

UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTE DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année 2022

THÈSE POUR LE DIPLOME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Syndrome d'épuisement ou *burn-out* :
État de santé de la population active consultant en médecine générale
dans les secteurs arrageois et lensois.

Présentée et soutenue publiquement
Le 15 septembre 2022 à 16 heures au pôle formation
par Juliette ROCOUL

JURY

Présidente :

Madame le professeur Sophie QUINTON-FANTONI

Asseseurs :

Monsieur le docteur Jan BARAN

Madame le docteur Caroline MICHAUT

Directrice de thèse :

Madame le docteur Nathalie DHALENNE

I. RÉSUMÉ

Contexte – 99 117 heures : c'est le temps que nous passons en moyenne au travail, soit plus de 11,5 ans. Il est donc crucial de trouver un sens à son travail, d'y voir une utilité, d'y trouver une passion. Le *burn-out* est défini comme « un sentiment de fatigue intense, de perte de contrôle et d'incapacité à aboutir à des résultats concrets au travail ». Ce mal-être, initialement décrit dans le secteur médical, s'étend insidieusement à notre société depuis des années. L'objectif premier de cette étude est de définir la prévalence du *burn-out* dans la population active. L'objectif secondaire est de rechercher les facteurs de risque ainsi que les pistes thérapeutiques possibles en fonction du ressenti de nos patients.

Méthode – Il s'agit d'une étude épidémiologique, quantitative, transversale, descriptive, multicentrique, élaborée par autoquestionnaires anonymes distribués de manière aléatoire dans sept lieux de consultation sur les secteurs de Lens et Arras.

Résultats – Le taux de participation est de 66,9 % (301/450). 168 patients (59,2 %) déclaraient être ou avoir été en *burn-out*. Seuls six patients (4,2 %) présentaient un niveau élevé dans les trois dimensions du MBI. La catégorie professionnelle des « libéraux et assimilés » représente un facteur de risque de développer un *burn-out* (OR = 4,8 ; IC 95 % [1,38 – 18,8] ; p = 0,017). Le sexe masculin semble être un facteur protecteur (OR = 0,44 ; IC 95 % [0,26 – 0,73] ; p = 0,002).

Conclusion – Le *burn-out* semble devenir le mal du siècle. Il s'avère donc indispensable de mettre en place des mesures de prévention autant à l'échelle individuelle que collective afin d'améliorer la prise en charge de ces patients toujours plus nombreux.

II. INTRODUCTION

A. RACINES

Le *burn-out* est un terme initialement utilisé dans l'aéronautique pour évoquer l'épuisement de carburant d'une fusée, provoquant sa surchauffe et un risque de destruction.

On retrouve le concept de *burn-out* depuis l'Ancien Testament où le prophète Élie s'épuise dans différents travaux afin de défendre sa foi (*Livres des Rois, 17-22*). Shakespeare inscrit littéralement le terme « *to burn-out* » au début du XVI^e siècle dans son œuvre *The Passionate Pilgrim*.

Les prémices du *burn-out* moderne trouvent leurs racines durant les années soixante-dix lorsque la France entre dans une ère postindustrielle. Les ouvriers sont alors persuadés que la machine réalisera leurs tâches éprouvantes. Le travail s'industrialise, s'autonomise, devient répétitif et l'employé ne retire plus aucune satisfaction dans son œuvre.

B. CONCEPT & DEFINITIONS

Le psychiatre et psychanalyste américain, Herbert J. FREUDENBERGER publie en 1980 *L'Épuisement professionnel : la brûlure interne* où il décrit ce que lui-même ressent en travaillant comme bénévole dans un centre de désintoxication à Harlem. Ce travail interminable a fait naître en lui et ses collègues un épuisement à la fois physique et mental. Il le décrit comme « *a staff burn-out* ».

« En tant que psychanalyste et praticien, je me suis rendu compte que les gens sont parfois victimes d'incendie, tout comme les immeubles. Sous la tension produite par la vie dans notre monde complexe, leurs ressources internes en viennent à se consommer comme sous l'action des flammes, ne laissant qu'un vide immense à l'intérieur, même si l'enveloppe externe semble plus ou moins intacte^[1]. »

Il décrit chez ces individus une perte d'enthousiasme et l'émergence de colère, d'irritabilité, de cynisme. Parfois, des symptômes physiques s'y associent tels que les céphalées, l'asthénie, l'insomnie, les troubles intestinaux...

Ce *burn-out*, traduit en français par « brûlure interne », survient lorsque l'individu se rend compte de l'impossibilité de la tâche à accomplir. Herbert J. FREUDENBERGER attribue un rôle fondamental aux facteurs personnels : cette maladie serait, selon lui, la « maladie du battant » et se développerait « lorsque l'individu, attaché à son rêve de réussite, se heurte à la réalité d'une tâche impossible à accomplir ».

Dès 1976, Christina MASLACH, psychologue sociale, oriente ses recherches sur les professionnels du monde médical puis les étend à toutes les professions ayant des relations interpersonnelles. Elle décrit alors le *burn-out* comme « [...] un syndrome d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et réduction de l'accomplissement personnel qui apparaît chez les individus impliqués professionnellement auprès d'autrui^[2] ».

Contrairement à H. FREUDENBERGER qui pensait que le *burn-out* était le fait de l'individu, C. MASLACH impute ce phénomène aux conditions professionnelles comme l'absence de reconnaissance, le surmenage... Le *burn-out* est, selon elle, la réponse de l'individu et de son organisme à des multiples « stressseurs ».

Entre 1974 et 1980, plus de quarante-huit définitions différentes du *burn-out* ont été énoncées. C. MASLACH propose de décrire le *burn-out* comme « [...] *l'indice de la séparation entre ce que les gens sont et ce qu'ils doivent faire. Il révèle une usure des valeurs, de la dignité de l'esprit et de la volonté – une érosion de l'âme humaine*^[3] ».

Elle décrit un aspect tridimensionnel comprenant l'épuisement de l'individu, l'apparition du cynisme et la sensation d'inefficacité dudit individu qui se sent dévalorisé et qui perd confiance en lui et en ses capacités.

En 2005, l'OMS caractérise le *burn-out* comme « *un sentiment de fatigue intense, de perte de contrôle et d'incapacité à aboutir à des résultats concrets au travail*^[4] ».

C. SYMPTOMES

Lorsqu'on discute avec nos patients de leur travail, beaucoup en sont lassés, épuisés. Ils ne retrouvent plus l'utilité qu'ils avaient antan.

On peut entendre :

- « *Je me sens dépassé. Chaque jour, je dois en faire plus. Je ne m'en sortirai jamais* » ;
- « *Je me sens irritable. Je me mets en colère sans aucune raison. Même à la maison, ça devient difficile* » ;

- « *J'ai le sentiment d'être inutile* » ;
- « *Ils m'en demandent toujours plus. Ils me mettent la pression, jouent sur la corde sensible. Je me sens obligée d'en faire plus et ne trouve aucune solution pour alléger ma charge de travail. C'est de ma faute. Je pleure beaucoup et crie contre mes enfants. Je ne me reconnais plus* ».

Les mots sont différents mais le sens est le même. Ils expriment une dégradation de l'investissement, des émotions. Leur travail qui leur semblait autrefois important, devient vide de sens. Les émotions négatives prennent rapidement le pas sur le reste. S'installent insidieusement la colère, la tristesse et l'anxiété.

Le *burn-out* peut s'expliquer synthétiquement comme une boucle de rétroaction positive (à l'égard du phénomène) qui aboutit inévitablement à la croyance inflexible d'être incapable d'affronter une situation stressante.

La symptomatologie du *burn-out* comprend de multiples composantes dont chacune possède des manifestations physiques et psychiques.

- **composante émotionnelle** : anxiété, tensions musculaires diffuses, tristesse, manque d'entrain, irritabilité, hypersensibilité, absence d'émotion ;
- **composante cognitive** : trouble de la mémoire, de l'attention, de la concentration, des fonctions exécutives ;
- **composante comportementale ou interpersonnelle** : repli sur soi, isolement social, comportement agressif, parfois violent, diminution de l'empathie, ressentiment et hostilité à l'égard de ses collaborateurs, comportements addictifs ;

- **composante motivationnelle ou liée à l'attitude** : désengagement progressif, baisse de motivation et du moral, effritement des valeurs associées au travail, comportements addictifs ;
- **composante physique** : asthénie, troubles du sommeil, troubles musculosquelettiques (lombalgies, cervicalgies, etc.), crampes, céphalées, vertiges, anorexie, troubles gastro-intestinaux.

Selon le modèle de l'Institut de prévention et d'accompagnement du *burn-out* (IPBO), le *burn-out* s'installe en quatre phases qu'il faut savoir repérer pour agir le plus précocement possible.

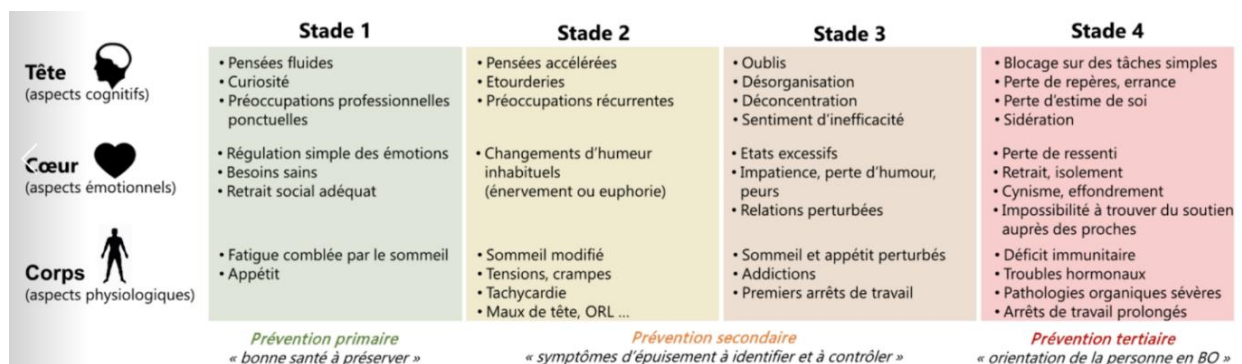


Figure 1. Modèle descriptif des phases du burnout selon l'IPBO tel que décrit par M. WILLEMS & K. MALFILATRE.

D. FACTEURS DE RISQUE

Le rapport GOLLAC de 2011^[5] évoque six facteurs de risque de *burn-out* :

- intensité et organisation du travail (surcharge de travail, imprécision des missions, objectifs irréalistes, manque de reconnaissance, etc.) ;
- exigences émotionnelles importantes avec confrontation à la souffrance, à la mort, dissonance émotionnelle ;
- autonomie et marge de manœuvre ;
- relations dans le travail (conflits interpersonnels, manque de soutien du collectif de travail, management délétère, etc.) ;
- conflits de valeurs (décalage entre les valeurs de l'individu et celles de l'entreprise) ;
- insécurité de l'emploi.

E. OUTILS DE DIAGNOSTIC

C. MASLACH s'est fondée sur des dizaines d'entretiens auprès de personnels de santé, de l'enseignement et des domaines sociaux afin d'élaborer une première échelle diagnostique. Elle a poursuivi ses recherches afin de la parfaire et a créé le *Maslach Burnout Inventory* (MBI) qui est, encore actuellement, l'outil mondial de référence d'évaluation de la symptomatologie du *burn-out* (annexe I). L'échelle est composée de 22 items cotés de 0 à 6 selon la récurrence de l'événement. Ces items permettent de mettre un score sur chaque dimension du *burn-out*.

- **l'épuisement émotionnel** : score établi à partir des résultats des items 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 et 20. Un score supérieur ou égal à 30/54 est considéré comme élevé ;
- **la dépersonnalisation** : score établi à partir des résultats des items 5, 10, 11, 15 et 22. Un score supérieur ou égal à 12/30 est considéré comme élevé ;
- **l'accomplissement personnel** : score établi à partir des résultats des items 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 et 21. Un score inférieur ou égal à 33/48 est considéré comme faible.

Le tableau ci-joint reprend la stadification du risque selon le score obtenu à chaque dimension.

	Epuisement émotionnel (EE)	Dépersonnalisation (DP)	Accomplissement personnel (AP)
Score faible	$EE \leq 17$	$DP \leq 5$	$AP \leq 33$
Score modéré	$18 \leq EE \leq 29$	$6 \leq DP \leq 11$	$34 \leq AP \leq 39$
Score élevé	$EE \geq 30$	$DP \geq 12$	$AP \geq 40$

Figure 2. Niveaux de score en fonction de chaque dimension du burnout selon C.Maslach

D'autres questionnaires comme le *Copenhagen Burnout Inventory* (CBI), permettent d'évaluer le syndrome d'épuisement professionnel. Cependant, ils n'ont pas pour vocation d'être des outils d'évaluation individuelle mais peuvent être utilisés comme outils pour guider l'entretien avec le patient.

Il semblait important de rappeler qu'il n'est pas nécessaire de présenter un score élevé dans les trois dimensions pour parler de *burn-out*. À l'inverse d'une pathologie comme la maladie de Parkinson, le *burn-out* ne s'appuie pas sur une triade diagnostique. Un score élevé dans l'une des dimensions suffit pour parler de *burn-out*. La présence de score élevé dans différentes dimensions définit la sévérité.

Ainsi le *burn-out* est dit :

- faible si l'une des dimensions est atteinte ;
- modéré si deux des dimensions sont atteintes ;
- sévère si les trois dimensions sont atteintes.

Pour certains auteurs, seules les dimensions d'épuisement émotionnel (EE) et de dépersonnalisation (DP) sont nécessaires au diagnostic ; l'accomplissement personnel (AP) n'étant pas toujours corrélé aux autres dimensions (Lourel *et al.* 2007)^[6].

F. CONSEQUENCES

1. DEFINITION DU STRESS PAR H. SELYE

Le *burn-out* débute par un état de stress qui se chronicise. Le stress est décrit, en 1925, par Hans SELYE, endocrinologue, comme « *l'ensemble des moyens physiologiques et psychologiques mis en œuvre par une personne pour s'adapter à un événement donné*^[6] ». Il le nomme « syndrome général d'adaptation ». Le stress est une réaction de l'organisme face à une situation difficile ou menaçante. Si la situation à surmonter n'épuise pas les ressources de l'organisme, alors l'individu ne ressent aucune conséquence de ce stress. En revanche, lorsque les facultés d'adaptation de l'organisme sont dépassées, le stress n'est plus compensé et des symptômes peuvent apparaître. Le système s'épuise et entre dans une spirale dont les conséquences sont de plus en plus néfastes.

H. SELYE décrit trois phases : la **phase d'alerte**, qu'il scinde en deux temps. Initialement, le **choc** avec la mise en place de mécanismes de défense passifs comme la tachycardie, la mydriase ou encore l'hypothermie ou l'hypotension ; puis par le **contre-choc**, phase durant laquelle des mécanismes actifs de défense s'installent avec l'hyperactivation des glandes surrénales et adénohypophysaires.

Si le stimulus de stress persiste, l'organisme entre en **phase de résistance** où les manifestations physiologiques s'atténuent par accoutumance à l'événement stressant. L'organisme utilise alors la voie corticosurrénalienne pour maintenir l'énergie suffisante pour lutter contre l'événement stressant.

En cas de persistance, l'organisme cesse de pouvoir s'adapter et entre en **phase d'épuisement** conduisant à une dysrégulation du système hypothalamo-hypophyso-surrénalien (HPA)^[7].

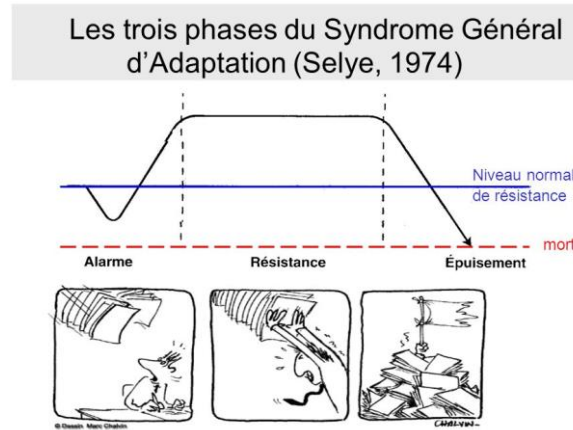


Figure 3. . Illustration des trois phases du syndrome général d'adaptation dans le cadre professionnel.

2. IMPACT SUR LE SYSTEME NERVEUX CENTRAL

Ainsi le stress, du fait de son activation du système HPA, sécrète d'une part du cortisol qui se fixe et sature les récepteurs aux glucocorticoïdes du cerveau ; et d'autre part active des cellules immunitaires qui, par la sécrétion de cytokines, inhibent le BDNF, l'une des principales protéines qui stimule la croissance et la survie des neurones.

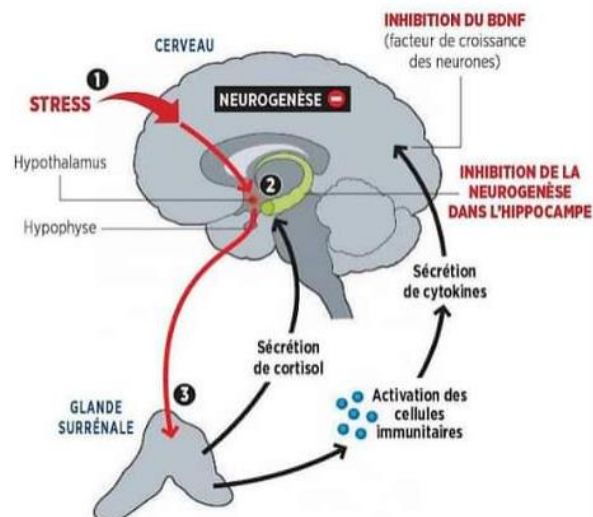


Figure 4. Mécanismes de neuroplasticité.

L'hippocampe est une région riche en récepteurs aux glucocorticoïdes et donc grandement soumise à ces variations. Lorsque le cerveau est submergé de corticoïdes, notamment sous l'effet du stress, l'hippocampe dégénère.

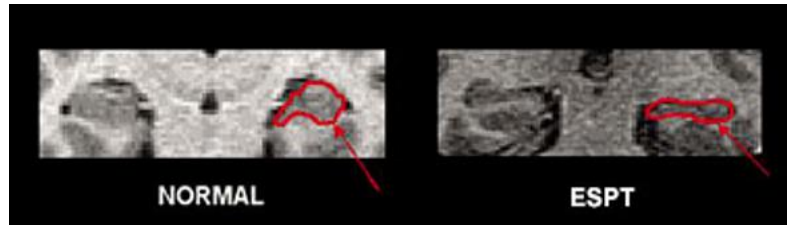


Figure 5. TDM centré sur l'hippocampe d'un enfant normal et sur celui d'un enfant ayant subi des violences. D'après J.Douglas Bremner.

C. JACQUE et J.-M. THURIN expliquent cette dégénération par une « *toxicité due à la libération accrue d'acides aminés excitateurs, elle-même amplifiée par l'augmentation de la densité de leurs récepteurs liée à cette concentration excessive^[8]* ».

Les conséquences sont dramatiques ; l'hippocampe participe à la vie relationnelle de l'individu en permettant de passer les souvenirs de la mémoire à court terme vers la mémoire à long terme. Il régule également l'humeur, permet l'acquisition de nouvelles connaissances et l'adaptation de l'individu à son environnement. Toutes ces capacités sont donc largement diminuées sous l'effet d'un stress chronique.

L'amygdale, centre névralgique de la peur et de l'anxiété, domine nos réactions les plus primitives. En cas d'agression, c'est l'amygdale qui permet d'agir rapidement, de fuir ou d'attaquer. Elle gère nos instincts de survie. Elle doit donc savoir reconnaître les émotions et y réagir de manière proportionnée^[9]. Or, en cas de stress ou d'épisode dépressif, l'amygdale augmente de volume. Cette majoration de fonctionnement est responsable des symptômes tels que l'irritabilité, l'hypervigilance, la sidération...

Quant au **cortex préfrontal**, il est considéré comme le cerveau de l'intelligence, du sang-froid, de la prise de décision et d'initiative. Il sert également de lieu de stockage de la mémoire à court terme. Le stress cause une diminution de la substance grise dans le cortex préfrontal réduisant la capacité de prise de décision. L'individu est alors incapable de présenter un comportement adapté à la situation.

3. IMPACT SUR LE SYSTEME CARDIOVASCULAIRE

Il a récemment été démontré que le BDNF était présent en quantité équivalente dans le système cardiovasculaire. À ce niveau, le BDNF exogène aurait une capacité de vasorelaxation et aurait une action dans les processus athérosclérotiques. Ainsi, la diminution des taux circulants de BDNF serait impliquée dans l'insuffisance cardiaque^[10], de syndrome coronarien aigu^[11]...

Selon l'étude de GULLETTE *et al.*^[12], l'exposition à un stress chronique pourrait doubler le risque d'ischémie myocardique. D'autres études ont confirmé ces résultats, notamment celle de WILLICH *et al.* qui démontre une incrémentation du risque d'infarctus le lundi dans les populations actives^{[13][14]}.

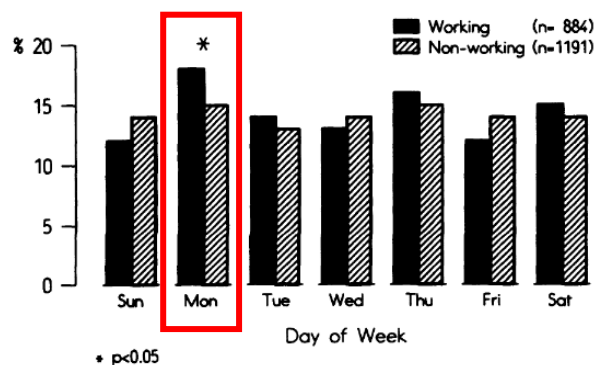


Figure 6. Répartition des infarctus du myocarde selon les jours de la semaine chez les patients actifs versus les patients ne travaillant pas.

Une étude de GU *et al.*^[15] montre que l'activation du système sympathique du système HPA dans les mécanismes de stress majeure l'action du système rénine-angiotensine (RAAS) entraînant à terme des lésions endothéliales responsables d'effets thrombotiques via la production de molécules d'adhésion et de recrutement de cellules immunitaires. De nombreux mécanismes induisent une majoration du risque cardiovasculaire via la surexpression des systèmes nerveux autonome et hypothalamo-hypophysé-surrénalien comme le montre le schéma ci-dessous.

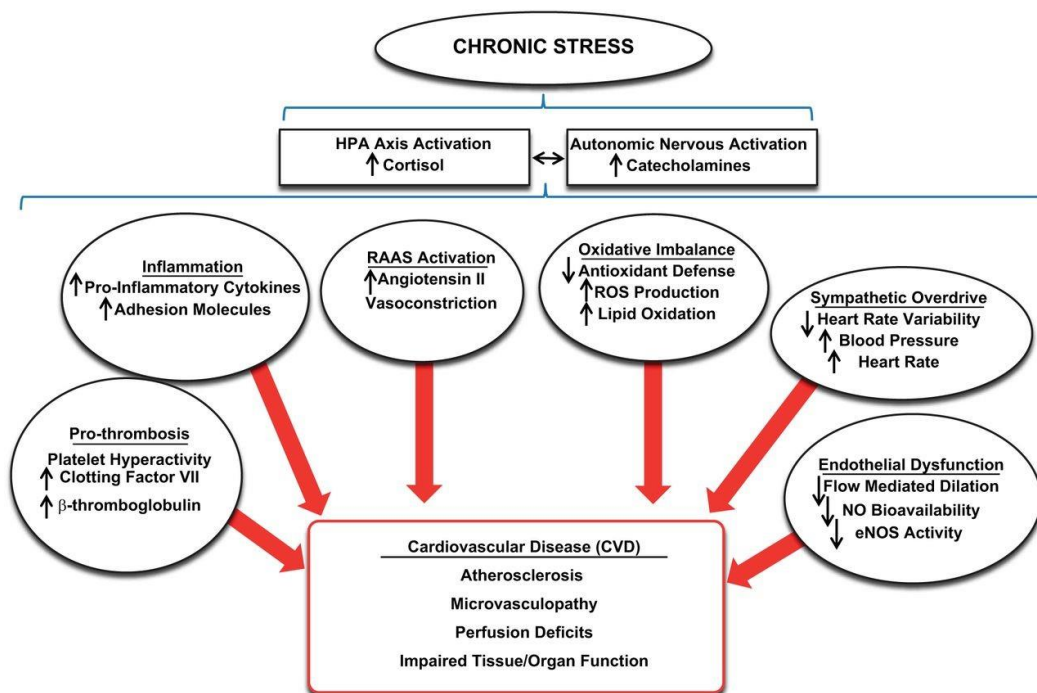


Figure 7. Mécanismes majorant le risque cardio-vasculaire.

Une récente méta-analyse de BERGMANN *et al.* portant sur des cohortes prospectives examinant l'association entre stress chronique et syndrome métabolique, a conclu que le stress présente une présomption de causalité importante dans le développement du syndrome métabolique^[13].

Un stress élevé et prolongé pourrait également être responsable de :

- une élévation des taux de cholestérol ;
- une augmentation de la pression artérielle ;
- une augmentation de la coagulabilité sanguine ;
- un déséquilibre de la glycémie ;
- de mauvaises habitudes de vie (alimentaire, usage de tabac...)^[16].

De nombreuses études sont en cours pour comprendre le lien entre stress et risque cardiovasculaire. Le modèle animal montre des failles, notamment par sa gestion primaire du stress. De nouvelles études, évoquant une transmission à la descendance, compliquent également la compréhension de ces événements.

4. IMPACT SOCIO-ECONOMIQUE

Au-delà de l'aspect médical, le *burn-out* est un véritable enjeu de santé publique. Cette affection, touchant initialement les professions de santé, d'éducation et des services, s'est peu à peu étendue à toutes les branches de notre société.

Selon l'étude de perception de l'Institut français d'opinion publique (IFOP) menée pour Malakoff Humanis comprenant 2 010 salariés du secteur privé, 18 % des arrêts maladie, toutes durées confondues, seraient liés à un épuisement professionnel ou des troubles psychosociaux^[17].

DES MOTIFS QUI VARIENT SELON LA DURÉE

Base
arrêts de
travail

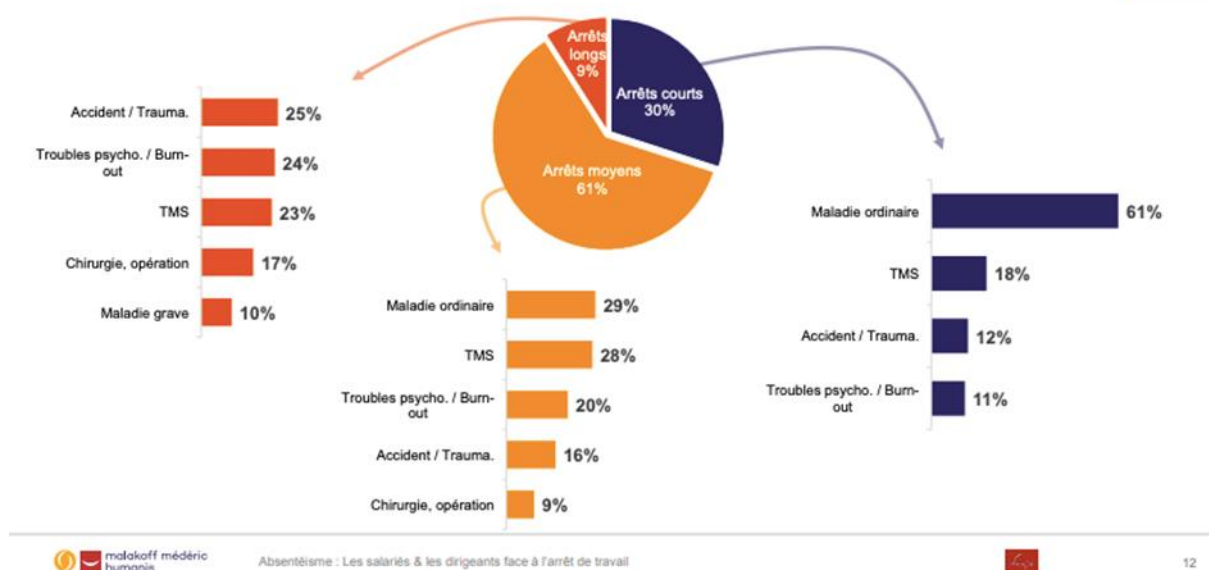


Figure 8. Distribution des arrêts de travail selon la durée et le motif.

L'Institut de veille sanitaire (InVS) recensait, en 2015, 500 000 salariés souffrant de troubles mentaux liés au travail (*burn-out* et autres pathologies). D'autres études retrouvent des taux plus élevés de l'ordre de 20 à 30 % de la population active.

Ainsi, le coût de l'absentéisme au travail a bondi ces dernières années. En 2018, il s'élevait à 4 059 € par an et par salarié. Multiplié par 26,6 millions d'actifs, la facture totalise près **de 108 milliards d'euros, soit 4,7 % de notre PIB^[18]**.

Si nous extrapolons ces chiffres aux 20 % d'arrêts liés au *burn-out* ; la facture dépasse les 21 milliards d'euros.

Pourtant, à ce jour, le *burn-out* n'est pas considéré comme une maladie selon les classifications de référence (CIM 10 et DSM 5). Il se rapproche des troubles de l'adaptation (F43 dans la classification CIM 10) et de la dépression (F32 dans la classification CIM 10) sans en présenter tous les symptômes.

D'autre part, il s'agit d'un réel sujet à controverse : qui en est le responsable ? L'individu qui ne sait s'adapter ou l'entreprise qui en exige toujours plus ? Est-ce une simple pathologie ou une véritable maladie professionnelle ?

Le *burn-out* fait donc désormais partie de notre quotidien de médecin. Personne n'est épargné. Il est encore, de nos jours, sous-estimé et minimisé. Il m'est apparu comme primordial d'effectuer un travail sur le *burn-out* dans la population générale, car beaucoup de travaux se sont uniquement consacrés au *burn-out* des médecins, infirmiers ou toutes autres professions médicales. Même s'il est vrai que ce corps de professions est plus à risque d'épuisement professionnel, le *burn-out* s'étend de plus en plus dans les autres catégories socioprofessionnelles.

L'objectif premier de cette thèse est de rechercher la prévalence du *burn-out* dans la population consultant en médecine générale. Les objectifs secondaires s'appliqueront à faire état des facteurs de risque épidémiologiques et de rechercher une corrélation entre la prise en charge des patients et leur ressenti. Enfin, nous chercherons à montrer une corrélation entre l'échelle mondialement reconnue de C. MASLACH et le ressenti de nos patients.

III. POPULATION ET MÉTHODE

A. TYPE D'ÉTUDE ET POPULATION

Cette étude est une étude épidémiologique, quantitative, transversale, descriptive, multicentrique centrée sur les secteurs arrageois et lensois.

Les **critères d'inclusion** sont : tout patient ayant une activité professionnelle, sachant lire et écrire, consultant son médecin généraliste quel qu'en soit le motif et ayant accepté de répondre intégralement aux questionnaires.

Les **critères d'exclusion** sont tous questionnaires incorrectement remplis (à l'exception des items portant sur l'échelle de Maslach).

Les **critères de non-inclusion** sont les patients n'ayant aucune activité professionnelle (étudiant, retraité, mère au foyer...) ou ne sachant ni lire ni écrire.

B. ÉLABORATION DU QUESTIONNAIRE

Le questionnaire se compose de trois parties.

Nous avons choisi de commencer par des questions administratives afin de mieux connaître les patients, pour ensuite les interroger sur leur ressenti envers leur travail. La première partie détaille donc les données socio-économiques du patient : sexe, âge, le secteur professionnel, le niveau d'études ainsi que les données professionnelles, à savoir le temps de travail ainsi que l'ancienneté du patient dans son activité.

La seconde partie est destinée à comprendre quelles thérapeutiques ont été mises en œuvre pour lutter contre le *burn-out* et lesquelles ont été utiles pour le patient. Il s'agit à la fois des thérapeutiques médicamenteuses mais aussi la prise en charge psychologique et les arrêts de travail nécessaires à l'amélioration de la santé mentale des patients.

Enfin, dans la dernière partie, on retrouve le questionnaire de MASLACH : questionnaire mondialement reconnu dans l'aide diagnostique du *burn-out*.

Le questionnaire est composé de 19 questions sous forme de QCM, suivi de l'échelle de Maslach regroupant 22 items (annexe II).

Avant la diffusion, le questionnaire a été testé sur un échantillon de patients arrageois. L'échelle de Maslach semblait dissuader les patients de poursuivre le questionnaire. Elle a donc été placée en dernière page afin de minimiser le nombre de questionnaires incomplets.

C. RECUEIL DES DONNEES

Les questionnaires sont anonymes, distribués aléatoirement à tous les patients consultant dans les cabinets médicaux quel que soit le motif de la consultation entre le 20 mars 2021 et le 22 juin 2021 puis récupérés directement par le médecin ou par la secrétaire et nous ont été remis en main propre.

D. ANALYSE STATISTIQUE

Les variables quantitatives sont exprimées en « moyennes » et en « écarts types ».

Les variables qualitatives sont exprimées en « effectifs » et « pourcentages ».

Nous avons utilisé le test du χ^2 afin de réaliser nos analyses statistiques. Le risque alpha est de 5 %.

Les données ont été saisies sous le logiciel Microsoft Excel. L'analyse statistique a été réalisée sous le logiciel Microsoft Office Professionnel Plus 2019, Version 2103 (*build* 13901.20336).

E. ÉTHIQUE ET CNIL

Le délégué à la protection des données a été joint par e-mail. Le questionnaire étant distribué dans différents cabinets médicaux sans qu'aucune donnée ne permette d'identifier les patients, il bénéficie d'une exonération de déclaration. Le Comité de protection des personnes (CPP) n'a donc pas été contacté. Toutefois, une modification du questionnaire a été demandée afin d'anonymiser au maximum les résultats (tranches d'âge à la place d'âge précis, durée dans l'entreprise par tranches et non manuscrite par le patient...).

IV. RÉSULTATS ET ANALYSE

A. EFFECTIFS

450 questionnaires ont été distribués dans sept cabinets médicaux (six en secteur urbain et un en secteur semi-rural) dans les secteurs arrageois et lensois. Parmi ces 450 questionnaires, 301 ont été complétés par les patients, soit un taux de participation de 66,9 %. Nous avons exclu 17 questionnaires : 13 d'entre eux étaient incomplets, les quatre derniers concernaient des patients en retraite ou sans activité.

Nous avons choisi d'inclure les questionnaires incomplets dont l'oubli d'une réponse était lié à l'échelle de Maslach ; nous permettant ainsi de comprendre la complexité de certains items pour les patients. Le taux de non-réponse nous apporte donc une donnée non négligeable. Nous avons inclus au total 284 patients dans notre étude soit 94,7 % des questionnaires reçus.

À partir de la population source, nous avons réalisé une étude complémentaire en sous-groupe. La population source correspondait à tous les questionnaires correctement remplis et dont les critères d'inclusion étaient respectés.

Nous en avons extrait un sous-groupe ayant présenté des symptômes de *burn-out* afin de nous intéresser à leur ressenti quant aux thérapeutiques proposées. Parmi les 284 patients de la population source, nous avons pu extraire un sous-groupe de 168 patients ayant présenté des symptômes de *burn-out*. Parmi eux, six questionnaires ont été exclus, car incomplets.

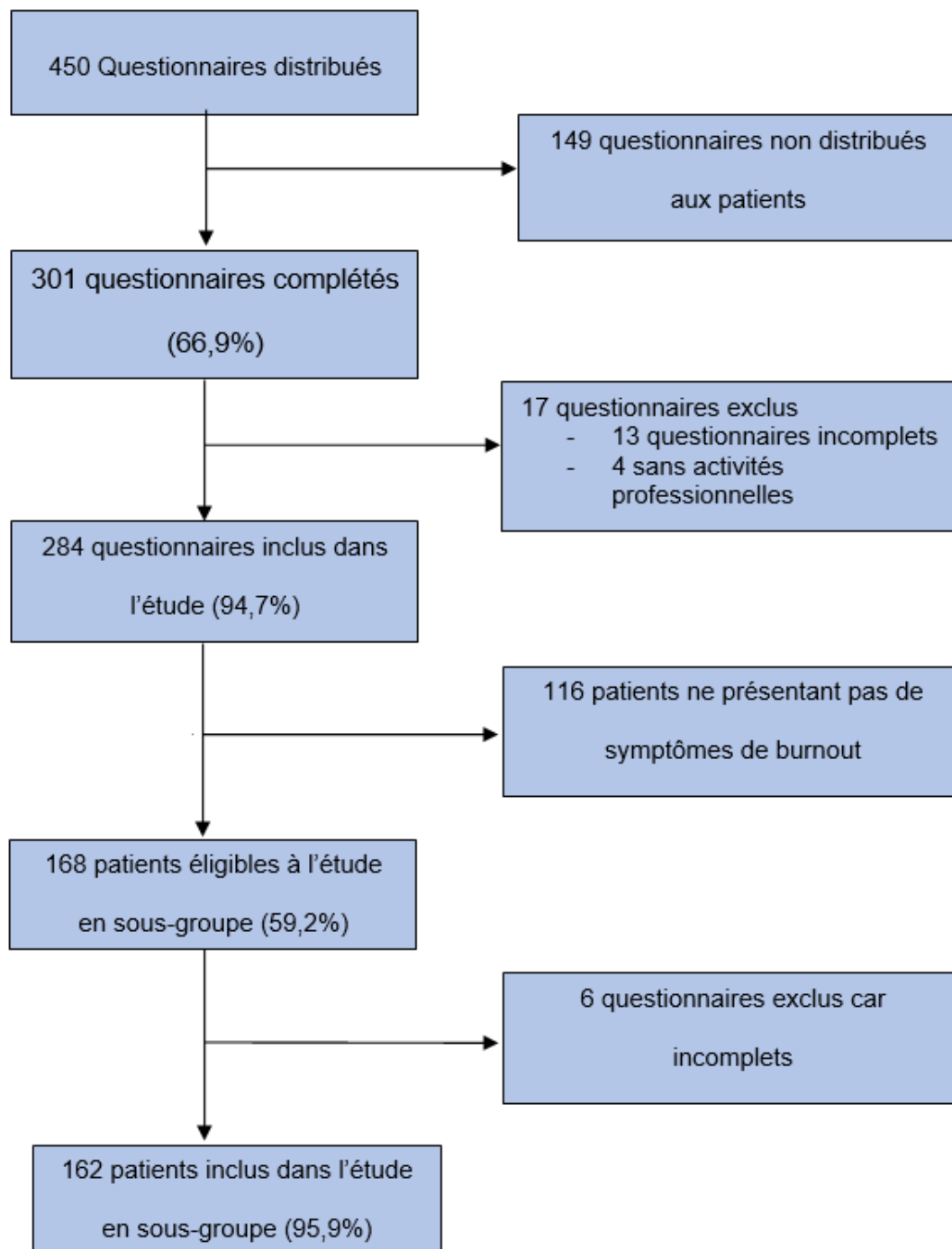


Figure 9. Répartition des questionnaires admis dans l'étude.

B. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION SOURCE

1. LIEU DE RECUEIL

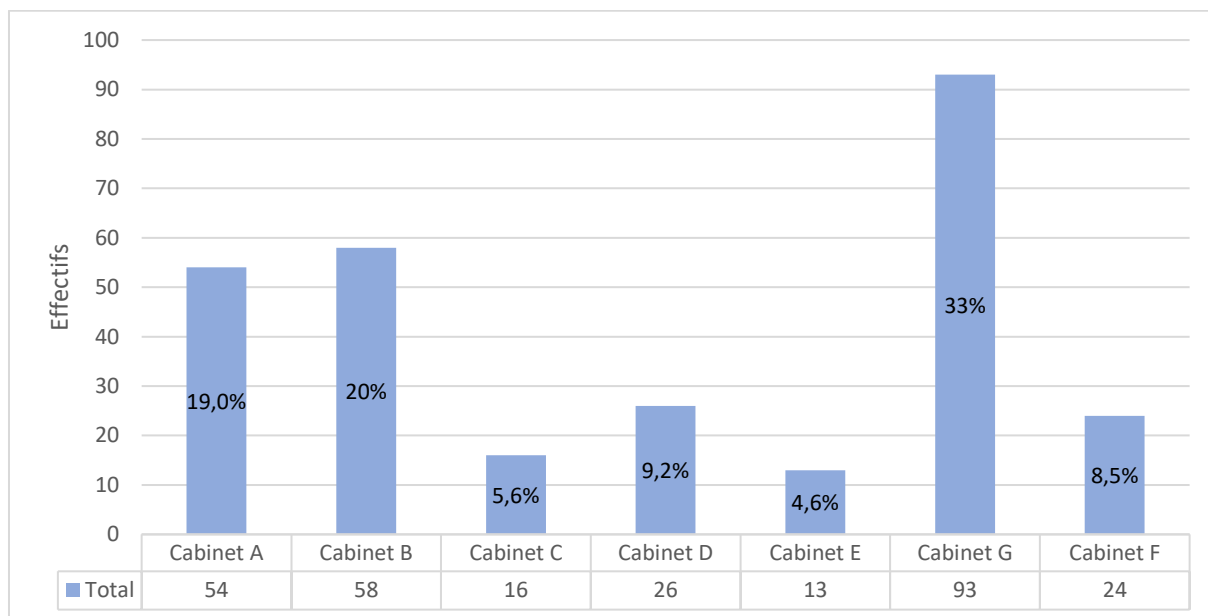


Figure 10. Lieux de recueil des questionnaires.

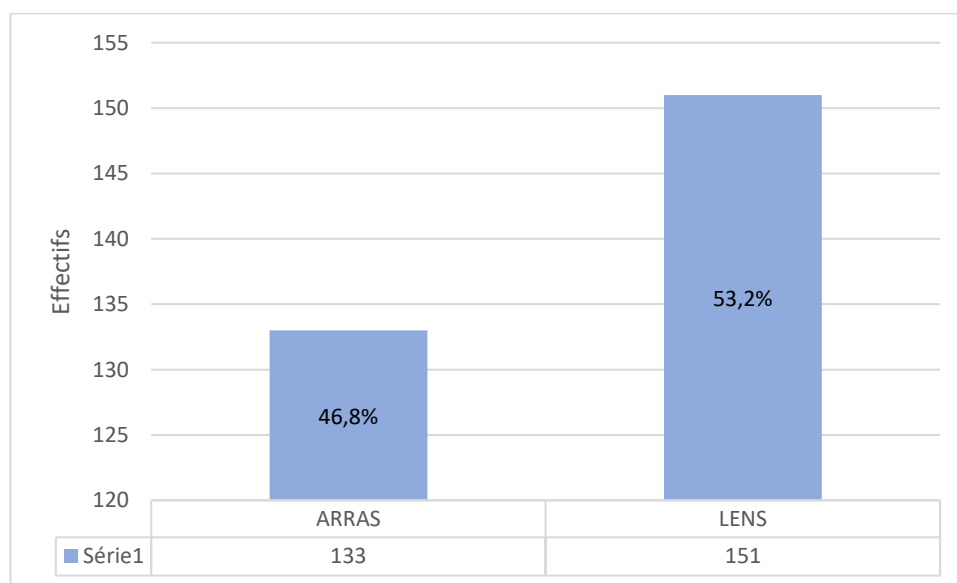


Figure 11. Répartition des patients selon secteur.

2. SEXE

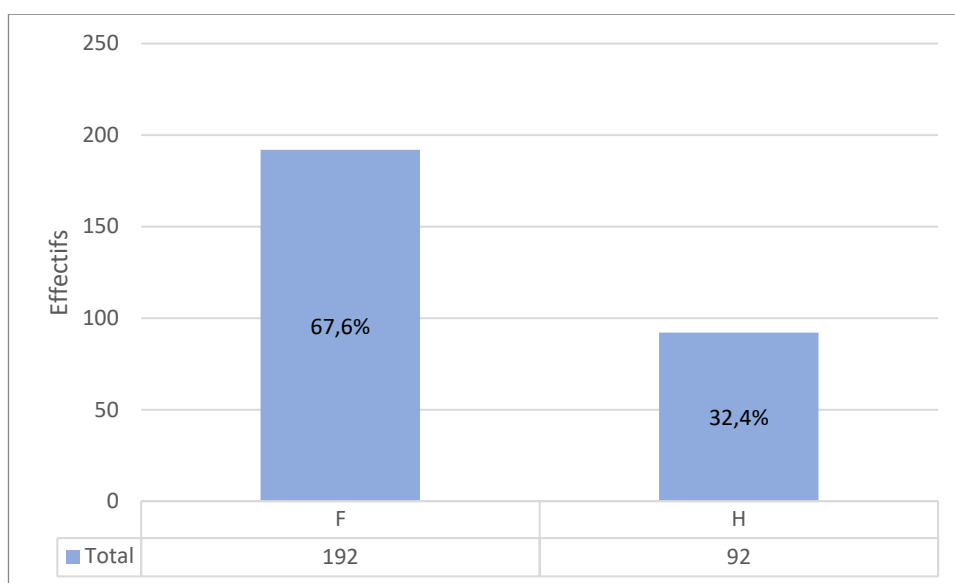


Figure 12. Répartition des patients selon le genre.

3. ÂGE

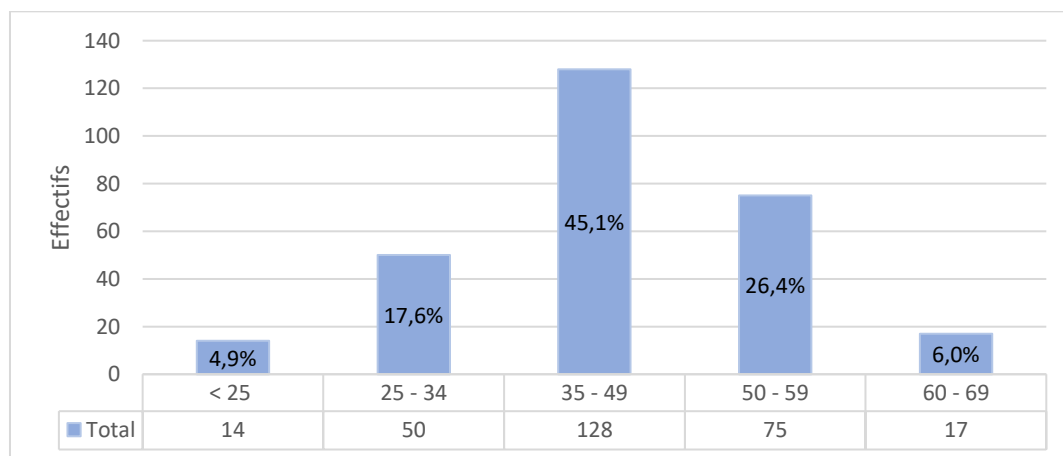


Figure 13. Répartition des patients selon l'âge.

4. DIPLOME OBTENU

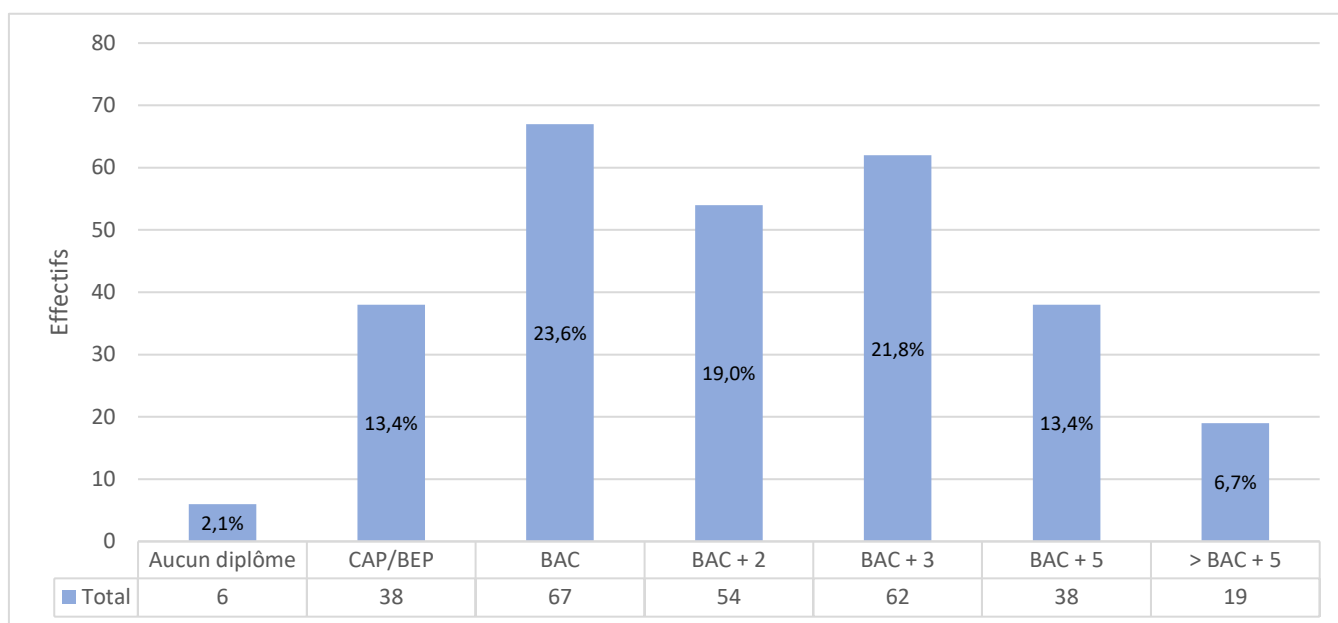


Figure 14. Répartition des patients selon le diplôme obtenu.

5. CATEGORIES SOCIOPROFESSIONNELLES

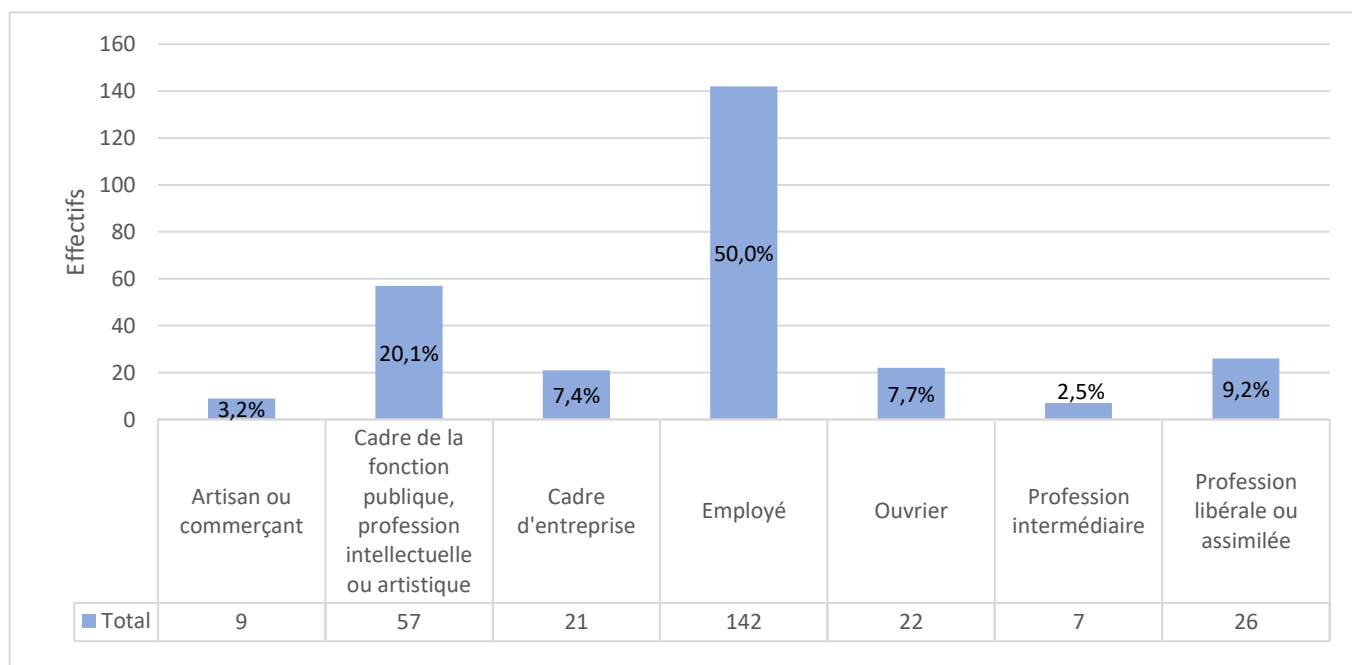


Figure 15. Répartition des patients selon leur catégorie socioprofessionnelle.

6. DUREE DANS L'ENTREPRISE

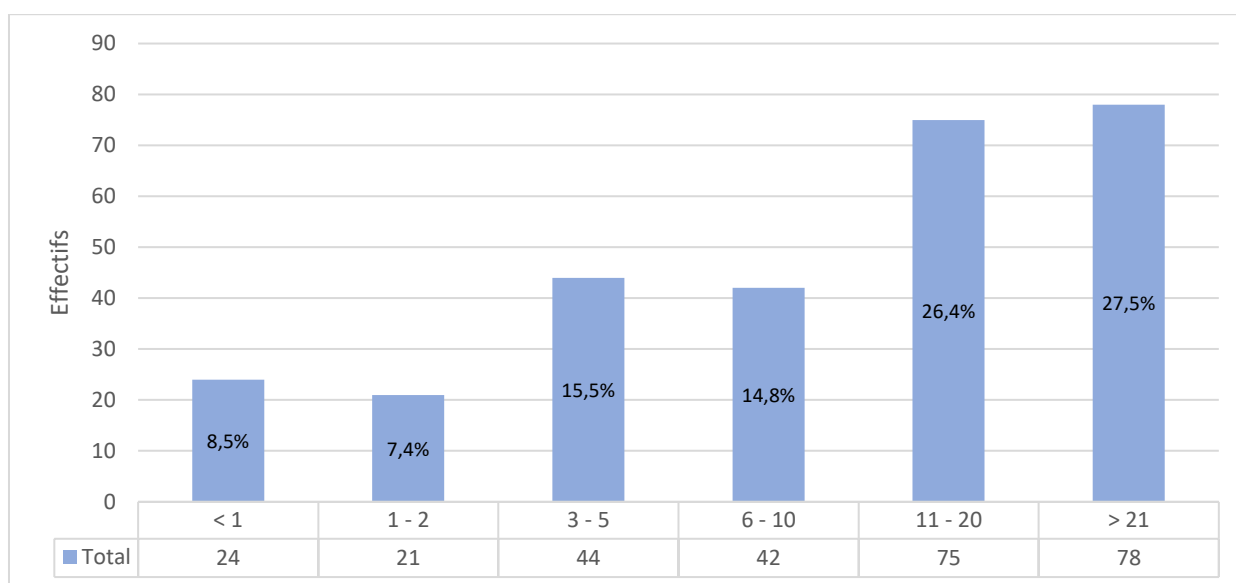


Figure 16. Répartition selon la durée de travail dans l'entreprise

7. POURCENTAGE DE TRAVAIL

Dans notre population, 83,1 % des patients occupaient un travail à temps plein et 16,9 % travaillaient à temps partiel.

8. TELETRAVAIL

Le télétravail s'est répandu depuis l'apparition de la pandémie de Covid 19. Il a été imposé puis largement promulgué durant les derniers mois. Nous avons décidé d'inclure un item concernant le télétravail pour ne pas méconnaître un facteur de confusion potentiel. Parmi les 284 questionnaires, 107 patients n'ont pas répondu à cet item (37,7 %) ; 134 occupaient uniquement leur travail en présentiel, soit 76 % de ceux ayant répondu à l'item ; 43 réalisaient une partie ou la totalité de leur activité en télétravail, soit 24 %.

C. ÉTUDE EN SOUS-GROUPE

1. SYMPTOMES DECLARES

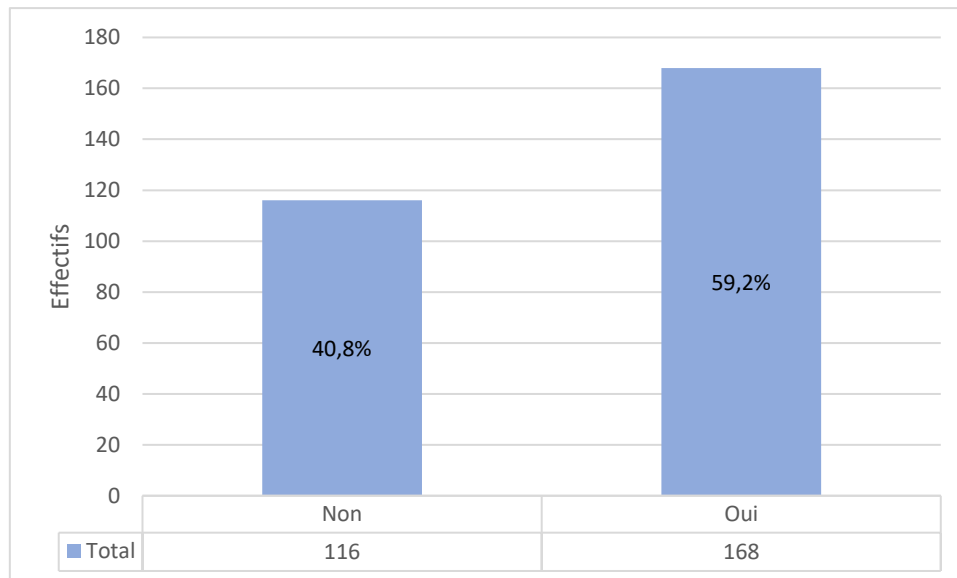


Figure 17. Répartition des patients selon la présence de symptômes de burn-out.

Caractéristique	Symptômes de <i>burnout</i>		
	Non, N = 116 ¹	Oui, N = 168 ¹	Total, N = 284 ¹
Lieu			
Cabinet A	16 (14%)	38 (23%)	54 (19%)
Cabinet B	30 (26%)	28 (17%)	58 (20%)
Cabinet C	7 (6,0%)	9 (5,4%)	16 (5,6%)
Cabinet D	5 (4,3%)	21 (12%)	26 (9,2%)
Cabinet E	3 (2,6%)	10 (6,0%)	13 (4,6%)
Cabinet F	11 (9,5%)	13 (7,7%)	24 (8,5%)
Cabinet G	44 (38%)	49 (29%)	93 (33%)
Genre			
Femme	66 (57%)	126 (75%)	192 (68%)
Homme	50 (43%)	42 (25%)	92 (32%)
Age (Années)			
< 25	4 (3,4%)	10 (6,0%)	14 (4,9%)
25-34	18 (16%)	32 (19%)	50 (18%)
35-49	57 (49%)	71 (42%)	128 (45%)
50-59	30 (26%)	45 (27%)	75 (26%)
60 et plus	7 (6,0%)	10 (6,0%)	17 (6,0%)
Diplôme			
Aucun diplôme	4 (3,4%)	2 (1,2%)	6 (2,1%)
CAP/BEP	20 (17%)	18 (11%)	38 (13%)
BAC	32 (28%)	35 (21%)	67 (24%)
BAC + 2	19 (16%)	35 (21%)	54 (19%)
BAC + 3	22 (19%)	40 (24%)	62 (22%)
BAC + 5	12 (10%)	26 (15%)	38 (13%)
> BAC + 5	7 (6,0%)	12 (7,1%)	19 (6,7%)
Secteur d'activité			
Ouvrier	12 (10%)	10 (6,0%)	22 (7,7%)
Employé	60 (52%)	82 (49%)	142 (50%)
Artisan ou commerçant	7 (6,0%)	2 (1,2%)	9 (3,2%)
Profession intermédiaire	5 (4,3%)	2 (1,2%)	7 (2,5%)
Cadre	27 (23%)	52 (31%)	79 (28%)
Profession libérale ou assimilée	5 (4,3%)	20 (12%)	25 (8,8%)
Durée de travail (Années)			
< 1	9 (7,8%)	15 (8,9%)	24 (8,5%)
1-2	7 (6,0%)	14 (8,3%)	21 (7,4%)
3-5	24 (21%)	20 (12%)	44 (15%)
6-10	15 (13%)	27 (16%)	42 (15%)
11-20	32 (28%)	43 (26%)	75 (26%)
> 21	29 (25%)	49 (29%)	78 (27%)
Temps de travail			
Temps partiel	18 (16%)	30 (18%)	48 (17%)
Temps plein	98 (84%)	138 (82%)	236 (83%)
Télétravail			
Non	60 (74%)	74 (77%)	134 (76%)
Oui	21 (26%)	22 (23%)	43 (24%)
Manquant			
	35	72	107

¹n (%)

Figure 18. Présence de symptômes en fonction des caractéristiques de la population étudiée.

2. CORRESPONDANCE AVEC L'ÉCHELLE DE MASLACH

Nous avons initialement analysé les items ayant rencontré le plus de non-réponses. Parmi les 284 questionnaires, 35 sont revenus incomplets sur un ou plusieurs items. Sur les 35 questionnaires, six patients n'ont pas répondu à l'entièreté de l'échelle. Si l'on retire ces six questionnaires, les items codant pour l'accomplissement personnel semblent plus susceptibles de poser un problème (18 questionnaires incomplets), suivis de près par les items sur la dépersonnalisation (14 questionnaires incomplets).

Les items 15 et 18 sont les items revenus le plus souvent vierges. On comptabilise 15 non-réponses à l'item 15 et 14 non-réponses à l'item 18. Le reste des items à problème a été repris dans le tableau ci-dessous en fonction du nombre de non-réponses.

<i>Nombre de Non-réponse</i>	<i>Items</i>
15	15
14	18
11	4, 5, 11
10	7, 9, 10
9	6, 8, 12, 13
8	17, 19, 20, 21
7	16

Figure 19. Items à problème en fonction du nombre de non-réponse.

Puis nous avons analysé le pourcentage de patients de chaque dimension en le stratifiant en risque faible, modéré ou élevé.

	Epuisement émotionnel (EE)		Dépersonnalisation (DP)		Accomplissement personnel (AP)	
	N	%	N	%	N	%
Score élevé	64	25,7%	55	22,1%	62	24,9%
Score modéré	54	21,7%	96	38,6%	66	26,5%
Score faible	131	52,6%	98	39,4%	121	48,6%

Figure 20. Répartition des patients selon leur score dans les différentes dimensions du burnout.

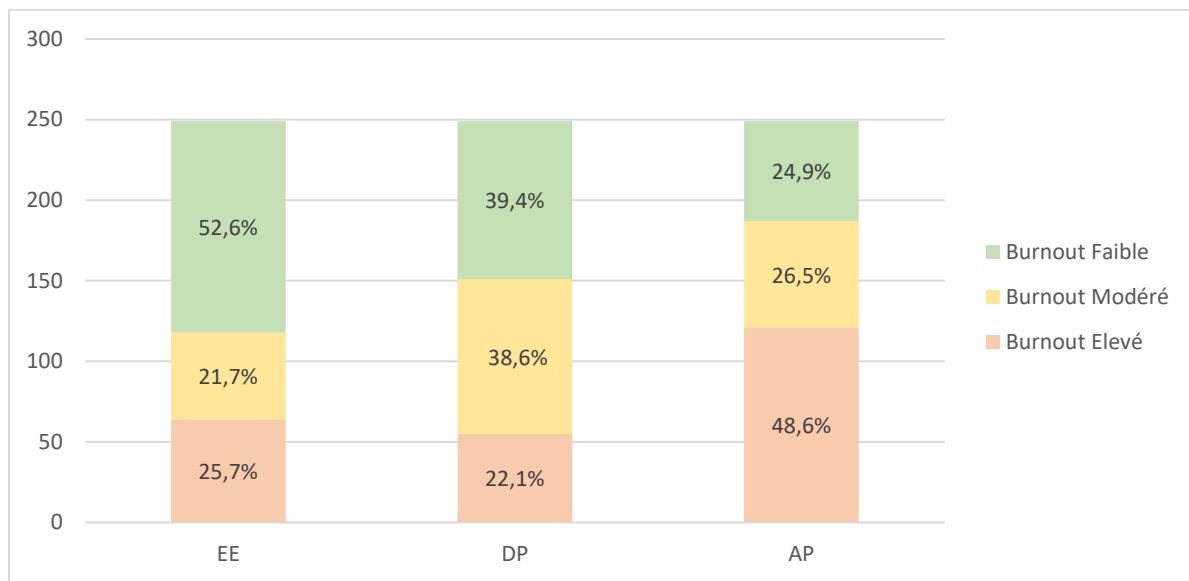


Figure 21. Prévalence des niveaux de burnout en pourcentage pour les trois dimensions dans la population générale.

On constate que chez les patients présentant des symptômes de *burn-out*, la dimension de l'accomplissement personnel est la plus touchée par un risque élevé de *burn-out*. Près de 50 % des patients interrogés considèrent leur accomplissement personnel comme faible. La dimension de dépersonnalisation se situe pour plus de la moitié des patients en risque faible à modéré. Enfin, l'épuisement émotionnel est faible pour plus de la moitié de la population, entraînant un risque faible de *burn-out*.

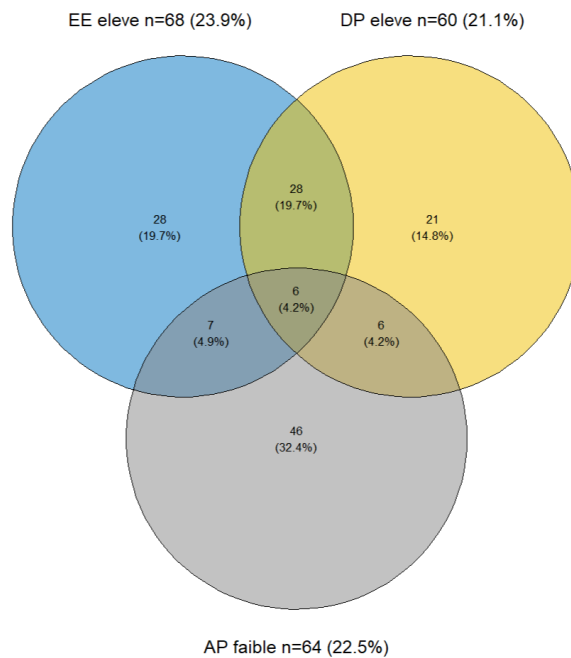


Figure 22. Diagramme de Venn des patients présentant au moins un niveau élevé en burnout selon les trois dimensions de l'échelle de Maslach.

Sur la figure 22, on remarque que six patients (soit 4,2 % du diagramme) sont *en burn-out* sévère présentent un risque élevé de *burn-out* dans les trois dimensions.

Ils sont 41 en *burn-out* modéré et présentent un risque élevé dans deux dimensions.

- Vingt-huit patients (soit 19,7 % du diagramme) présentent un risque élevé dans les catégories d'épuisement émotionnel et dépersonnalisation ;
- Sept patients (soit 4,9 % du diagramme) présentent un risque élevé dans les catégories d'épuisement émotionnel et accomplissement ;
- Six patients (soit 4,2 % du diagramme) présentent un risque élevé dans les catégories de dépersonnalisation et accomplissement professionnel.

Les 95 patients restants présentent un risque élevé uniquement dans une seule des dimensions et sont donc en *burn-out* léger.

On retrouve donc 142 patients présentant, au minimum, un *burn-out* faible selon les résultats de l'échelle de Maslach.

Nous avons recherché une correspondance entre les 142 patients présentant un score élevé dans au moins une des dimensions du *burn-out* et les patients ayant répondu positivement à la présence de symptômes de *burn-out*.

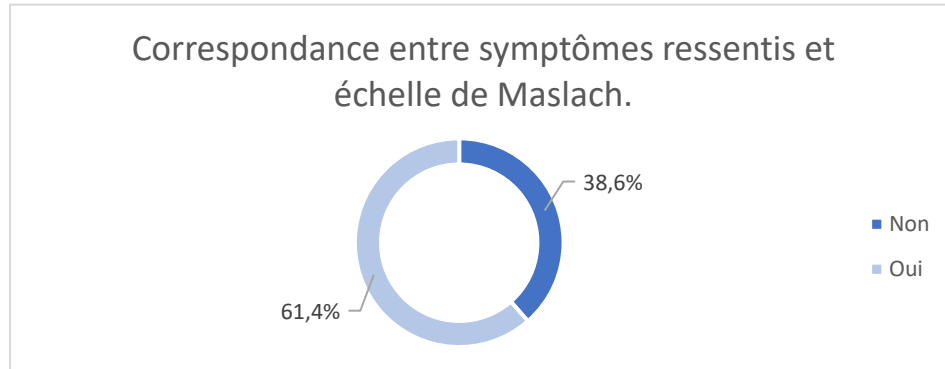


Figure 23. Correspondance entre symptômes ressentis et positivité dans une des dimensions de l'échelle de Maslach.

En retirant la dimension de l'accomplissement personnel qui n'est, selon certaines études, pas toujours corrélée aux dimensions de EE et DP, nous retrouvons un taux de correspondance de 59,8 %.

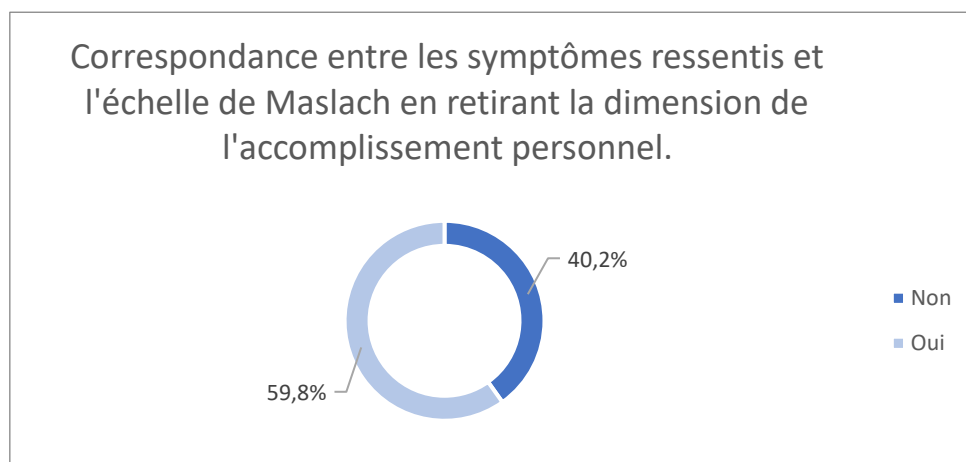


Figure 24. Correspondance entre symptômes ressentis et positivité dans une des dimensions de l'échelle de Maslach (hors AP).

Nous avons recherché la présence ou non de symptômes, la positivité à l'échelle de Maslach ou l'association des deux dans les différentes catégories sociodémographiques afin de valider l'utilisation d'une telle échelle lors des consultations de médecine générale.

Caractéristiques	Pas de symptôme, Maslach négative N = 48 ¹	Score de Maslach éleve uniquement N = 55 ¹	Score élevé & Symptômes N = 114 ¹	Symptômes uniquement, N = 44 ¹
Lieu				
Cabinet A	6 (12%)	8 (17%)	22 (46%)	12 (25%)
Cabinet B	14 (26%)	13 (24%)	19 (35%)	8 (15%)
Cabinet C	3 (21%)	2 (14%)	8 (57%)	1 (7,1%)
Cabinet D	2 (8,3%)	2 (8,3%)	17 (71%)	3 (12%)
Cabinet E	2 (15%)	1 (7,7%)	10 (77%)	0 (0%)
Cabinet F	4 (17%)	7 (29%)	9 (38%)	4 (17%)
Cabinet G	17 (20%)	22 (26%)	29 (35%)	16 (19%)
Genre				
Femme	29 (16%)	30 (17%)	82 (47%)	35 (20%)
Homme	19 (22%)	25 (29%)	32 (38%)	9 (11%)
Age (Années)				
< 25	1 (7,1%)	3 (21%)	8 (57%)	2 (14%)
25-34	10 (21%)	7 (15%)	23 (49%)	7 (15%)
35-49	18 (15%)	33 (28%)	48 (41%)	18 (15%)
50-59	16 (24%)	10 (15%)	30 (44%)	12 (18%)
60 et plus	3 (20%)	2 (13%)	5 (33%)	5 (33%)
Diplôme				
Aucun diplôme	1 (20%)	3 (60%)	0 (0%)	1 (20%)
CAP/BEP	6 (18%)	10 (30%)	12 (36%)	5 (15%)
BAC	8 (13%)	20 (33%)	31 (51%)	2 (3,3%)
BAC + 2	13 (25%)	6 (11%)	22 (42%)	12 (23%)
BAC + 3	10 (17%)	11 (19%)	27 (47%)	10 (17%)
BAC + 5	6 (17%)	4 (11%)	16 (46%)	9 (26%)
> BAC + 5	4 (25%)	1 (6,2%)	6 (38%)	5 (31%)
Secteur d'activité				
Ouvrier	3 (16%)	7 (37%)	9 (47%)	0 (0%)
Employé	24 (18%)	33 (24%)	60 (44%)	19 (14%)
Artisan ou commerçant	3 (50%)	1 (17%)	1 (17%)	1 (17%)
Profession intermédiaire	3 (43%)	2 (29%)	2 (29%)	0 (0%)
Cadre	14 (20%)	9 (13%)	31 (44%)	17 (24%)
Profession libérale ou assimilée	1 (4,5%)	3 (14%)	11 (50%)	7 (32%)
Durée de travail (Années)				
< 1	6 (27%)	3 (14%)	10 (45%)	3 (14%)
1-2	4 (20%)	2 (10%)	11 (55%)	3 (15%)
3-5	10 (24%)	14 (33%)	14 (33%)	4 (9,5%)
6-10	5 (13%)	7 (18%)	18 (47%)	8 (21%)
11-20	10 (14%)	19 (28%)	28 (41%)	12 (17%)
> 21	13 (19%)	10 (14%)	33 (47%)	14 (20%)
Temps de travail				
Temps partiel	4 (9,3%)	11 (26%)	20 (47%)	8 (19%)
Temps plein	44 (20%)	44 (20%)	94 (43%)	36 (17%)
Télétravail				
Non	25 (20%)	28 (23%)	50 (41%)	20 (16%)
Oui	11 (28%)	9 (22%)	12 (30%)	8 (20%)
Manquant	12	18	52	16

Figure 25. Caractéristiques de la population cible.

3. THERAPEUTIQUES MISES EN PLACE

a) TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX

Parmi les 110 patients ayant parlé à un professionnel de leurs symptômes, 72 d'entre eux se sont vu prescrire un traitement contre l'angoisse, l'anxiété ou la dépression. 56 patients ont vu une amélioration grâce à celui-ci, 15 l'ont trouvé inefficace et un patient reste sceptique quant à son efficacité (« Bof » écrit à la main dans la marge).

b) SUIVI PSYCHOLOGIQUE/PSYCHIATRIQUE

Nous nous sommes ensuite intéressée aux patients ayant été adressés vers un professionnel de la santé mentale. Seuls 30 % d'entre eux (49 patients) l'ont été vers un psychologue ou un psychiatre. Parmi eux, 31 ont ressenti une efficacité notable, 17 n'ont pas ressenti d'amélioration au terme de leur séance et un n'a pas répondu à la question.

c) RENCONTRE AVEC LE MEDECIN DU TRAVAIL

Parmi les 162 patients déclarant être en *burn-out*, seuls 29 ont rencontré leur médecin du travail, soit 18 %. Ces rencontres ont été utiles pour près de 80 % d'entre eux soit 23 patients. Un patient n'a pas répondu à cette question. Cinq patients n'en sont pas satisfaits.

Pour simplifier la lecture des résultats, les différentes thérapeutiques et leur efficacité ont été reprises dans le tableau suivant. Les patients n'ayant pas répondu sur l'efficacité du traitement ou ayant répondu une réponse non proposée sont considérés comme insatisfaits du traitement.

	<i>Introduction</i> N (%)	<i>Efficacité</i> N (%)
<i>Discussion avec un professionnel de santé</i>	112 (68%)	-
<i>Traitement</i>	72 (44%)	56 (77,7%)
<i>Psychologue/Psychiatre</i>	49 (30%)	31 (63,2%)
<i>Médecin du travail</i>	29 (18%)	23 (79,3%)

Figure 26. Introduction et efficacité selon les thérapeutiques entreprises

Nous avons cherché la prévalence des différentes thérapeutiques entreprises par les médecins et l'efficacité de l'association par le patient. Pour être compté comme efficace, le patient doit avoir répondu « oui » à l'amélioration des symptômes pour l'ensemble des thérapeutiques proposées.

Traitement	Nbre de patients	Efficacité	%
Médicamenteux seul	28	26	92,9%
Psychologique seul	10	7	70%
Médecin du travail seul	3	2	66,7%
Médicamenteux + Psychologique	20	7	35%
Médicamenteux + Médecin du travail	6	1	16,7%
Psychologique + Médecin du travail	1	-	-
Médicamenteux + Psychologique + Médecin du travail	18	11	61,1%
Aucun traitement	76	-	-

Figure 27. Utilisation et efficacité des traitements selon les modalités de prescription.

d) PRESCRIPTION D'UN ARRÊT DE TRAVAIL

Parmi les 162 patients ayant ressenti des symptômes de *burn-out*, 64 d'entre eux se sont vu prescrire un arrêt de travail, soit 40 %. La plupart des arrêts maladies sont des arrêts courts qui ont duré moins d'un mois, comme le montre le graphique suivant.

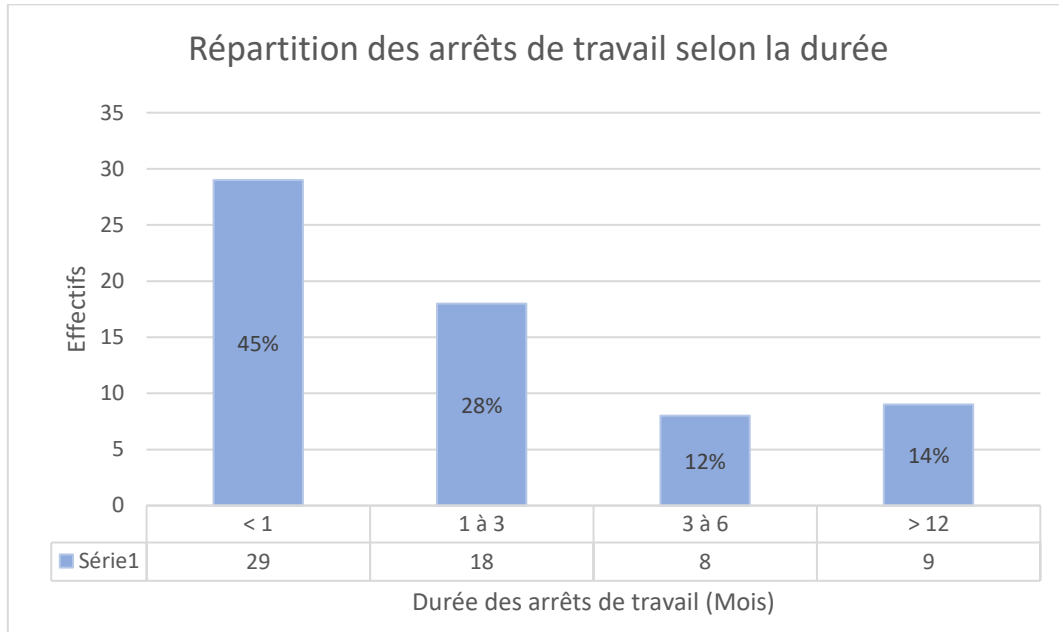


Figure 28. Répartition des arrêts de travail selon la durée.

Parmi les 63 patients en arrêt de travail pour *burn-out*, seuls 23 d'entre eux (36 %) ont rencontré leur médecin du travail dans le cadre d'une visite de préreprise.

Dans près de 70 % des cas, les arrêts se sont terminés par une reprise du travail sans modification du poste, 10 % ont bénéficié d'une adaptation de poste, 6 % d'une inaptitude et pour 15 % d'entre eux aucune solution n'a été trouvée.

Arrêt travail

Non	98 (60,0 %)
Oui	66 (40,0 %)

Durée de l'arrêt de travail (mois)

< 1	29 (45,0 %)
1-3	18 (28,0 %)
3-6	8 (12,0 %)
> 12	9 (14,0 %)

Patient actuellement en arrêt maladie

Non	52 (80,0 %)
Oui	13 (20,0 %)

Visite de préreprise

Non	41 (64,0 %)
Oui	23 (36,0 %)

Finalité de l'arrêt maladie

Adaptation de poste	6 (9,2 %)
Aucune solution	9 (14,0 %)
Inaptitude	4 (6,2 %)
Poursuite de l'arrêt	1 (1,5 %)
Retour au travail	45 (69,0 %)

¹n (%)*Figure 29. Caractéristiques des arrêts maladie.*

4. ÉTUDES BIVARIEES

Caractéristique	Présence de symptômes		
	OR ¹	95% IC ¹	p-valeur
Genre			
Femme	—	—	
Homme	0,44	0,26 – 0,73	0,002
Age (Années)			
< 25	—	—	
25-34	0,71	0,17 – 2,47	0,6
35-49	0,50	0,13 – 1,58	0,3
50-59	0,60	0,15 – 1,98	0,4
60 et plus	0,57	0,12 – 2,53	0,5
Diplôme			
Aucun diplôme	—	—	
CAP/BEP	1,80	0,31 – 14,1	0,5
BAC	2,19	0,40 – 16,6	0,4
BAC + 2	3,68	0,66 – 28,4	0,2
BAC + 3	3,64	0,66 – 27,8	0,2
BAC + 5	4,33	0,74 – 34,5	0,12
> BAC + 5	3,43	0,53 – 29,8	0,2
Secteur d'activité			
Ouvrier	—	—	
Employé	1,64	0,66 – 4,13	0,3
Artisan ou Commerçant	0,34	0,04 – 1,81	0,2
Profession intermédiaire	0,48	0,06 – 2,78	0,4
Cadre	2,31	0,89 – 6,15	0,087
Profession libérale ou assimilée	4,80	1,38 – 18,8	0,017
Durée de travail (Années)			
< 1	—	—	
1-2	1,20	0,35 – 4,20	0,8
3-5	0,50	0,18 – 1,36	0,2
6-10	1,08	0,37 – 3,05	0,9
11-20	0,81	0,30 – 2,05	0,7
> 21	1,01	0,38 – 2,58	>0,9
Temps de travail			
Temps partiel	—	—	
Temps plein	0,84	0,44 – 1,59	0,6
Réalisation de télétravail			
Non	—	—	
Oui	0,85	0,43 – 1,70	0,6

¹OR = rapport de cotes, IC = intervalle de confiance

Figure 30. Etudes bivariées recherchant les facteurs de risque de développer un burn-out.

La réalisation d'études bivariées a permis de mettre en évidence le sexe masculin comme facteur protecteur contre le *burn-out* avec un OR de 0,44 [IC : 0,26 – 0,73].

Le fait de faire partie d'une profession libérale ou assimilée est, quant à lui, un facteur de risque de développer un *burn-out* (OR 4,80 [IC : 1,38 – 18,8]).

Aucun autre lien statistique n'a été montré dans cette étude.

V. DISCUSSION

A. FORCES DE L'ETUDE

Beaucoup d'études sur le *burn-out* ont été menées dans des corps de métier bien précis, notamment dans le secteur médical. Dès la conception de cette étude, nous avons souhaité être le plus représentatif possible de la population que nous pouvons rencontrer en médecine générale, en intégrant l'ensemble des catégories socioprofessionnelles, chez des hommes et des femmes, d'âges et d'environnements différents. C'est également pour cette raison que l'étude porte à la fois sur une population urbaine qu'est l'agglomération arrageoise mais aussi sur la population du bassin minier de Lens et sa proche périphérie. Cette représentativité de la population est une force non négligeable de cette étude.

Le taux de réponse de 66,8 % peut être considéré comme important pour un questionnaire distribué sur la base du volontariat dans les cabinets de ville. Bon nombre de patients m'ont fait part de leur intérêt pour les résultats de cette étude, qu'ils aient ou non soufferts de *burn-out* ; preuve en est que celui-ci est une préoccupation importante chez nos patients.

B. FAIBLESSES DE L'ETUDE

1. BIAIS

Cette étude comporte des biais inévitables dont le plus important est celui de sélection et ses sous-catégories. Parmi elles, on retrouve :

- **le biais de recrutement** : du fait du choix de la population source, nous avons déjà sélectionné une importante partie de la population : les patients malades. Bien que quelques exceptions existent, la grande majorité des patients rencontraient leur médecin dans le cadre d'une pathologie. Nous savons également que la population consultant en médecine générale n'est pas extrapolable à la population générale ;
- **le biais de volontariat** : les patients acceptant de répondre à une étude ont des caractéristiques propres qui peuvent être différentes de la population ne souhaitant pas y participer ;
- **le biais d'attribution** : bien que le questionnaire fût destiné à l'ensemble des patients consultant un médecin, il semble évident que certains médecins ont pu être influencés lors de la remise du questionnaire. En effet, il apparaît opportun de penser à distribuer un questionnaire portant sur la pathologie du patient, et que cela l'est bien moins lorsqu'un patient consulte dans le cadre d'une pathologie aiguë dans le contexte sanitaire actuel ;
- **le biais de non-réponse** : nous avons choisi de distribuer les questionnaires de manière aléatoire et de laisser le choix aux patients d'y répondre ou non. Nous pouvons penser que les « répondeurs » se sentaient plus concernés par le sujet que ceux n'y répondant pas, entraînant un biais de sélection positif.

Outre le biais de sélection, nous ne pouvons pas écarter le **biais d'information**. En effet, les patients répondant à un questionnaire anonyme sont susceptibles de mentir par exagération, omission ou mauvaise compréhension. De surcroît, il n'existe, à ce jour, aucun consensus quant à la définition du *burn-out*. Cette absence de définition permet un certain laxisme quant au diagnostic et peut donc induire les patients en erreur.

Enfin, nous ne pouvons méconnaître les nombreux **biais de confusion** pouvant entrer en ligne de compte. Bien que le *burn-out* soit lié à un épuisement au travail, certaines habitudes de vie ainsi qu'un bon étayage personnel semblent jouer un rôle primordial dans l'apparition d'un syndrome d'épuisement. Selon S. HOBFOLL, la présence de relations sociales dans lesquelles compréhension, partage et empathie existent serait un facteur protecteur, bien plus que la multiplicité des relations en elle-même^[19].

La consommation d'alcool, l'empiétement de la vie professionnelle sur la vie personnelle, les troubles du sommeil sont, quant à eux, des facteurs de risque bien démontrés dans la littérature^[20].

2. EXTRAPOLATION A LA POPULATION GENERALE

La proportion de femmes et hommes semble différente de la population générale (51,5 %) puisqu'ici 67 % des répondants étaient des femmes. Cela peut être dû au fait qu'institutionnellement les femmes ont tendance à consulter plus fréquemment un médecin, mais aussi qu'elles sont généralement plus enclines à répondre à des questionnaires. Ainsi, comme le montre l'étude de A. MADOUGOU SARIKI, le profil du patient consultant en médecine générale est une jeune femme active^[21]. Cette tendance semble s'affirmer dans d'autres études^{[22][23]}.

3. PERTE DE DONNEES

Afin de répondre aux demandes du délégué à la protection des données, le questionnaire a dû être modifié afin de minimiser la reconnaissance des patients : il a été demandé d'inclure des tranches d'âges ou de temps plutôt que des chiffres précis. Cette modification a limité l'extrapolation et a occasionné une perte de données quant à la durée de l'arrêt de travail (6 à 12 mois).

Dans notre étude, 68 % des patients déclarant avoir ressenti des symptômes du *burn-out* en auraient fait part au corps médical. Les données des 32 % n'ayant pas consulté auraient pu inverser la tendance des résultats. Cette perte de données entraîne une perte de validité externe quant à l'extrapolation des résultats concernant notamment la prise en charge.

C. IMPACT DE LA PANDEMIE SUR LA SANTE MENTALE

Le contexte sanitaire exceptionnel auquel nous devons faire face depuis 2020 a profondément modifié la répartition du temps de travail mais aussi le ressenti des travailleurs. La pratique du télétravail, l'éloignement des collaborateurs, la mise en arrêt des métiers dits « non primordiaux » lors des différents confinements ont pu être des éléments modifiant le ressenti des patients envers leur activité professionnelle.

L'analyse bimestrielle des indicateurs en santé mentale dans les Hauts-de-France retrouvait, pour le second semestre 2021, une dégradation significative de la santé mentale et une augmentation du recours aux soins pour troubles psychologiques et anxieux, idées suicidaires chez l'adulte. Cette augmentation semble plus fréquente depuis le début de la pandémie^[24].



Figure 31. Evolution mensuelle des recours à SOS Médecins des 18 ans et plus pour états dépressifs.

Dans l'étude de Malakoff Humanis, publiée en 2021, 41 % des personnes interrogées estimaient que la crise sanitaire avait eu un impact négatif sur leur santé mentale^[25].

Ainsi la proportion des patients en *burn-out* a sensiblement été impactée par les modifications profondes du travail.

Les précédentes études sur le *burn-out*, notamment les études gouvernementales, ont été réalisées dans un climat sanitaire propice, ce qui peut également expliquer les différences de résultats.

À titre d'information, le premier relevé trimestriel 2022, paru le 15 mars dernier, souligne, à son tour, une hausse du nombre de passages aux urgences pour troubles psychiatriques, troubles anxieux et troubles psychotiques par rapport à l'année 2021^[26].

Étant donné les différents biais cités, les résultats de cette étude ne semblent pas pouvoir être extrapolés à la population générale et doivent être replacés au sein de leur échantillon.

D. ANALYSE

1. OBJECTIF PRIMAIRE

Notre recherche est l'une des premières fondée sur l'ensemble de la population générale, quelle que soit la catégorie socioprofessionnelle. Ainsi, le taux de *burn-out* dans notre population est de 59,2 %, bien loin des taux révélés par les études gouvernementales.

En 2010, selon l'étude de la Direction de l'animation, de la recherche, des études et des statistiques (DARES), « 23 % de salariés estimaient devoir (toujours ou souvent) effectuer une quantité de travail excessive, 24 % déclaraient que leur supérieur ne les aidait pas à mener à bien leurs tâches, 43 % déclaraient que leur travail n'était parfois ou jamais reconnu à sa juste valeur, 36 % disaient devoir (toujours ou souvent) faire des choses qu'ils désapprouvent au sein de leur entreprise, 40 % déclaraient au cours de leur travail être amenés à être en contact avec des personnes en situation de détresse^[27] ». En 2012, les données de santé publique retrouvaient un taux de souffrance psychique en lien avec le travail extrêmement bas de l'ordre de 3,1 % chez les femmes contre 1,4 % chez les hommes^[28]. En 2014, le cabinet Technologia, moins optimiste, déclarait que 3,2 millions de travailleurs, soit près de 13 %, étaient à risque de *burn-out*^[29]. En 2015, l'Institut de veille sanitaire (InVS), devenu Santé publique France estimait, en extrapolant ses résultats à l'ensemble de la population active, que 480 000 actifs pourraient être en souffrance psychique du fait de leur travail, soit 2 %^[28]. Leurs études retrouvent une progression du taux de *burn-out* entre 2007 et 2012 passant de 4,65 % à 7 %.

Bien loin des taux annoncés dans les études gouvernementales, notre prévalence se rapproche d'autres études ciblant des populations spécifiques. Une étude datant de 2010, réalisée en Picardie, retrouvait également un taux de *burn-out* chez les médecins généralistes de 56 %^[30]. Une seconde étude de 2016, fondée une population identique, retrouvait un taux globalement semblable de 54,7 %^[31]. Un article paru dans *La Voix du Nord*, en juillet 2017, déclarait que « 34,3 % des actifs jugeaient leur travail nuisible pour leur santé et que 39,2 % déclaraient avoir fait un *burn-out* » (chiffres extraits d'une étude de la CFDT^[32]). Dans notre région, en 2018, 47,5 % des médecins généralistes étaient en *burn-out* selon l'étude de G. LEMAN^[33].

2. OBJECTIFS SECONDAIRES

a) FACTEURS DE RISQUE

Dans notre étude, le taux de *burn-out* est influencé par le genre. Il semblerait que le sexe masculin soit protecteur. L'influence du sexe est très discutée, et les études sont contradictoires. Pour C. MASLACH, le sexe masculin confère une protection vis-à-vis du *burn-out*. D'autres études comme celle de I. KHIREDIN *et al.* pour Santé publique France ou celle de P. CATHÉBRAS & A. BREGNON retrouvent, elles aussi, un surrisque pour le sexe féminin^{[28][34]}.

D'autre part, nous avons démontré un surrisque de développer un *burn-out* chez les professions libérales et assimilées. Ce surrisque peut être lié au faible effectif de cette catégorie (IC : 1,38 – 18,8). Il est bien connu des autres études portant sur le *burn-out*, puisque la grande majorité d'entre elles sont réalisées dans cette catégorie professionnelle.

Quelques études retrouvent un lien significatif entre la catégorie sociale et la survenue d'un *burn-out* sans que la catégorie professionnelle (secteur d'activité) n'intervienne^[28].

Nos résultats ne retrouvent pas de lien significatif entre la survenue d'un *burn-out* et l'âge, le diplôme obtenu, la durée dans l'entreprise et les modalités de travail. Les études retrouvent des résultats divergents sur ces différents facteurs de risque.

L'âge semble être, pour certains, un facteur de risque du *burn-out* bien que les études soient discordantes sur l'âge le plus à risque^{[28][35]}. Pour K. AHOLA *et al.*, le *burn-out* pourrait être influencé par l'éducation et le niveau socio-éducatif chez la femme ; alors que chez l'homme, le *burn-out* serait impacté par l'état matrimonial du patient^[36]. Pour PATEL *et al.*, la faible expérience professionnelle serait un facteur de risque^[37].

Concernant le télétravail, une étude de Malakoff Humanis, datant de décembre 2020, retrouvait un taux de télétravail partiel ou complet de 31 %^[25]. Selon une enquête DARES menée en juin 2021, le taux de télétravail était de 26 % (au moins un jour par semaine au cours du mois de mai 2021^[38]). Dans notre étude, nous retrouvons un taux de télétravail de 24,3 % qui semble corrélérer avec les données gouvernementales.

Cependant, 37,7 % des patients ayant répondu au questionnaire n'ont pas souhaité répondre à cet item, entraînant une perte de données considérable. Sous réserve de cette perte de donnée, la présence de télétravail ne semble pas protéger l'employé du *burn-out*.

b) ÉCHELLE DE MASLACH

Le taux de non-réponses à certains items de l'échelle peut s'expliquer par leur complexité et notamment par l'usage de termes très axés sur les professions libérales et de services (collègues/patients/clients/élèves) ainsi que les implications inhérentes à ces métiers (contact avec les autres, empathie...). L'utilisation du CBI, plus adapté à l'ensemble des corps de métier, aurait pu minimiser cet effet.

Statistiquement, nous avons choisi de ne pas rechercher d'association entre chaque dimension de l'échelle de Maslach et les variables sociodémographiques. La multiplication des tests aurait faussement trouvé des liens statistiques. Nous avons choisi de nous cantonner à la recherche de liens significatifs entre les symptômes ressentis et les variables sociodémographiques.

Enfin, nous avons retrouvé une correspondance de 61,8 % entre l'échelle de Maslach et le ressenti des patients (59,4 % en retirant la dimension d'AP). Cette discordance peut s'expliquer par le fait que certains patients répondaient au questionnaire en se remémorant un *burn-out* passé mais répondaient à l'échelle de Maslach selon leur situation actuelle (commentaires dans la marge). Nous avons également pu remarquer que dans chaque variable sociodémographique, les patients présentant à la fois des symptômes et, au minimum, un score élevé dans une dimension de l'échelle de Maslach ne représentaient qu'une partie de ceux décrivant des symptômes ou présentant un score élevé dans une dimension. Ainsi, la validité du test peut être remise en question. Nous avons ici choisi de prendre comme référence les patients décrivant des symptômes, mais les résultats de l'étude auraient pu être différents en fonction du référentiel choisi. On retrouve, également, le surrisque de développer un *burn-out* chez les femmes et les professions libérales.

c) TRAITEMENTS ENTREPRIS

Il faut rester critique quant aux résultats concernant les traitements, car, si pour le traitement médicamenteux, plus de 60 % des patients ont reçu une ordonnance, ils ne sont que 30 % à avoir été adressés vers un professionnel de la santé mentale, et 18 % à avoir rencontré un médecin du travail. Les effectifs sont trop faibles pour pouvoir être extrapolables ou avoir une valeur significative dans la population générale.

De plus, il a été difficile de mettre en évidence une différence significative dans l'amélioration des symptômes ressentis par les patients tant la prise en charge de ces derniers est corrélée au médecin qui les suit et à ses habitudes de prescription. Il ne nous est pas possible de savoir si les patients ont refusé le rendez-vous avec un personnel de la santé mentale ou s'il ne leur a simplement pas été proposé.

Les tests statistiques n'ont pas été réalisés du fait du faible échantillonnage qui aurait faussement retrouvé des liens significatifs et dont les OR auraient été colossaux. De plus, ces tests statistiques étaient peu appropriés, car chaque patient n'a pas été « exposé » aux mêmes thérapeutiques.

d) ARRET DE TRAVAIL

Parmi les patients en arrêt de travail, seuls 23 d'entre eux ont été adressés vers un médecin du travail pour réaliser une visite de préreprise (36 %). Cependant, 20 % des patients en arrêt l'étaient encore au moment du questionnaire. Ces 13 patients auraient pu changer drastiquement la répartition de la finalité des arrêts.

Dans notre étude, il semble que les arrêts liés à l'épuisement au travail soient essentiellement des arrêts de courte durée (un mois). À l'inverse, une étude menée par Malakoff Humanis, parue en septembre 2021, retrouvait une augmentation des arrêts maladie de 30 % entre janvier et mai 2021 dont 19 % sont liés à des troubles psychologiques^[25]. Sur ces 19 %, 30 % attribués à une origine professionnelle étaient des arrêts de plus d'un mois (arrêt long)^[25]. Cette étude retrouve également une augmentation des arrêts maladie pour causes professionnelles passant de 24 % en janvier à 29 % en mai 2021. Cette tendance est appuyée par une précédente étude de Malakoff Humanis de 2019 qui retrouvait un taux de 18 %. Le taux d'arrêt long s'est également allongé passant de 24 % en 2019 à 30 % en 2021^[17].

Il faut, cependant, garder en mémoire que le *burn-out* n'étant pas reconnu comme une pathologie en tant que telle, bon nombre de médecins n'imputent pas directement les troubles psychologiques à la profession de leurs patients sur les feuillets d'arrêt maladie, minimisant les taux d'arrêts pour *burn-out* dans les études.

3. PROPOSITIONS

Premièrement, il semble important d'apporter une définition claire et standardisée du *burn-out*. Ainsi, cette pathologie pourrait être **reconnue** et faire l'objet d'études quant aux thérapeutiques à entreprendre.

Secondairement, la **prévention** semble être le maître mot dans la prise en charge du *burn-out*. Outre le coût sociétal des arrêts liés à la souffrance au travail, le *burn-out* est un raz de marée qui dévaste des vies.

a) PREVENTION PRIMAIRE

Certains auteurs ont proposé des pistes d'amélioration comme valoriser la reconnaissance, optimiser le système effort/récompense, favoriser un support social et instaurer un temps pour l'échange au travail^{[40][41]}.

Une visite médicale au sein de l'entreprise pourrait également être proposée régulièrement. Une majorité de patients dit n'avoir eu affaire à leur médecin du travail qu'une seule fois au cours de leur carrière. La création d'équipes ou de projets destinés à évaluer le bien-être au travail pourrait être instaurée.

Le troisième Plan Santé au Travail (PST 3), réalisé de 2016 à 2020 sur demande du Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social, décrit la prévention du *burn-out* comme un axe de travail majeur^[42]. Comme le suggérait déjà le rapport Lachmann – Larose – Pénicaud, paru en février 2010, « toute action de prévention des risques psycho-sociaux débute par un temps d'échange entre salariés et dirigeants sur des situations de travail du quotidien. Ensuite seulement, pourront être envisagées des modifications de l'organisation du travail^[43] ».

L'action 1.17 du PST 3 propose la constitution de « groupes régionaux travaillant sur les risques psychosociaux afin d'insuffler une dynamique de prévention et d'actions partenariales répondant aux besoins identifiés du territoire ». L'action suivante porte sur le renforcement de l'offre de services à destination des petites entreprises, car, comme le montre le rapport HERACLES, le risque de *burn-out* est d'autant plus élevé que l'entreprise comporte peu de salariés^[44].

Il existe un guide, disponible en ligne sur le site de l'INRS, à destination des managers, chefs d'entreprise, DRH et autres membres de la direction afin de les aider à comprendre les facteurs de risque de *burn-out* et de mettre en place des actions de prévention. Il peut être consulté gratuitement ou commandé dans sa version papier (annexe III). Un second dépliant est également disponible, à destination des salariés, afin de les aider à reconnaître les signes de stress mais aussi de trouver des soutiens et identifier les personnes-ressources à consulter avant que le *burn-out* ne s'installe (annexe IV).

b) PREVENTION SECONDAIRE

Une meilleure formation des médecins généralistes pourrait être une piste à explorer. Ces derniers pourraient, ainsi, rechercher les symptômes précurseurs, engager une discussion ouverte avec leurs patients et proposer des réponses concrètes et adaptées à leur situation.

Des méthodes spécifiques en psychanalyse, telles que la stimulation magnétique transcrânienne et le *biofeedback* ont fait leurs preuves dans l'amélioration des symptômes du *burn-out*. D'autres ressources, appelées Coping, permettraient d'aider l'individu à s'adapter au stress auquel il fait face. En complément, des méthodes de relaxation, de méditation ainsi que le recours à des *coaches* de vie ou des sophrologues pourraient être envisagés.

Pour NEWMAN & BEEHR^[45], ces méthodes doivent s'appuyer sur quatre axes :

- action sur les conditions physiques et physiologiques : sport, alimentation, etc. ;
- action sur les conditions psychologiques : évaluation de l'estime de soi, gestion de vie, etc. ;
- action sur les comportements : prendre du temps pour soi, étoffer son environnement social, relativiser, etc. ;
- action sur l'environnement de travail.

Pour certains psychiatres, le *burn-out* n'est pas un état dépressif, et la prescription d'antidépresseur ne semble pas être intéressante quant à sa prise en charge. Les médicaments ne devraient servir qu'à atténuer les symptômes secondaires comme l'anxiété et l'insomnie. L'anxiolyse semble être un non-sens puisqu'on demande au patient d'être moteur de sa santé.

c) PREVENTION TERTIAIRE

La création de réseau axé sur la santé du travail pourrait être mise en place en prenant exemple sur les réseaux gériatriques ou des CMP.

À Paris, le « Centre du *burn-out* » est un établissement qui propose une prise en charge pluridisciplinaire et globale de tous les troubles psychiques liés au travail. Il propose des thérapeutiques comme la stimulation magnétique transcrânienne, le *neurofeedback*, la pleine conscience ou des thérapies brèves comme l'EDMR ou la TCC.

Ce centre regroupe une diététicienne, une hypnothérapeute, un médecin généraliste, des psychiatres, plusieurs psychologues mais aussi une psychomotricienne, un sophrologue, une *coach* de vie et une spécialiste en médecines douces et alternatives. Le centre propose des groupes de parole mais aussi une aide juridique pour les patients demandeurs.

Dans la même lignée, un centre PsyPro a ouvert à Lille en mai dernier. Modèle déjà présent à Lyon et Grenoble, cette clinique offre une prise en charge à long terme des patients en *burn-out*. Cette dernière est à la fois collective, permettant d'insuffler une dynamique de groupe, et individuelle. Fondée sur une prise en charge de 12 à 18 mois, le centre intègre dans un premier temps une phase de repos avec reprise d'estime de soi puis une seconde durant laquelle différentes options professionnelles seront soumises aux patients qu'ils approfondiront durant la dernière phase. Le centre PsyPro de Lyon a permis de remettre au travail un grand nombre de patients. L'expansion de ce modèle pourrait être envisagée dans l'ensemble des régions du territoire français.

Des associations de patients existent en dehors du cadre médical afin de compléter la prise en charge. (« Réseau du traitement de l'épuisement professionnel », « Vaincre le *burn-out* »...)

Enfin, il faut penser à « l'après » ou comment se reconstruire après un *burn-out*.

Une étude rétrospective fondée sur des cadres d'Île-de-France ayant subi un *burn-out* a mis en lumière un lien inextricable entre les concepts de temps et d'espace qui permettent une reconstruction pérenne de l'identité professionnelle du patient.

Dans le post *burn-out*, on retrouve des « *flash bulb memories* » ou « souvenirs des circonstances associées à des conséquences [...] qui suscitent une forte émotion ». À l'instar des réminiscences retrouvées dans l'ESPT, ces souvenirs paralysent le patient et affectent ses facultés cognitives (compréhension du discours, apprentissage, prise de décision...) nécessaires à la reconstruction d'un avenir professionnel.

L'atteinte de l'*ethos* semble primordiale selon de nombreux auteurs. Il s'agit des valeurs qui donnent du sens, une impulsion quant à la direction à prendre, un seuil d'épanouissement. Il est à différencier de l'éthique qui est la valeur morale qui sert à évaluer, juger et délimiter le bien du mal. Comme le décrit S. BATAILLE dans son étude sur *La reconstruction professionnelle après un burn-out, durant le burn-out*, l'*ethos* souffre et l'éthique tranche. Alors que lors de la reconstruction du salarié, les rôles s'inversent, et l'éthique souffre pendant que l'*ethos* s'exprime et donne l'impulsion d'un nouveau départ^[46].

Les centres PsyPro ont pour projet d'instaurer un suivi post *burn-out* pour les patients ayant repris une activité professionnelle afin de les accompagner dans leur reconstruction.

E. OUVERTURE

Plusieurs éléments portent à questionnement à la fin de cette étude ; notamment l'absence de déclaration de symptômes de *burn-out* à un professionnel de santé. Il pourrait être intéressant de se questionner sur la raison d'une telle retenue. S'agit-il d'un manque d'information à ce sujet, d'un déni des patients ou d'une appréhension de leur part ? Ont-ils l'impression d'être jugés par leur médecin ?

Quant aux thérapeutiques entreprises, il semble étonnant que seuls 30 % des patients aient été adressés vers un professionnel de la santé mentale. Quelles peuvent en être les raisons ? S'agit-il d'un refus des patients ou de l'absence de proposition des médecins traitants ? Le coût et les difficultés de prise en charge ont-ils un impact ? Depuis peu, l'accès au psychologue est remboursé sur prescription médicale. Bien que cette action soit décriée par les psychologues eux-mêmes, permet-elle une prise en charge plus accessible ?

Ce questionnement pourrait également s'élargir au médecin du travail qui n'a été interpellé que dans 18 % des cas de *burn-out*.

Enfin, une étude longitudinale, bien que complexe à mettre en place, se basant sur une population de patients en *burn-out* pourrait mettre en lumière l'utilité et l'efficacité des thérapeutiques en se basant sur l'échelle de Maslach, référentiel fixe et reproductible.

VI. CONCLUSION

Le *burn-out* est un drame tant sur le plan humain que sociétal. Phénomène complexe, il est encore mal compris et sous-estimé. Il est, de nos jours, non reconnu comme pathologie selon les classifications médicales. Se trouvant à la croisée du médical, du social et de la psyché, aucune solution thérapeutique n'a encore prouvé son efficacité. Dans notre étude, nous avons, pour la première fois, examiné l'ensemble de la population générale dans deux des plus importantes agglomérations du Pas-de-Calais. Avec un taux de 59,2 % de *burn-out*, l'étude confirme l'ascendance inquiétante de ce mal-être dans la population. Le climat sanitaire préoccupant et les dispositions gouvernementales ont probablement accéléré son expansion.

Nous avons mis en évidence un risque statistique de développer un *burn-out* dans la catégorie socioprofessionnelle des « professions libérales & assimilées ». Le fait d'être un homme semble être un facteur protecteur quant au développement du *burn-out*. Nous n'avons malheureusement pas insisté sur le mode de vie des patients, l'étayage familial et amical ou leurs habitudes de vie (sport, consommation d'alcool ou de tabac). L'antécédent de dépression ou de maladie psychiatrique préexistante peut également jouer un rôle dans l'apparition d'un syndrome d'épuisement, partageant des liens étroits.

Comme de nombreuses études, nous mettons en lumière le mal-être d'une population qui n'est pas entendue. L'aggravation de la prévalence tend à penser qu'il n'y aura pas d'amélioration spontanée et qu'il est nécessaire de mettre en place, le plus rapidement possible, des actions de prévention et une prise en charge standardisée ayant fait preuve de son efficacité.

VII. BIBLIOGRAPHIE

- [1] H. Freudenberger, *L'épuisement professionnel : « la brûlure interne »*, Gaëtan Morin. 1998.
- [2] P. E. Josse, « Le burn-in et le burn-out », p. 12, 2008.
- [3] M. P. L. C. MASLACH, *Burn Out : Des solutions pour se préserver et pour agir.*, Les Arènes, mars 2016.
- [4] Le Galès-Camus C, « Allocution de l'Organisation mondiale de la Santé. La santé est l'affaire de tous : les arguments économiques en faveur d'une bonne santé en milieu de travail. » Conférence de Montréal, juin 2005.
- [5] P. Askenazy *et al.*, « Rapport GOLLAC. Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser », p. 223, 2011.
- [6] « L'origine de la notion de stress : le modèle de Hans Selye et le "syndrome général d'adaptation" », *Éditions Tissot*, Mai 2020.
- [7] F. Ferreri, « Stress et cognition », *Mise au point*, p. 8, 2004.
- [8] C. Jacque et J.-M. Thurin, « Stress, immunité et physiologie du système nerveux », *Med Sci (Paris)*, vol. 18, n° 11, art. n° 11, novembre 2002.
- [9] « Mécanismes de la neuroplasticité : le stress », *Neuroplasticité*.
- [10] S. Takashio *et al.*, « Significance of Low Plasma Levels of Brain-Derived Neurotrophic Factor in Patients With Heart Failure », *American Journal of Cardiology*, vol. 116, n° 2, p. 243-249, juillet 2015.
- [11] L. Lorgis *et al.*, « Serum brain-derived neurotrophic factor and platelet activation evaluated by soluble P-selectin and soluble CD-40-ligand in patients with acute myocardial infarction », *Fundamental & Clinical Pharmacology*, vol. 24, n° 4, p. 525-530, 2010.
- [12] E. C. D. Gullette, « Effects of Mental Stress on Myocardial Ischemia During Daily Life », *JAMA*, vol. 277, n° 19, p. 1521, mai 1997.

- [13] N. Bergmann, F. Gyntelberg, et J. Faber, « The appraisal of chronic stress and the development of the metabolic syndrome : a systematic review of prospective cohort studies », *Endocrine Connections*, vol. 3, n° 2, p. R55-R80, juin 2014.
- [14] S. N. Willich, H. Löwel, M. Lewis, A. Hörmann, H. R. Arntz, et U. Keil, « Weekly variation of acute myocardial infarction. Increased Monday risk in the working population. », *Circulation*, vol. 90, n° 1, p. 87-93, juillet 1994.
- [15] H. Gu, C. Tang, et Y. Yang, « Psychological stress, immune response, and atherosclerosis », *Atherosclerosis*, vol. 223, n° 1, p. 69-77, juillet 2012.
- [16] « Le Stress. ELIPS pour combattre l'infarctus et l'athérosclérose. Hôpitaux Universitaires de Genève », avril 2021.
- [17] « Malakoff Médéric Humanis présente les résultats de son Étude Absentéisme 2019. », novembre 2019.
- [18] L. Cappelletti et H. Savall, « Le coût caché de l'absentéisme au travail : 108 milliards € », *Institut Sapiens*, novembre 2018.
- [19] S. E. Hobfoll, *The ecology of stress*. Hemisphere Publishing Corp. 1988.
- [20] M. R. Wolf et J. B. Rosenstock, « Inadequate Sleep and Exercise Associated with Burnout and Depression Among Medical Students », *Acad Psychiatry*, vol. 41, n° 2, p. 174-179, avril 2017.
- [21] « Profils sociodémographiques et motifs de recours aux soins non programmés des patients en médecine générale dans un centre de santé », *Sorbonne Université - Département de médecine générale*, juillet 2022.
- [22] Observatoire régional de la santé de la Réunion, « Les recours urgents ou non programmés en médecine générale à la Réunion. Exploitation de l'échantillon régionale de l'enquête de la DREES », décembre 2007.
- [23] R. Berroyer, « Caractéristiques des patients consultant à SOS médecin Vierzon. Thèse d'exercice », septembre 2019.
- [24] Santé Publique France, « Analyse bimestrielle des indicateurs surveillés en continu. POINT EPIDEMIO. Santé mentale. » Hauts-De-France, octobre 2021.

- [25] « Baromètre annuel Télétravail Malakoff Humanis 2021 - Newsroom Malakoff Humanis », 2021.
- [26] Hauts-De-France, « Analyse trimestrielle des indicateurs surveillés en continue. POINT EPIDEMIO. Santé Mentale », mars 2022.
- [27] DARES, « Les risques psychosociaux au travail : les indicateurs disponibles », N° 081, décembre 2010.
- [28] Imane Khireddin, Audrey Lemaître, Julie Homère, Julie Plaine, Loïc Garras et Marie-Christine Riol, Madeleine Valenty et le Groupe MCP 2012, « La souffrance psychique en lien avec le travail chez les salariés actifs en France entre 2007 et 2012, à partir du programme MCP », 30 mars 2015.
- [29] Technologia, « Etude clinique et organisationnelle permettant de définir et de quantifier le burnout », février 2014.
- [30] D. Guérin, *Le burnout des médecins généraliste en Picardie*. Thèse d'exercice. Amiens, 2010.
- [31] A. Leturque, *Le burn-out des médecins généralistes picards : prévalences et facteurs associés*. Thèse d'exercice. Amiens, 2016.
- [32] D. Gaudissart, « 40% des travailleurs des Hauts-de-France exposés au “burn out” », *La Voix du Nord*, juillet 2017.
- [33] G. Leman, « Prévalence du Burnout des médecins généralistes libéraux en activité dans le Nord et le Pas-de-Calais : étude quantitative descriptive et recherche des facteurs favorisant ». Thèse d'exercice. Lille, octobre 2018.
- [34] P. Cathébras, A. Begnon, S. Laporte, C. Bois, et D. Truchot, « Épuisement professionnel chez les médecins généralistes » *Press Med*, 2004.
- [35] M. del M. Molero Jurado, M. del C. Pérez-Fuentes, J. J. G. Gázquez Linares, M. del M. Simón Márquez, et Á. Martos Martínez, « Burnout Risk and Protection Factors in Certified Nursing Aides », *Int J Environ Res Public Health*, vol. 15, n° 6, p. 1116, juin 2018.

- [36] K. Ahola *et al.*, « Burnout in the general population. Results from the Finnish Health 2000 Study », *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, vol. 41, n° 1, p. 11-17, janvier 2006.
- [37] S. K. Patel, M. J. Kelm, P. W. Bush, H.-J. Lee, et A. M. Ball, « Prevalence and risk factors of burnout in community pharmacists », *J Am Pharm Assoc (2003)*, vol. 61, n° 2, p. 145-150, avril 2021.
- [38] DARES, « Activité et conditions d'emploi de la main d'œuvre pendant la crise sanitaire COVID 19 », juin 2021.
- [39] M. Lourel et N. Gueguen, « Une méta-analyse de la mesure du burnout à l'aide de l'instrument MBI », *L'Encéphale*, vol. 33, n° 6, p. 947-953, décembre 2007.
- [40] L. Durat et A. Bartoli, « La face cachée des risques psycho-sociaux : pour une requalification managériale et organisationnelle », *Gestion et management public*, vol. 3/1, n° 3, p. 17-43, 2014.
- [41] V. Haberey-Knuessi, « Des exigences aux ressources, le modèle de Demerouti au service des soins infirmiers », *Recherche en soins infirmiers*, vol. 104, n° 1, p. 23-29, 2011.
- [42] Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue Social, « Plan Santé au travail », 2016-2020.
- [43] H. Lachmann, C. Larose, et M. Penicaud, « Bien-être et efficacité au travail – 10 propositions pour améliorer la santé psychologique au travail », février 2010.
- [44] Lille : F2RSM, « Institut national de la santé et de la recherche médicale, Agence régionale de santé Nord-Pas-de-Calais Picardie, Sorbonne universités, Sentinelles. Résultats de l'étude Héraclès. Surveillance par les médecins généralistes de la souffrance psychique liée au travail en région Nord-Pas-de-Calais », 2016.
- [45] J. E. Newman et T. A. Beehr, « Personal and Organizational Strategies for Handling Job Stress : A Review of Research and Opinion », *Personnel Psychology*, vol. 32, n° 1, p. 1-43, 1979.
- [46] S. Bataille, « La reconstruction professionnelle après un burnout », mars 2014.

VIII. ICONOGRAPHIE

FIGURE 1. MODELE DESCRIPTIF DES PHASES DU BURNOUT SELON L'IPBO TEL QUE DECRIT PAR M. WILLEMS & K. MALFILATRE.....	6
FIGURE 2. NIVEAUX DE SCORE EN FONCTION DE CHAQUE DIMENSION DU BURNOUT SELON C.MASLACH	8
FIGURE 3. . ILLUSTRATION DES TROIS PHASES DU SYNDROME GENERAL D'ADAPTATION DANS LE CADRE PROFESSIONNEL.	11
FIGURE 4. MECANISMES DE NEUROPLASTICITE.....	11
FIGURE 5. TDM CENTRE SUR L'HIPPOCAMPE D'UN ENFANT NORMAL ET SUR CELUI D'UN ENFANT AYANT SUBI DES VIOLENCES. D'APRES J.DOUGLAS BREMNER.	12
FIGURE 6. REPARTITION DES INFARCTUS DU MYOCARDE SELON LES JOURS DE LA SEMAINE CHEZ LES PATIENTS ACTIFS VERSUS LES PATIENTS NE TRAVAILLANT PAS.	13
FIGURE 7. MECANISMES MAJORANT LE RISQUE CARDIO-VASCULAIRE.....	14
FIGURE 8. DISTRIBUTION DES ARRETS DE TRAVAIL SELON LA DUREE ET LE MOTIF.	16
FIGURE 9. REPARTITION DES QUESTIONNAIRES ADMIS DANS L'ETUDE.	22
FIGURE 10. LIEUX DE RECUEIL DES QUESTIONNAIRES.	23
FIGURE 11. REPARTITION DES PATIENTS SELON SECTEUR.....	23
FIGURE 12. REPARTITION DES PATIENTS SELON LE GENRE.	24
FIGURE 13. REPARTITION DES PATIENTS SELON L'AGE.....	24
FIGURE 14. REPARTITION DES PATIENTS SELON LE DIPLOME OBTENU.....	25
FIGURE 15. REPARTITION DES PATIENTS SELON LEUR CATEGORIE SOCIOPROFESSIONNELLE.	25
FIGURE 16. REPARTITION SELON LA DUREE DE TRAVAIL DANS L'ENTREPRISE	26
FIGURE 17. REPARTITION DES PATIENTS SELON LA PRESENCE DE SYMPTOMES DE BURN-OUT.....	27
FIGURE 18. PRESENCE DE SYMPTOMES EN FONCTION DES CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION ETUDIEE. .	28
FIGURE 19. ITEMS A PROBLEME EN FONCTION DU NOMBRE DE NON-REPONSE.	29
FIGURE 20. REPARTITION DES PATIENTS SELON LEUR SCORE DANS LES DIFFERENTES DIMENSIONS DU BURNOUT.	30
FIGURE 21. PREVALENCE DES NIVEAUX DE BURNOUT EN POURCENTAGE POUR LES TROIS DIMENSIONS DANS LA POPULATION GENERALE.....	30

FIGURE 22. DIAGRAMME DE VENN DES PATIENTS PRESENTANT AU MOINS UN NIVEAU ELEVE EN BURNOUT SELON LES TROIS DIMENSIONS DE L'ECHELLE DE MASLACH.....	31
FIGURE 23. CORRESPONDANCE ENTRE SYMPTOMES RESENTIS ET POSITIVITE DANS UNE DES DIMENSIONS DE L'ECHELLE DE MASLACH.	32
FIGURE 24. CORRESPONDANCE ENTRE SYMPTOMES RESENTIS ET POSITIVITE DANS UNE DES DIMENSIONS DE L'ECHELLE DE MASLACH (HORS AP).....	32
FIGURE 25. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION CIBLE.....	33
FIGURE 26. INTRODUCTION ET EFFICACITE SELON LES THERAPEUTIQUES ENTREPRIS	35
FIGURE 27. UTILISATION ET EFFICACITE DES TRAITEMENTS SELON LES MODALITES DE PRESCRIPTION.	35
FIGURE 28. REPARTITION DES ARRETS DE TRAVAIL SELON LA DUREE.....	36
FIGURE 29. CARACTERISTIQUES DES ARRETS MALADIE.....	37
FIGURE 30. ETUDES BIVARIEES RECHERCHANT LES FACTEURS DE RISQUE DE DEVELOPPER UN BURN-OUT.	38
FIGURE 31. EVOLUTION MENSUELLE DES RECOURS A SOS MEDECINS DES 18 ANS ET PLUS POUR ETATS DEPRESSIFS.	44

IX. Annexes

A. ANNEXE I : ÉCHELLE DE MASLACH

Évaluer votre niveau d'épuisement professionnel							
Indiquez la fréquence à laquelle vous ressentez ce qui est décrit à chaque item. Entourer le chiffre correspondant à votre réponse							
	Jamais	Quelques fois 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(e) 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'efforts	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 ragaillard(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

Instructions pour le calcul des indices de l'échelle de Maslach

ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL

Questions 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20

Degré de *burn-out*

Total inférieur à 17 = bas

Total compris entre 18 et 29 = modéré

Total supérieur à 30 = élevé

DÉPERSONNALISATION

Questions 5, 10, 11, 15, 22

Degré de *burn-out*

Total inférieur à 5 = bas

Total compris entre 6 à 11 = modéré

Total supérieur à 12 = élevé

ACCOMPLISSEMENT PERSONNEL

Questions 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21

Degré de *burn-out*

Total supérieur à 40 = bas

Total compris entre 34 et 39 = modéré

Total inférieur à 33 = élevé

B. ANNEXE II : QUESTIONNAIRE *BURN-OUT*

Burn-out

Bonjour, je suis Juliette ROCOUL, étudiant en médecine générale à l'université de Lille.

Dans le cadre de ma thèse, je réalise un questionnaire sur le *burn-out*. Il s'agit d'une recherche scientifique ayant pour but d'étudier la prévalence du *burn-out* dans le secteur arrageois. Si vous le souhaitez, je vous propose de participer à l'étude. Pour y répondre, vous devez simplement faire partie de la population active.

Ce questionnaire est facultatif, confidentiel et il vous prendra seulement 5 minutes !

Ce questionnaire n'étant pas identifiant, il ne sera donc pas possible d'exercer vos droits d'accès aux données, droit de retrait ou de modification. Aussi, pour assurer une sécurité optimale, vos réponses ne seront pas conservées au-delà de la soutenance de la thèse.

Le questionnaire fait l'objet d'une déclaration portant le n° 721217 au registre des traitements de l'université de Lille. Pour toute demande, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données à l'adresse suivante : dpo@univ-lille.fr. Vous pouvez également formuler une réclamation auprès de la CNIL. Merci à vous !

I. ÉPIDÉMIOLOGIE

1) Êtes-vous :

Un homme

Une femme

2) Quel âge avez-vous ?

Moins de 25 ans

25 – 34 ans

35 – 49 ans

50 – 59 ans

60 – 69 ans

70 ans et plus

3) Quel diplôme avez-vous ?

CAP, BEP ou équivalent

Niveau BAC ou BAC obtenu

Aucun diplôme

BAC + 2

BAC + 3

BAC + 5

Sup à BAC + 5

4) Dans quel secteur travaillez-vous ?

Agriculteur exploitant

Artisan ou commerçant

Profession libérale ou assimilée

Employé

Cadre de la fonction publique, profession intellectuelle et artistique

Cadre d'entreprise

Chef d'entreprise

Profession intermédiaire

Ouvrier

5) Depuis combien de temps travaillez-vous dans votre entreprise ?

Moins d'un an

1 à 2 ans

3 à 5 ans

6 à 10 ans

11 à 20 ans

21 ans et plus

6) Travaillez-vous

À temps plein

À temps partiel

En télétravail

En présentiel

II. PRISE EN CHARGE

- 1) **Avez-vous déjà ressenti les symptômes du *burn-out*** (épuisement physique, difficulté inhabituelle à prendre des décisions, perte de sens en votre métier, remise en cause de vos valeurs, baisse de l'estime de soi) ?
- Oui Non

Si « Non », passez à la page suivante.

- 2) En avez-vous parlé avec un professionnel de santé (médecin traitant, psychologue, médecin du travail) ?
- Oui Non
- 3) Vous a-t-on proposé/prescrit un traitement contre *l'anxiété ou la dépression dans le cadre d'un épuisement lié au travail (ou burn-out)* ?
- Oui Non
- 4) **SI OUI**, vous sentez-vous mieux depuis l'instauration du traitement ?
- Oui Non
- 5) Vous a-t-on dirigé(e) vers un psychologue/psychiatre ?
- Oui Non
- 6) **SI OUI**, avez-vous l'impression d'avancer grâce à ce suivi psychologique ?
- Oui Non
- 7) Avez-vous eu de l'aide de la part du médecin du travail ?
- Oui Non
- 8) **SI OUI**, ces rencontres vous ont-elles paru utiles/nécessaires ?
- Oui Non
- 9) Avez-vous déjà été en arrêt de travail *pour dépression, anxiété ou surmenage lié au travail* ?
- Oui Non

Si « Non », passez à la page suivante.

- 10) Quelle est la durée de l'arrêt de travail le plus récent ?

En cas d'arrêt de travail en cours, cochez la durée depuis le début de l'arrêt ainsi que la case « arrêt de travail en cours »

- Moins d'un mois De 3 à 6 mois
 De 1 à 3 mois Plus d'un an
 Actuellement en arrêt de travail pour cette raison

- 11) Avez-vous pu bénéficier d'une ou plusieurs visite(s) de préreprise avec le médecin du travail ?
- Oui Non

- 12) Quelle est la finalité de votre arrêt ?

- Retour au travail
 Adaptation de poste
 Inaptitude au poste
 Aucune solution pour le moment (poursuite de l'arrêt de travail)

Ce questionnaire a été élaboré dans l'optique d'évaluer votre niveau d'épuisement professionnel.
Même si vous n'arrivez pas au bout, la moindre réponse m'aidera beaucoup.

<p align="center">III. ÉCHELLE DE MASLACH</p> <p align="center">7) Évaluez votre niveau d'épuisement professionnel</p> <p align="center">Indiquez la fréquence à laquelle vous ressentez ce qui est décrit à chaque item.</p>	Jamais	Quelques fois par année au moins (rarement)	Une fois par mois au moins	Quelques fois par mois (la moitié du	Une fois par semaine (plus souvent oui que	Quelques fois par semaine (la plupart	Chaque jour (toujours)
23. Vous vous sentez émotionnellement vidé(e) par votre travail	0	1	2	3	4	5	6
24. Vous vous sentez « à bout », vidé(e) à la fin de votre journée de travail	0	1	2	3	4	5	6
25. Vous vous sentez fatigué(e) quand vous vous levez le matin et que vous avez à affronter une autre journée de travail	0	1	2	3	4	5	6
26. Vous pouvez comprendre facilement ce que les personnes autour de vous ressentent (patients/clients/élèves/collègues)	0	1	2	3	4	5	6
27. Vous sentez qu'il vous arrive de vous occuper des personnes (clients/élèves) de façon impersonnelle (de manière mécanique, sans attachement)	0	1	2	3	4	5	6
28. Travailler avec des gens tout au long de la journée vous demande beaucoup d'efforts	0	1	2	3	4	5	6
29. Vous vous occupez très efficacement des problèmes rencontrés au travail	0	1	2	3	4	5	6
30. Vous sentez que vous craquez à cause de votre travail	0	1	2	3	4	5	6
31. Vous avez l'impression à travers votre travail d'avoir une influence positive sur les gens/votre entreprise.	0	1	2	3	4	5	6
32. Vous êtes devenu(e) plus insensible aux gens depuis que vous avez ce travail	0	1	2	3	4	5	6
33. Vous craignez que ce travail ne vous endurecisse émotionnellement	0	1	2	3	4	5	6
34. Vous vous sentez plein(e) d'énergie	0	1	2	3	4	5	6
35. Vous vous sentez frustré(e) par votre travail	0	1	2	3	4	5	6
36. Vous sentez que vous travaillez « trop dur » dans votre travail	0	1	2	3	4	5	6
37. Vous ne vous souciez pas vraiment de ce qui arrive au travail.	0	1	2	3	4	5	6
38. Travailler au contact direct des gens vous stresse trop	0	1	2	3	4	5	6
39. Vous arrivez facilement à créer une atmosphère détendue avec vos collègues/patients/clients/élèves	0	1	2	3	4	5	6
40. Vous vous sentez ragaillard(e) (revivifié(e)/fortifié(e)) lorsque vous travaillez au contact de personnes	0	1	2	3	4	5	6
41. Vous avez accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans votre travail	0	1	2	3	4	5	6
42. Vous vous sentez au bout du rouleau	0	1	2	3	4	5	6
43. Dans votre travail, vous traitez les problèmes émotionnels très calmement	0	1	2	3	4	5	6
44. Vous avez l'impression que les patients/clients/élèves vous rendent responsable de certains de leurs problèmes	0	1	2	3	4	5	6

stress
harcèlement
agression
burnout...

9 CONSEILS POUR AGIR AU QUOTIDIEN SUR LES RISQUES PSYCHOSOCIAUX

On ne combat bien que ce que l'on connaît.
Il est donc important d'avoir un minimum
d'informations, de connaissances sur les risques
psychosociaux, leurs définitions, les différentes
formes qu'ils peuvent prendre, leurs causes
en lien avec le travail, leurs conséquences sur
la santé des salariés ainsi que sur l'entreprise.

9

1 ÉVALUEZ LA CHARGE DE TRAVAIL

« Mes collaborateurs
se plaignent d'avoir
trop de travail...
Comment limiter
cette charge de
travail et les aider
à la réguler ?

Qui n'a pas entendu un jour
dans son entreprise : « Je suis
débordé », « Je n'arrête pas »,
« Je ne sais pas comment
je vais m'en sortir ». Si les
salariés s'expriment ainsi,
cela ne signifie pas qu'ils sont
effectivement surchargés,
mais peut-être que leur
charge de travail n'a pas été

suffisamment régulée.
Travailler n'est pas qu'une affaire
de quantité, de réalisation de
tâches programmées (nombre
de clients à recevoir, nombre
de pièces à fabriquer...).
Le temps pour faire son travail
n'est pas linéaire. Il peut
être fait d'interruptions, de
périodes de ralentissement ou
d'accélération, d'une demande
inattendue d'un client,
d'une panne de machine...
Le travail ne peut se réduire
à l'application de schémas
organisationnels théoriques
ou de consignes strictes
préétablies. La réalité impose
souvent un redéploiement
des ressources, des remises
en cause, des ajustements,
une régulation permanente.



10

ET EN PRATIQUE, COMMENT FAIRE ?

Donnez des objectifs clairs et réalistes

Tout salarié a besoin de repères sur ce que l'on attend réellement de son travail. Les objectifs de travail guident les salariés dans la réalisation de leurs tâches. Pour cela :

- > **clarifiez** le contenu des fonctions et des postes (fiches de poste);
- > **définissez** les objectifs attendus et les moyens attribués;
- > **précisez** le périmètre de responsabilité des salariés (lettre de mission...);
- > **assurez-vous** que chaque salarié a une vision claire de ses priorités.

Cherchez avec vos salariés les adaptations possibles en cas d'augmentation de la charge de travail

Vous ne pouvez pas refuser les demandes de vos clients et vous devez faire face avec un effectif constant. La charge de travail augmente, vos salariés travaillent sous pression et se découragent. Que faire ?

- > **explorez** d'autres voies possibles avec vos salariés (organisation du temps de travail, développement des compétences, répartition des rôles de chacun);
- > **faites-les collaborer** à cette recherche de solutions, compte tenu de leur connaissance de la réalité du terrain.

Évaluez la charge réelle de travail

Le travail réel n'est jamais identique au travail prescrit. Lorsque vous organisez le travail :

- > **prenez en compte** la possibilité d'aléas (panne d'une machine, arrêt maladie...), et le temps d'apprentissage (nouvel embauché, changement de logiciel...);
- > **faites des points réguliers** individuels ou en réunions d'équipe sur l'état d'avancement du travail;
- > **élaborez collectivement** des ajustements en cas de débordement;
- > **aidez vos salariés** à établir des priorités, si besoin;
- > **informez-les** des changements à venir (production, organisation...).

Conservez du temps pour la relation

Dans un environnement de travail où les perturbations sont fréquentes, sauvegardez du temps pour le consacrer à la relation avec vos collaborateurs. Les salariés acceptent mieux ce qu'ils doivent faire et la quantité de travail, à partir du moment où ils ont pu exprimer leur point de vue. Et leur retour du terrain vous sera d'une aide précieuse pour mieux organiser l'activité.

Reconnaissez les efforts de vos salariés

Faites preuve de reconnaissance envers les salariés pour les efforts qu'ils acceptent de faire, afin de ne pas ajouter de la déception au stress de la surcharge.

2 DONNEZ DE L'AUTONOMIE À VOS SALARIÉS



« Mes collaborateurs me disent ne pas réussir à travailler à leur façon. En quoi est-ce important ? »



Questionnez-vous sur votre organisation. Si elle est trop prescriptive (faibles marges de manœuvre dans la manière de faire son travail, rythme de travail imposé...), elle appauvrit le contenu du travail et par là même son intérêt. En ne disposant pas suffisamment d'autonomie, vos salariés n'ont pas la possibilité de réguler à leur manière leur travail (en reportant des tâches, en demandant de l'aide à des collègues, en réalisant les opérations dans un ordre différent). Cela peut vous priver en partie de leur savoir-faire et tend à les dévaloriser sur le plan de leurs compétences professionnelles. L'autonomie ne signifie pas laisser les salariés « se débrouiller » ou leur donner des objectifs flous (qui pourraient être de nouvelles sources de stress). Il s'agit de rendre possible l'atteinte d'un objectif par différents moyens et permettre ainsi aux salariés d'être acteurs de leur travail.



ET EN PRATIQUE, COMMENT FAIRE ?

Écoutez et impliquez vos salariés

Avoir de l'autonomie dans son travail, c'est avoir la possibilité de se prononcer sur les décisions qui concernent son travail et la manière de l'accomplir. Par conséquent :

- > **présentez** à vos salariés les objectifs;
- > **discutez** avec eux sur la manière de les atteindre;
- > **associez-les** aux décisions qui impactent directement leur travail;
- > **valorisez et rendez possible** le développement de leur savoir-faire.

Laissez des marges de manœuvre aux salariés

Ne soyez pas trop prescriptif à partir du moment où l'atteinte des objectifs est respectée. Des salariés qui se sentent maîtres de leur activité seront plus impliqués dans leur travail et dans la mise en œuvre de leur savoir-faire et de leurs compétences...

Pour cela :

- > **laissez-leur**, dans la mesure du possible, le choix des façons de faire, des outils, de l'ordre des tâches, par exemple;
- > **donnez-leur** également la possibilité de choisir leurs moments de pause, si cela est compatible avec l'activité.

Permettez les prises d'initiatives de la part des salariés

Les salariés dans le travail ont besoin d'autonomie pour exprimer leur intelligence, leur bon sens devant l'imprévu. Ils sont souvent les mieux placés pour identifier les dysfonctionnements et proposer des pistes d'amélioration. Dans ce but :

- > **favorisez** la recherche collective des solutions aux problèmes;
- > **encouragez** les remontées d'informations sur les difficultés rencontrées, les échanges de pratiques.

Développez les compétences des salariés

Vos salariés doivent pouvoir développer leurs compétences professionnelles, apprendre des choses nouvelles. Il est important qu'ils aient le sentiment d'évoluer professionnellement et d'être toujours à niveau. Quand vous élaborez un plan de formation, prenez en compte les besoins de l'entreprise et ceux exprimés par les salariés.

3 SOUTENEZ VOS COLLABORATEURS

« Mes commerciaux n'obtiennent pas les résultats escomptés. Comment les aider à rester motivés ? »

Tout salarié a besoin de soutien de la part de sa hiérarchie pour l'aider dans la réalisation de son travail, comme par exemple régler des difficultés imprévues, arbitrer sur un projet, désamorcer un conflit... Le soutien de l'entreprise signifie que le manager et la direction se préoccupent des salariés autant que de leurs contributions à l'entreprise.



D. ANNEXE IV : DEPLIANT CONCERNANT LES RISQUES PSYCHOSOCIAUX A

DESTINATION DES SALARIES



**stress
harcèlement
agression
burnout...**

RISQUES PSYCHOSOCIAUX, EN PARLER POUR EN SORTIR



**stress
harcèlement
agression
burnout...**

Stress, harcèlement, agression au travail, burnout... tout le monde peut être exposé un jour ou l'autre aux risques psychosociaux (RPS) au travail et en souffrir.

Le plus souvent, il est possible de prendre du recul. Mais parfois cela ne suffit pas.

Vous avez l'impression de ne plus pouvoir faire correctement votre travail, de ne plus avoir « le temps de tout faire », d'être moins concentré. Vous vous renfermez sur vous-même, vous êtes épuisé, vous dormez mal à cause du travail... N'attendez pas que la situation s'aggrave ! Ne restez pas seul avec votre souffrance. Parlez-en ! N'ayez pas peur d'être « jugé ».

De multiples interlocuteurs au sein de votre entreprise et à l'extérieur peuvent vous aider. En parler, c'est déjà agir, cela permet de relativiser, d'essayer de comprendre, d'avoir le regard d'une tierce personne et de faire remonter les difficultés rencontrées.

LES RPS, C'EST QUOI EXACTEMENT ?

Les risques psychosociaux (RPS) regroupent le stress, les violences externes (insultes, incivilités, agressions...) et les violences internes (harcèlement moral ou sexuel, conflits exacerbés...). Ils se traduisent par un mal-être au travail, un sentiment d'épuisement professionnel (burnout) ou une souffrance mentale et/ou physique.

« Vous vivez des changements permanents dans votre entreprise : modifications d'organigramme, restructurations, délocalisations, plans sociaux... »

« Vous avez le sentiment de faire un travail inutile, dénué de sens, contraire à vos valeurs... »

« Vous avez le sentiment d'avoir trop de travail : impression de manquer de temps en permanence, difficultés à atteindre vos objectifs, travail qui empiète sur votre vie personnelle... »

« Vos rapports avec vos collègues et/ou votre hiérarchie sont difficiles : situations de conflits, de rivalité, de mise en concurrence entre salariés, d'exclusion, traitements inéquitables... »

« Vous n'avez pas de marge de manœuvre pour faire votre travail : procédures rigides, pas de possibilité de prise d'initiative, moment des pauses imposé... »

« Votre travail est éprouvant sur le plan émotionnel : confrontation à des situations difficiles (décès de patients, personnes en détresse, clients agressifs...) »

« Vous avez le sentiment que vos efforts ne sont pas reconnus à leur juste valeur et de ne pas être soutenu par votre hiérarchie : rares remerciements, pas d'augmentation, manque de disponibilité et d'écoute, absence d'arbitrage... »

**« stress
harcèlement
agression
burnout... »**

Quelles peuvent en être les causes ?

« Quels signaux peuvent vous alerter ? »

« Vous vous sentez plus nerveux, irritable, angoissé, agressif, triste : vous pleurez souvent, vous vous repliez sur vous-même, vous avez du mal à coopérer... »

« Vous vous sentez moins efficace dans votre travail : vous avez du mal à vous concentrer, vous commettez des erreurs, des oublis... »

« Vous avez des petits soucis de santé : des maux de tête, des douleurs musculaires et articulaires, des insomnies, des palpitations... »

« Vous ressentez le besoin de consommer des produits ou des médicaments pour « tenir le coup » : café, tabac, alcool, drogue, somnifères, anxiolytiques... »

« Votre comportement alimentaire change : vous mangez plus, vous grignotez ou vous n'avez plus d'appétit. »

QUI SOLLICITER SI J'ESTIME ÊTRE EXPOSÉ AU STRESS, À DES AGRESSIONS, AU BURNOUT OU AU HARCELEMENT DANS LE TRAVAIL ?



COLLÈGUES



**DRH
ENCADREMENT
INTERMÉDIAIRE**

**CHEF
D'ENTREPRISE**



**REPRÉSENTANTS
DU PERSONNEL**



**SERVICE
DE SANTÉ
AU TRAVAIL**

(MÉDECIN DU TRAVAIL,
INFIRMIÈRE,
PSYCHOLOGUE
DU TRAVAIL...)



**MÉDECIN
TRAITANT**

Vous appartenez à une équipe de travail et tout salarié a l'obligation de prendre soin de sa santé et de celle de ses collègues.

Ce qu'ils peuvent faire :

- Éviter l'isolement
- Vous soutenir pour faire face à la situation
- Vous donner un autre avis
- Vous faire prendre conscience que d'autres sont dans la même situation

Ils peuvent avoir, par délégation de l'employeur, des pouvoirs décisionnaires et ils sont vos premiers interlocuteurs dans la ligne hiérarchique.

Ce qu'ils peuvent faire :

- Procéder à l'analyse des difficultés rencontrées afin de mettre en œuvre pour vous et vos collègues des mesures d'amélioration de la situation et des conditions de travail
- Adapter votre activité et modifier votre poste si nécessaire
- Vous orienter si besoin vers le service de santé au travail
- Mettre en œuvre les préconisations du médecin du travail
- Faire une déclaration en cas d'accident du travail

L'employeur est tenu à une obligation de sécurité de résultat à l'égard de ses salariés. Il doit prendre les mesures nécessaires pour assurer leur sécurité et protéger leur santé physique et mentale.

Ils ont une compétence légale pour intervenir sur tout sujet relatif à la santé et la sécurité au travail.

Ce qu'ils peuvent faire :

- Vous écouter en toute confidentialité
- Vous conseiller et chercher une solution avec vous
- Alerter le service de santé au travail ou la hiérarchie, avec votre accord
- Mener une enquête sur les conditions de travail
- Faire des propositions d'amélioration des conditions de travail

Il a pour mission d'éviter toute altération de la santé du fait du travail. Il est le conseiller de l'employeur, des salariés, des représentants du personnel.

Ce qu'il peut faire :

- Vous écouter et évaluer l'état de votre santé par rapport à votre travail dans le respect du secret professionnel
- Réaliser une étude de votre poste et de vos conditions de travail et proposer le cas échéant un aménagement de poste en fonction de votre état de santé
- Se prononcer sur la compatibilité de votre état de santé avec votre poste de travail
- Vous orienter vers un médecin traitant, un spécialiste (psychiatre, cardiologue...), un psychologue, une consultation de pathologie professionnelle ou de « souffrance au travail »
- Vous orienter vers l'assistante sociale (du service de santé au travail, de l'entreprise, de la Carsat)
- Vous aider à faire valoir vos droits sociaux auprès de la CPAM
- Alerter de façon collective votre employeur et les représentants du personnel

Il est votre référent en matière de soins.

Ce qu'il peut faire :

- Assurer la prise en charge médicale et son suivi (soumis au secret professionnel)
- Vous orienter vers un spécialiste (psychiatre, cardiologue...), le médecin du travail, un psychologue, une consultation de pathologie professionnelle ou de « souffrance au travail »
- Vous orienter vers l'assistante sociale (du service de santé au travail, de l'entreprise, de la Carsat)
- Vous aider à faire valoir vos droits sociaux auprès de la CPAM



**INSPECTION
DU TRAVAIL**



**ORGANISATIONS
SYNDICALES
DE SALARIÉS
ASSOCIATIONS
D'AIDE AUX
VICTIMES**



AVOCAT



**SERVICES
DE POLICE
OU DE
GENDARMERIE**

Elle est chargée de veiller au respect du droit du travail et notamment du respect des règles applicables en matière de santé et sécurité.

Ce qu'elle peut faire :

- Écouter vos difficultés en toute confidentialité (soumis au secret professionnel)
- Vous informer sur vos droits et vous conseiller
- Intervenir dans l'entreprise afin de procéder à une enquête si elle l'estime nécessaire ou rappeler à l'employeur ses obligations
- Qualifier juridiquement les faits et décider des suites à donner

Elles ont un rôle de conseil et d'aide.

Ce qu'elles peuvent faire :

- Vous informer, vous aider à analyser la situation, réfléchir aux orientations possibles
- Vous soutenir et vous aider dans vos démarches

Il a un rôle d'information, de conseil et de défense des droits des personnes.

Ce qu'il peut faire :

- Vous conseiller et vous aider, le cas échéant, à constituer votre dossier en vue d'une action judiciaire pénale et/ou civile
- Faire valoir vos droits et vous représenter en justice afin d'obtenir réparation des préjudices subis

Ils sont là pour faire respecter la loi et l'ordre public.

Ce qu'il peut faire :

- Enregistrer votre plainte ou une main courante en cas d'agression
- Faire diligenter une enquête



Découvrez également nos affiches sur les risques psychosociaux sur www.inrs.fr/RPS



Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles
65, boulevard Richard-Lenoir 75011 Paris - Tél. 01 40 44 30 00 - info@inrs.fr

Édition INRS ED 6251
2^e édition (juin 2015) - 30 000 ex. - ISBN 978-2-7389-2548-0
Design graphique et illustrations : Zanon - imprimé par Mipa



**Merci beaucoup pour votre participation !
Vous jouez un rôle primordial dans la réalisation de ma thèse.**

Pour accéder aux résultats scientifiques de l'étude, vous pouvez me contacter à
cette adresse : juliette.rocoul.etu@univ-lille.fr

Si vous vous sentez touché(e) par le *burn-out*, osez en parler !

Nom : ROCOUL

Prénom : Juliette

Date de soutenance : 15 sept. 2022

Titre de la thèse : Syndrome d'épuisement professionnel ou *burn-out* : état de santé de la population active consultant en médecine générale dans des secteurs arrageois et lensois – Médecine – Lille 2022

Cadre de classement : Médecine générale

DES + spécialité : Médecine générale

Mots-clés : *burn-out*, épuisement professionnel, population générale, Arrageois, Lensois

Résumé

Objectifs – Évaluer la prévalence du *burn-out* dans la population générale des agglomérations de Lens et d'Arras. Secondairement, définir les facteurs de risques, identifier les thérapeutiques introduites et leur efficacité et analyser les arrêts maladie prescrits en matière de durée et de finalité. **Méthodes** – Nous avons réalisé une étude qualitative, descriptive, transversale, prospective, multicentrique par distribution de questionnaires anonymes à tous patients consultant un médecin généraliste. Étaient exclus les patients retraités ou n'ayant pas d'activité professionnelle au moment de l'étude. L'échelle de mesure utilisée était le *Maslach Burnout Inventory*. **Résultats** – Le taux de participation est de 66,9 % (301/450). 168 patients (59,2 %) déclaraient être ou avoir été en *burn-out*. La correspondance entre les symptômes ressentis et un score élevé dans une des dimensions de l'échelle de Maslach est de 61,4 %. La catégorie professionnelle des « libéraux et assimilés » représente un facteur de risque de développer un *burn-out* (OR = 4,8 ; IC 95 % [1,38 – 18,8] ; p = 0,017). Le sexe masculin est, quant à lui, un facteur protecteur (OR = 0,44 ; IC 95 % [0,26 – 0,73] ; p = 0,002). **Conclusion** – Le *burn-out* semble devenir le mal du siècle. Il paraît urgent de mettre en place des mesures de prévention autant à l'échelle individuelle que collective afin d'améliorer la prise en charge de ces patients toujours plus nombreux.

Composition du jury :

Présidente : Pr Sophie QUINTON-FANTONI

Asseseurs :

Dr Jan BARAN

Dr Caroline MICHAUT

Directrice de thèse : Dr Nathalie DHALENNE