>ns</i>
≥40 j	50	47,1		42,9	50		50	47,1	
Formation/an									
< 10 j	75	70,6	<i>ns</i>	57,1	75	<i>ns</i>	57,1	82,4	<i>ns</i>
≥10 j	25	29,4		42,9	25		42,9	17,6	
Enseignements									
Non	12,5	23,5	<i>ns</i>	14,3	20,8	<i>ns</i>	14,3	23,5	<i>ns</i>
Oui	87,5	76,5		85,7	79,2		85,7	76,5	
Recherche clinique									
Non	43,8	23,5	<i>ns</i>	28,6	33,3	<i>ns</i>	21,4	41,2	<i>ns</i>
Oui	56,3	76,5		71,4	66,7		78,6	58,8	
Management emploi du temps									
Passif/dirigé	81,2	93,7	<i>ns</i>	85,7	91,3	<i>ns</i>	85,7	88,2	<i>ns</i>
participatif	18,8	6,3		14,3	8,7		14,3	11,8	
RMM									
Non	12,5	11,8	<i>ns</i>	14,3	8,3	<i>ns</i>	14,3	5,9	<i>ns</i>
Oui	87,5	88,2		85,7	91,7		85,7	94,1	
Réunions d'équipe									
Oui	100	94,1	<i>ns</i>	100	95,8	<i>ns</i>	92,9	100	<i>ns</i>
Non	0	5,9		0	4,2		7,1	0	
Contrôle emploi du temps									
Non	50	82,4	0,0707	28,6	79,2	0,0218	57,1	70,6	<i>ns</i>
Oui	50	17,6		71,4	20,8		42,9	29,4	

Tableau 6 (suite)

	Epuisement professionnel			Dépersonnalisation			Accomplissement perso.		
	Sans BOS	Avec BOS	<i>p</i> *	Sans BOS	Avec BOS	<i>p</i> *	Sans BOS	Avec BOS	<i>p</i> *
<i>Nombre</i>	16	17		7	24		14	17	
<i>%</i>	48,5%	51,5%		22,6%	77,4%		45,2%	54,8%	
Contrainte nb patients									
Non	56,3	29,4	<i>ns</i>	42,9	41,7	<i>ns</i>	50	35,3	<i>ns</i>
Oui	43,8	70,6		57,1	58,3		50	64,7	
Salaire									
< 60 000 €	31,3	58,8	<i>ns</i>	28,6	50	<i>ns</i>	42,9	52,9	<i>ns</i>
> 60 000 €	68,8	41,2		71,4	50		57,1	47,1	
Peur de l'erreur									
Non	50	47,1	<i>ns</i>	71,4	41,7	<i>ns</i>	57,1	47,1	<i>ns</i>
Oui	50	52,9		28,6	58,3		42,9	52,9	
Besoin AT									
Non	93,8	82,4	<i>ns</i>	100	87,5	<i>ns</i>	100	88,2	<i>ns</i>
Oui	6,3	17,6		0	12,5		0	11,8	

**p*-value, Fisher's exact test, significatif si $p < 0,05$

ns : différence non significative au seuil 5%

2.4 Organisation des gardes et risques encourus (Tableau 7)

Pas de lien significatif retrouvé entre le nombre de gardes effectuées et le *burn out*. De même pour le repos de sécurité, les difficultés d'endormissement et le moyen de transport après une garde.

Pour le fait d'être endormi au volant, le lien est significatif avec le *burn out* pour sa composante *Epuisement émotionnel* ($p=0,0015$) : Ceux qui ne sont pas en *burn out* déclarent à 75% qu'ils ne sont jamais endormis au volant. Contrairement à ceux qui en souffrent, ils s'endorment au volant à 82,4%.

Egalement, le lien statistique est significatif entre l'activité préférentielle lors du temps libre après une garde et le *burn out* dans sa composante *Epuisement émotionnel* ($p=0,0353$). Parmi ceux qui ne sont pas en BOS, 37,5% passent du temps en famille après les gardes (contre 29,4% chez ceux en BOS), 25% participent à des activités dans le service (autres que cliniques) (contre aucun urgentiste en BOS). D'un autre côté, 47,1% des médecins en *burn out* ont des activités sédentaires, plus que ceux qui n'en souffrent pas (37,5%).

Tableau 7.

Relation entre les conditions de déroulement des gardes et le burn out chez les urgentistes du CHRU de Nancy

Relation entre les conditions de déroulement des gardes et le burn out chez les agents du CHRS de Nanay									
	Epuisement émotionnel			Dépersonnalisation			Accomplissement perso.		
	Sans BOS	Avec BOS	<i>p</i> *	Sans BOS	Avec BOS	<i>p</i> *	Sans BOS	Avec BOS	<i>p</i> *
Nombre	16	17		7	24		14	17	
%	48,5%	51,5%		22,6%	77,4%		45,2%	54,8%	
Gardes 7 à 9									
Non	18,8	35,3	<i>ns</i>	28,6	29,2	<i>ns</i>	35,7	23,5	<i>ns</i>
Oui	81,3	64,7		71,4	70,8		64,3	76,5	
Repos de sécurité									
Non	62,5	29,4	0,0844	42,9	41,7	<i>ns</i>	50	35,3	<i>ns</i>
Oui	37,5	70,6		57,1	58,3		50	64,7	
Difficultés endormissement									
Non	56,3	82,4	<i>ns</i>	100	62,5	0,0766	85,7	64,7	<i>ns</i>
Oui	43,8	17,6		0	37,5		14,3	35,3	
Transport après garde									
Ma voiture	81,3	88,2	<i>ns</i>	100	79,2	<i>ns</i>	85,7	82,4	<i>ns</i>
Autres	18,2	11,8		0	20,8		14,3	17,6	
Endormi au volant									
Non	75	17,6	0,0015	42,9	50	<i>ns</i>	64,3	35,3	<i>ns</i>
Oui	25	82,4		57,1	50		35,7	64,7	
Accident après garde									
Non	93,8	70,6	<i>ns</i>	57,1	87,5	<i>ns</i>	85,7	76,5	<i>ns</i>
Oui	6,3	29,4		42,9	12,5		14,3	23,5	
Après une garde									
Service	25	0	0,0353	28,6	8,3	<i>ns</i>	21,4	5,9	<i>ns</i>
Sport	0	23,5		0	16,7		7,1	17,6	
Sédentaire	37,5	47,1		42,9	45,8		42,9	47,1	
Famille	37,5	29,4		28,6	29,2		28,6	29,4	

p*-value, Fisher's exact test, significatif si *p*<0,05ns** : différence non significative au seuil 5%

2.5 Conflit travail-famille (Tableau 8)

Le travail ressenti comme une contrainte pour la vie familiale est significativement lié au *burn out* dans ses deux composantes, *Epuisement émotionnel* (*p*=**0,0255**) et *Dépersonnalisation* (*p*=**0,0218**). Nous constatons que les urgentistes en *burn out* considèrent leur travail *souvent* contraignant pour leur vie familiale à 88,2% contre 50% chez ceux sans BOS (*Epuisement émotionnel*). De même pour la composante *Dépersonnalisation* : 79,2% contre 28,6% respectivement dans les deux groupes.

Tableau 8.

Lien entre le conflit travail-famille et les trois composantes du burn out chez les urgentistes du CHRU de Nancy.

	Epuisement émotionnel			Dépersonnalisation			Accomplissement perso.		
	Sans BOS	Avec BOS	<i>p</i> *	Sans BOS	Avec BOS	<i>p</i> *	Sans BOS	Avec BOS	<i>p</i> *
Nombre	16	17		7	24		14	17	
%	48,5%	51,5%		22,6%	77,4%		45,2%	54,8%	
Contrainte vie familiale									
Parfois	50	11,8	0,0255	71,4	20,8	0,0218	50	17,6	<i>ns</i>
Souvent	50	88,2		28,6	79,2		50	82,4	

p*-value, Fisher's exact test, significatif si *p*<0,05ns** : différence non significative au seuil 5%

2.6 Relations avec les collègues

Les relations des urgentistes avec leurs collaborateurs paramédicaux et leurs influences sur la satisfaction au travail sont significativement liées au *burn out* dans sa composante *Epuisement émotionnel* ($p=0,0263$), mais non avec les deux autres composantes. Tandis que concernant les relations avec les autres médecins (du service et des autres services), pas de liens significatifs statistiquement avec le *burn out* (Tableau 9).

Tableau 9.

Relation entre les 3 composantes du burn out et la satisfaction au travail influencée par les relations avec les collègues urgentistes ou paramédicaux

Conseillers argentiers ou paramédicaux									
	Epuisement émotionnel			Dépersonnalisation			Accomplissement perso.		
	Sans BOS	Avec BOS		Sans BOS	Avec BOS		Sans BOS	Avec BOS	
	BOS	BOS	<i>p</i> *	BOS	BOS	<i>p</i> *	BOS	BOS	<i>p</i> *
<i>Nombre</i>	16	17		7	24		14	17	
<i>%</i>	48,5%	51,5%		22,6%	77,4%		45,2%	54,8%	
Satisfaction/Paraméd									
Jamais	6,3	0	0,0263	14,3	0	ns	0	5,9	ns
Parfois	0	29,4		14,3	16,7		14,3	11,8	
Souvent	68,8	35,3		57,1	45,8		50	52,9	
Toujours	25	35,3		14,3	37,5		35,7	29,4	
Satisfaction/méd service									
Parfois	12,5	23,5	ns	14,3	20,8	ns	14,3	17,6	ns
Souvent	56,3	35,3		71,4	37,5		35,7	52,9	
Toujours	31,3	41,2		14,3	41,7		50	29,4	
Satisfaction/autres									
Jamais	0	5,9	ns	0	4,2	ns	0	5,9	ns
Parfois	25	29,4		42,9	25		21,4	29,4	
Souvent	62,5	35,3		42,9	50		50	47,1	
Toujours	12,5	29,4		14,3	20,8		20,8	17,6	

*p-value, Fisher's exact test, significatif si $p<0,05$

ns : différence non significative au seuil 5%

2.7 Etat de santé et conduites à risque (Tableau 10)

Il existe un lien significatif entre le tabac et le *burn out* dans sa composante *Epuisement émotionnel* ($p=0,0391$) : il existe plus de fumeurs parmi les urgentistes non en *burn out* (37,5% contre 3,9% chez ceux en *burn out*).

Il existe également un lien significatif statistiquement entre la modification de l'IMC depuis la prise de fonction aux Urgences, et le *burn out* dans sa composante *Epuisement émotionnel* ($p=0,0255$) : La majorité des urgentistes en *burn out* ont constaté une modification de leur IMC (88,2%).

Cette étude ne retrouve pas de lien significatif entre le *burn out* et la consommation d'alcool ou de médicaments tels que les somnifères ou les antidépresseurs.

2.8 Activités sportives et autres centres d'intérêt

L'activité sportive, la participation à des activités de volontariat, ainsi que la croyance religieuse ne sont pas liées significativement au *burn out* (Tableau 10).

Tableau 10.

Répartition de quelques conduites à risques avec l'état de santé des urgentistes du CHRU de Nancy et lien avec les 3 composantes du burn out.

	Epuisement émotionnel			Dépersonnalisation			Accomplissement perso.		
	Sans BOS	Avec BOS	<i>p</i> *	Sans BOS	Avec BOS	<i>p</i> *	Sans BOS	Avec BOS	<i>p</i> *
<i>Nombre</i>	16	17		7	24		14	17	
<i>%</i>	48,5%	51,5%		22,6%	77,4%		45,2%	54,8%	
Tabac									
Non	62,5	94,1	0,0391	100	70,8	ns	71,4	82,4	ns
Oui	37,5	5,9		0	29,2		28,6	17,6	
Traitement									
Non	68,8	88,2	ns	71,4	79,2	ns	92,9	64,7	0,094
Oui	31,3	11,8		28,6	20,8		7,1	35,3	
Alcool									
Non	6,3	23,5	ns	0	20,8	ns	14,3	17,6	ns
Oui	93,8	76,5		100	79,2		85,7	82,4	
Vellités suicidaires									
Non	93,8	88,2	ns	85,7	91,7	ns	100	82,4	ns
Oui	6,2	11,8		14,3	8,3		0	17,6	
IMC au CHRU									
Stable	50	11,8	0,0255	42,9	29,2	ns	42,9	23,5	ns
Modifié	50	88,2		57,1	70,8		57,1	76,5	
Sport									
< 2h/sem	43,8	35,3	ns	28,6	45,8	ns	35,7	41,2	ns
> 2h/sem	56,3	64,7		71,4	54,2		64,3	58,8	
Volontariat									
Non	43,8	52,9	ns	57,1	45,8	ns	35,7	64,7	ns
Oui	56,3	47,1		42,9	54,2		64,3	35,3	
Croyance religieuse									
Non	25	47,1	ns	42,9	37,5	ns	21,4	52,9	ns
Oui	75	52,9		57,1	62,5		78,6	47,1	

**p*-value, Fisher's exact test, significatif si $p < 0,05$

ns : différence non significative au seuil 5%

2.9 Avenir et carrière des urgentistes

L'aménagement de travail en tant qu'urgentiste, la satisfaction du travail et le fait de vouloir choisir de nouveau la même spécialité ("*si c'était à refaire*") ne sont pas liés au *burn out* (Tableau 11).

Tableau 11.

Lien entre l'avenir envisagé ainsi que la satisfaction du travail avec les trois composantes du burn out.

Bien-être / Paveint envisage ainsi que la satisfaction du travail avec les trois composantes du burn out.									
	Epuisement émotionnel			Dépersonnalisation			Accomplissement perso.		
	Sans BOS	Avec BOS	<i>p</i> *	Sans BOS	Avec BOS	<i>p</i> *	Sans BOS	Avec BOS	<i>p</i> *
Nombre	16	17		7	24		14	17	
%	48,5%	51,5%		22,6%	77,4%		45,2%	54,8%	
Même vision sur									
La profession									
Non	62,5	76,5	<i>ns</i>	57,1	70,8	<i>ns</i>	50	82,4	<i>ns</i>
Oui	37,5	23,5		42,9	29,2		50	17,6	
Aménagement									
Oui	81,3	82,4	<i>ns</i>	85,7	79,2	<i>ns</i>	85,7	76,5	<i>ns</i>
Ne sait pas	18,7	17,6		14,3	20,8		14,3	23,5	
Satisfaction au travail									
Non	6,3	23,5	<i>ns</i>	0	20,8	<i>ns</i>	7,1	17,6	<i>ns</i>
Oui	93,8	76,5		100	79,2		92,9	82,4	
Refaire même									
spé.									
Non	12,5	23,5	<i>ns</i>	14,3	20,8	<i>ns</i>	7,1	29,4	<i>ns</i>
Oui	87,5	76,5		85,7	79,2		92,9	70,6	

**p*-value, Fisher's exact test, significatif si $p < 0,05$ *ns* : différence non significative au seuil 5%

Les données statistiquement significatives des facteurs pouvant être liés au *burn out* ont été résumées par la série de figures suivantes : (Figures 17, 18, 19, 20 et 21)

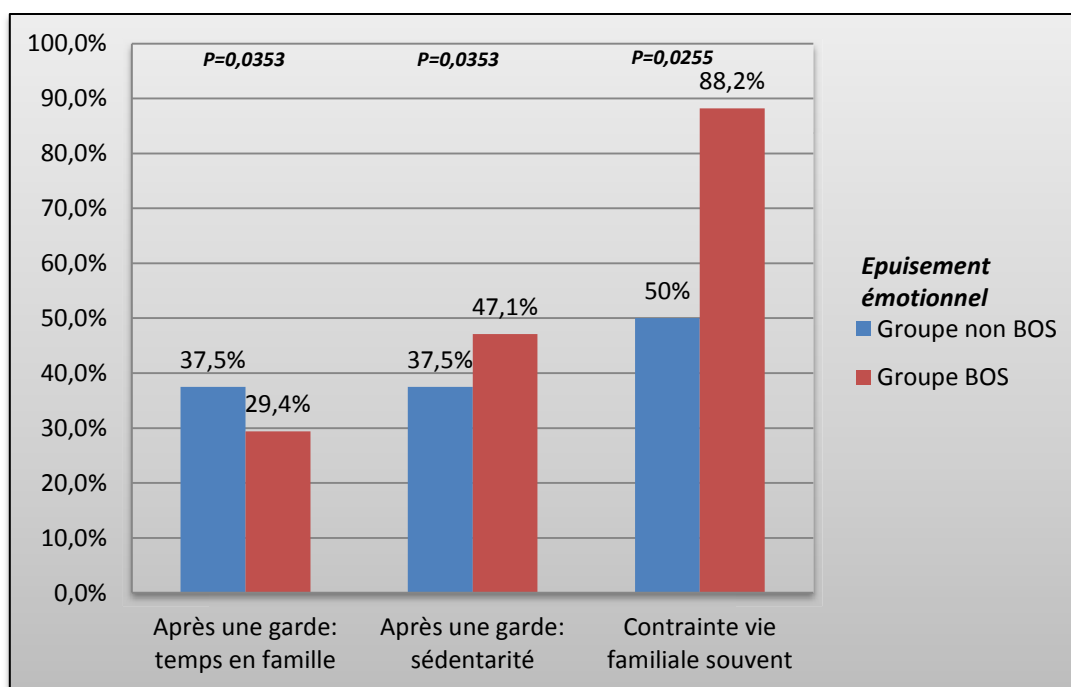


Figure 17. Comparaison des groupes BOS et non BOS de la composante « *Epuisement émotionnel* » sur le temps passé après une garde (en famille ou activités sédentaires) et sur le fait que le travail est souvent perçu comme contraignant pour la vie familiale.

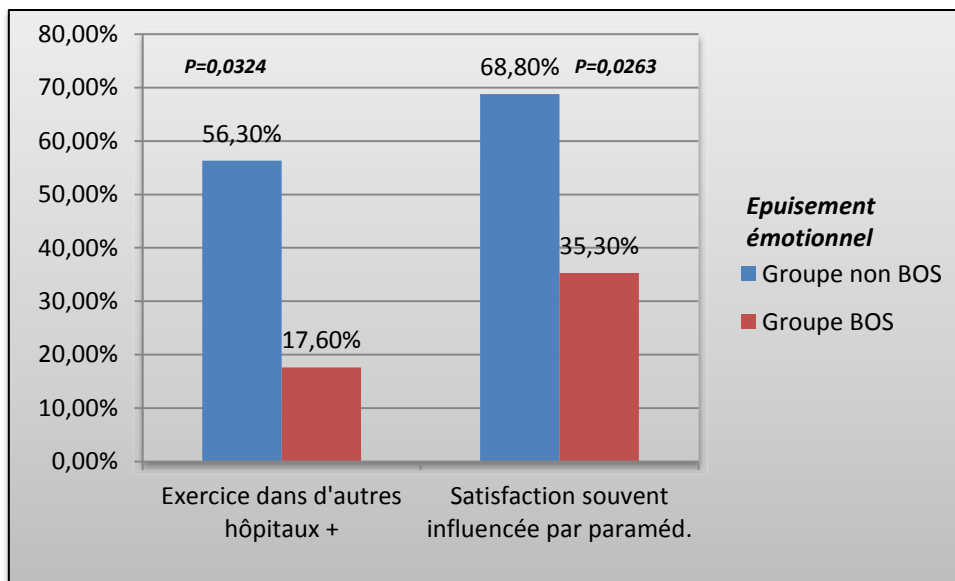


Figure 18. Comparaison des groupes BOS et non BOS de la composante « *Epuisement émotionnel* » sur le fait d’exercer simultanément dans un autre service des urgences (+) et sur le fait que la satisfaction au travail est souvent influencée par les relations avec l’équipe paramédicale.

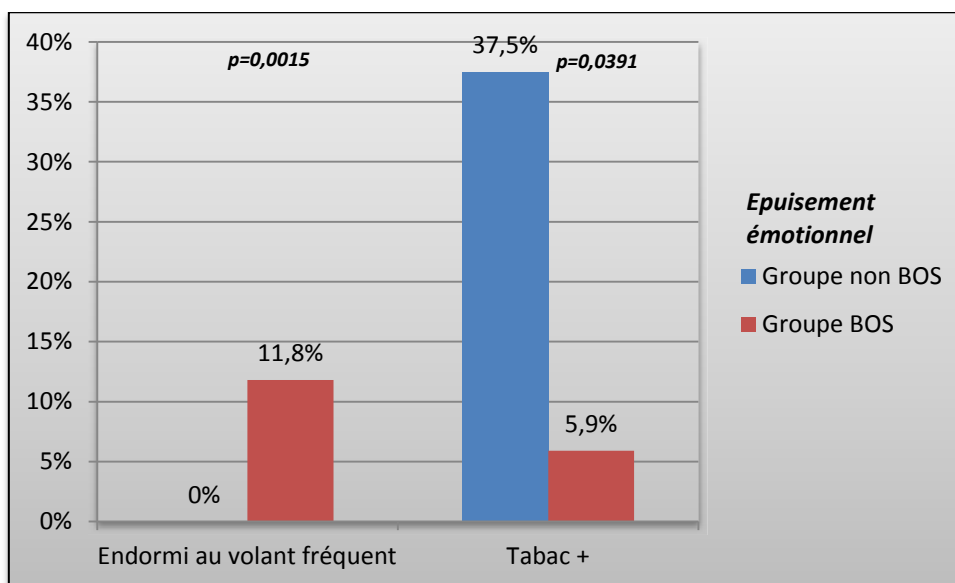


Figure 19. Comparaison des groupes BOS et non BOS de la composante « *Epuisement émotionnel* » sur le fait que l’endormissement au volant est fréquent après une sortie de garde et sur le tabagisme.

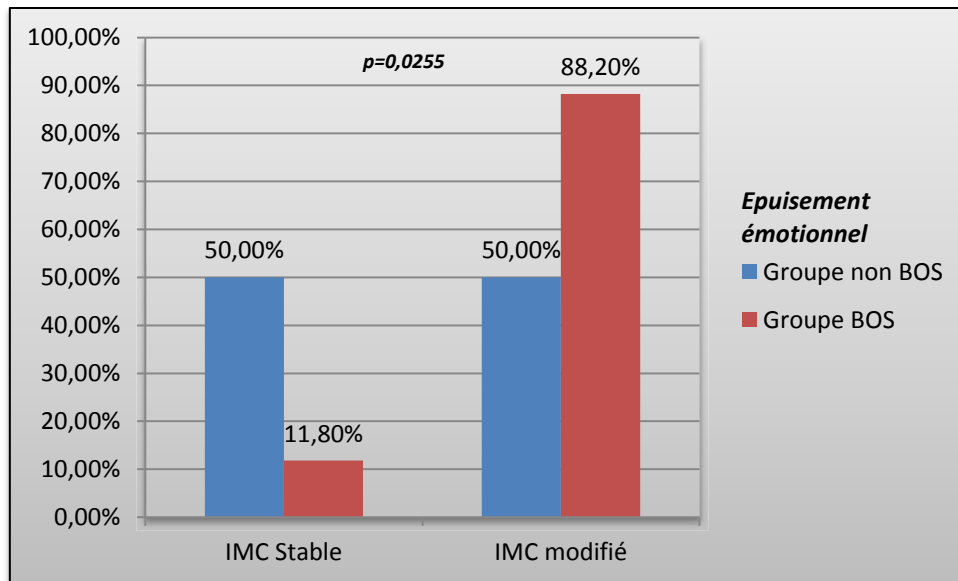


Figure 20. Comparaison des groupes BOS et non BOS de la composante « *Epuisement émotionnel* » sur le fait de garder un IMC Stable ou sa modification (augmenté ou diminué), depuis la prise de poste.

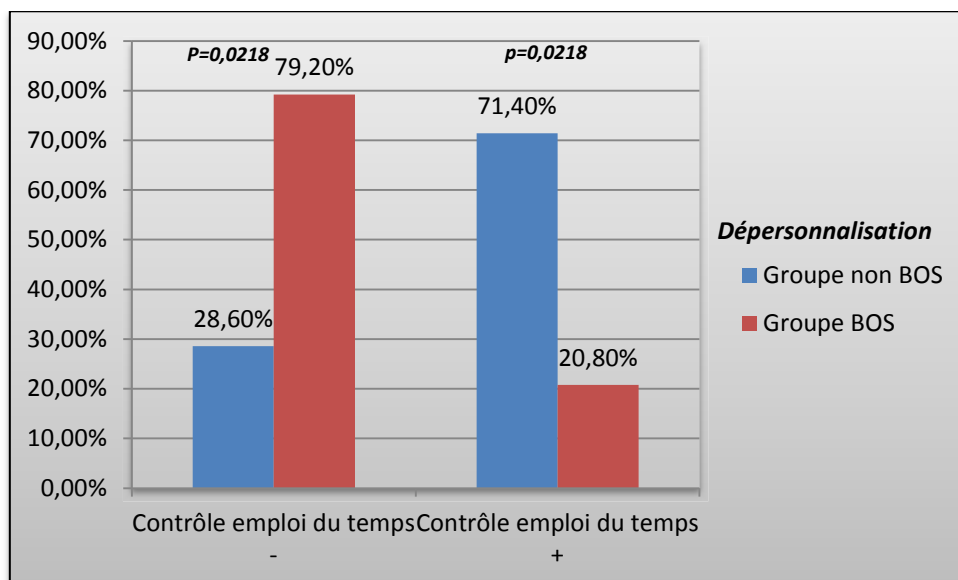


Figure 21. Comparaison des groupes BOS et non BOS de la composante « *Dépersonnalisation* » sur l'impression d'avoir (+) ou non (-) le contrôle sur l'emploi du temps de travail.

Partie 2 : Relations entre burn out, dépression, usure de compassion et stress

2.10 Burn out et dépression

Un lien significatif statistiquement est retrouvé entre la *dépression* et le *burn out* dans ses deux composantes *Epuisement émotionnel* (EE) et *Accomplissement personnel* (AP). La majorité (75%) des urgentistes du groupe sans BOS pour la composante EE ne souffre pas d'une dépression ($p=0,0445$) ainsi que ceux de la composante AP (71,4%) ($p=0,0318$). Mais paradoxalement, la totalité des urgentistes en *burn out* (EE et AP) ne souffrent pas de dépression (Tableau 12).

Tableau 12

Relations entre burn out et ses 3 composantes avec le stress, la dépression et l'usure de compassion

	Epuisement émotionnel			Dépersonnalisation			Accomplissement perso.		
	Sans BOS	Avec BOS	<i>p</i> *	Sans BOS	Avec BOS	<i>p</i> *	Sans BOS	Avec BOS	<i>p</i> *
	%	%		%	%		%	%	
Nombre	16	17		7	24		14	17	
%	48,5%	51,5%		22,6%	77,4%		45,2%	54,8%	
BDI-13									
<i>Dépression</i>									
Pas dépression	75	100	0,0445	85,7	87,5	ns	71,4	100	0,0318
Légère à sévère	25	0		14,3	12,5		28,6	0	
Test d'usure de compassion									
<i>Usure de compassion</i>									
Très faible à Moyenne	56,3	47,1	ns	57,1	45,8	ns	71,4	35,3	0,0732
Elevée à Très élevée	43,7	52,9		42,9	54,2		28,6	64,7	
<i>Epuisement professionnel</i>									
Très faible à Moyen	100	100	nc	100	100	nc	100	100	nc
Elevé à Très élevé	0	0		0	0		0	0	
KARASEK									
<i>Latitude décisionnelle</i>									
Forte (>70)	56,3	41,2	ns	57,1	45,8	ns	64,3	41,2	ns
Faible (≤ 70) ¹	43,7	58,8		42,9	54,2		35,7	58,8	
<i>Demande psychologique</i>									
Faible (≤ 21)	6,3	0	ns	14,3	0	ns	7,1	0	ns
Forte (>21) ²	93,7	100		85,7	100		92,9	100	
<i>Soutien social</i>									
Fort (≥24)	37,5	11,8	ns	28,6	20,8	ns	21,4	29,4	ns
Faible (< 24) ³	62,5	88,2		71,4	79,2		78,6	70,6	
<i>Job strain⁽¹⁺²⁾</i>									
Non	56,2	41,2	ns	57,1	45,8	ns	64,3	41,2	ns
Oui	43,8	58,8		42,9	54,2		35,7	58,8	
<i>Iso strain⁽¹⁺²⁺³⁾</i>									
Non	75	41,2	0,0799	71,4	54,2	ns	78,6	47,1	ns
Oui	25	58,8		28,6	45,8		21,4	52,9	

**p*-value, Fisher's exact test, significatif si *p*<0,05*ns* : différence non significative au seuil 5%*nc* : non calculable

2.11 Burn out et usure de compassion

Le Test d'usure de compassion (Tuc) permet d'étudier : l'usure de compassion et l'épuisement professionnel.

- Usure de compassion : Cette étude ne montre pas de lien statistique entre l'usure de compassion et le *burn out* dans ses 2 composantes *EE* et *DP*, contre une tendance (*p*=**0,0732**) pour l'*AP*. Pour les urgentistes en *burn out* pour la composante *AP*, on retrouve une majorité avec un niveau d'usure de compassion *élevé à très élevé* (64,7%) (*p*=**0,0732**) (Tableau 12).

-Epuisement professionnel : Le lien n'a pas pu être calculé puisque la totalité des interrogés présentaient un niveau *très faible* à *moyen*, selon le Tuc (Tableau 12).

2.12 Burn out et stress

• Questionnaire de Karasek

L'analyse séparée de chacune des trois composantes de ce questionnaire (*Latitude décisionnelle, demande psychologique et soutien social*) ne montre pas de lien statistiquement significatif avec le *burn out* (Tableau 12).

De plus, le **Job strain** (=faible latitude décisionnelle et forte demande psychologique) ne montre pas de lien avec le *burn out*.

Par contre, l'**Iso strain** (=Job strain + faible soutien social) montre une légère tendance à un lien avec le *burn out* ($p=0,0799$) uniquement pour la composante Epuisement émotionnelle : plus de la moitié des urgentistes en *burn out* (58,8%) sont en Iso strain, contre uniquement le quart de ceux qui n'en souffrent pas (Tableau 12).

• Questionnaire de Siegrist

Le *burn out* dans sa composante *EE* est statistiquement lié aux *Efforts fournis* : nous retrouvons un score d'efforts significativement supérieur chez les urgentistes en *burn out* (22,2 ($\pm 4,5$) contre 18,1 ($\pm 4,5$)) ($p=0,0177$) (Tableau 13).

Par contre, le score des *Récompenses* (score élevé=*Récompenses perçues comme faibles*) est significativement supérieure dans le groupe *Avec Burn out*, pour la composante *Dépersonnalisation* ((23,1 ($\pm 7,8$) contre 16,7 ($\pm 8,0$)) ($p=0,023$) (Tableau 13). Ce qui signifie que les urgentistes en *burn out* trouvent que les récompenses reçues sont faibles.

Le *ratio* (*Efforts/récompenses*) est significativement inférieur chez les urgentistes en *burn out* (1,8 ($\pm 0,5$)) par rapport à ceux qui n'en souffrent pas (2,1 ($\pm 1,1$)) ($p=0,0031$), pour la composante *Dépersonnalisation* (Tableau 13).

Aucun lien statistiquement significatif n'a été trouvé dans cette étude, entre le surinvestissement au travail et le *burn out*.

Tableau 13

Relation entre le burn out et les différentes composantes du questionnaire de Siegrist (Efforts fournis, récompenses perçues et le surinvestissement), ainsi que le ratio (efforts/récompenses).

	Moyenne du score ($\pm$ SD)								
	Epuisement émotionnel			Dépersonnalisation			Accomplissement perso.		
	Sans BOS	Avec BOS	p^*	Sans BOS	Avec BOS	p^*	Sans BOS	Avec BOS	p^*
	Moy ($\pm$ SD)	Moy ($\pm$ SD)		Moy ($\pm$ SD)	Moy ($\pm$ SD)		Moy ($\pm$ SD)	Moy ($\pm$ SD)	
Efforts¹	18,1 ($\pm 4,5$)	22,2 ($\pm 4,5$)	0,0177	17 ($\pm 5,0$)	21 ($\pm 4,8$)	0,0828	19,4 ($\pm 5,6$)	20,9 ($\pm 4,6$)	ns
Récompenses²	18,5 ($\pm 6,0$)	23,8 ($\pm 9,3$)	0,0897	16,7 ($\pm 8,0$)	23,1 ($\pm 7,8$)	0,023	20 ($\pm 7,6$)	22 ($\pm 9,0$)	ns
Ratio^(1 sur 2)	1,9 ($\pm 0,7$)	1,9 ($\pm 0,7$)	ns	2,1 ($\pm 1,1$)	1,8 ($\pm 0,5$)	0,0031	2 ($\pm 0,8$)	1,9 ($\pm 0,7$)	ns
Surinvestiss.	14,9 ($\pm 3,2$)	16,4 ($\pm 3,3$)	ns	12,1 ($\pm 3,0$)	16,8 ($\pm 2,3$)	ns	15,1 ($\pm 3,3$)	15,9 ($\pm 3,3$)	ns

* p -value, Wilcoxon test, significatif si $p < 0,05$

ns : différence non significative au seuil 5%

VI- Discussion

1. Les limites de l'étude

L'échantillon de l'enquête et le questionnaire

Il s'agit ici d'une étude observationnelle réalisée à l'échelle du CHRU de Nancy. Le choix de limiter cette étude dans un premier temps aux seuls personnels soignants (médecins) de cet hôpital était dans le but d'étudier les risques psychosociaux au sein d'une population homogène soumise aux mêmes conditions de travail, ce qui n'aurait pas été le cas si on avait étendu cette enquête à d'autres établissements.

Concernant l'enquête chez les urgentistes, le taux de *burn out* observé semble proche de ceux observés dans d'autres études chez les médecins urgentiste, que l'échelle de mesure utilisée ait été le *Maslach Burnout Inventory* (MBI) comme la majorité des études citées plus haut, ou une autre échelle (comme le *Copenhagen Burnout Inventory* dans l'étude SESMAT [42-45]).

Cette enquête a exclu les internes de médecine qui sont en stage au service des urgences, car d'un côté la période recueil des données était réalisée au moment de changement de stage (avril-mai 2015), et d'un autre côté leur durée de présence est jugée insuffisamment longue pour déterminer des facteurs ayant un impact sur l'apparition du *burn out*.

De plus, cette étude ne peut inclure les médecins qui, suite à un épuisement professionnel, ont récemment quitté leur profession ou le service.

Enfin, le nombre de participants dans cette enquête était faible (31 médecins et 38 IDE et AS) pour avoir une puissance statistique suffisante. L'analyse multivariée n'a pas pu apporter des conclusions significatives. Ce qui nécessite la réalisation d'une telle enquête à un niveau régional ou même national.

La période de recueil des données

Les urgentistes ont répondu au questionnaire entre le 15 avril 2015 et 22 mai 2015. Cette période ne correspond pas aux mois où le taux de passage au sein des services d'urgences est le plus élevé [3]. Mais malgré cela, le taux de *burn out* obtenu était de 60,6% parmi les urgentistes, ce qui fait craindre des taux encore plus élevés si l'étude était réalisée pendant la période où le taux de passage est maximal (c'est-à-dire entre octobre et février) et 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, le *burn out* ne semble pas être amélioré par les congés [58].

Le questionnaire de l'étude

Le questionnaire était formé de 185 questions avec la nécessité de 30 minutes en moyenne pour y répondre. Ce nombre élevé de questions peut favoriser des réponses aux derniers items modifiées et/ou influencées par les premières questions. Mais cela n'a pas été signalé par les répondants. Une réduction du nombre de questions peut être nécessaire pour diffuser le questionnaire au niveau régional ou national.

L'échelle de mesure du burn out

La grande majorité des études sur *burn out* des soignants se base sur le questionnaire de Maslach (MBI) ce qui a motivé notre choix afin de comparer nos résultats à ces études.

En plus, le MBI distingue les trois composantes classiquement décrites (épuisement émotionnel, dépersonnalisation et accomplissement personnel), ce qui offre une étude plus détaillée du phénomène.

Le fait de considérer qu'un score élevé dans une des 3 dimensions suffit au diagnostic positif de *burn out* tend à augmenter « artificiellement » la prévalence d'après certains auteurs [36]. Mais pour diminuer ce risque, nous avons étudié également la prévalence par nombre de dimensions élevées : Parmi les 33 urgentistes, 14 (42,42%) ont un score élevé dans une des composantes du *burn out*, 4 (12,12%) ont un score élevé dans deux composantes et 2 personnes (6,06%) dans les trois composantes du *burn out*. Cependant, le dépistage du *burn out* 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 la souffrance au travail reste un sujet tabou.

L'analyse statistique

L'analyse statistique multivariée chez les urgentistes n'a pas été concluante car l'effectif de l'échantillon était faible.

2. Prévalence du burn out évaluée par le MBI

Cette enquête constitue l'une des premières études sur la prévalence du *burn out* (BOS) selon les 3 dimensions classiques chez les urgentistes français (selon le MBI).

• Prévalence du BOS chez les urgentistes.

Avec un taux de *burn out* de 60,6%, cette enquête révèle une prévalence de *burn out* élevée chez les médecins urgentistes du CHRU de Nancy. Cependant, ce taux concorde avec celui observé dans d'autres études :

Shanafelt observait un taux de *burn out* de 65% chez les urgentistes américains en 2012 (contre 27,8% chez les non médecins), et ils avaient 3,18 fois plus de risque que le reste des médecins [61]. L'étude SESMAT retrouvait une prévalence de *burn out* à 51,5% chez les urgentistes en 2011 [45]. Cydulka observait un taux de *burn out* de 31% chez les urgentistes américains en 2004 [62]. Il faut noter d'ailleurs que la charge du travail posté aux Etats-Unis est nettement plus faible qu'en Europe, dans de nombreux établissements (par exemple : 32h de travail de soins par semaine).

En comparant les médecins urgentistes à d'autres spécialités, nous notons que Doppia retrouvait une prévalence de 42% chez les anesthésistes réanimateurs français en 2011 [42]. L'étude de Mion rapportait quant à elle un taux de BOS de 62,3% chez les anesthésistes-réanimateurs français en 2009 [41]. Shanafelt rapportait aux Etats-Unis, une prévalence de 55% pour la gériatrie (General internal medicine), 50% pour la neurologie, et 45% pour la médecine générale [61]. Pour Roumiguié, 24% des urologues français en formation en 2011 sont considérés comme ayant un syndrome d'épuisement professionnel sévère [40].

Nous signalons que la Médecine Générale n'est pas épargnée : une étude réalisée en 2004 par Cathébras chez les généralistes français retrouve 5% de ces derniers avec des niveaux élevés simultanément au trois composantes du *burn out* [38]. Un niveau d'épuisement émotionnel élevé chez 26% d'entre eux, 34% ont un niveau élevé de dépersonnalisation et 19% avaient un mauvais accomplissement personnel [38]. Notons que des prévalences voisines dans chacune des trois dimensions du *burn out* ont été retrouvées dans notre étude.

Selon Truchot, 43,2 % des généralistes français ont un épuisement émotionnel élevé, 33 % ont un score élevé de dépersonnalisation et 30% ont un faible accomplissement personnel [63].

Au niveau européen en 2003, d'après l'enquête PRESST-NEXT, le pourcentage de soignants avec un niveau élevé de *burn out* était de 46% en France, 41,2% en Slovaquie, 32,6% en Grande-Bretagne, 31,9% en Pologne, 29,1 en Allemagne, 28,9% en Belgique, 26,9% en Italie, 20,3 en Finlande, 8,4% en Norvège et seulement 4,5% aux Pays-Bas [64].

Ces différents résultats nous permettent de conclure que le niveau de *burn out* est vraiment très élevé dans la population étudiée, et mérite une étude détaillée ainsi que la mise en place de mesures correctrices.

- **Prévalence du BOS chez les IDE et AS du SAU-SAMU-SMUR**

De même, la prévalence du *burn out* chez les IDE et AS semble proche que celle chez les urgentistes (60,6% contre 56,75%). Les taux élevés de *burn out* dans ses 3 composantes étaient de 5,41% pour l'*Epuisement Emotionnelle (EE)*, 43,24% pour la *Dépersonnalisation (DP)* et 29,73% pour l'*Accomplissement Personnel (AP)*. Ces résultats concordent avec ceux des études internationales :

Adriaenssens a trouvé en 2014, grâce à la revue de la littérature internationale sur les 25 dernières années (17 études), chez les IDE urgentistes, des taux élevés de *burn out* dans sa composante *EE* variant de 9% à 67%, 13% à 59% pour la composante *DP* et de 16% à 42% pour l'*AP* [65].

Escriba-Agüir et Perez-Hoyos ont constaté en 2007 que 19% des IDE urgentistes en Espagne ont un niveau élevé de *burn out* dans sa composante *EE*, 33,9% pour la *DP* et 46,5% pour l'*AP* [66].

Par contre, d'autres auteurs ont trouvé des taux plus élevés : Stathopoulou trouvait en 2011 que 41,8% des IDE urgentistes en Grèce ont un niveau élevé de *burn out* dans sa composante *EE*, 50,7% pour la *DP* et 49,3% pour l'*AP* [67]. De même, Adali observait en 2002 des taux à 45,1%, 49%, 41,2% respectivement [68].

La population paramédicale n'est pas épargnée par cette problématique, et les solutions envisagées se doivent de prendre en compte l'ensemble de l'équipe.

3. Les facteurs liés au burn out

Cette enquête est la première en France faisant le lien entre le *burn out* et le risque d'endormissement des urgentistes au volant à la sortie d'une garde. De même, elle évoque les conflits familiaux liés au travail. Et surtout, elle montre un taux plus élevé de *burn out* chez les urgentistes qui n'ont pas l'impression de contrôler leur emploi de temps. Le ressenti du soutien social et hiérarchique, ainsi que la satisfaction au travail ont été étudiés.

i. Facteurs épidémiologiques et socioprofessionnels

- **Sexe :**

Notre étude ne trouve pas de lien statistiquement significatif entre le sexe et le *burn out*.

Cependant, Estryng-Behar a trouvé en 2008 (SESMAT), que le niveau de *burn out* est significativement plus élevé chez les femmes (65,5%) que chez les hommes (43,2%) [45].

De même, les études d'Embriaco et de Doppia, réalisées chez des anesthésistes réanimateurs et des urgentistes, allaient également dans ce sens (OR respectifs de 1,58 et 2,02) [42,70].

A l'inverse, les résultats des études de Mion [41] chez les anesthésistes-réanimateurs et urgentistes français, de Popa [71,72] chez des urgentistes en Roumanie et de Keeton [73] aux Etats-Unis suggéraient que le sexe ne faisait pas partie des facteurs de risque.

- **Âge, ancienneté et expérience professionnelle :**

L'âge et l'expérience professionnelle ne sont pas liés au *burn out* dans notre étude. Là aussi, les données sont discordantes. Si plusieurs études ne montrent pas l'implication de l'âge [41,72,71,74], l'étude de SESMAT révélait un taux de *burn out* plus important chez les jeunes médecins [45].

De même les études internationales sont discordantes quant à l'implication de l'expérience professionnelle dans le *burn out* [41,72,71,74]. Dyrbye a évoqué en 2011, chez les urgentistes américains, un taux plus élevé de *burn out* dans sa composante *Dépersonnalisation*, chez les jeunes médecins en début de carrière. Par contre, les plus expérimentés avaient un niveau plus élevé d'*épuisement émotionnel*. La prévalence du *burn out* était de 50,5% en début de carrière (<10 ans), contre 53,9% entre 11 et 20 ans et 40,4% en fin de carrière (>20 ans). Donc, le milieu de carrière est une étape cruciale caractérisée pour un effort de travail et par un taux de *burn out* très élevés [69].

Il semble difficile d'interpréter les résultats quant au rôle de l'expérience professionnelle, car les causes du *burn out* sont probablement différentes en début et en fin de carrière. Il faut noter que l'ancienneté n'est pas forcément synonyme d'expérience et/ou d'exposition aux situations à risque, compte tenu du fait que les postes sont différents et que la répartition des tâches n'est pas strictement uniforme.

ii. Organisation du travail et gestion de l'emploi du temps

- **Contrôle de l'emploi du temps :**

Notre étude montre un lien statistiquement significatif entre le *burn out* des urgentistes dans sa composante *Dépersonnalisation*, et leur impression de ne pas contrôler leur emploi de temps ($p=0,0218$). Ces résultats sont concordants avec ceux évoqués dans d'autres études [73] [75]. Nous avons observé que les urgentistes en *burn out* n'ont pas l'impression d'avoir le contrôle sur leur emploi de temps. D'où l'importance de faire participer les médecins dans l'élaboration du planning. D'ailleurs il existe actuellement une revendication forte des médecins afin de modifier et/ou participer à l'élaboration des plannings en vue d'un changement d'organisation (par exemple : sanctuarisation du poste le plus pénible, calcul d'un niveau de pénibilité lissé sur le mois et non plus sur l'année...) et d'une répartition plus homogène des charges de travail liées à la prise en charge des patients.

- **Temps de travail et gardes :**

Le temps de travail, le nombre de gardes par mois et le nombre de weekend travaillés ne sont pas significativement liés au *burn out* dans cette étude. Une fois encore, les données de la littérature sont discordantes. Les études menées par Goldberg [76] et Embriaco [70]

montraient un taux de *burn out* en lien avec l'augmentation du temps de travail et du nombre de garde par mois.

Cependant, notons que ces études ne tenaient pas compte de la fréquence des gardes de weekend.

D'ailleurs, l'enquête SESMAT (2011) révélait que ces facteurs n'influaient pas sur la survenue du *burn out* dans la cohorte de médecins urgentistes [45]. Ce qui est concordant avec les résultats trouvés dans notre enquête.

- **Risque d'endormissement au volant et activités après une garde :**

- La présente étude montre d'une manière statistiquement significative, un risque plus élevé d'endormissement au volant après la sortie de garde, chez les urgentistes en *burn out* ($p=0,0015$). Plusieurs études confirment que les personnels sortant de garde sont exposés à un risque accru d'accidents de la circulation [79,80]. Barger a démontré que les horaires de travail de longue durée, accompagnés de privation de sommeil, s'accompagnent de plus du doublement des accidents de voitures chez les médecins (OR=2,3) et de 5 fois plus de risque d'accidents évités de justesse (OR=5,9) [81]. De plus, le risque de s'endormir au volant lors des arrêts de circulation est significativement augmenté (OR = 3,7) [81].

Devant cette réalité, il sera peut être préférable d'utiliser les transports en commun à la sortie d'une garde pour éviter ce risque. Mais cette pratique est loin d'être la plus répandue.

- Notre étude évoque l'importance du temps de repos après une garde. Les urgentistes qui passent plus de temps en famille ont moins de *burn out* que ceux qui sont sédentaire (tv, lecture, musique, jeux vidéos...) ($p=0,0353$). Il est donc important que les médecins partagent leurs temps de repos en famille. Il semblerait que le temps passé en famille soit relativement protecteur.

- **Temps de trajet quotidien :**

Notre étude ne trouve pas de lien statistiquement significatif entre la durée quotidienne du trajet pour se rendre au lieu de travail et le *burn out*. Cependant, 75% des urgentistes sans *burn out* ont moins de 30 minutes de trajet par jour. Et une majorité des urgentistes en *burn out* pour la composante *Epuisement émotionnel* (58,8%) ont plus de 30 minutes par jour. L'indice de significativité était à 0,0799. Il faudra une étude à puissance supérieure à la nôtre pour pouvoir affirmer un lien statistique.

L'enquête SESMAT n'a pu démontrer un lien statistiquement significatif entre la durée moyenne du trajet et le *burn out* [45].

- **Variation des activités au travail :**

- Nous avons observé à travers cette étude que les urgentistes ayant le plus faible niveau de *burn out* ont un temps de travail partagé entre le CHRU de Nancy et un autre hôpital (56,3% contre 17,6%, $p=0,0324$). Ce facteur n'a pas été abordé jusqu'à présent dans la littérature internationale.

- Cette étude ne démontre pas un lien statistiquement significatif entre les RMM ou réunions d'équipe, et le *burn out*. L'organisation territoriale en perspective (rapport Graal et circulaire

2015) pourrait être une piste réglementaire favorisant cette diversité d'exercice qui apparaît comme source de limitation du *burn out* dans notre équipe

Par contre, différentes études évoquent un lien entre le manque de formation continue et la prévalence du *burn out* [77,78]. L'étude SESMAT montrait également le caractère protecteur des revues de dossiers dans un service vis-à-vis du *burn out* (OR respectivement de 3,14 chez les urgentistes en général, et de 6,23 chez les hommes urgentistes). Ces réunions entre soignants, consistant à « débriefier » 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. 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. Une refonte des staffs de service, de l'organisation des relèves de garde incluant la revue de dossier et les retours d'expérience est d'ailleurs en cours dans notre équipe (adossées aux revues de bibliographie).

- Nous n'avons pas retrouvé des liens significatifs entre le *burn out* et les différents déterminants suivants : temps d'activité clinique et non clinique par semaine, nombre de congés par an, nombre de jour de formation par an, participation à la recherche clinique et à des enseignements. De même, l'enquête SESMAT ne montrait pas de lien entre la participation à des activités non cliniques, telle que l'enseignement, et le *burn out* [45]. Par contre, Lloyd évoquait l'importance des activités non cliniques pour la satisfaction au travail et pour le bien être émotionnel [11]. Donc l'utilité de ces activités non cliniques pour diminuer le risque de *burn out* reste controversée.

- **Conflit entre le travail et la vie de famille :**

Notre étude montre d'une manière significative, que les urgentistes souffrant de *burn out* perçoivent leur travail comme contraignant pour leur vie familiale ($p=0,0255$ pour l'épuisement émotionnel, et $0,0218$ pour la dépersonnalisation).

Ce lien a été également retrouvé dans de nombreuses études, notamment dans l'enquête SESMAT qui révélait un lien entre le *burn out* et un score élevé de conflits travail/famille [45]. Cependant il est difficile d'établir une relation de cause à effet. Mais néanmoins, l'ensemble de nos collègues est unanime pour affirmer que l'impact négatif de leur activité professionnelle sur la vie familiale est un élément majeur de leur insatisfaction.

iii. Etat de santé et loisirs des urgentistes

- **Tabac et alcool :**

- Aucun lien significatif n'a été démontré entre la consommation d'alcool et le *burn out*. Cependant, Cathébras évoque un lien entre la consommation excessive d'alcool et la composante *Epuisement émotionnel* du *burn out* [38]. Mais dans notre étude, aucune consommation excessive d'alcool n'a été signalé par les urgentistes, d'où la difficulté d'avoir une interprétation concluante.

- Pour le tabagisme, nous avons trouvé un lien statistiquement significatif avec la composante *Epuisement émotionnel* ($p=0,0391$) : plus de tabagisme chez les urgentistes sans *burn out*. Cet aspect pourrait être expliqué par un effet anti-stress émotionnel supposé du tabagisme, mais

sans effet sur la satisfaction et l'accomplissement personnel. Par contre, Doppia trouvait que les anesthésistes-réanimateurs fumeurs étaient plus à risque de *burn out* que les non fumeurs [42].

Cependant, le nombre de fumeurs était très faible dans notre étude (seulement 7 urgentistes sur 33) pour pouvoir conclure.

- **IMC, activités sportives et loisirs :**

- Nous avons constaté que la modification de l'Index de Masse Corporelle (IMC) depuis la prise de poste du CHRU de Nancy, est significative chez les urgentistes en *burn out* ($p=0,0255$). Cela peut être expliqué par la nature du travail des urgentistes qui ne trouvent pas assez de temps, ni l'accès, à une alimentation équilibrée et variée. D'où la nécessité de l'organisation et de l'entente entre les équipes, pour se relayer afin d'avoir des pauses et le temps nécessaire pour manger. Il est fort probable que la prise de poids constatée, au-delà des modifications physiologiques liées à l'âge soit en partie due à un mécanisme de compensation (anxiété).

- Aucun lien statistique n'a été retrouvé entre la pratique de sports et le *burn out*. Cependant, le nombre de loisirs et l'exercice d'activités sportives semblaient diminuer le risque de *burn out*, dans de nombreuses études [42].

iv. Satisfaction au travail et avenir des urgentistes

Comme dans la majorité des études, nous avons trouvé que les urgentistes, et malgré leur niveau très élevé de *burn out*, et malgré le fait qu'ils pensent à un aménagement de leur travail à terme, ils sont en majorité (84,85%) satisfaits de leur métier. Et même, si c'était à refaire 81,82% choisiraient de nouveau le même travail. Cela montre le niveau important de motivation de l'équipe pour leur travail et pour la réussite de leur mission de médecins.

Cette satisfaction au travail est retrouvée également dans de nombreuses études, malgré le niveau important de *burn out* [62;69;82]. Cydulka évoquait en 2004, chez les urgentistes américains, un taux de satisfaction élevée à 65,2%. Et près de 77% des urgentistes américains choisiraient de nouveau la Médecine d'Urgences s'ils sont amenés à refaire leur choix professionnel [62].

4. Relations entre burn out, stress, dépression et usure de compassion.

i. Relations entre l'équipe et influence au travail. Efforts, récompenses, reconnaissance et soutien social

Plus que la quantité de travail, ce sont plutôt les conditions de fonctionnement des équipes et les relations entretenues au sein des équipes qui peuvent influencer le niveau du *burn out*.

Notre étude évoque l'importance d'avoir de bonnes relations avec l'équipe paramédicale, car cette bonne entente au sein de l'équipe est importante, à la fois pour le bon fonctionnement du service et pour diminuer les tensions au travail. Les urgentistes qui donnent de l'importance à cette relation sont moins en *burn out* ($p=0,0263$). Cet aspect est retrouvé dans de nombreuses études [42,44].

Pour la majorité des urgentistes de notre étude, la latitude décisionnelle était ressentie comme faible, la demande psychologique comme forte, et soutien social était perçu comme faible. Cependant aucun lien statistiquement significatif avec le *burn out* n'a pu être démontré.

Nous trouvons également que les efforts extrinsèques fournis sont considérés comme élevés [20,2(±4,9)], alors que les récompenses perçus comme faible [21,2(±8,2)]. Tous les urgentistes interrogés considèrent qu'il y a un déséquilibre entre leurs efforts et les récompenses perçus. [*Ratio (efforts/récompenses)* = 1,9(±0,7)]. Ce ratio, calculé à travers le questionnaire de Siegrist, présente un lien statistiquement significatif avec la composante dépersonnalisation du *burn out* ($p=0,0031$). Cependant l'étude européenne PRESS-NEXT [64] trouvait en 2003, un score d'efforts également élevé mais surtout un score de récompenses élevé, avec un ratio à 0,66. 10% des soignants français ont un ratio > 1 (donc déséquilibre), alors que 100% des urgentistes de notre étude ont ce même ratio > 1.

Donc, les urgentistes du CHRU de Nancy ressentent un déséquilibre entre leurs efforts et les récompenses perçues. Une amélioration des récompenses, une reconnaissance du travail fourni, ainsi qu'une adaptation des efforts sont nécessaires pour améliorer ce ratio. De même, un soutien social, à la fois de la part des collègues et des supérieurs et/ou de l'institution semble nécessaire. Egalement, une meilleure participation à la prise de décision au sein du service pourrait améliorer le ressenti des urgentistes.

ii. *Burn out et dépression*

Malgré le niveau élevé de *burn out* retrouvé dans cette étude, la majorité des urgentistes ne présentent pas de dépression selon le BDI-13. Ce constat rend difficile l'interprétation du lien entre la dépression et le *burn out*. Et malgré cela des liens statistiquement significatifs ont été établis avec le *burn out* ($p=0,0445$ pour *EE*, et $p=0,0318$ pour *AP*). Ahola trouvait également chez les urgentistes finlandais, une corrélation entre le *burn out* et la dépression [57]. Près de la moitié des urgentistes finlandais ayant un stade sévère de *burn out*, présente un syndrome dépressif.

Donc, l'éventuel lien entre le *burn out* et la dépression n'a pas pu être établi dans cette étude, puisque l'effectif n'était pas assez important. De plus, le nombre d'urgentistes en réelle dépression était faible.

iii. *Burn out et usure de compassion*

Les résultats du Test d'usure de compassion (Tuc) dans notre étude montrent un faible niveau d'épuisement professionnel et un niveau élevé d'usure de compassion. Ce résultat paraît au premier abord contradictoire avec le niveau élevé de *burn out* observé par le Maslach Burnout Inventory (MBI). Cette contradiction apparente est très intéressante : les urgentistes ayant un niveau de *burn out* élevé, ne se considèrent pas comme cela (ce qui est expliqué entre autres par l'absence de besoin d'arrêt de travail chez la totalité des interrogés). Cette attitude de déni provoque des mécanismes de défense (surinvestissement, influence les relations avec les collègues...) dont les conséquences peuvent retentir sur les prises en charge des patients. Les médecins avec un niveau d'usure de compassion élevé ne sont plus capables d'éprouver suffisamment d'empathie envers la souffrance de leurs patients.

D'où la question de la capacité des médecins qui sont dans le déni et qui souffrent du *burn out* et de l'usure de compassion, à être disponibles pour leurs patients afin d'être en mesure de les soigner efficacement.

5. Evaluation de la pénibilité des postes.

L'étude de la pénibilité du travail (*de 0 : pas pénible, à 5 : très pénible*) a été réalisée selon les postes (Figure 22) et selon les jours de la semaine (Figure 23).

La majorité des urgentistes (84,8%) a considéré que le SAU nuit présente un niveau 5 de pénibilité. Alors que presque la moitié a considéré que le "SMUR hélico jour" présente un niveau 0 (45,4%) et 12 considère qu'il est de même pour le "SMUR hélico nuit".

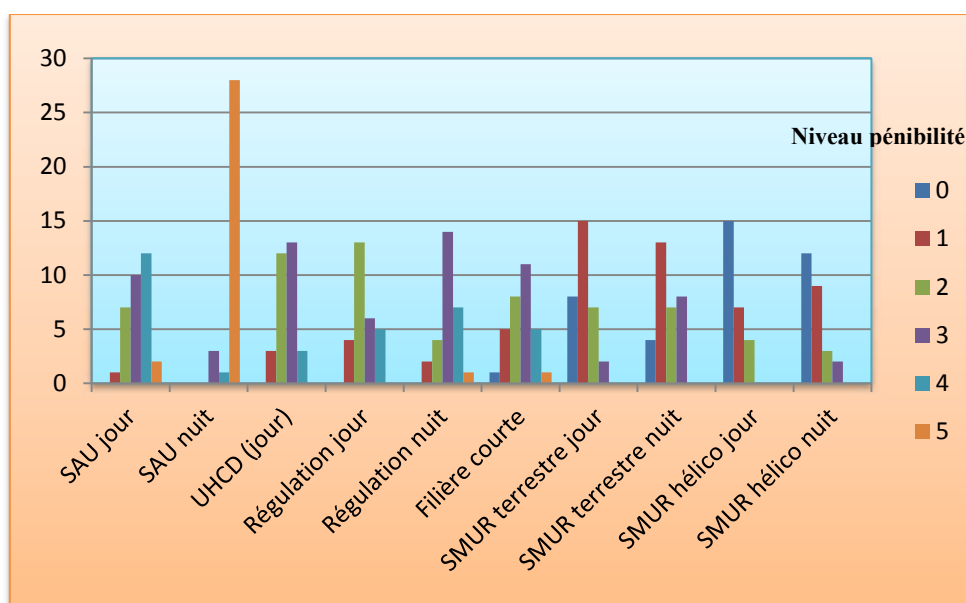


Figure 22. Niveaux de pénibilité des postes estimés par les urgentistes du CHRU de Nancy de 0 (pas pénible) à 5 (très pénible).

Concernant la pénibilité du travail selon les jours de la semaine (Figure 23), on constate que les samedis et les lundis présentent le niveau le plus élevé. 91 % des urgentistes considèrent que le niveau est de 4 ou 5 pour les samedis, 69,7% pour les dimanches et 66,67% pour les lundis.

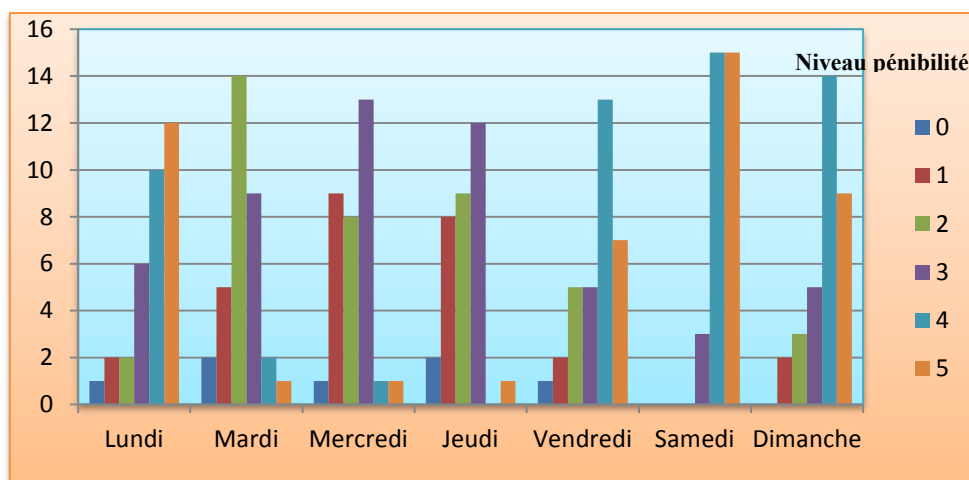


Figure 23. Niveaux de pénibilité des jours de travail estimés par les urgentistes du CHRU de Nancy de 0 (pas pénible) à 5 (très pénible).

6. Propositions des médecins urgentistes.

Les principaux avis et propositions des urgentistes recueillis à travers la question libre du questionnaire de notre enquête, sont les suivants :

- Revoir la distribution des postes et organiser les postes en périodes de travail plus courtes (travailler en 12h au SAU...).
- Favoriser le temps d'échanger avec les collègues (discussions collégiales des dossiers...).
- Amélioration de l'environnement de travail avec la mise en place d'une vraie salle de détente. Mise en place d'un distributeur de café pour le personnel, loin de la salle d'attente des patients.
- Ne pas travailler en sous-effectif.
- Mise en place d'un Médecin Coordinateur et Superviseur du SAU, pour améliorer la capacité à gérer le flux de patients plus rapidement.
- Gérer la disponibilité des lits, afin de faciliter le travail après la prise en charge initiale.
- Pouvoir prendre une vraie pause pour manger (et non pas manger en 5 minutes !).
- Pouvoir dormir au moins 2h pendant une garde au SAU la nuit.
- Diversification des activités et participation aux différents postes.
- Participation à l'élaboration des plannings des médecins.
- Exercer dans différents hôpitaux et varier les modes d'exercices (être à temps partagé entre le CHRU de Nancy et un autre hôpital).
- Améliorer l'orientation initiale des patients en fonction des pathologies.
- Amélioration des relations avec les confrères des différentes spécialités médicales et chirurgicales.
- Meilleure reconnaissance de notre travail d'urgentistes, par nos supérieurs et par les collègues et les autres spécialistes.

- Lissage de la pénibilité du travail sur la semaine et mensuellement.
- Équité sur le planning pour diminuer le rythme de travail excessif et les tensions.
- Se parler dans l'équipe et communiquer sur les attentes de chacun.
- Management et respect des personnes qui travaillent au sein de l'équipe.
- Valorisation de l'activité de chacun.
- Définir des perspectives qui tiennent compte de l'intérêt général.
- Nécessité de la prévention du *burn out* au sein de l'hôpital. Cela passe en premier par la sensibilisation des personnes à ce problème très fréquent.
- Avec l'amélioration des conditions de travail, et surtout avec une bonne gestion du nombre de lits au sein du CHRU, le nombre de passage ne sera plus un problème.

Cependant, une nouvelle organisation du temps de travail sera prévue au sein du service, à partir de Novembre 2015 pour améliorer les conditions de travail des médecins urgentistes. Parmi ces nouvelles mesures, nous citons par exemple : la planification en avance des congés, bien définir le temps de travail les weekends avec notamment 2 weekends libres par mois et par médecin et la sanctuarisation du SAU isolé en semaine pour tous. Il sera également précisé le nombre maximum souhaité de gardes de nuit. Cette organisation sera testée dans les mois prochains. Mais le manque d'effectif reste un problème pour l'organisation adaptée du temps de travail.

VII- Nouvelle perspective pour améliorer les conditions de travail

1) Infirmier coordinateur d'aval et de réseau (ICAR)

L'organisation au Service d'Accueil des Urgences (SAU), en général, souffre d'un manque de visibilité globale de la situation du service ne permettant pas d'articuler correctement toutes les étapes de la prise en charge du parcours patient, pour satisfaire à la fois sa demande et celle des urgentistes en situation de stress permanent.

La Notion d'Infirmier Coordonnateur des Flux n'est pas récente puisqu'elle existe dans de nombreux hôpitaux. Depuis 2003 au CHRU Henri-Mondor à Paris, un interlocuteur permet de centraliser les besoins et de fluidifier le flux des urgences : l'infirmier coordinateur d'aval et de réseau (ICAR).

Quel est le rôle de l'ICAR ?

D'après l'expérience du CHRU Henri-Mondor, l'ICAR exerce plusieurs rôles qui sont avérés très utiles pour améliorer l'organisation du travail au SAU et la prise en charge des patients. Durant le staff matinal, pendant lequel les équipes soignantes de jour et de nuit du service des urgences sont présentes, l'ICAR fait une présentation synthétique du dossier médical aux médecins. Puis il organise l'orientation du patient en fonction de son âge et de son diagnostic, sollicite l'encadrement médical et paramédical nécessaire et gère la logistique. Il transfère dans un service ou appelle pour un transport en ambulance, en commandant les prestations indispensables comme un apport en oxygène et il informe la famille ou la personne de confiance du numéro de chambre du patient, de l'horaire des visites et des particularités éventuelles en cas d'hospitalisation. Il fait également le lien avec le réseau externe (médecin traitant/infirmière libérale pour un éventuel retour à domicile médicalisé, réseau de ville ou hospitalisation à domicile). L'ICAR recherche également les lits d'aval dans les établissements de soins conventionnés [60].

Malgré la présence de l'ICAR, Il manque cependant la compétence médicale pour apporter à cette mission de coordination et de supervision, une plus value certaine au service des Urgences.

La mise en place d'un Médecin Coordonnateur et Superviseur des Urgences (MCSU) nous semble une bonne mesure pour améliorer à la fois la prise en charge des patients, mais aussi les conditions de travail des urgentistes.

2) Médecin coordinateur et superviseur du SAU (MCSU)

Pourquoi ne pas proposer la création d'un poste de médecin coordinateur et superviseur du SAU ?

Nous proposons ci-dessous des idées pour tester la mise en place de cette mesure, dont le but principal est de faciliter l'organisation de la prise en charge des patients dès leur arrivée au SAU. Elle permet également de soulager les médecins en essayant de diminuer les charges du travail administratif, afin qu'ils se concentrent plus sur la prise en charge purement médicale des patients, et qu'ils laissent le travail administratif au MCSU.

Quelles seront selon nous les missions que pourrait avoir le MCSU ?

3) Missions du MCSU

1. Le MCSU aura une vision globale de la situation des urgences :

- Vérifier le nombre de patients au niveau des différentes zones d'accueil et de prise en charge (zone d'attente d'accueil « Couché » et « Valide », en zone « installation », en « SAUV », en zone d'attente évacuation »), ainsi que le nombre de patients annoncé par le SAMU.

2. Le MCSU aura une vision précise du statut des patients dans chaque catégorie :

- En zone d'attente d'accueil « COUCHE » et « VALIDE » : il surveille le nombre de patients pour chaque filière, et ceux en attente d'un transfert vers un autre service.
- En zone « installation » : il surveille le nombre de patients pris en charge par un médecin, ceux dont le transfert vers la zone attente évacuation a été validé par le senior, ainsi que ceux prévus pour l'UHCD.
- En zone de « SAUV » :
 - Les motifs de recours pour chaque patient
 - La prise en charge décidée pour chacun de ces patients
 - La nécessité d'un renfort médical
- En zone d'attente évacuation » : il aura une vision sur le nombre de patients en attente d'examen, de transfert ou de retour à domicile. Il anticipe le nombre de patients qui devront être hospitalisés.
- Le MCSU oriente les patients annoncés par le SAMU (pour l'anticipation), vers les différentes filières de la prise en charge.

3. Le MCSU prend en charge les patients qui ne justifient pas d'entrée dans les salles de soins :

- Il conseille et renvoi vers d'autres intervenants hors SAU.
- Il réalise les soins praticables en salle de « TRI valide ».
- Il rédige les certificats de coup et blessures, les CNH, et répond à des réquisitions.

4. Le MCSU initie le dossier résurgence de certains patients :

- Il renseigne dans le dossier informatisé du patient les informations importantes obtenues par l'interrogatoire de la famille.

5. Le MCSU anticipe les contacts avec les spécialités :

- Le patient est ciblé au départ pour une spécialité. Le MCSU rappelle le spécialiste qui aurait été alerté pour avoir une idée du motif du refus d'une admission directe et du délai d'hospitalisation du patient.
- Le patient n'est pas ciblé au départ mais il est connu d'un service (patient chronique bien suivi). Le MCSU rappelle le spécialiste pour avoir une idée du délai d'hospitalisation du patient.

- Le patient est transféré d'un autre centre hospitalier où le bilan a été fait. Le MCSU appelle des spécialistes pour envisager des entrées directes soit en consultation soit en hospitalisation.
6. Le MCSU communique avec les familles ou référents ou personnes de confiance :
- Il rappelle si nécessaire le parcours du patient et les délais approximatifs de prise en charge.
 - Il se met à la disposition des familles pour avoir de renseignements.
 - Il fait le lien entre les familles et les médecins pour les renseignements médicaux et les délais.
 - Il veille à ce que les familles soient invitées à voir leur proche en « attente évacuation ».
7. Le MCSU peut initier des traitements :
- Il vérifie que le traitement anticipé soit mis en place pour toutes les douleurs.
 - Il optimisera ce traitement s'il est insuffisant.
8. Le MCSU optimisera la dynamique des flux :
- **En zone « Installation » :**
 - Il vérifiera que dans les boxes inoccupés de la zone installation les patients soient rapidement installés.
 - Il vérifiera que les patients, dont l'alerte de passage en « attente évacuation » a été mentionnée sur l'écran plasma, soient en cours de transfert.
 - **En zone « Attente évacuation » :**
 - Il vérifiera que les patients les plus instables aient bien leurs paramètres vitaux renseignés.
 - Il vérifiera l'absence de détresse vitale qui serait passée inaperçue.
 - Il sera à l'écoute des familles et des patients pour toute demande ou renseignements.
 - Il vérifiera que les patients en attente UHCD puissent monter sans délais si la chambre est disponible.
 - **En zone « Filière courte » :**
 - Il vérifiera que tous les boxes de la « Filière courte » sont bien occupés.
 - Il vérifiera la bonne rotation des patients.
 - **En zone « UHCD » :** Il apportera un soutien médical si nécessaire.

VIII- Conclusion

Cette étude confirme l'existence d'un risque élevé de *burn out* chez les urgentistes, les infirmières et les aides-soignantes exerçant au SAU-SMUR-UHCD. Même décrit et déjà connue chez d'autres professionnels, ce phénomène surprend par son importance et son impact sur la santé des soignants et la prise en charge des patients. Il mérite au moins qu'on ose en parler pour briser le silence sur ce sujet tabou chez les médecins. Cela permettra de proposer des solutions efficaces et surtout des actions de prévention. A noter, que les données recueillies auprès des infirmières et des aides-soignantes feront l'objet d'une autre étude par la suite.

Les urgentistes en *burn out* souffrent d'usure de compassion envers leurs patients, ce qui peut altérer au long terme la qualité des soins. Et Ils retrouvent également l'impact de ce phénomène sur leur vie personnelle, avec des contraintes et des conflits entre leur travail et leur vie familial.

Un lien entre le *burn out* et le risque d'endormissement au volant après une sortie de garde a été démontré dans cette étude, d'où l'importance de la prévention.

Plusieurs actions peuvent être menée afin d'améliorer les conditions de travail des urgentistes, ce qui permet de garantir une prise en charge optimale des patients.

En premier lieu, l'organisation du temps de travail et la participation de tous les médecins à l'élaboration du planning. La majorité des urgentistes en *burn out* (79,2%) n'ont pas l'impression de pouvoir contrôler leur emploi de temps ($p < 0,05$). Une meilleure implication de ces derniers pourrait leur être bénéfique.

En deuxième lieu, le mode d'exercice pourrait être une piste pour améliorer les conditions de travail. Nous avons remarqué que les urgentistes qui travaillaient à temps partagé entre le CHRU et un autre hôpital sont ceux qui sont le moins en *burn out*. Faut-il encore que les lieux d'exercices ne soient pas trop éloignés.

De plus, il est essentiel de favoriser la cohésion et la communication au sein des équipes, car les urgentistes qui considèrent cela comme important pour leur satisfaction au travail, ne sont pas en *burn out*.

Et sur le plan personnel, il est essentiel de faire partager le temps de repos avec la famille. Cette étude a observé un niveau significativement inférieur de *burn out* chez les urgentistes qui passent du temps en famille, contre ceux qui préfèrent des activités sédentaires (tv, lecture, musique...).

Malgré toutes les contraintes et les difficultés, la majorité des urgentistes (84,85%) reste satisfaite de leur travail d'urgentistes au sein du CHRU de Nancy. Et même, si c'était à refaire, une majorité absolue (81,82%) choisirait le même métier. Cela ne peut-il pas être considéré comme une "vocation" ?

La prévention semble être la meilleure solution pour lutter contre ce phénomène très important et qui impacte la santé mentale et physique des urgentistes. Dans ce cadre là, le rôle du médecin de travail est central. C'est à lui que doit s'adresser le soignant en souffrance. C'est à lui d'identifier, au sein du service, les dysfonctionnements qui peuvent altérer la santé

mentale du personnel. Le médecin de travail pourra élaborer alors des stratégies collectives pour faire face à ces désordres. Dans ce cadre-là, une psychologue pourrait être également à l'écoute du personnel soignant, avec le respect du secret médical. Elle pourra les aider et les orienter vers une prise en charge plus adaptée si nécessaire.

La prévention du *burn out* des soignants doit être un objectif de santé publique, puisque son impact sur la prise en charge de la population n'est pas à négliger. De plus, l'Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS) estimait en 2007 le coût du stress au travail (dépenses de soins, coûts liés à l'absentéisme, aux cessations d'activités et aux décès prématurés) entre 2 et 3 milliards d'euros par an [46]. D'où l'impact économique que peut avoir une bonne stratégie de prévention. Le *burn out* étant lié à l'accumulation de stress et de tension sur le lieu de travail, les pouvoirs publics doivent également être alertés par la prévalence élevée du *burn out* au sein des services d'urgences.

Devant ce constat, il est inutile de continuer à ignorer la souffrance des médecins, en disant qu'ils ont l'habitude. Il faut prendre des mesures afin que ces médecins dévoués pour leur travail et leurs patients, gardent la motivation pour pouvoir contribuer à l'amélioration de la santé de l'ensemble des français.

La souffrance au travail du personnel soignant en général, et des médecins en particulier, est un sujet d'actualité très important à la fois pour leurs santé physique et mentale ainsi que pour leur vie familiale. De plus, l'épanouissement des médecins est important pour le système de santé français et pour l'ensemble de la population. Donc, le *burn out* est un sujet qui ne doit pas être occulté.

Enfin, rappelons-nous que nous exerçons selon Hippocrate, l'art le plus noble :

« *Omnium artium medicina nobilissima est* »

IX- Bibliographie.

1. Wallace JE, Lemaire JB, Ghali WA. Physician wellness: a missing quality indicator. *Lancet* 2009; 37:1714–21.
2. Yven YM. Prévalence et facteurs de risque du burnout (ou syndrome d'épuisement professionnel) chez les médecins urgentistes en région Midi-Pyrénées [Thèse pour le Diplôme d'Etat de docteur en Médecine, spécialité de Médecine Générale]. Toulouse : Université Toulouse III- Paul Sabatier Faculté de Médecine; 2013.
3. Observatoire régional des urgences de Lorraine. (page consultée le 16/02/2015). Rapport annuel 2011, [en ligne].
http://www.sante-lorraine.fr/portail/gallery_files/site/347/355/388.pdf
4. Rucay P, Bonneau I. Le projet ESPRIH : évaluation et étude des risques psychosociaux à l'hôpital. *Arch des Mal Prof l'Environnement*. 2012 Dec; 73(6):877–84.
5. HAS. (page consultée le 09/03/2015). Renseigner le compte qualité sur la thématique « Qualité de vie au travail », [en ligne].
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-07/20140703_fiche_qvt_cq.pdf
6. Rapport DARES/DRESS. (page consultée le 09/03/2015). Indicateurs provisoires de facteurs de risques psychosociaux, [en ligne].
<http://www.travailler-mieux.gouv.fr/Depistage-Grilles-d-evaluation.html>
7. Karasek R.A. Job demands, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*. 1979; 24:285-308.
8. Siegrist J, Starke D, Chandola T, Godin I, Marmot M, Niedhammer I. The measurement of effort-reward imbalance at work: European comparisons. *Social Science and Medicine*. 2004; 58(8):1483-1499.
9. Niedhammer I, Chastang JF, Gendrey L, David S, Degioanni S. Propriétés psychométriques de la version française des échelles de la demande psychologique, de la latitude décisionnelle et du soutien social du « Job Content Questionnaire » de Karasek : résultats de l'enquête nationale SUMER. *Santé Publique*. 2006; 3:413-427.
10. Niedhammer I, Siegrist J, Landre MF, Goldberg M, Leclerc A. Etude des qualités psychométriques de la version française du modèle Déséquilibre Efforts/Récompenses. *Rev. Epidem. Et Santé Publ*. 2000; 48:419-437.
11. Lloyd S, Streiner D, Shannon S. Burnout, depression, life and job satisfaction among Canadian emergency physicians. *J Emerg Med*. 1994 Jul; 12(4):559–65.
12. Freudenberger, H.J. Staff burnout. *Journal of Social Issues*. 1975; 30(1):159-165.
13. Maslach C. Burned-out. *Hum. Behav*. 1976; 5:16–22.
14. Freudenberger, H.J., Richelson, G. (1980). *Burnout: The cost of high achievement*. Garden City, New York: Doubleday.

15. Leopold Y. Les chiffres du suicide chez les médecins. Rapport au Conseil National de l'Ordre des Médecins, 2003.
16. L'Express. (page consultée le 20/01/2015). Des députés demandent la reconnaissance du burn-out comme maladie professionnelle, [en ligne].
http://www.lexpress.fr/emploi/gestion-carriere/des-deputes-demandent-la-reconnaissance-du-burn-out-comme-maladie-professionnelle_1630089.html
17. Le Point. (page consultée le 20/01/2015). Le burn-out bientôt reconnu comme maladie professionnelle? [en ligne].
http://www.lepoint.fr/sante/le-burn-out-bientot-reconnu-comme-maladie-professionnelle-08-12-2014-1887873_40.php
18. Webster's third new international dictionary, G and C Merian Co, Springfield, MA (1966), p. 300.
19. Freudenberger HJ. The staff burnout syndrome in alternative institutions. *Psychother.TheoryRes. Pract.* 1975; 12:72–83.
20. Maslach C. Burned-out. *Hum. Behav.* 1976; 5:16–22.
21. Freudenberger HJ, Richelson G. Burnout: The cost of high achievement. Garden City, New York 1980: Doubleday.
22. Cherniss C. Preventing burnout: From theory to practice. In :Jones WD editor. *The burnout syndrome: Current research, theory, interventions.* London: House Press; 1981. p.172-176.
23. Maslach C Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *J. Occup. Behav.* 1981; 2: 99–113.
24. Maslach C, Jackson S. *The Maslach Burnout Inventory*, second ed. 1986. Consulting Psychologists Press, Palo Alto, CA.
25. Maslach C, Jackson S, Leiter M. *Maslach Burnout Inventory Manual*, third ed. 1996. Consulting Psychologists Press, Palo Alto, CA.
26. Kaschka WP, Korczak D, Broich K. Burnout: a fashionable diagnosis. *DtschArztebl Int.* 2011; 108(46):781–7.
27. Daloz L, Bénony H. Le sujet en état d'épuisement professionnel. *Arch des Mal Prof l'Environnement.* 2007 Apr; 68(2):126–35.
28. Barbier D. Le syndrome d'épuisement professionnel du soignant. *Presse Med.* 2004 Mar; 33(6):394–9.
29. Walsh M, Dolan B, Lewis A. Burnout and stress among A&E nurses. *Emerg. Nurs.* 1998; 6:23–30.
30. McCrae R, Costa P. Validation of the five factor model of personality across instruments and observers. *J. Person. Soc. Psychol.* 1987; 52 :81–90.

31. Adriaenssens J, De Gucht V, Maes S. Determinants and prevalence of burnout in emergency nurses: a systematic review of 25 years of research. *Int J Nurs Stud*. 2014 Nov; 52(2):649–61.
32. Lourel M, Gueguen N, Mouda F. L'évaluation du burnout de Pines: adaptation et validation en version française de l'instrument Burnout Measure Short version (BMS-10). *Prat Psychol*. 2007 Sep; 13(3):353–64.
33. Schaufeli WB, Van Dierendonck D. The construct validity of two burnout measures. *Journal of Organizational Behavior*. 1993; 14:631–647.
34. Malach-Pines A. The Burnout Measure Short version (BMS). *International journal of Stress Management*. 2005; 12(1):78–88.
35. Bria M, Baban A, Dumitrascu DL. Systematic Review of burnout risk factors among European healthcare professionals. *CognBrain, Behav An Interdiscip J*. 2012; 16(3):423–52.
36. Lourel M, Gueguen N. A meta-analysis of job burnout using the MBI scale. *Encephale*. 2007 Dec; 33(6):947–53.
37. Veyssier-Belot C. Le syndrome d'épuisement professionnel chez les médecins. *Rev Med Interne*. 2015 Avr; 36(4) :233–236.
38. Cathébras P, Begon A, Laporte S, Bois C, Truchot D. Épuisement professionnel chez les médecins généralistes. *Presse Med*. 2004 Dec; 33(22):1569–74.
39. Truchot D. Le burn out des médecins généralistes de Poitou-Charentes. Poitou-Charentes: URML Poitou-Charentes; 2003.
40. Roumigué M, Gamé X, Bernhard J-C, Bigot P, Koutlidis N, Xylinas E, et al. Les urologues en formation ont-ils un syndrome d'épuisement professionnel ? Évaluation par le Maslach Burn-out Inventory (MBI). *Prog Urol*. 2011 Oct; 21(9):636–41.
41. 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 Fr AnesthReanim*. 2013 Mar; 32(3):175–88.
42. Doppia M-A, Estryn-Béhar M, Fry C, Guetarni K, Lieutaud T. Burnout in French doctors: a comparative study among anaesthesiologists and other specialists in French hospitals (SESMAT study). *Ann Fr AnesthReanim*. 2011 Nov; 30(11):782–94.
43. Estryn-Béhar M, le Nezet O, Bonnet N, Gardeur P. Comportements de santé du personnel soignant. *Presse Med*. 2006 Oct; 35(10):1435–46.
44. Estryn-Béhar M, Ben-Brik E, Le Nézet O, Affre A, Arbieu P, Bedel M, et al. La situation des soignants des établissements publics et privés en France en 2002. *Arch des Mal Prof l'Environnement*. 2004 Sep; 65(5):413–37.
45. Estryn-Béhar M, Doppia M, 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*. 2011 May; 28(5):397–410.

46. Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation Professionnelle et du Dialogue Social. (page consultée le 03/02/15). Etudes et chiffres-clés [en ligne]. <http://www.travailler-mieux.gouv.fr/Etudes-et-Chiffres-cles.html>
47. SPF Sécurité Sociale. (page consultée le 03/02/15). Les dépenses sociales en Belgique Chiffres-clés 2012, [en ligne]. <http://www.socialsecurity.fgov.be/docs/>
48. Shanafelt TD, Balch CM, Bechamps G. Burnout and medical errors among American surgeons. *Ann Surg.* 2010; 251:995–1000.
49. Claxton RP, Catalan J, Burgess AP. Psychological distress and burnout among buddies: demographic, situational and motivational factors. *AIDS Care.* 1998; 10(2) :175–190.
50. Ameli. (page consultée le 20/03/2015). Les maladies professionnelles [en ligne]. <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/exercer-au-quotidien/formalites/les-maladies-professionnelles/les-maladies-professionnelles.php>
51. Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail. (page consultée le 09/03/15). Le stress-définition et synonyme, [en ligne]. <https://osha.europa.eu/fr/topics/stress/>
52. Truchot D. Epuisement professionnel et burn out. Concepts, modèles, interventions. Paris : Dunod ; 2004. p.265.
53. Pezet-Langevin V. Le burnout, conséquence possible du stress au travail. In: Neboit N, Vezina M, editors. *Stress au travail et santé psychique. Collection travail et activités humaines* Toulouse : Octarès Editions; 2002. p. 99–109.
54. Figley, CR. Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: An overview. In: Figley, CR., editor. *Compassion Fatigue: Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in Those Who Treat the Traumatized*. New York: Brunner-Routledge; 1995. p. 1-20.
55. Nicolson N, Van Diesta R. Salivary cortisol patterns in vital exhaustion. *Journal of Psychosomatic Research.* 2000 Nov; 49(5):335–342.
56. Marchand A, Juster R, Durand P, Lupien S. Burn out sub-components and cortisol profiles: What's burning most ?. *Psychoneuroendocrinology.* 2014; 40:27–36.
57. 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.* 2005 Sep; 88(1):55–62.
58. Brenninkmeyer V, Van Yperen NW, Buunk BP. Burnout and depression are not identical twins: is decline of superiority a distinguishing feature? *PersIndivid Dif.* 2001 Apr; 30(5):873–80.
59. Cottraux J. *Thérapie cognitive et émotions : la troisième vague*. Elsevier Masson ; 2007
60. Constan E, Ledorze L, Chartrain C, Brunet E, Vin X. Un nouveau métier aux urgences: I.C.A.R. (infirmière coordinatrice de l'aval et du réseau). *JEUR* 2004; 17: 1S142 (résumé)

61. 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* 2012; 172:1377–85.
62. Cydulka RK, Korte R. Career satisfaction in emergency medicine: the ABEM Longitudinal Study of Emergency Physicians. *Ann Emerg Med*. 2008 Jun; 51(6):714–22.
63. Truchot D. Le burn-out des médecins généralistes: influence de l'iniquité perçue et de l'orientation communautaire. *Ann Médico-psychologiques, RevPsychiatr*. 2009 Aug; 167(6):422–8.
64. Estryn-Behar M, Van der Heijden B, Guétarni K, Fry G. Pertinence des indicateurs de risques psychosociaux à l'hôpital pour la prévention du burnout. *Arch des Mal Prof l'Environnement*. 2010 Sep; 71(4):619–37.
65. Adriaenssens J, De Gucht V, Maes S. Determinants and prevalence of burnout in emergency nurses: a systematic review of 25 years of research. *Int J Nurs Stud*. 2014 Nov; 52(2):649–61.
66. Escriba-Agüir V, Perez-Hoyos S. Psychological well-being and psychosocial work environment characteristics among emergency medical and nursing staff. *Stress Health*. 2007 Aug; 23(3): 153–160.
67. Stathopoulou H, Karanikola M, Panagiotopoulou F, Papathanassoglou, E. Anxiety levels and related symptoms in emergency nursing personnel in Greece. *J. Emerg. Nurs*. 2011 Jul; 37(4): 314–320.
68. Adali E, Priami M. Burnout among nurses in intensive care units, internal medicine wards and emergency departments in Greek hospitals. *ICUs Nurs. Web J*. 2002; 11:1–19.
69. Dyrbye LN, Varkey P, Boone SL, Satele D V, Sloan JA, Shanafelt TD. Physician satisfaction and burnout at different career stages. *Mayo Clin Proc*. 2013 Dec; 88(12):1358–67.
70. Embriaco N, Azoulay E, Barrau K, Kentish N, Pochard F, Loundou A, et al. High level of burnout in intensivists: prevalence and associated factors. *Am J Respir Crit Care Med*. 2007 Avr; 175(7):686-692.
71. 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*. 2010 Dec; 3(4):449-453.
72. Popa F, Raed A, Purcarea VL, Lală A, Bobirnac G. Occupational burnout levels in emergency medicine--a nationwide study and analysis. *J Med Life*. 2010 Sept; 3(3):207-215.
73. Keeton K, Fenner DE, Johnson TRB, Hayward RA. Predictors of physician career satisfaction, work-life balance, and burnout. *Obstet Gynecol*. 2007 Avr; 109(4):949-955.
74. Kuhn G, Goldberg R, Compton S. Tolerance for uncertainty, burnout, and satisfaction with the career of emergency medicine. *Ann Emerg Med*. 2009 Jul; 54(1):106-113.

75. 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.
76. 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.
77. 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.
78. Estryn-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(1):83-100.
79. Steele MT, Ma OJ, Watson WA, Thomas Jr. HA, Muelleman RL. The occupational risk of motor vehicle collisions for emergency medicine residents. *Acad Emerg Med* 1999; 6:1050-3.
80. Dixon JM, Doyle PW. Are anaesthetic trainees a high-risk group for road accidents? *Anaesthesia* 1999; 54:1232-3.
81. Barger LK, Cade BE, Ayas NT, Cronin JW, Rosner B, Speizer FE, et al. Extended work shifts and the risk of motor vehicle crashes among interns. *N Engl J Med* 2005; 352:125-34.
82. Chiron B, Michinov E, Olivier-Chiron E, Laffon M, Rusch E. Job satisfaction, life satisfaction and burnout in French anaesthetists. *J Health Psychol.* 2010; 15:948-58.

X- Annexes

Annexe 1 : Le questionnaire de l'étude « Les risques psychosociaux et la pénibilité du travail au service d'accueil des urgences du CHRU de Nancy ».

Version Médecins urgentistes.

Merci de répondre au calme à toutes les questions posées...Pour répondre à la totalité du questionnaire, veuillez prévoir 20 à 30 minutes en moyenne. Une seule réponse est autorisée par question. Les réponses à ce questionnaire sont totalement anonymes et sécurisées.

Pour toute information supplémentaire, veuillez nous contacter :

Dr.Ph.Atain-kouadio (médecin urgentiste, CHU de Nancy): p.atain-kouadio@chu-nancy.fr

Julien Jabbour (Interne en Médecine, CHU de Nancy): julienjabbour@hotmail.fr

Pour commencer, qui êtes-vous?

Sexe :

- ☐ Homme
- ☐ Femme

Votre âge est entre :

- ☐ 25-34 ans
- ☐ 35-44ans
- ☐ 45-54 ans
- ☐ 55-64 ans

Statut marital :

- ☐ célibataire
- ☐ marié(e) ou vie en couple
- ☐ divorcé(e) ou séparé(e)
- ☐ veuf (ve)

Nombre d'enfants :

- ☐ pas d'enfants
- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3 et plus

Avez-vous des enfants en bas âge (moins de 3 ans) ?

- ☐ oui
- ☐ non

Concernant votre travail...

Type de diplôme permettant votre activité de médecine d'urgence :

- ☐ CAMU
- ☐ DESC de médecine d'urgence
- ☐ Autres...

Votre statut actuel (concernant votre activité aux urgences du CHU de Nancy) :

- ☐ Chef de clinique/assistant
- ☐ Praticien hospitalier
- ☐ Praticien contractuel
- ☐ Praticien attaché
- ☐ Autres

Ancienneté dans ce statut aux urgences du CHU de Nancy :

- ☐ moins de 5 ans
- ☐ entre 5 et 10 ans
- ☐ entre 10 et 20 ans
- ☐ plus de 20 ans

Depuis combien d'années exercez-vous le métier de médecin urgentiste ?

- ☐ moins de 5 ans
- ☐ entre 5 et 10 ans
- ☐ entre 10 et 20 ans
- ☐ plus de 20 ans

Temps de travail aux urgences du CHU de Nancy :

- ☐ Temps plein
- ☐ Temps partiel

Exercez-vous dans un autre service des urgences hors CHU de Nancy ?

- ☐ oui
- ☐ non

Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail :

- ☐ Jamais
- ☐ Quelques fois par an
- ☐ Une fois par mois
- ☐ Quelques fois par mois
- ☐ Une fois par semaine
- ☐ Quelques fois par semaine
- ☐ Chaque jour

Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail :

- ☐ Jamais
- ☐ Quelques fois par an
- ☐ Une fois par mois
- ☐ Quelques fois par mois
- ☐ Une fois par semaine
- ☐ Quelques fois par semaine
- ☐ Chaque jour

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

- ☐ Jamais
- ☐ Quelques fois par an
- ☐ Une fois par mois
- ☐ Quelques fois par mois
- ☐ Une fois par semaine
- ☐ Quelques fois par semaine
- ☐ Chaque jour

Je peux comprendre facilement ce que mes patients ressentent :

- ☐ Jamais
- ☐ Quelques fois par an
- ☐ Une fois par mois
- ☐ Quelques fois par mois
- ☐ Une fois par semaine
- ☐ Quelques fois par semaine
- ☐ Chaque jour

Je sens que je m'occupe de certains patients de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets :

- ☐ Jamais
- ☐ Quelques fois par an
- ☐ Une fois par mois
- ☐ Quelques fois par mois
- ☐ Une fois par semaine
- ☐ Quelques fois par semaine
- ☐ Chaque jour

Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort :

- ☐ Jamais
- ☐ Quelques fois par an
- ☐ Une fois par mois
- ☐ Quelques fois par mois
- ☐ Une fois par semaine
- ☐ Quelques fois par semaine
- ☐ Chaque jour

Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes patients :

- ☐ Jamais
- ☐ Quelques fois par an
- ☐ Une fois par mois
- ☐ Quelques fois par mois
- ☐ Une fois par semaine
- ☐ Quelques fois par semaine
- ☐ Chaque jour

Je sens que je craque à cause de mon travail :

- ☐ Jamais
- ☐ Quelques fois par an
- ☐ Une fois par mois
- ☐ Quelques fois par mois
- ☐ Une fois par semaine
- ☐ Quelques fois par semaine
- ☐ Chaque jour

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

- ☐ Jamais
- ☐ Quelques fois par an
- ☐ Une fois par mois
- ☐ Quelques fois par mois
- ☐ Une fois par semaine

- ☐ Quelques fois par semaine
- ☐ Chaque jour

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

- ☐ Jamais
- ☐ Quelques fois par an
- ☐ Une fois par mois
- ☐ Quelques fois par mois
- ☐ Une fois par semaine
- ☐ Quelques fois par semaine
- ☐ Chaque jour

Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement :

- ☐ Jamais
- ☐ Quelques fois par an
- ☐ Une fois par mois
- ☐ Quelques fois par mois
- ☐ Une fois par semaine
- ☐ Quelques fois par semaine
- ☐ Chaque jour

Je me sens plein(e) d'énergie :

- ☐ Jamais
- ☐ Quelques fois par an
- ☐ Une fois par mois
- ☐ Quelques fois par mois
- ☐ Une fois par semaine
- ☐ Quelques fois par semaine
- ☐ Chaque jour

Je me sens frustré(e) par mon travail :

- ☐ Jamais
- ☐ Quelques fois par an
- ☐ Une fois par mois
- ☐ Quelques fois par mois
- ☐ Une fois par semaine
- ☐ Quelques fois par semaine
- ☐ Chaque jour

Je sens que je travaille « trop dur » dans mon travail :

- ☐ Jamais
- ☐ Quelques fois par an
- ☐ Une fois par mois
- ☐ Quelques fois par mois
- ☐ Une fois par semaine
- ☐ Quelques fois par semaine
- ☐ Chaque jour

Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes patients :

- ☐ Jamais
- ☐ Quelques fois par an
- ☐ Une fois par mois

- ☐ Quelques fois par mois
- ☐ Une fois par semaine
- ☐ Quelques fois par semaine
- ☐ Chaque jour

Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop :

- ☐ Jamais
- ☐ Quelques fois par an
- ☐ Une fois par mois
- ☐ Quelques fois par mois
- ☐ Une fois par semaine
- ☐ Quelques fois par semaine
- ☐ Chaque jour

J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes patients :

- ☐ Jamais
- ☐ Quelques fois par an
- ☐ Une fois par mois
- ☐ Quelques fois par mois
- ☐ Une fois par semaine
- ☐ Quelques fois par semaine
- ☐ Chaque jour

Je me sens ragaillardi(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes patients :

- ☐ Jamais
- ☐ Quelques fois par an
- ☐ Une fois par mois
- ☐ Quelques fois par mois
- ☐ Une fois par semaine
- ☐ Quelques fois par semaine
- ☐ Chaque jour

J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail :

- ☐ Jamais
- ☐ Quelques fois par an
- ☐ Une fois par mois
- ☐ Quelques fois par mois
- ☐ Une fois par semaine
- ☐ Quelques fois par semaine
- ☐ Chaque jour

Je me sens au bout du rouleau :

- ☐ Jamais
- ☐ Quelques fois par an
- ☐ Une fois par mois
- ☐ Quelques fois par mois
- ☐ Une fois par semaine
- ☐ Quelques fois par semaine
- ☐ Chaque jour

Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement :

- ☐ Jamais
- ☐ Quelques fois par an
- ☐ Une fois par mois
- ☐ Quelques fois par mois
- ☐ Une fois par semaine
- ☐ Quelques fois par semaine
- ☐ Chaque jour

J'ai l'impression que mes patients me rendent responsable de certains de leurs problèmes :

- ☐ Jamais
- ☐ Quelques fois par an
- ☐ Une fois par mois
- ☐ Quelques fois par mois
- ☐ Une fois par semaine
- ☐ Quelques fois par semaine
- ☐ Chaque jour

Concernant vos gardes aux urgences et votre gestion de vos repos de garde...

En moyenne sur les douze derniers mois: combien avez-vous effectué de gardes de nuit par mois ?

- ☐ (semaine+weekend)
- ☐ moins de 3 gardes
- ☐ entre 3 et 6
- ☐ entre 7 et 9
- ☐ Plus de 9

A l'issue d'une garde, prenez-vous un repos de sécurité ?

- ☐ Toujours
- ☐ Parfois
- ☐ Rarement
- ☐ Jamais

Avez-vous des difficultés d'endormissements ou de sommeil "quand cela est possible " au cours de vos gardes ?

- ☐ Toujours
- ☐ Parfois
- ☐ Rarement
- ☐ Jamais

Le temps normalement prévu au repos de sécurité vous sert avant tout :

- ☐ à vous reposer
- ☐ à réaliser des activités non cliniques pour le service (formation, recherche, enseignements, travail administratif...)
- ☐ autres activités personnelles

Quel est votre moyen de transport, le lendemain d'un garde de nuit ?

- ☐ Je rentre à pieds
- ☐ Je prends ma voiture
- ☐ Deux roues
- ☐ Transports en commun

Vous êtes-vous déjà endormi au volant en sortant de garde ?

- ☐ Fréquemment
- ☐ Occasionnellement
- ☐ Rarement
- ☐ Jamais

Avez-vous eu pendant votre carrière au moins un accident de la circulation en sortant de garde ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Quelle est votre activité préférentielle lors du temps libre après une garde ?

- ☐ Repos, activité sédentaire (TV, lecture, musique, jeux vidéo...)
- ☐ Activité de service hors soins (enseignement, organisation...)
- ☐ Temps en famille
- ☐ Activités sportives
- ☐ Ne sait pas

En moyenne sur les douze derniers mois: combien avez-vous effectué de journées les weekends par mois ?

- ☐ entre 0 et 1
- ☐ entre 2 et 3
- ☐ entre 4 et 5
- ☐ plus de 6

Concernant votre ressenti et votre état d'esprit ces derniers temps...

Vous concernant

- ☐ Je ne me sens pas triste
- ☐ Je me sens cafardeux ou triste
- ☐ Je me sens tout le temps cafardeux ou triste et je n'arrive pas à en sortir
- ☐ Je suis si triste et si malheureux que je ne peux pas le supporter

Vous concernant

- ☐ Je ne suis pas particulièrement découragé ni pessimiste au sujet de l'avenir
- ☐ J'ai un sentiment de découragement au sujet de l'avenir
- ☐ Pour mon avenir, je n'ai aucun motif d'espérer
- ☐ Je sens qu'il n'y a aucun espoir pour mon avenir et que la situation ne peut s'améliorer

Vous concernant

- ☐ Je n'ai aucun sentiment d'échec de ma vie
- ☐ J'ai l'impression que j'ai échoué dans ma vie plus que la plupart des gens
- ☐ Quand je regarde ma vie passée, tout ce que j'y découvre n'est qu'échecs
- ☐ J'ai un sentiment d'échec complet dans toute ma vie personnelle (dans mes relations avec mes parents, mon mari, ma femme, mes enfants)

Vous concernant

- ☐ Je ne me sens pas particulièrement insatisfait
- ☐ Je ne sais pas profiter agréablement des circonstances
- ☐ Je ne tire plus aucune satisfaction de quoi que ce soit
- ☐ Je suis mécontent de tout

Vous concernant

- ☐ Je ne me sens pas coupable
- ☐ Je me sens mauvais ou indigne une bonne partie du temps
- ☐ Je me sens coupable
- ☐ Je me juge très mauvais et j'ai l'impression que je ne vauds rien

Vous concernant

- ☐ Je ne suis pas déçu par moi-même
- ☐ Je suis déçu par moi-même
- ☐ Je me dégoûte moi-même
- ☐ Je me hais

Vous concernant

- ☐ Je ne pense pas à me faire du mal
- ☐ Je pense que la mort me libérerait
- ☐ J'ai des plans précis pour me suicider
- ☐ Si je le pouvais, je me tuerais

Vous concernant

- ☐ Je n'ai pas perdu l'intérêt pour les autres gens
- ☐ Maintenant, je m'intéresse moins aux autres gens qu'autrefois
- ☐ J'ai perdu tout l'intérêt que je portais aux autres gens et j'ai peu de sentiments pour eux
- ☐ J'ai perdu tout intérêt pour les autres et ils m'indiffèrent totalement

Vous concernant

- ☐ Je suis capable de me décider aussi facilement que de coutume
- ☐ J'essaie de ne pas avoir à prendre de décision
- ☐ J'ai de grandes difficultés à prendre des décisions
- ☐ Je ne suis plus capable de prendre la moindre décision

Vous concernant

- ☐ Je n'ai pas le sentiment d'être plus laid qu'avant
- ☐ J'ai peur de paraître vieux ou disgracieux
- ☐ J'ai l'impression qu'il y a un changement permanent dans mon apparence physique qui me fait paraître disgracieux
- ☐ J'ai l'impression d'être laid et repoussant

Vous concernant

- ☐ Je travaille aussi facilement qu'auparavant
- ☐ Il me faut faire un effort supplémentaire pour commencer à faire quelque chose
- ☐ Il faut que je fasse un très grand effort pour faire quoi que ce soit
- ☐ Je suis incapable de faire le moindre travail

Vous concernant

- ☐ Je ne suis pas plus fatigué que d'habitude
- ☐ Je suis fatigué plus facilement que d'habitude
- ☐ Faire quoi que ce soit me fatigue
- ☐ Je suis incapable de faire le moindre travail

Vous concernant

- ☐ Mon appétit est toujours aussi bon
- ☐ Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude
- ☐ Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant
- ☐ Je n'ai plus du tout d'appétit

Lisez chaque énoncé en pensant à votre situation actuelle: votre bien-être et votre relation avec les patients et avec votre entourage...

Je m'efforce d'éviter certaines pensées ou certains sentiments qui me rappellent une expérience effrayante

- ☐ Jamais/Rarement
- ☐ Parfois
- ☐ Indécis
- ☐ Souvent
- ☐ Très souvent

Je constate que j'évite certaines activités ou situations parce qu'elles me rappellent une expérience effrayante

- ☐ Jamais/Rarement
- ☐ Parfois
- ☐ Indécis
- ☐ Souvent
- ☐ Très souvent

J'ai des trous de mémoire aux sujets d'événements effrayants

- ☐ Jamais/Rarement
- ☐ Parfois
- ☐ Indécis
- ☐ Souvent
- ☐ Très souvent

Je me sens étranger aux autres

- ☐ Jamais/Rarement
- ☐ Parfois
- ☐ Indécis
- ☐ Souvent
- ☐ Très souvent

Je m'endors difficilement ou je me réveille durant la nuit

- ☐ Jamais/Rarement
- ☐ Parfois
- ☐ Indécis
- ☐ Souvent
- ☐ Très souvent

Je suis facilement irritable, je me mets en colère pour un rien

- ☐ Jamais/Rarement
- ☐ Parfois
- ☐ Indécis
- ☐ Souvent
- ☐ Très souvent

Un rien me fait sursauter

- ☐ Jamais/Rarement
- ☐ Parfois
- ☐ Indécis
- ☐ Souvent
- ☐ Très souvent

En travaillant avec une victime, il m'est arrivé d'avoir des fantasmes violents envers son agresseur

- ☐ Jamais/Rarement
- ☐ Parfois
- ☐ Indécis
- ☐ Souvent
- ☐ Très souvent

Je suis une personne vulnérable

- ☐ Jamais/Rarement
- ☐ Parfois
- ☐ Indécis
- ☐ Souvent
- ☐ Très souvent

J'ai déjà eu des flash-back à propos de mes patients

- ☐ Jamais/Rarement
- ☐ Parfois
- ☐ Indécis
- ☐ Souvent
- ☐ Très souvent

J'ai moi-même vécu une expérience traumatisante à l'âge adulte

- ☐ Jamais/Rarement
- ☐ Parfois
- ☐ Indécis
- ☐ Souvent
- ☐ Très souvent

J'ai moi-même vécu une expérience traumatisante dans mon enfance

- ☐ Jamais/Rarement
- ☐ Parfois
- ☐ Indécis
- ☐ Souvent
- ☐ Très souvent

J'ai déjà pensé que je devrais régler un traumatisme personnel

- ☐ Jamais/Rarement
- ☐ Parfois
- ☐ Indécis
- ☐ Souvent
- ☐ Très souvent

J'ai déjà pensé qu'il me faudrait plus d'amis intimes

- ☐ Jamais/Rarement
- ☐ Parfois
- ☐ Indécis
- ☐ Souvent
- ☐ Très souvent

Il m'est arrivé de penser que je n'avais personne avec qui parler des choses qui me stressent beaucoup

- ☐ Jamais/Rarement
- ☐ Parfois
- ☐ Indécis
- ☐ Souvent
- ☐ Très souvent

J'en suis venu à la conclusion qu'il n'est pas sain pour moi de travailler autant

- ☐ Jamais/Rarement
- ☐ Parfois
- ☐ Indécis
- ☐ Souvent
- ☐ Très souvent

Je suis effrayé par certains propos ou gestes d'un patient à mon égard

- ☐ Jamais/Rarement
- ☐ Parfois
- ☐ Indécis
- ☐ Souvent
- ☐ Très souvent

Je fais des rêves troublants, semblables à ceux d'un patient

- ☐ Jamais/Rarement
- ☐ Parfois
- ☐ Indécis
- ☐ Souvent
- ☐ Très souvent

Il m'est arrivé d'être dérangé par le souvenir d'entretiens avec des patients particulièrement difficiles

- ☐ Jamais/Rarement
- ☐ Parfois
- ☐ Indécis
- ☐ Souvent
- ☐ Très souvent

Un souvenir effrayant s'est déjà imposé à moi pendant un entretien avec un patient

- ☐ Jamais/Rarement
- ☐ Parfois
- ☐ Indécis
- ☐ Souvent
- ☐ Très souvent

J'ai plus d'un patient pour lequel je me fais du souci

- ☐ Jamais/Rarement
- ☐ Parfois
- ☐ Indécis
- ☐ Souvent
- ☐ Très souvent

Les expériences traumatiques d'un patient m'empêchent de dormir

- ☐ Jamais/Rarement
- ☐ Parfois
- ☐ Indécis
- ☐ Souvent
- ☐ Très souvent

Il m'arrive de penser que je suis "contaminé" par le stress post-traumatique de mes patients

- ☐ Jamais/Rarement
- ☐ Parfois
- ☐ Indécis
- ☐ Souvent
- ☐ Très souvent

Je me répète de moins m'en faire avec le bien-être de mes patients

- ☐ Jamais/Rarement
- ☐ Parfois
- ☐ Indécis
- ☐ Souvent
- ☐ Très souvent

Il m'est arrivé de me sentir "siphonné" par mon travail d'intervenant

- ☐ Jamais/Rarement
- ☐ Parfois
- ☐ Indécis
- ☐ Souvent
- ☐ Très souvent

Avec certains patients, j'ai eu l'impression que c'était sans espoir

- ☐ Jamais/Rarement
- ☐ Parfois
- ☐ Indécis
- ☐ Souvent
- ☐ Très souvent

Il m'est arrivé d'avoir les nerfs à vif dans diverses situations et je pense que c'est à cause de mon travail auprès de certains patients

- ☐ Jamais/Rarement
- ☐ Parfois
- ☐ Indécis
- ☐ Souvent
- ☐ Très souvent

Il m'est arrivé de souhaiter pouvoir éviter de travailler avec certains patients

- ☐ Jamais/Rarement
- ☐ Parfois
- ☐ Indécis
- ☐ Souvent
- ☐ Très souvent

Il m'est arrivé d'être en danger avec certains patients

- ☐ Jamais/Rarement
- ☐ Parfois
- ☐ Indécis
- ☐ Souvent
- ☐ Très souvent

J'ai déjà eu l'impression que mes patients ne m'aimaient pas comme personne

- ☐ Jamais/Rarement
- ☐ Parfois
- ☐ Indécis
- ☐ Souvent
- ☐ Très souvent

Il m'est arrivé de me sentir fragile, fatigué ou exténué à cause de mon travail auprès des patients

- ☐ Jamais/Rarement
- ☐ Parfois
- ☐ Indécis
- ☐ Souvent
- ☐ Très souvent

Il m'est arrivé d'être déprimé à cause de mon travail avec des patients

- ☐ Jamais/Rarement
- ☐ Parfois
- ☐ Indécis
- ☐ Souvent
- ☐ Très souvent

Je ne réussis pas à séparer travail et vie personnelle

- ☐ Jamais/Rarement
- ☐ Parfois
- ☐ Indécis
- ☐ Souvent
- ☐ Très souvent

Je n'ai aucune compassion pour ce que vivent la plupart de mes collègues

- ☐ Jamais/Rarement
- ☐ Parfois
- ☐ Indécis
- ☐ Souvent
- ☐ Très souvent

J'ai l'impression de travailler pour le salaire plus que pour ma satisfaction

- ☐ Jamais/Rarement
- ☐ Parfois
- ☐ Indécis
- ☐ Souvent
- ☐ Très souvent

Je trouve difficile de séparer ma vie personnelle de ma vie professionnelle

- ☐ Jamais/Rarement
- ☐ Parfois
- ☐ Indécis
- ☐ Souvent
- ☐ Très souvent

J'ai l'impression que mon travail est inutile; ça me laisse amer et désillusionné

- ☐ Jamais/Rarement
- ☐ Parfois
- ☐ Indécis
- ☐ Souvent
- ☐ Très souvent

Il m'arrive de penser que j'ai raté ma vie professionnelle

- ☐ Jamais/Rarement
- ☐ Parfois
- ☐ Indécis
- ☐ Souvent
- ☐ Très souvent

Il m'arrive de penser que je ne réussis pas à atteindre mes objectifs de vie

- ☐ Jamais/Rarement
- ☐ Parfois
- ☐ Indécis
- ☐ Souvent
- ☐ Très souvent

Mon travail m'oblige à effectuer des tâches bureaucratiques qui sont sans importance à mes yeux

- ☐ Jamais/Rarement
- ☐ Parfois
- ☐ Indécis
- ☐ Souvent
- ☐ Très souvent

Concernant votre organisation et votre emploi de temps (travail, congés, trajet, formation...) aux urgences...

Durée quotidienne de trajet (cumul aller-retour) pour vous rendre sur votre lieu de travail :

- ☐ moins 30 min
- ☐ entre 30 min et 1h
- ☐ entre 1h et 2h
- ☐ plus de 2h

Votre temps de travail pendant une semaine, en moyenne :

- ☐ moins de 30 h
- ☐ entre 30 et 40 h
- ☐ entre 40 et 60 h
- ☐ plus de 60 h

Combien d'heures d'activité clinique avez-vous pendant une semaine, en moyenne ?

- ☐ moins de 24 h
- ☐ entre 24 et 48h
- ☐ entre 48 et 60h
- ☐ plus de 60h

Combien d'heures avez-vous d'activité non clinique pendant une semaine, en moyenne ?

(Formation continue, enseignement, recherche)

- ☐ moins de 5 h
- ☐ entre 5 et 10 h
- ☐ entre 10 et 20 h
- ☐ plus de 20 h

En moyenne sur les douze derniers mois: nombre de jours de congés CA+RTT :

- ☐ moins de 15 jours
- ☐ entre 15 et 30 jours
- ☐ entre 30 et 40 jours
- ☐ Plus de 40 jours

En moyenne sur les douze derniers mois: nombre de jours de formation :

- ☐ moins de 10 jours
- ☐ entre 10 et 20 jours
- ☐ entre 21 et 30 jours
- ☐ plus de 30 jours

Sur les douze derniers mois: Avez-vous participé à des enseignements ?

(étudiants de Médecine, IFSI, écoles)

- ☐ Oui
- ☐ Non

En moyenne sur les douze derniers mois: Avez-vous participé activement ou effectué un travail de recherche clinique ? (suivi des dossiers, organisation de réunion ...)

- ☐ Oui
- ☐ Non

Que pensez-vous du management de l'emploi du temps au service ?

- ☐ Participatif
- ☐ Dirigé
- ☐ Passif

Des RMM ou des revues structurées de dossiers sont-elles organisées dans votre service ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Des réunions d'équipe sont-elles organisées régulièrement au service ?

- ☐ jamais
- ☐ 1 fois/semaine
- ☐ 1 fois/mois
- ☐ 1 fois/trimestre
- ☐ 1 fois/an

Pensez-vous avoir le contrôle de votre emploi de temps ? (gardes, repos, vacances, travail...)

- ☐ Oui
- ☐ Non

Pensez-vous passer trop de temps au téléphone par jour, aux urgences, pour des raisons professionnelles ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Le nombre de patients prise en charge par jour est-il une contrainte pour vous ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Quel est votre salaire net annuel sur la dernière année ?

- ☐ moins de 40 000 euros
- ☐ entre 40 000 et 60 000 euros
- ☐ entre 60 000 et 80 000 euros
- ☐ plus de 80 000 euros

Votre travail vous semble-t-il contraignant pour votre vie familiale ?

- ☐ Souvent
- ☐ Parfois
- ☐ Rarement
- ☐ Jamais

Avez-vous peur de faire une erreur médicale ?

- ☐ A chaque période de soins
- ☐ Parfois
- ☐ Rarement
- ☐ Jamais

Concernant votre autonomie décisionnelle ...

Mon travail me permet souvent de prendre des décisions moi-même

- ☐ Pas du tout d'accord
- ☐ Pas d'accord
- ☐ D'accord
- ☐ Tout à fait d'accord

Dans ma tâche, j'ai très peu de liberté pour décider comment je fais mon travail

- ☐ Pas du tout d'accord
- ☐ Pas d'accord
- ☐ D'accord
- ☐ Tout à fait d'accord

J'ai la possibilité d'influencer le déroulement de mon travail

- ☐ Pas du tout d'accord
- ☐ Pas d'accord
- ☐ D'accord
- ☐ Tout à fait d'accord

Concernant l'utilisation de vos compétences ...

Dans mon travail, je dois apprendre des choses nouvelles

- ☐ Pas du tout d'accord
- ☐ Pas d'accord
- ☐ D'accord
- ☐ Tout à fait d'accord

Dans mon travail j'effectue des tâches répétitives

- ☐ Pas du tout d'accord
- ☐ Pas d'accord
- ☐ D'accord
- ☐ Tout à fait d'accord

Mon travail me demande d'être créatif

- ☐ Pas du tout d'accord
- ☐ Pas d'accord
- ☐ D'accord
- ☐ Tout à fait d'accord

Mon travail me demande un haut niveau de compétence

- ☐ Pas du tout d'accord
- ☐ Pas d'accord
- ☐ D'accord
- ☐ Tout à fait d'accord

Dans mon travail, j'ai des activités variées

- ☐ Pas du tout d'accord
- ☐ Pas d'accord
- ☐ D'accord
- ☐ Tout à fait d'accord

J'ai l'occasion de développer mes compétences professionnelles

- ☐ Pas du tout d'accord
- ☐ Pas d'accord
- ☐ D'accord
- ☐ Tout à fait d'accord

Concernant la demande psychologique induite par votre travail...

Mon travail me demande de travailler très vite

- ☐ Pas du tout d'accord
- ☐ Pas d'accord
- ☐ D'accord
- ☐ Tout à fait d'accord

Mon travail demande de travailler intensément

- ☐ Pas du tout d'accord
- ☐ Pas d'accord
- ☐ D'accord
- ☐ Tout à fait d'accord

On me demande d'effectuer une quantité de travail excessive

- ☐ Pas du tout d'accord
- ☐ Pas d'accord
- ☐ D'accord
- ☐ Tout à fait d'accord

Je dispose du temps nécessaire pour effectuer correctement mon travail

- ☐ Pas du tout d'accord
- ☐ Pas d'accord
- ☐ D'accord
- ☐ Tout à fait d'accord

Je reçois des ordres contradictoires de la part d'autres personnes

- ☐ Pas du tout d'accord
- ☐ Pas d'accord
- ☐ D'accord
- ☐ Tout à fait d'accord

Mon travail nécessite de longues périodes de concentration intense

- ☐ Pas du tout d'accord
- ☐ Pas d'accord
- ☐ D'accord
- ☐ Tout à fait d'accord

Mes tâches sont souvent interrompues avant d'être achevées, nécessitant de les reprendre plus tard

- ☐ Pas du tout d'accord
- ☐ Pas d'accord
- ☐ D'accord
- ☐ Tout à fait d'accord

Mon travail est « très bousculé »

- ☐ Pas du tout d'accord
- ☐ Pas d'accord
- ☐ D'accord
- ☐ Tout à fait d'accord

Attendre le travail de collègues ralentit souvent mon propre travail

- ☐ Pas du tout d'accord
- ☐ Pas d'accord
- ☐ D'accord
- ☐ Tout à fait d'accord

Concernant le soutien apporté par votre hiérarchie ou par l'administration...

Mon supérieur se sent concerné par le bien-être de ses subordonnés

- ☐ Pas du tout d'accord
- ☐ Pas d'accord
- ☐ D'accord
- ☐ Tout à fait d'accord

Mon supérieur prête attention à ce que je dis

- ☐ Pas du tout d'accord
- ☐ Pas d'accord
- ☐ D'accord
- ☐ Tout à fait d'accord

Mon supérieur m'aide à mener ma tâche à bien

- ☐ Pas du tout d'accord
- ☐ Pas d'accord
- ☐ D'accord
- ☐ Tout à fait d'accord

Mon supérieur réussit facilement à faire collaborer ses subordonnées

- ☐ Pas du tout d'accord
- ☐ Pas d'accord
- ☐ D'accord
- ☐ Tout à fait d'accord

Concernant le soutien apporté par vos collègues...

Les collègues avec qui je travaille sont des gens professionnellement compétents

- ☐ Pas du tout d'accord
- ☐ Pas d'accord
- ☐ D'accord
- ☐ Tout à fait d'accord

Les collègues avec qui je travaille me manifestent de l'intérêt

- ☐ Pas du tout d'accord
- ☐ Pas d'accord
- ☐ D'accord
- ☐ Tout à fait d'accord

Les collègues avec qui je travaille sont amicaux

- ☐ Pas du tout d'accord
- ☐ Pas d'accord
- ☐ D'accord
- ☐ Tout à fait d'accord

Les collègues avec qui je travaille m'aident à mener les tâches à bien

- ☐ Pas du tout d'accord
- ☐ Pas d'accord
- ☐ D'accord
- ☐ Tout à fait d'accord

Concernant l'influence de la relation avec vos confrères et le personnel paramédical...

Vos relations avec vos collaborateurs paramédicaux ont-elle une influence sur votre satisfaction au travail ?

- ☐ Jamais
- ☐ Parfois
- ☐ Souvent
- ☐ Toujours

Vos relations avec vos collègues, médecins du service, ont-elle une influence sur votre satisfaction au travail ?

- ☐ Jamais
- ☐ Parfois
- ☐ Souvent
- ☐ Toujours

Vos relations avec vos collègues des autres services ont-elle une influence sur votre satisfaction au travail ?

- ☐ Jamais
- ☐ Parfois
- ☐ Souvent
- ☐ Toujours

Concernant votre état de santé et vos éventuelles conduites à risque...

Avez-vous déjà ressenti la nécessité d'un arrêt de travail?

- ☐ oui
- ☐ non

Avez-vous déjà eu une ou plusieurs des pathologies suivantes ? (traitées ou non)

- ☐ Anxiété
- ☐ Attaque de panique
- ☐ Dépression
- ☐ Stress post-traumatique
- ☐ Aucune

Fumez-vous?

- ☐ non
- ☐ moins de 5 cigarettes/jour
- ☐ entre 5 et 10 cigarettes/jour
- ☐ plus de 10 cigarettes/jour

Avez-vous déjà pris un ou plusieurs de ces traitements et si OUI en quelle fréquence?

Antidépresseurs, anxiolytiques, somnifères

- ☐ Non
- ☐ Occasionnellement
- ☐ Rarement
- ☐ Souvent
- ☐ En continu

Concernant votre consommation d'alcool

- ☐ je ne bois jamais d'alcool
- ☐ moins d'un verre par jour
- ☐ entre 1 et 2 verres tous les jours
- ☐ plus que 2 verres tous les jours

Avez-vous déjà éprouvé ou ressenti des velléités suicidaires en lien avec votre environnement de travail ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Votre IMC est-il modifié depuis votre prise de fonction aux urgences , samu, smur

- ☐ Augmenté
- ☐ Diminué
- ☐ Stable

Concernant votre manière de travailler et votre travail en général au sein du service des urgences...

Je suis constamment pressé(e) par le temps à cause d'une charge de travail importante

- ☐ Pas d'accord
- ☐ D'accord, je ne suis pas du tout perturbé(e)
- ☐ D'accord, je suis un peu perturbé(e)
- ☐ D'accord, je suis perturbé(e)
- ☐ D'accord, je suis très perturbé(e)

Je suis fréquemment interrompu(e) et dérangé(e) dans mon travail

- ☐ Pas d'accord
- ☐ D'accord, je ne suis pas du tout perturbé(e)
- ☐ D'accord, je suis un peu perturbé(e)
- ☐ D'accord, je suis perturbé(e)
- ☐ D'accord, je suis très perturbé(e)

J'ai beaucoup de responsabilités à mon travail

- ☐ Pas d'accord
- ☐ D'accord, je ne suis pas du tout perturbé(e)
- ☐ D'accord, je suis un peu perturbé(e)
- ☐ D'accord, je suis perturbé(e)
- ☐ D'accord, je suis très perturbé(e)

Je suis souvent contraint(e) de faire des heures supplémentaires

- ☐ Pas d'accord
- ☐ D'accord, je ne suis pas du tout perturbé(e)
- ☐ D'accord, je suis un peu perturbé(e)
- ☐ D'accord, je suis perturbé(e)
- ☐ D'accord, je suis très perturbé(e)

Mon travail exige des efforts physiques

- ☐ Pas d'accord
- ☐ D'accord, je ne suis pas du tout perturbé(e)
- ☐ D'accord, je suis un peu perturbé(e)
- ☐ D'accord, je suis perturbé(e)
- ☐ D'accord, je suis très perturbé(e)

Au cours des dernières années, mon travail est devenu plus exigeant

- ☐ Pas d'accord
- ☐ D'accord, je ne suis pas du tout perturbé(e)
- ☐ D'accord, je suis un peu perturbé(e)
- ☐ D'accord, je suis perturbé(e)
- ☐ D'accord, je suis très perturbé(e)

Je reçois le respect que je mérite de mes supérieurs

- ☐ d'accord
- ☐ pas d'accord, je ne suis pas du tout perturbé(e)
- ☐ pas d'accord, je suis un peu perturbé(e)
- ☐ pas d'accord, je suis perturbé(e)
- ☐ pas d'accord, je suis très perturbé(e)

Je reçois le respect que je mérite de mes collègues

- ☐ d'accord
- ☐ pas d'accord, je ne suis pas du tout perturbé(e)
- ☐ pas d'accord, je suis un peu perturbé(e)
- ☐ pas d'accord, je suis perturbé(e)
- ☐ pas d'accord, je suis très perturbé(e)

Au travail, je bénéficie d'un soutien satisfaisant dans les situations difficiles

- ☐ d'accord
- ☐ pas d'accord, je ne suis pas du tout perturbé(e)
- ☐ pas d'accord, je suis un peu perturbé(e)
- ☐ pas d'accord, je suis perturbé(e)
- ☐ pas d'accord, je suis très perturbé(e)

On me traite injustement à mon travail

- ☐ Pas d'accord
- ☐ D'accord, je ne suis pas du tout perturbé(e)
- ☐ D'accord, je suis un peu perturbé(e)
- ☐ D'accord, je suis perturbé(e)
- ☐ D'accord, je suis très perturbé(e)

Vu tous mes efforts, je reçois le respect et l'estime que je mérite à mon travail

- ☐ d'accord
- ☐ pas d'accord, je ne suis pas du tout perturbé(e)
- ☐ pas d'accord, je suis un peu perturbé(e)
- ☐ pas d'accord, je suis perturbé(e)
- ☐ pas d'accord, je suis très perturbé(e)

Je suis en train de vivre une période où je m'attends à vivre un changement indésirable dans ma situation de travail

- ☐ Pas d'accord
- ☐ D'accord, je ne suis pas du tout perturbé(e)
- ☐ D'accord, je suis un peu perturbé(e)
- ☐ D'accord, je suis perturbé(e)
- ☐ D'accord, je suis très perturbé(e)

Mes perspectives de promotion sont faibles

- ☐ Pas d'accord
- ☐ D'accord, je ne suis pas du tout perturbé(e)
- ☐ D'accord, je suis un peu perturbé(e)
- ☐ D'accord, je suis perturbé(e)
- ☐ D'accord, je suis très perturbé(e)

Ma sécurité d'emploi est menacée

- ☐ Pas d'accord
- ☐ D'accord, je ne suis pas du tout perturbé(e)
- ☐ D'accord, je suis un peu perturbé(e)
- ☐ D'accord, je suis perturbé(e)
- ☐ D'accord, je suis très perturbé(e)

Ma position professionnelle actuelle correspond bien à ma formation

- ☐ d'accord
- ☐ pas d'accord, je ne suis pas du tout perturbé(e)
- ☐ pas d'accord, je suis un peu perturbé(e)
- ☐ pas d'accord, je suis perturbé(e)
- ☐ pas d'accord, je suis très perturbé(e)

Vu tous mes efforts, mes perspectives de promotion sont satisfaisantes

- ☐ d'accord
- ☐ pas d'accord, je ne suis pas du tout perturbé(e)
- ☐ pas d'accord, je suis un peu perturbé(e)
- ☐ pas d'accord, je suis perturbé(e)
- ☐ pas d'accord, je suis très perturbé(e)

Vu tous les efforts, mon salaire est satisfaisant

- ☐ d'accord
- ☐ pas d'accord, je ne suis pas du tout perturbé(e)
- ☐ pas d'accord, je suis un peu perturbé(e)
- ☐ pas d'accord, je suis perturbé(e)
- ☐ pas d'accord, je suis très perturbé(e)

Au travail, il m'arrive fréquemment d'être pressé par le temps

- ☐ Pas du tout d'accord
- ☐ Pas d'accord
- ☐ D'accord
- ☐ Tout à fait d'accord

Je commence à penser à des problèmes au travail dès que je me lève le matin

- ☐ Pas du tout d'accord
- ☐ Pas d'accord
- ☐ D'accord
- ☐ Tout à fait d'accord

Quand je rentre à la maison, j'arrive facilement à me décontracter et à oublier tout ce qui concerne mon travail

- ☐ Pas du tout d'accord
- ☐ Pas d'accord
- ☐ D'accord
- ☐ Tout à fait d'accord

Mes proches disent que je me sacrifie trop pour mon travail

- ☐ Pas du tout d'accord
- ☐ Pas d'accord
- ☐ D'accord
- ☐ Tout à fait d'accord

Le travail me trotte encore dans la tête quand je vais au lit

- ☐ Pas du tout d'accord
- ☐ Pas d'accord
- ☐ D'accord
- ☐ Tout à fait d'accord

Quand je remets à plus tard quelque chose que je devrais faire le jour même, j'ai du mal à dormir le soir

- ☐ Pas du tout d'accord
- ☐ Pas d'accord
- ☐ D'accord
- ☐ Tout à fait d'accord

Concernant vos loisirs et vos croyances...

Combien d'heures par semaine en moyenne vous consacrez pour des activités sportives ou des loisirs ?

- ☐ aucune
- ☐ moins de 2h
- ☐ entre 2 et 5h
- ☐ plus de 5h

Exercez-vous une activité de volontariat?

- ☐ Non
- ☐ enseignement (écoles, grand public)
- ☐ activité culturelle
- ☐ aide et soins (Sapeurs pompiers, humanitaire ...)
- ☐ vie associative autres (du secours catholique au secours populaire, resto du cœur....)

Concernant votre croyance religieuse

- ☐ je suis croyant et pratiquant
- ☐ je suis croyant mais non pratiquant
- ☐ je ne suis pas croyant

Concernant l'avenir, votre carrière professionnelle, votre retour d'expérience...

Avant de commencer, voyiez-vous votre profession telle qu'elle est actuellement ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Pensez-vous exercer la médecine d'urgence pendant toute votre carrière médicale ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Envisagez-vous un aménagement de votre activité d'urgentiste à terme ?

- ☐ non
- ☐ oui, dans moins d'1 an
- ☐ oui, dans 1 à 5 ans
- ☐ oui, dans 6 à 10 ans
- ☐ oui, dans plus de 10 ans
- ☐ je ne sais pas encore

Êtes-vous satisfait par votre travail de médecin urgentiste ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si c'était à refaire choisiriez-vous la même spécialité (médecine d'urgence) ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Concernant les postes de travail et votre avis pour améliorer la situation s'il le faut...

Niveaux de pénibilité estimée des postes: de 0 (pas pénible) à 5 (très pénible)

	0	1	2	3	4	5
SAU Jour	☐	☐	☐	☐	☐	☐
SAU Nuit	☐	☐	☐	☐	☐	☐
UHCD (jour)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Régulation Jour	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Régulation Nuit	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Filière Courte (14h-22h)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
SMUR terrestre Jour	☐	☐	☐	☐	☐	☐
SMUR terrestre Nuit	☐	☐	☐	☐	☐	☐
SMUR hélico Jour	☐	☐	☐	☐	☐	☐
SMUR hélico Nuit	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Doit-on pondérer la pénibilité (donc la répartition du travail) en tenant compte de la nature du jour travaillé

- ☐ Oui
- ☐ Non

Veillez évaluer votre sentiment de pénibilité en fonction des jours de la semaine :
De 0 (pas pénible) à 5 (très pénible)

	0	1	2	3	4	5
Lundi	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Mardi	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Mercredi	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Jeudi	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Vendredi	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Samedi	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Dimanche	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Proposez-vous la pondération du score de pénibilité trimestriel en fonction des weekends et des jours fériés ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Doit-on tenir compte de l'âge pour évaluer la charge de travail/pénibilité ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Trouvez-vous utile la mise en place d'un nouveau poste de Médecin Coordinateur Superviseur du SAU (MCSU) pour alléger la charge de travail des autres médecins postés ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Question libre: Que proposez-vous pour diminuer le niveau de burn out ou pour lutter contre cela au service des urgences?

Que pensez-vous d'une petite semaine aux Caraïbes?



En vous remerciant pour votre coopération et votre patience, j'espère que ce travail pourra aider à améliorer les conditions de travail des médecins.

Annexe 2 : Questionnaire de Karasek

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord	
1 – Dans mon travail, je dois apprendre des choses nouvelles	1	2	3	4	1 ☐
2 – Dans mon travail, j'effectue des tâches répétitives	1	2	3	4	2 ☐
3 – Mon travail me demande d'être créatif	1	2	3	4	3 ☐
4 – Mon travail me permet souvent de prendre des décisions moi-même	1	2	3	4	4 ☐
5 – Mon travail demande un haut niveau de compétence	1	2	3	4	5 ☐
6 – Dans ma tâche, j'ai très peu de liberté pour décider comment je fais mon travail	1	2	3	4	6 ☐
7 – Dans mon travail, j'ai des activités variées	1	2	3	4	7 ☐
8 – J'ai la possibilité d'influencer le déroulement de mon travail	1	2	3	4	8 ☐
9 – J'ai l'occasion de développer mes compétences professionnelles	1	2	3	4	9 ☐
10 – Mon travail demande de travailler très vite	1	2	3	4	10 ☐
11 – Mon travail demande de travailler intensément	1	2	3	4	11 ☐
12 – On me demande d'effectuer une quantité excessive de travail	1	2	3	4	12 ☐
13 – Je dispose du temps nécessaire pour exécuter correctement mon travail	1	2	3	4	13 ☐
14 – Je reçois des ordres contradictoires de la part d'autres personnes	1	2	3	4	14 ☐
15 – Mon travail nécessite de longues périodes de concentration intense	1	2	3	4	15 ☐
16 – Mes tâches sont souvent interrompues avant d'être achevées, nécessitant de les reprendre plus tard	1	2	3	4	16 ☐
17 – Mon travail est très « bousculé »	1	2	3	4	17 ☐
18 – Attendre le travail de collègues ralentit souvent mon propre travail	1	2	3	4	18 ☐
19 – Mon supérieur se sent concerné par le bien être de ses subordonnés	1	2	3	4	19 ☐
20 – Mon supérieur prête attention à ce que je dis	1	2	3	4	20 ☐
21 – Mon supérieur m'aide à mener ma tâche à bien	1	2	3	4	21 ☐
22 – Mon supérieur réussit facilement à faire collaborer ses subordonnés	1	2	3	4	22 ☐
23 – Les collègues avec qui je travaille sont des gens professionnellement compétents	1	2	3	4	23 ☐
24 – Les collègues avec qui je travaille me manifestent de l'intérêt	1	2	3	4	24 ☐
25 – Les collègues avec qui je travaille sont amicaux	1	2	3	4	25 ☐
26 – Les collègues avec qui je travaille m'aident à mener les tâches à bien	1	2	3	4	26 ☐

Annexe 3: Questionnaire de Siegrist

Question 1: Je suis constamment pressé (e) par le temps à cause d'une forte charge de travail

- Pas d'accord
- D'accord et je ne suis pas du tout perturbé (e)
- D'accord et je suis un peu perturbé(e)
- D'accord et je suis perturbé (e)
- D'accord et je suis très perturbé (e)

Question 2 : Je suis fréquemment interrompu(e) et dérangé(e) dans mon travail

- Pas d'accord
- D'accord et je ne suis pas du tout perturbé (e)
- D'accord et je suis un peu perturbé(e)
- D'accord et je suis perturbé (e)
- D'accord et je suis très perturbé (e)

Question 3 : J'ai beaucoup de responsabilités à mon travail

- Pas d'accord
- D'accord et je ne suis pas du tout perturbé (e)
- D'accord et je suis un peu perturbé(e)
- D'accord et je suis perturbé (e)
- D'accord et je suis très perturbé (e)

Question 4 : Je suis souvent contraint(e) à faire des heures supplémentaires

- Pas d'accord
- D'accord et je ne suis pas du tout perturbé (e)
- D'accord et je suis un peu perturbé(e)
- D'accord et je suis perturbé (e)
- D'accord et je suis très perturbé (e)

Question 5 : Mon travail exige des efforts physiques

- Pas d'accord
- D'accord et je ne suis pas du tout perturbé (e)
- D'accord et je suis *un* peu perturbé(e)
- D'accord et je suis perturbé (e)
- D'accord et je suis très perturbé (e)

Question 6 : Au cours des dernières années, mon travail est devenu de plus en plus exigeant

- Pas d'accord
- D'accord et je ne suis pas du tout perturbé (e)
- D'accord et je suis un peu perturbé(e)
- D'accord et je suis perturbé (e)
- D'accord et je suis très perturbé (e)

Question 7 : Je reçois le respect que je mérite de mes supérieurs

- D'accord
- Pas d'accord et je ne suis pas du tout perturbé (e)
- Pas d'accord et je suis un peu perturbé(e)
- Pas d'accord et je suis perturbé (e)
- Pas d'accord et je suis très perturbé (e)

Question 8 : Je reçois le respect que je mérite de mes collègues

- D'accord
- Pas d'accord et je ne suis pas du tout perturbé (e)

- Pas d'accord et je suis un peu perturbé(e)
- Pas d'accord et je suis perturbé (e)
- Pas d'accord et je suis très perturbé (e)

Question 9 : Au travail je bénéficie d'un soutien satisfaisant dans les situations difficiles

- D'accord
- Pas d'accord et je ne suis pas du tout perturbé (e)
- Pas d'accord et je suis un peu perturbé(e)
- Pas d'accord et je suis perturbé (e)
- Pas d'accord et je suis très perturbé (e)

Question 10 : On me traite injustement dans mon travail

- Pas d'accord
- D'accord et je ne suis pas du tout perturbé (e)
- D'accord et je suis un peu perturbé(e)
- D'accord et je suis perturbé (e)
- D'accord et je suis très perturbé (e)

Question 11 : Je suis en train de vivre ou je m'attends à vivre un changement indésirable dans ma situation de travail

- Pas d'accord
- D'accord et je ne suis pas du tout perturbé (e)
- D'accord et je suis un peu perturbé(e)
- D'accord et je suis perturbé (e)
- D'accord et je suis très perturbé (e)

Question 12 : Mes perspectives de promotion sont faibles

- Pas d'accord
- D'accord et je ne suis pas du tout perturbé (e)
- D'accord et je suis un peu perturbé(e)
- D'accord et je suis perturbé (e)
- D'accord et je suis très perturbé (e)

Question 13 : Ma sécurité d'emploi est menacé

- Pas d'accord
- D'accord et je ne suis pas du tout perturbé (e)
- D'accord et je suis un peu perturbé(e)
- D'accord et je suis perturbé (e)
- D'accord et je suis très perturbé (e)

Question 14 : Ma position professionnelle actuelle correspond bien à ma formation

- D'accord
- Pas d'accord et je ne suis pas du tout perturbé (e)
- Pas d'accord et je suis un peu perturbé(e)
- Pas d'accord et je suis perturbé (e)
- Pas d'accord et je suis très perturbé (e)

Question 15 : Vu tous mes efforts, je reçois le respect et l'estime que je mérite à mon travail

- D'accord
- Pas d'accord et je ne suis pas du tout perturbé (e)
- Pas d'accord et je suis un peu perturbé(e)
- Pas d'accord et je suis perturbé (e)
- Pas d'accord et je suis très perturbé (e)

Question 16 : Vu tous mes efforts, mes perspectives de promotion sont satisfaisantes

- D'accord
- Pas d'accord et je ne suis pas du tout perturbé (e)
- Pas d'accord et je suis un peu perturbé(e)
- Pas d'accord et je suis perturbé (e)
- Pas d'accord et je suis très perturbé (e)

Question 17 : Vu tous mes efforts mon salaire est satisfaisant

- D'accord
- Pas d'accord et je ne suis pas du tout perturbé (e)
- Pas d'accord et je suis un peu perturbé(e)
- Pas d'accord et je suis perturbé (e)
- Pas d'accord et je suis très perturbé (e)

Question 18 : Au travail, il m'arrive fréquemment d'être pressé par le temps

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- D'accord
- Tout à fait d'accord

Question 19 : Je commence à penser à des problèmes au travail dès que je me lève le matin

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- D'accord
- Tout à fait d'accord

Question 20 : Quand je rentre à la maison, j'arrive facilement à me décontracter et à oublier tout ce qui concerne mon travail

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- D'accord
- Tout à fait d'accord

Question 21 : Mes proches disent que je me sacrifie trop pour mon travail

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- D'accord
- Tout à fait d'accord

Question 22 : Le travail me trotte encore dans la tête quand je vais au lit

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- D'accord
- Tout à fait d'accord

Question 23 : Quand je remets à plus tard quelque chose que je devrais faire le jour même, j'ai du mal à dormir le soir

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- D'accord
- Tout à fait d'accord

Annexe 4: Echelle de Maslach Burnout Inventory (MBI)

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 ressentent	0	1	2	3	4	5	6
5. Je sens que je m'occupe de certains malades 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	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	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	0	1	2	3	4	5	6
18. Je me sens ragaillardisé(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes malades	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 me rendent responsable de certains de leurs problèmes	0	1	2	3	4	5	6

Annexe 5: Test d'usure de compassion (Tuc)

Lisez chaque énoncé en pensant à votre situation actuelle. Pour chacun, inscrivez à côté du numéro, le chiffre qui correspond le mieux à votre situation.

1	2	3	4	5
Jamais/rarement	Parfois	Indécis	Souvent	Très souvent

- 1._____ Je m'efforce d'éviter certaines pensées ou certains sentiments qui me rappellent une expérience effrayante.
- 2._____ Je constate que j'évite certaines activités ou situations parce qu'elles me rappellent une expérience effrayante.
- 3._____ J'ai des trous de mémoire aux sujets d'événements effrayants.
- 4._____ Je me sens étranger aux autres.
- 5._____ Je m'endors difficilement ou je me réveille durant la nuit.
- 6._____ Je suis facilement irritable, je me mets en colère pour un rien.
- 7._____ Un rien me fait sursauter.
- 8._____ En travaillant avec une victime, il m'est arrivé d'avoir des fantasmes violents envers son agresseur.
- 9._____ Je suis une personne vulnérable.
- 10._____ J'ai déjà eu des flash-back à propos de mes clients.
- 11._____ J'ai moi-même vécu une expérience traumatisante à l'âge adulte.
- 12._____ J'ai moi-même vécu une expérience traumatisante dans mon enfance.
- 13._____ J'ai déjà pensé que je devrais régler un traumatisme personnel.
- 14._____ J'ai déjà pensé qu'il me faudrait plus d'amis intimes.
- 15._____ Il m'est arrivé de penser que je n'avais personne avec qui parler des choses qui me stressent beaucoup.
- 16._____ J'en suis venu à la conclusion qu'il n'est pas sain pour moi de travailler autant.
- 17._____ Je suis effrayé par certains propos ou gestes d'un client à mon égard.
- 18._____ Je fais des rêves troublants, semblables à ceux d'un client.
- 19._____ Il m'est arrivé d'être dérangé par le souvenir d'entretiens avec des clients particulièrement difficiles.
- 20._____ Un souvenir effrayant s'est déjà imposé à moi pendant un entretien avec un client.
- 21._____ J'ai plus d'un client pour lequel je me fais du souci.
- 22._____ Les expériences traumatiques d'un client m'empêchent de dormir.
- 23._____ Il m'arrive de penser que je suis "contaminé" par le stress post-traumatique de mes clients.
- 24._____ Je me répète de moins m'en faire avec le bien-être de mes clients.

25. _____ Il m'est arrivé de me sentir "siphonné" par mon travail d'intervenant.
26. _____ Avec certains clients, j'ai eu l'impression que c'était sans espoir.
27. _____ Il m'est arrivé d'avoir les nerfs à vif dans diverses situations et je pense que c'est à cause de mon travail auprès de certains clients.
28. _____ Il m'est arrivé de souhaiter pouvoir éviter de travailler avec certains clients.
29. _____ Il m'est arrivé d'être en danger avec certains clients.
30. _____ J'ai déjà eu l'impression que mes clients ne m'aimaient pas comme personne.
31. _____ Il m'est arrivé de me sentir fragile, fatigué ou exténué à cause de mon travail auprès de clients.
32. _____ Il m'est arrivé d'être déprimé à cause de mon travail avec des clients.
33. _____ Je ne réussis pas à séparer travail et vie personnelle.
34. _____ Je n'ai aucune compassion pour ce que vivent la plupart de mes collègues.
35. _____ J'ai l'impression de travailler pour le salaire plus que pour ma satisfaction.
36. _____ Je trouve difficile de séparer ma vie personnelle de ma vie professionnelle.
37. _____ J'ai l'impression que mon travail est inutile; ça me laisse amer et désillusionné.
38. _____ Il m'arrive de penser que j'ai raté ma vie professionnelle.
39. _____ Il m'arrive de penser que je ne réussis pas à atteindre mes objectifs de vie.
40. _____ Mon travail m'oblige à effectuer des tâches bureaucratiques qui sont sans importance à mes yeux.

Annexe 6: Echelle de Beck Depression Inventory (BDI-13)

A

- 0 Je ne me sens pas triste
- 1 Je me sens cafardeux ou triste
- 2 Je me sens tout le temps cafardeux ou triste et je n'arrive pas à en sortir
- 3 Je suis si triste et si malheureux que je ne peux pas le supporter

B

- 0 Je ne suis pas particulièrement découragé ni pessimiste au sujet de l'avenir
- 1 J'ai un sentiment de découragement au sujet de l'avenir
- 2 Pour mon avenir, je n'ai aucun motif d'espérer
- 3 Je sens qu'il n'y a aucun espoir pour mon avenir et que la situation ne peut s'améliorer

C

- 0 Je n'ai aucun sentiment d'échec de ma vie
- 1 J'ai l'impression que j'ai échoué dans ma vie plus que la plupart des gens
- 2 Quand je regarde ma vie passée, tout ce que j'y découvre n'est qu'échecs
- 3 J'ai un sentiment d'échec complet dans toute ma vie personnelle (dans mes relations avec mes parents, mon mari, ma femme, mes enfants)

D

- 0 Je ne me sens pas particulièrement insatisfait
- 1 Je ne sais pas profiter agréablement des circonstances
- 2 Je ne tire plus aucune satisfaction de quoi que ce soit
- 3 Je suis mécontent de tout

E

- 0 Je ne me sens pas coupable
- 1 Je me sens mauvais ou indigne une bonne partie du temps
- 2 Je me sens coupable
- 3 Je me juge très mauvais et j'ai l'impression que je ne vauds rien

F

- 0 Je ne suis pas déçu par moi-même
- 1 Je suis déçu par moi-même
- 2 Je me dégoûte moi-même
- 3 Je me hais

G

- 0 Je ne pense pas à me faire du mal
- 1 Je pense que la mort me libérerait
- 2 J'ai des plans précis pour me suicider
- 3 Si je le pouvais, je me tuerais

H

- 0 Je n'ai pas perdu l'intérêt pour les autres gens
- 1 Maintenant, je m'intéresse moins aux autres gens qu'autrefois
- 2 J'ai perdu tout l'intérêt que je portais aux autres gens et j'ai peu de sentiments pour eux
- 3 J'ai perdu tout intérêt pour les autres et ils m'indiffèrent totalement

I

- 0 Je suis capable de me décider aussi facilement que de coutume
- 1 J'essaie de ne pas avoir à prendre de décision
- 2 J'ai de grandes difficultés à prendre des décisions
- 3 Je ne suis plus capable de prendre la moindre décision

J

- 0 Je n'ai pas le sentiment d'être plus laid qu'avant
- 1 J'ai peur de paraître vieux ou disgracieux
- 2 J'ai l'impression qu'il y a un changement permanent dans mon apparence physique qui me fait paraître disgracieux
- 3 J'ai l'impression d'être laid et repoussant

K

- 0 Je travaille aussi facilement qu'auparavant
- 1 Il me faut faire un effort supplémentaire pour commencer à faire quelque chose
- 2 Il faut que je fasse un très grand effort pour faire quoi que ce soit
- 3 Je suis incapable de faire le moindre travail

L

- 0 Je ne suis pas plus fatigué que d'habitude
- 1 Je suis fatigué plus facilement que d'habitude
- 2 Faire quoi que ce soit me fatigue
- 3 Je suis incapable de faire le moindre travail

M

- 0 Mon appétit est toujours aussi bon
- 1 Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude
- 2 Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant
- 3 Je n'ai plus du tout d'appétit

RÉSUMÉ DE LA THÈSE :

Introduction : Les risques psychosociaux liés au travail sont un sujet encore tabou chez les médecins. L'objectif principal de cette étude est d'étudier la prévalence du *burn out* (BOS) chez les urgentistes, les IDE et AS du CHRU de Nancy. L'objectif secondaire est d'étudier les relations entre le *burn out* et les différents déterminants pouvant avoir un impact chez les urgentistes. De plus, nous avons évalué la pénibilité du travail selon les postes et les jours de la semaine, afin de proposer des pistes d'amélioration.

Matériels et méthodes : Un questionnaire anonyme a été diffusé via internet aux médecins, IDE et AS du SAU-SAMU-SMUR du CHRU de Nancy. Le recueil des données était réalisé entre le 22 avril au 15 mai 2015 chez les médecins, et du 7 juillet au 15 septembre 2015 chez les IDE et AS. L'échelle de mesure du BOS utilisée était le *Maslach Burnout Inventory*.

Résultats : 33 urgentistes ont répondu, dont 18 hommes (54,5%) et 15 femmes (45,5%), et 37 IDE et AS. 20 urgentistes étaient en *burn out* (60,6%) contre 21 IDE et AS (56,75%). Le *burn out* était significativement lié à l'impression de ne pas contrôler l'emploi du temps ($p<0,05$), et au risque d'endormissement au volant après une garde ($p<0,05$). Ce phénomène semble contraignant pour la vie familiale de 23 urgentistes (69,7%). Le temps de repos passé en famille, l'exercice partagé dans différents hôpitaux et l'entente avec le personnel paramédical sont des pistes pour diminuer le *burn out*. Le SAU la nuit et le samedi semblent être les postes les plus pénibles. La majorité des urgentistes (84,85%) restent satisfaits de leur travail, malgré les contraintes.

Discussion : Le taux de *burn out* retrouvé semble cohérent avec celui retrouvé dans la littérature. Ce travail constitue l'une des premières études complètes sur les risques psychosociaux chez les urgentistes français. Les analyses multivariées n'ont pas pu être réalisées. Il est nécessaire d'élargir cette enquête au niveau régional puis national.

Conclusion : Devant ce taux important de BOS chez les urgentistes du CHRU de Nancy, il est essentiel de trouver des mesures susceptibles d'améliorer leurs conditions de travail, telles que la mise en place d'un médecin coordinateur et la participation à l'élaboration de l'emploi du temps. La souffrance des médecins au travail est un sujet qui ne peut plus être ignoré.

TITRE EN ANGLAIS:

Psychosocial risks and painfulness of work among emergency physicians. Survey conducted in the emergency department of the University Hospital of Nancy.

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE - ANNÉE 2015

MOTS CLEFS : burn out, risques psychosociaux, pénibilité du travail, prévalence, médecins urgentistes, Nancy

INTITULÉ ET ADRESSE :

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Faculté de Médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex
