

**THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN PHARMACIE**

**Soutenue publiquement le 24 Avril 2017
Par Mlle Léa Ghesquière**

**Le Burn Out en pharmacie d'officine.
Etude statistique dans la Région des Hauts-de-
France.**

Membres du jury :

Président : Monsieur Damien Cuny

Doyen et Professeur des Universités, Faculté de Pharmacie, Lille

Assesseurs :

Madame Claire Pinçon

Maître de conférences en Biomathématiques, Faculté de Pharmacie, Lille

Monsieur Bertrand Decaudin

Vice-Doyen et Professeur des Universités, Faculté de Pharmacie, Lille

Membre extérieur : Monsieur David Alapini

Président du Conseil Régional de l'Ordre des Pharmaciens, Lille



Faculté des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques de Lille

3, rue du Professeur Laguesse - B.P. 83 - 59006 LILLE CEDEX

☎ 03.20.96.40.40 - 📠 : 03.20.96.43.64

<http://pharmacie.univ-lille2.fr>



Université Lille 2 – Droit et Santé

Président :	Professeur Xavier VANDENDRIESSCHE
Vice-présidents :	Professeur Alain DUROCHER Professeur Régis BORDET Professeur Eric BOULANGER Professeur Frédéric LOBEZ Professeur Murielle GARCIN Professeur Annabelle DERAM Professeur Muriel UBEDA SAILLARD Monsieur Ghislain CORNILLON Monsieur Pierre RAVAUX Monsieur Larbi AIT-HENNANI Madame Nathalie ETHUIN Madame Ilona LEMAITRE
Directeur Général des Services :	Monsieur Pierre-Marie ROBERT

Faculté des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques

Doyen :	Professeur Damien CUNY
Vice-Doyen, 1 ^{er} assesseur :	Professeur Bertrand DECAUDIN
Assesseur en charge de la pédagogie	Dr. Annie STANDAERT
Assesseur en charge de la recherche	Pr. Patricia MELNYK
Assesseur délégué à la scolarité	Dr. Christophe BOCHU
Assesseur délégué en charge des relations internationales	Pr. Philippe CHAVATTE
Assesseur délégué en charge de la vie étudiante	M. Thomas MORGENROTH
Chef des services administratifs :	Monsieur Cyrille PORTA

Liste des Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	ALLORGE	Delphine	Toxicologie
M.	BROUSSEAU	Thierry	Biochimie
M.	DECAUDIN	Bertrand	Pharmacie Galénique
M.	DEPREUX	Patrick	ICPAL
M.	DINE	Thierry	Pharmacie clinique
Mme	DUPONT-PRADO	Annabelle	Hématologie
M.	GRESSIER	Bernard	Pharmacologie
M.	LUYCKX	Michel	Pharmacie clinique
M.	ODOU	Pascal	Pharmacie Galénique
Mme	RENNEVILLE	Aline	Hématologie
M.	STAELS	Bart	Biologie Cellulaire

Liste des Professeurs des Universités

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
M.	ALIOUAT	EI Moukhtar	Parasitologie
Mme	AZAROUAL	Nathalie	Physique
M.	BERTHELOT	Pascal	Onco et Neurochimie
M.	CAZIN	Jean-Louis	Pharmacologie – Pharmacie clinique
M.	CHAVATTE	Philippe	ICPAL
M.	COURTECUISSÉ	Régis	Sciences végétales et fongiques
M.	CUNY	Damien	Sciences végétales et fongiques
Mme	DELBAERE	Stéphanie	Physique
M.	DEPREZ	Benoît	Laboratoire de Médicaments et Molécules
Mme	DEPREZ	Rebecca	Laboratoire de Médicaments et Molécules
M.	DUPONT	Frédéric	Sciences végétales et fongiques
M.	DURIEZ	Patrick	Physiologie
M.	FOLIGNE	Benoît	Bactériologie
M.	GARÇON	Guillaume	Toxicologie
Mme	GAYOT	Anne	Pharmacotechnie Industrielle
M.	GOOSSENS	Jean François	Chimie Analytique
M.	HENNEBELLE	Thierry	Pharmacognosie
M.	LEMDANI	Mohamed	Biomathématiques
Mme	LESTAVEL	Sophie	Biologie Cellulaire
M.	LUC	Gerald	Physiologie
Mme	MELNYK	Patricia	Onco et Neurochimie
M.	MILLET	Régis	ICPAL
Mme	MUHR – TAILLEUX	Anne	Biochimie
Mme	PAUMELLE-LESTRELIN	Réjane	Biologie Cellulaire
Mme	PERROY	Anne Catherine	Législation
Mme	ROMOND	Marie Bénédicte	Bactériologie
Mme	SAHPAZ	Sevser	Pharmacognosie
M.	SERGHÉRAERT	Eric	Législation
Mme	SIEPMANN	Florence	Pharmacotechnie Industrielle
M.	SIEPMANN	Juergen	Pharmacotechnie Industrielle
M	TARTAR	André	Laboratoire de Médicaments et Molécules
M.	WILLAND	Nicolas	Laboratoire de Médicaments et Molécules

Liste des Maîtres de Conférences - Praticiens Hospitaliers

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	BALDUYCK	Malika	Biochimie
Mme	GARAT	Anne	Toxicologie
Mme	GOFFARD	Anne	Bactériologie
M.	LANNOY	Damien	Pharmacie Galénique
Mme	ODOU	Marie Françoise	Bactériologie
M.	SIMON	Nicolas	Pharmacie Galénique

Liste des Maîtres de Conférences

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	ALIOUAT	Cécile Marie	Parasitologie
M.	ANTHERIEU	Sébastien	Toxicologie
Mme	AUMERCIER	Pierrette	Biochimie
Mme	BANTUBUNGI	Kadiombo	Biologie cellulaire
Mme	BARTHELEMY	Christine	Pharmacie Galénique
Mme	BEHRA	Josette	Bactériologie
M	BELARBI	Karim	Pharmacologie
M.	BERTHET	Jérôme	Physique
M.	BERTIN	Benjamin	Immunologie
M.	BLANCHEMAIN	Nicolas	Pharmacotechnie industrielle
M.	BOCHU	Christophe	Physique
M.	BORDAGE	Simon	Pharmacognosie
M.	BOSC	Damien	Laboratoire de Médicaments et Molécules
M.	BRIAND	Olivier	Biochimie
Mme	CACHERA	Claude	Biochimie
M.	CARNOY	Christophe	Immunologie
Mme	CARON	Sandrine	Biologie cellulaire
Mme	CHABÉ	Magali	Parasitologie
Mme	CHARTON	Julie	Laboratoire de Médicaments et Molécules
M	CHEVALIER	Dany	Toxicologie
M.	COHELARD	Dominique	Biomathématiques
Mme	DANEL	Cécile	Chimie Analytique
Mme	DEMANCHE	Christine	Parasitologie
Mme	DEMARQUILLY	Catherine	Biomathématiques
Mme	DUMONT	Julie	Biologie cellulaire
Mme	DUTOUT-AGOURIDAS	Laurence	Onco et Neurochimie
M.	EL BAKALI	Jamal	Onco et Neurochimie
M.	FARCE	Amaury	ICPAL
Mme	FLIPO	Marion	Laboratoire de Médicaments et Molécules
Mme	FOULON	Catherine	Chimie Analytique
M.	FURMAN	Christophe	ICPAL
M.	GELEZ	Philippe	Biomathématiques
Mme	GENAY	Stéphanie	Pharmacie Galénique
M.	GERVOIS	Philippe	Biochimie
Mme	GOOSSENS	Laurence	ICPAL
Mme	GRAVE	Béatrice	Toxicologie
Mme	GROSS	Barbara	Biochimie
M.	HAMONIER	Julien	Biomathématiques
Mme	HAMOUDI	Chérifa Mounira	Pharmacotechnie industrielle
Mme	HANNOTHIAUX	Marie-Hélène	Toxicologie
Mme	HELLEBOID	Audrey	Physiologie
M.	HERMANN	Emmanuel	Immunologie
M.	KAMBIA	Kpakpaga Nicolas	Pharmacologie
M.	KARROUT	Youness	Pharmacotechnie Industrielle
Mme	LALLOYER	Fanny	Biochimie
M.	LEBEGUE	Nicolas	Onco et Neurochimie
Mme	LECOEUR	Marie	Chimie Analytique
Mme	LEHMANN	Hélène	Législation
Mme	LELEU-CHAVAIN	Natascha	ICPAL

Mme	LIPKA	Emmanuelle	Chimie Analytique
Mme	MARTIN	Françoise	Physiologie
M.	MOREAU	Pierre Arthur	Sciences végétales et fongiques
Mme	MUSCHERT	Susanne	Pharmacotechnie industrielle
Mme	NIKASINOVIC	Lydia	Toxicologie
Mme	PINÇON	Claire	Biomathématiques
M.	PIVA	Frank	Biochimie
Mme	PLATEL	Anne	Toxicologie
M.	POURCET	Benoît	Biochimie
M.	RAVAUX	Pierre	Biomathématiques
Mme	RAVEZ	Séverine	Onco et Neurochimie
Mme	RIVIERE	Céline	Pharmacognosie
Mme	ROGER	Nadine	Immunologie
M.	ROUMY	Vincent	Pharmacognosie
Mme	SEBTI	Yasmine	Biochimie
Mme	SINGER	Elisabeth	Bactériologie
Mme	STANDAERT	Annie	Parasitologie (80%)
M.	TAGZIRT	Madjid	Hématologie
M.	VILLEMAGNE	Baptiste	Laboratoire de Médicaments et Molécules
M.	WELTI	Stéphane	Sciences végétales et fongiques
M.	YOUS	Saïd	Onco et Neurochimie
M.	ZITOUNI	Djamel	Biomathématiques

Professeurs Agrégés

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	MAYES	Martine	Anglais
M.	MORGENROTH	Thomas	Législation

Professeurs Certifiés

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
M.	HUGES	Dominique	Anglais
Mlle	FAUQUANT	Soline	Anglais
M.	OSTYN	Gaël	Anglais

Professeur Associé - mi-temps

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
M.	DHANANI	Alban	Droit et Economie Pharmaceutique

Maîtres de Conférences ASSOCIES - mi-temps

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
M.	BRICOTEAU	Didier	Biomathématiques
Mme	CUCCHI	Malgorzata	Biomathématiques
M.	FRIMAT	Bruno	Pharmacie Clinique
M.	GILLOT	François	Droit et Economie pharmaceutique
M.	MASCAUT	Daniel	Pharmacie Clinique
M.	ZANETTI	Sébastien	Biomathématiques

AHU

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	DEKYNDT	Bérengère	Pharmacie Galénique
M.	PEREZ	Maxime	Pharmacie Galénique

***Faculté des Sciences Pharmaceutiques
et Biologiques de Lille***

3, rue du Professeur Laguesse - B.P. 83 - 59006 LILLE CEDEX
Tel. : 03.20.96.40.40 - Télécopie : 03.20.96.43.64
<http://pharmacie.univ-lille2.fr>

L'Université n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses ; celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Remerciements

A Madame Claire Pinçon, je vous remercie d'avoir accepté de diriger cette thèse. Vous m'avez fortement aidée et aiguillée dans ce projet. Merci pour votre gentillesse, votre disponibilité et votre implication.

A Monsieur le Professeur Damien Cuny, Doyen de la Faculté de Pharmacie, je vous remercie de m'avoir confié ce projet. Je suis très reconnaissante de l'honneur que vous me faites en acceptant de présider cette thèse.

A Monsieur le Professeur Bertrand Decaudin, je vous remercie pour votre présence au sein de mon jury et pour l'intérêt que vous avez toujours porté, en tant que Professeur, à la filière officine.

A Monsieur David Alapini, Président du Conseil régional de l'Ordre des Pharmaciens, vous me faites l'honneur de faire partie de ce jury, recevez ici toute ma reconnaissance.

A mes parents, pour vos encouragements, votre accompagnement et votre aide précieuse pendant toutes ces années, qui m'ont permis de réussir.

A Quentin, rencontré grâce aux études en pharmacie, pour l'amour et le soutien que tu m'apportes au quotidien. Merci pour tous les superbes moments passés ensemble...

A toute ma famille, mes grands parents et mon parrain, pour votre soutien dans ma scolarité surtout au moment des examens et pour m'avoir aidée à prendre confiance en moi.

A tous mes amis, notamment ma meilleure amie d'enfance, Domitille, un immense merci pour tous les moments partagés ensemble et ceux à venir.

A tous les amis formidables que j'ai rencontrés durant ces études :

A Charlotte, rencontrée en PACES, maintenant étudiante en 6^{ème} année de médecine, pour tous les moments géniaux passés ensemble, pour tout son soutien et son écoute durant toutes ces années qui m'ont permis d'évoluer.

A Lucas, « mon demi-cerveau », qui malgré son départ en Suisse continue à me donner des nouvelles et à me soutenir chaque jour. Notre motivation mutuelle durant toutes ces années nous a permis de réussir, ensemble. Merci aussi pour tous les moments de rigolade passés ensemble...

Aux amis de la « team pharma » : pour toutes ces années passées ensemble, pour votre entraide et votre soutien, et pour tous ces moments de plaisir, toutes les sorties et soirées en votre compagnie.

A toute l'équipe de la Pharmacie Roye, pour m'avoir fait découvrir l'univers officinal et donné l'envie de faire ce beau métier. Merci aussi de m'avoir formée durant toute ma scolarité.

Sommaire

Introduction	1
Partie I : Description du Burn Out.....	3
I) Historique.....	3
1) Origine.....	3
2) Autres désignations internationales de l'épuisement professionnel	4
II) Définition et diagnostic du Burn Out.....	5
1) Epuisement émotionnel.....	5
2) Dépersonnalisation ou cynisme	6
3) Accomplissement personnel	6
4) Score final	7
III) Le Stress : Point de départ du Burn Out.....	8
1) Définition	8
2) Les 3 phases du syndrome général d'adaptation au stress par Hans Selye	8
IV) Les signes du Burn Out.....	10
1) Données physiologiques	10
1.1) Biomarqueurs liés au stress	10
1.2) Au niveau cardiaque	11
2) Les manifestations du Burn Out	12
2.1) Les manifestations émotionnelles.....	12
2.2) Les manifestations physiques.....	12
2.3) Les manifestations cognitives	13
2.4) Les manifestations interpersonnelles et comportementales	13
2.5) Les manifestations attitudinales et motivationnelles	13
V) Problématiques liées au Burn Out	14
1) Différences entre Burn Out et Dépression.....	14
2) Reconnaissance du Burn Out en tant que maladie professionnelle	15
2.1) Prouver que le Burn Out est d'origine professionnelle à son médecin.....	15
2.2) Prouver que le Burn Out est d'origine professionnelle à sa caisse d'assurance maladie	16
Partie II : Etude	17
I) Méthode.....	17
1) Réalisation	17
2) Protocole.....	17

3)	Ethique	19
4)	Méthode statistique	19
II)	Statistiques descriptives générales.....	20
1)	Caractéristiques socio démographiques	21
2)	Caractéristiques professionnelles	21
3)	Score MBI	21
3.1)	Epuisement émotionnel	22
3.2)	Dépersonnalisation	22
3.3)	Accomplissement personnel.....	23
III)	Profil de la population avec un Score de risque élevé de Burn Out	24
1)	Epuisement émotionnel.....	24
1.1)	Statistiques descriptives concernant l'épuisement émotionnel	24
a)	Situation personnelle	24
b)	Situation professionnelle.....	26
c)	Caractéristiques de l'officine.....	27
1.2)	Facteurs ayant un lien statistiquement significatif avec le risque de Burn Out lié à l'épuisement émotionnel	28
2)	Dépersonnalisation	29
2.1)	Statistiques descriptives concernant la dépersonnalisation.....	29
a)	Situation personnelle	29
b)	Situation professionnelle.....	31
c)	Caractéristiques de l'officine.....	32
2.2)	Facteurs ayant un lien statistiquement significatif avec le risque de Burn Out lié à la dépersonnalisation	33
3)	Accomplissement personnel	34
3.1)	Statistiques descriptives concernant l'accomplissement personnel... ..	34
a)	Situation personnelle	34
b)	Situation professionnelle.....	35
c)	Caractéristiques de l'officine.....	37
3.2)	Facteurs ayant un lien statistiquement significatif avec le risque de Burn Out lié à l'accomplissement personnel	38
IV)	Stress et pharmacien	40
1)	Les causes de stress chez le pharmacien.....	40
2)	Gestion du stress au travail.....	40
3)	Le recours aux anxiolytiques à l'officine	42
3.1)	Echelle MBI	42

3.2)	Anxiété et Dépression.....	43
3.3)	Sommeil et fatigue	44
3.4)	Facteurs de risque ayant un lien statistiquement significatif avec la prise d'anxiolytiques.....	45
V)	Discussion	47
1)	Résultats	47
1.1)	Facteurs associés au risque de Burn Out.....	47
a)	Augmentation du nombre d'heures.....	47
b)	Département de l'officine	47
c)	Nombre de clients.....	48
d)	Parentalité	49
e)	Nombre de pharmaciens adjoints et préparateurs.....	49
1.2)	Facteurs associés à la prise d'anxiolytiques	50
2)	Limites de cette étude	51
2.1)	Taille de l'échantillon	51
2.2)	Modalités de l'étude.....	52
2.3)	Imprécision du diagnostic de Burn Out.....	52
3)	Autres études envisageables	53
4)	Comparaison avec d'autres professions de santé.....	54
a)	Epuisement émotionnel	54
b)	Dépersonnalisation	55
c)	Accomplissement personnel.....	56
Partie III :	Solutions pour prévenir et éviter le Burn Out	57
I)	Hot line.....	57
1)	Cellule d'écoute pour les pharmaciens d'île-de-France	57
2)	Première hot line disponible 24h/24	57
3)	Ouverture le 28/11/16 d'une hotline destinée au Burn Out des professionnels de santé.....	58
II)	Quelques mesures pour éviter le Burn Out de ses employés	58
1)	Inscription du Burn Out dans le Document unique de l'évaluation des risques.....	59
1.1)	Danger n°1 : Journées de travail intenses.....	59
a)	Les risques et dommages possibles.....	59
b)	Les moyens de prévention.....	60
1.2)	Danger n°2 : Exigences émotionnelles face au patient	60
a)	Les risques et dommages possibles.....	61

b)	Les moyens de prévention.....	61
1.3)	Danger n°3 : Interruptions fréquentes durant le travail	62
a)	Les risques et dommages possibles.....	62
b)	Les moyens de prévention.....	62
1.4)	Danger n°4 : Mauvaise qualité des relations	63
a)	Les risques et dommages possibles.....	63
b)	Les moyens de prévention.....	63
1.5)	Danger n°5 : L'insécurité socio-économique	64
a)	Les risques et dommages possibles.....	64
b)	Les moyens de prévention.....	64
2)	Optimiser la gestion de l'officine et de l'équipe	65
III)	Avoir une bonne qualité de vie	66
1)	Performance et travail	67
2)	Activités sociales et relations	67
3)	Corps et esprits	67
4)	Culture, intellect et vécu émotionnel	69
Conclusion	70
Bibliographie	71
Annexes	75

Table des tableaux

Tableau 1 : Echelle de Score du MBI	7
Tableau 2 : Tableau comparatif du Burn Out et la dépression.....	14
Tableau 3 : Echelle du niveau d'anxiété/dépression par la HADS.....	18
Tableau 4 : Statistiques descriptives	20
Tableau 5 : Score du MBI concernant l'épuisement émotionnel.....	22
Tableau 6 : Score du MBI concernant la dépersonnalisation	22
Tableau 7 : Score du MBI concernant l'accomplissement personnel	23
Tableau 8 : Statistiques descriptives concernant la situation personnelle dans la dimension épuisement émotionnel	24
Tableau 9 : Statistiques descriptives concernant la situation professionnelle dans la dimension épuisement émotionnel	26
Tableau 10 : Statistiques descriptives concernant les caractéristiques de l'officine dans la dimension épuisement émotionnel.....	27
Tableau 11 : Facteurs de risque ayant un lien statistiquement significatif avec le risque de Burn Out lié à l'épuisement émotionnel	28
Tableau 12 : Statistiques descriptives concernant la situation personnelle dans la dimension dépersonnalisation	29
Tableau 13 : Statistiques descriptives concernant la situation professionnelle dans la dimension dépersonnalisation	31
Tableau 14 : Statistiques descriptives concernant les caractéristiques de l'officine dans la dimension dépersonnalisation.....	32
Tableau 15 : Facteurs de risque ayant un lien statistiquement significatif avec le risque de Burn Out lié à la dépersonnalisation	33
Tableau 16 : Statistiques descriptives concernant la situation personnelle dans la dimension de l'accomplissement personnel	34
Tableau 17 : Statistiques descriptives concernant la situation professionnelle dans la dimension de l'accomplissement personnel	35
Tableau 18 : Statistiques descriptives concernant les caractéristiques de l'officine dans la dimension de l'accomplissement personnel.....	37
Tableau 19 : Facteurs ayant un lien statistiquement significatif avec le Burn Out lié à l'accomplissement personnel.....	38
Tableau 20 : Les causes de stress au travail.....	40
Tableau 21 : Moyens de gestion du stress au travail.....	40
Tableau 22 : Recours aux anxiolytiques en fonction du score MBI	42

Tableau 23 : Recours aux anxiolytiques en fonction de l'anxiété et la dépression ...	43
Tableau 24 : Recours aux anxiolytiques en fonction du sommeil et de la fatigue.....	44
Tableau 25 : Facteurs de risque de la prise d'anxiolytiques	45
Tableau 26 : Nombre d'officines en fonction du département	48
Tableau 28 : Répartition du Burn Out selon l'épuisement émotionnel en fonction des différents professionnels de santé	54
Tableau 29 : Répartition du Burn Out selon la dépersonnalisation en fonction des différents professionnels de santé	55
Tableau 30 : Répartition du Burn Out selon l'accomplissement personnel en fonction des différents professionnels de santé	56

Table des figures

Figure 1 : « Les quatre piliers de la conservation de la santé » selon Joachim Leupold.....	66
---	----

Abréviations

ADOP : Association d'Aide et Dispositif d'Orientation des Pharmaciens

ARS : Agence Régionale de la Santé

CESH : Centre d'Etude sur le Stress Humain

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et de la Liberté

CRRMP : Comité Régional de Reconnaissance des Maladies Professionnelles

ECG : Electrocardiogramme

EHPAD : Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

EVA : Echelle Visuelle Analogique

HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale = échelle de mesure de l'anxiété et de la dépression

Loi HPST : Loi Hôpital, Patient, Santé, Territoire

IC : Intervalle de Confiance

MBI : Maslach Burn Out Inventory = échelle de mesure de référence du Burn Out.

OR : Odds Ratio

RSI : Régime Social des Indépendants

RTT : Réduction du Temps de Travail

SPS : Soins aux Professionnels de Santé

Introduction

Le Burn Out ou syndrome d'épuisement professionnel est une pathologie à forte prévalence chez les professionnels de santé. Selon une étude réalisée par l'association SPS, 50% des soignants sont ou ont été concernés par le Burn Out (1) et 50% des professionnels de santé ignorent à qui s'adresser en cas de souffrance. (2)

Ce syndrome est dans la plupart des cas défini à travers 3 dimensions selon Christina Maslach: l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et le manque d'accomplissement personnel. Il est ainsi caractérisé par une fatigue physique et psychique intense (l'épuisement émotionnel), à laquelle s'ajoute un comportement cynique (la dépersonnalisation) ainsi que des sentiments d'impuissance et de désespoir (causés par le manque d'accomplissement personnel).(3,4)

Le Burn Out n'a cependant que rarement et partiellement été évalué chez les pharmaciens d'officine, alors que ces professionnels sont exposés quotidiennement aux demandes, aux exigences et aux difficultés des patients. Soumis à un rythme de travail intense, à des contraintes administratives pesantes et à une forte pression économique, certains pharmaciens vivent de plus en plus mal leur quotidien. De plus, ils sont souvent peu reconnus dans leur rôle de professionnel de santé et angoissés par le manque de visibilité sur l'avenir des officines. En effet, à l'heure actuelle, de nombreuses réformes économiques sont envisagées à l'officine et alarment les pharmaciens comme par exemple la diminution des prix des médicaments à l'officine avec des honoraires de dispensation ne compensant pas cette baisse (5), la dispensation à l'unité des médicaments, la vente de médicaments sans ordonnance en grande surface...

Une étude dans la région des Hauts-de-France a été réalisée auprès des pharmaciens d'officine. Son objectif, en plus de nous faire un état des lieux du Burn Out, est de mettre en évidence les différents facteurs liés au Burn Out en pharmacie d'officine, afin de proposer des mesures de prévention pour y faire face.

Après une première partie définissant le Burn Out, nous présenterons l'étude et ses résultats en dégagant ses principaux facteurs de risque. Les comorbidités comme le stress lié au travail, l'anxiété, la dépression, la fatigue et les troubles du sommeil, ainsi que les stratégies d'adaptation seront aussi évaluées.

Enfin, dans une troisième partie, des solutions seront proposées pour prévenir le Burn Out.

Partie I : Description du Burn Out

I) Historique

1) Origine

Le Burn Out est un terme d'origine anglaise. Le verbe « To burn » signifie brûler et « Out » dehors ou éteint...

« To Burn Out » se traduit par se consumer, ainsi à la forme passive « To be Burn Out » être détruit par le feu.

Dans notre contexte, le Burn Out va donc se définir par le fait d'être « consumé », épuisé et usé à travailler pour le bon fonctionnement de l'officine en exerçant un métier de qualité. (6)

Nous allons citer les différentes personnalités qui se sont intéressées à ce sujet, ainsi que les années clés à l'origine du terme « Burn Out » pour l'épuisement professionnel.

Les différents symptômes de l'épuisement professionnel sont pour la première fois décrits en 1959 par Claude Veil, psychiatre français.(7,8)

Puis, en 1960, c'est au tour de Graham Greene qui publie un roman : « A Burnout case ». Ce roman raconte l'histoire d'un homme épuisé, ne trouvant aucun sens et plaisir dans son métier d'architecte, qui décide de tout quitter pour partir se reposer dans des régions lointaines d'Afrique. (8)

Ensuite, le terme « Burn Out » apparaît en 1969 par H.B Bradley qui identifie de manière plus scientifique le stress et l'épuisement lié au travail. (8)

En 1974, HJ Freudenberger psychiatre allemand et directeur de Free clinic à New York, travaillant pour aider les toxicomanes, nous offre une approche très précise du phénomène. Il va se rendre compte que de nombreux bénévoles travaillant avec lui, au départ très enthousiastes pour aider ces toxicomanes, ne voyant pas de résultats significatifs à leurs efforts, vont devenir épuisés, irritables, coléreux, démotivés après 1 an de travail. Ils se plaignent aussi de symptômes physiques comme des maux de tête, une douleur dorsale et une fatigue importante. Il va ainsi reprendre le terme « Burn Out ». (7,9)

Cette personnalité majeure dans l'histoire du Burn Out le définit en 1981 comme : « un état de fatigue ou de frustration résultant du dévouement à une cause, à un mode de vie ou à une relation qui n'a pas donné les bénéfices escomptés ». Il publie ainsi ces informations et ses recherches dans un livre : « The High Cost of High Achievement ». (9)

Enfin, en 1977, Christina Maslach chercheuse américaine en psychologie effectue ses premières conférences à ce sujet et définit le Burn Out sous 3 dimensions : l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et le manque d'accomplissement personnel. (3,7)

Avant 1980, on pensait que le Burn Out était en majorité réservé aux professions d'aide telles que les infirmiers, médecins, pharmaciens, enseignants. C'est dans les années 80 que l'utilisation du terme s'est généralisée.(8)

2) Autres désignations internationales de l'épuisement professionnel

Une émergence internationale du Burn Out se produit dès les années 70.

Au Japon, on désigne « **karoshi ou kaloshi** » une mort subite suite à un épuisement professionnel et « **karobyō** » les maladies par excès de travail. Le karoshi est d'ailleurs reconnu comme maladie professionnelle au Japon. Les familles des victimes peuvent être indemnisées.

Une nouvelle désignation « **workaholic** » instaurée par Wayne Oates qui écrit « Confessions of workaholic » apparaît aussi dans les années 70. Cette dénomination signifie une personne « bourreau de son travail », un « accro au travail ».

Le terme « **Jobstrain** » apparaît dans les années 90 et est utilisé lorsque la pression au travail est jugée trop forte. (8)

II) Définition et diagnostic du Burn Out

Il existe de nombreuses définitions et échelles mesurant le Burn Out.

Cependant, la conceptualisation qui reste la plus populaire est celle de Maslach et Jackson. (3)

Maslach et Jackson définissent le Burn Out à travers 3 dimensions citées précédemment : l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation ou déshumanisation et la perte d'accomplissement personnel.

Christina Maslach a d'ailleurs mis en place une échelle de mesure de l'épuisement professionnel à partir de ces 3 dimensions qui se nomme MBI (Maslach Burn Out Inventory). C'est l'outil de référence le plus employé pour mesurer le Burn Out. (4)

1) Epuisement émotionnel

L'épuisement émotionnel est le fait d'être émotionnellement vidé par son travail et de se sentir fatigué à l'idée même du travail. C'est une fatigue chronique qui ne disparaît pas après un repos classique. (3,8)

Chaque affirmation est graduée en 7 degrés allant de « Jamais » : 0 à « chaque jour » : 6.

Voici les items du MBI concernant cet épuisement (4):

Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail
Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail
Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail
Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort
Je sens que je craque à cause de mon travail
Je me sens frustré(e) par mon travail
Je sens que je travaille « trop dur » dans mon travail
Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop
Je me sens au bout du rouleau

2) Dépersonnalisation ou cynisme

La dépersonnalisation ou cynisme est une attitude négative, détachée, dure ou cynique à l'égard de son travail et des personnes avec qui l'individu est susceptible d'être en contact. L'individu va se sentir moins concerné par son travail et va ainsi se dégager de la vie sociale de son entreprise. C'est une perte de contrôle. (3,8)

Voici les items du MBI concernant cette dépersonnalisation ou cynisme (4):

Je sens que je m'occupe de certains patients/clients/élèves de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets
Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail
Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement
Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes patients/clients/élèves
J'ai l'impression que mes patients/clients/élèves me rendent responsable de certains de leurs problèmes

3) Accomplissement personnel

L'accomplissement personnel est le fait que l'individu apprécie son travail, se sente utile à la progression de l'entreprise. La perte d'accomplissement personnel est causée par l'incapacité à aboutir à des résultats concrets au travail. (3,8)

Voici les items du MBI concernant cet accomplissement personnel (4):

Je peux comprendre facilement ce que mes patients/clients/élèves ressentent
Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes patients/clients/élèves
J'ai l'impression, à travers mon travail, d'avoir une influence positive sur les gens
Je me sens plein(e) d'énergie
J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes patients/clients/élèves
Je me sens ragaillardi(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes patients/clients/élèves
J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail
Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement

4) Score final

Pour obtenir le score d'une dimension, il suffit d'additionner les chiffres obtenus dans les items de cette dimension (Jamais = 0 ; Chaque jour = 6).

	Score Burn Out à risque faible	Score Burn Out à risque modéré	Score Burn Out à risque élevé
Épuisement émotionnel	≤ 17	[18-29]	≥ 30
Dépersonnalisation	≤ 5	[6-11]	≥ 12
Accomplissement personnel	≥ 40	[34-39]	≤ 33

Tableau 1 : Echelle de Score du MBI

On considère que le Burn Out est défini à partir du moment où nous retrouvons une dimension avec un score élevé pour l'épuisement émotionnel ou la dépersonnalisation et un score faible pour l'accomplissement personnel.

La gravité du Burn Out est associée au nombre de dimensions avec un score élevé ou un faible score pour l'accomplissement personnel. Ainsi, on peut déterminer un Burn Out à gravité faible lorsqu'on retrouve 1 dimension sur 3, modéré avec 2 dimensions sur 3 et sévère avec 3 dimensions sur 3. Pour la plupart des scientifiques, on considère qu'un sujet est atteint de Burn Out si dans au moins une dimension, il présente un score pathologique. (4,8)

Traduite en français par Fontaine (1985), la version française de cet inventaire d'épuisement professionnel de Maslach et Jackson a été validée grâce à une étude québécoise menée par G Dion et R Tessier auprès de 2 populations : des éducatrices en garderie et des infirmières. (10)

III) Le Stress : Point de départ du Burn Out

Le Burn Out résulte de différents facteurs dont principalement le stress intense et prolongé ou chronique. Tous les travailleurs peuvent souffrir de stress lié au travail sans systématiquement faire de syndrome d'épuisement professionnel, alors que les travailleurs souffrant d'un syndrome d'épuisement professionnel connaissent un stress lié au travail. (8,11)

1) Définition

Tout stress n'est pas forcément nocif, il permet souvent à l'individu d'évoluer. Il faut ainsi réussir à s'adapter au stress.

Il existe un bon stress dont la réaction d'adaptation est satisfaisante et permet un sentiment d'accomplissement personnel, une stimulation et excitation. Il peut augmenter la performance du travailleur.

Le mauvais stress est une réaction négative d'adaptation. L'individu va perdre ses moyens.

Le Burn Out va être provoqué par un stress trop important, long et répété ou un mauvais stress. (8,11)

2) Les 3 phases du syndrome général d'adaptation au stress par Hans Selye.

Voici les 3 phases du syndrome général d'adaptation au stress conceptualisées par Hans Selye (12) :

- La phase d'alarme ou d'alerte où l'organisme va se préparer et s'adapter pour faire face au stress. L'activation du système sympathique aura pour effet une tachycardie, hypertension, augmentation du niveau de vigilance, mydriase, contraction musculaire, augmentation de la température corporelle... Le système parasympathique va aussi agir pour faire face à une hyperactivation de l'organisme et aura les effets inverses.
- La phase de résistance ou d'endurance va se produire si la situation se prolonge plus de 48 heures. L'augmentation de la sécrétion de glucocorticoïdes augmentant la glycémie va apporter l'énergie nécessaire aux muscles, cœur et cerveau. Le stress va devenir chronique si cette phase perdure et l'individu va se fatiguer.

- La phase d'épuisement où l'organisme est hyperstimulé. Nous ne retrouvons plus de régulation, le corps va être envahi d'hormones activatrices néfastes et en trop grande quantité. Cela va ainsi provoquer une dégradation physique. Le Burn Out correspond à ce dernier stade, c'est pourquoi on l'appelle le syndrome d'épuisement professionnel.

Nous pouvons tenir compte de cette théorie pour un pharmacien d'officine face à un agent stressant en utilisant les principales causes de stress au travail de notre étude. Par exemple, lorsqu'il est face à un patient très exigeant, pressé, menaçant d'aller dans la pharmacie concurrente, il réagit à un stress aigu.

Si la journée de travail entière est stressante pour le pharmacien avec en plus par exemple le téléphone qui sonne sans arrêt (interruptions fréquentes dans le travail), le pharmacien entre en phase de résistance.

Enfin, si chaque patient devient source de stress ou que les situations stressantes deviennent longues (semaine difficile) ou répétées alors, le pharmacien entre en phase d'épuisement.

De plus, l'impression que la profession se dégrade et le manque de visibilité sur l'avenir professionnel sont aussi des causes fréquentes de stress au travail.

IV) Les signes du Burn Out

1) Données physiologiques

Le diagnostic du Burn Out par des données physiologiques serait la méthode la plus significative. Cependant, il n'y a pas de critère unique précis permettant ce diagnostic. Pour pouvoir émettre un diagnostic, il faudrait ainsi regrouper les différentes analyses biologiques, ce qui peut s'avérer complexe.

1.1) Biomarqueurs liés au stress

Le Burn Out étant une pathologie liée au stress, entraînant un dérèglement de l'axe hypothalamo-hypophysaire-surrénalien, on pourra observer :

- Tout d'abord, une phase d'attaque avec une augmentation de la sécrétion d'**adrénaline** par les glandes surrénales pour lutter contre le stress. Cependant, lors d'un Burn Out, ce système va s'épuiser et on retrouvera un taux anormal d'adrénaline dans le sang. (13)
- Ensuite, nous avons une phase de résistance, si le stress dure trop longtemps. Cela provoque une libération de cortisol par les corticosurrénales. Ce **cortisol** va être aussi nécessaire pour réagir au stress et va stimuler la fabrication d'énergie (glucose...).(13,14)
- Mais comme précédemment, étant trop sollicité, ce système va s'épuiser. On arrive ainsi à la phase d'épuisement. Dans un premier temps, le rétrocontrôle négatif n'aura plus lieu et on aura un excès de synthèse de cortisol. Dans un second temps, l'excès de libération de cortisol va s'épuiser et les glandes surrénales ne vont plus pouvoir synthétiser de cortisol. (13,14)

Ainsi, selon les études, chez les patients atteints de Burn Out, on retrouve une diminution de cortisol par rapport à la normale contrairement à ce que l'on retrouve dans la dépression. (14)

Une mesure du cortisol dans la salive ou dans les cheveux se révèle moins invasive qu'une prise de sang.(14) Cependant, les chercheurs n'ont pas encore défini à partir de quel seuil on peut juger de Burn Out. Cet outil de diagnostic n'est ainsi pas encore validé en raison de la non comparabilité des études. En effet, les tests psychologiques sont souvent utilisés différemment, les techniques de mesures des biomarqueurs ne sont pas identiques et le nombre de sujets est souvent trop faible.

Comme dit précédemment, il ne vaut mieux pas mesurer un biomarqueur seul, il faut plutôt regrouper plusieurs analyses biologiques.

On retrouve, chez les patients atteints de Burn Out, un indice de charge allostatique élevé. La charge allostatique correspond à l'ensemble des réactions physiologiques, compensatrices de perturbations physiologiques causées par le stress chronique.

Le CESH (Centre d'étude sur le stress humain) au Canada a mis en évidence une quinzaine de biomarqueurs représentant la charge allostatique : catécholamines, cortisol, cholestérol, insuline, glucose ...

Plus la mesure de ces biomarqueurs se révèle anormale, plus l'indice de charge allostatique va être élevé et plus le risque de Burn Out risque d'être présent.

1.2) Au niveau cardiaque

De nombreuses études confirment le lien entre le Burn Out et le risque cardiovasculaire. (15)

En effet, durant les tâches mentales soutenues et stressantes, nous observons une accélération de la fréquence cardiaque ainsi qu'une augmentation de l'activité sympathique et donc de la pression artérielle. Cependant, nous remarquons spécifiquement chez les personnes étant touchées par le Burn Out une diminution du tonus vagal lors de la récupération cardiovasculaire. Ceci est à l'origine du risque cardiovasculaire du Burn Out. Nous pouvons repérer ceci en réalisant des enregistrements ECG. Ainsi, l'entraînement et la gestion des émotions augmenteraient le tonus vagal lors de la récupération cardiovasculaire et seraient cardioprotecteurs. (13,16)

Enfin, nous avons remarqué que la mort subite par excès de travail (par accident vasculaire cérébrale ou infarctus du myocarde) a fortement augmenté dans la classe japonaise, on l'appelle le karoshi.

Une étude a été réalisée aux Etats-Unis en 1981, démontrant que les morts subites peuvent être provoquées par une instabilité électrique au niveau cardiaque (arythmie ventriculaire) due à une hypersécrétion de catécholamines à cause d'un rythme de vie soutenu lié au travail. (16)

2) Les manifestations du Burn Out

Nous pouvons remarquer 5 types de manifestations caractérisant le Burn Out : les manifestations émotionnelles, physiques, cognitives, interpersonnelles et comportementales, et enfin, attitudinales et motivationnelles. (3,17)

2.1) Les manifestations émotionnelles

Concernant les manifestations émotionnelles, il se produit tout d'abord une fatigue émotionnelle qui va entraîner une perte de contrôle des émotions. Ceci provoquera une humeur dysphorique se manifestant soit par un comportement irritable, tendu et hyper sensible (dans la plupart des cas) ou au contraire par un comportement calme et ne manifestant aucune émotion (froideur).

Par exemple, le sujet aura ainsi soit un comportement impulsif et désagréable avec sa clientèle ou alors il aura une attitude très distante avec ses patients et tendance à abandonner toutes ses activités sociales et loisirs en préférant rester seul.

2.2) Les manifestations physiques

On retrouve tout d'abord, la fatigue et l'épuisement physique avec des troubles du sommeil qui sera peu réparateur ainsi qu'une fatigue présente même au lever.

Ensuite, la perte de contrôle des émotions et l'anxiété vues précédemment dans les manifestations émotionnelles, peuvent avoir comme conséquences physiques des palpitations, une gorge sèche, une transpiration excessive et une hyperventilation.

On peut aussi ajouter des maux de tête, nausées, vertiges, une douleur dans le cou et le dos ainsi qu'une diminution des défenses immunitaires et une augmentation des rhumes et états grippaux.

Enfin, les manifestations physiques les plus sévères sont des désordres intestinaux et gastriques, des ulcères, des maladies cardiovasculaires et pathologies coronariennes.

2.3) Les manifestations cognitives

On observera chez le sujet une diminution des capacités de concentration. Il aura des difficultés à réaliser différentes tâches en même temps ou une seule tâche difficile, ainsi que des difficultés à nuancer ses pensées et à raisonner. Il fera plus fréquemment des erreurs mineures et il aura également du mal à prendre des décisions.

2.4) Les manifestations interpersonnelles et comportementales

Concernant les manifestations interpersonnelles, la première situation est la diminution de l'empathie du sujet concerné (le patient dans le cas du pharmacien). Il va considérer autrui comme un objet en le blâmant pour ses difficultés ou situations difficiles. Cela correspond à la catégorie dépersonnalisation dans l'échelle MBI.

La deuxième situation est le cas du sujet qui se perçoit comme un martyr dans des situations insolubles.

Envers le personnel, le sujet peut éprouver du ressentiment et de l'hostilité pouvant aller jusqu'à la paranoïa dans les situations extrêmes.

2.5) Les manifestations attitudinales et motivationnelles

Ces manifestations sont caractérisées par une motivation liée au travail qui disparaît. Le sujet va perdre la motivation de s'engager dans son travail (absence d'initiatives). Il va se sentir mal vu par ses collègues. Il ressentira aussi une baisse de l'estime de soi étant donné qu'il ne parvient plus à travailler comme avant.

Ceci est dû au fait qu'il a le sentiment de n'avoir aucun contrôle pour changer la situation dans son travail, c'est à dire un sentiment d'être pris au piège, d'échec et d'insuffisance. C'est ce qu'on appelle la perte d'accomplissement personnel dans l'échelle MBI.

V) Problématiques liées au Burn Out

Concernant les problématiques liées au Burn Out, nous allons tout d'abord présenter les principales différences entre le Burn Out et la dépression, très souvent confondus. Ensuite, nous nous intéresserons à une deuxième problématique majeure, la reconnaissance du Burn Out en tant que maladie professionnelle.

1) Différences entre Burn Out et Dépression

Le Burn Out et la dépression, très souvent confondus, présentent cependant de nombreuses différences. Voici le diagnostic différentiel présenté sous forme de tableau. (8,18)

	Burn Out	Dépression
Causes	Stress professionnel chronique	Peut provenir de tous les aspects de la vie et de problèmes anciens
Caractère	Le plus souvent coléreux, agressif, irritable	Se sent coupable, en pleine défaite
Projet futur	Le sujet arrive à avoir des projets dans le futur en ce qui ne concerne pas le cadre professionnel	Le sujet ne possède plus l'énergie nécessaire pour se projeter dans le futur et pour réaliser les gestes correspondant aux actes de la vie quotidienne
Reconnaissance de sa propre maladie	Non, le sujet ne reconnaît pas son Burn Out	Oui, le sujet reconnaît sa propre souffrance et est souvent dans la plainte
Mémoire	Trouble de mémoire immédiate et le sujet a parfois du mal à trouver ses mots	Trouble de mémoire généralisé
Comportement	Désir de perfection	Désinvestissement, laisser-aller
Écoulement du temps	Le sujet trouve le temps trop court, est débordé	Le sujet trouve le temps interminable
Biologie	Cortisol < à la normale	Cortisol > à la normale

Tableau 2 : Tableau comparatif du Burn Out et la dépression

Cependant, il y a un lien entre Burn Out et Dépression.

Le stress au travail pourrait entraîner un Burn Out qui pourrait dans de rares cas conduire à la dépression. (18)

2) Reconnaissance du Burn Out en tant que maladie professionnelle

Le Burn Out conduit dans la plupart des cas à un arrêt maladie de longue durée. Nous allons présenter la conduite à tenir pour que le Burn Out soit reconnu et pris en charge comme maladie professionnelle. (19–21)

Le Code de la sécurité sociale indique dans l'Article L. 461-1. Alinéa 2. « *Est présumée d'origine professionnelle toute maladie désignée dans un tableau de maladies professionnelles et contractée dans les conditions mentionnées à ce tableau.* »

Le fait d'être reconnu comme maladie professionnelle permet une prise en charge. Le Burn Out n'est pas inscrit dans un tableau des maladies professionnelles mais peut cependant être reconnu depuis l'été 2015, grâce à la loi Rebsamen (22) qui déclare la possibilité de reconnaître les « pathologies psychiques » comme maladies d'origine professionnelle. En plus, le Code de la sécurité sociale indique dans l'Article L.461-1. Alinéa 4: « *Peut être également reconnue d'origine professionnelle une maladie caractérisée non désignée dans un tableau de maladies professionnelles lorsqu'il est établi qu'elle est essentiellement et directement causée par le travail habituel de la victime...* ».

2.1) Prouver que le Burn Out est d'origine professionnelle à son médecin

Le malade va ainsi montrer que son Burn Out est exclusivement dû à son activité professionnelle entraînant une incapacité totale ou partielle à retravailler. Cependant, si le malade a des antécédents existants, avant d'exercer, qui auraient provoqué le Burn Out, cela diminuerait la probabilité qu'il soit reconnu comme maladie professionnelle.

Il faudra ainsi consulter son médecin traitant ou médecin du travail de son employeur qui devra remplir un certificat médical initial : « **certificat médical – accident du travail / maladie professionnelle** ». (Annexe 1)

Dans la partie « les renseignements médicaux », le médecin montrera le lien entre les symptômes et l'activité professionnelle et les autres renseignements nécessaires.

Le médecin enverra les volets 1 et 2 sous 24 heures à la caisse d'assurance maladie de l'employé. (Annexe 1)

Le volet 3 ainsi que le volet « certificat d'arrêt de travail » seront remis au salarié. Le salarié conservera le volet 3 qu'il devra présenter à chaque consultation et enverra sous 48 heures le volet « certificat d'arrêt de travail » à son employeur (en cas d'arrêt du travail).(19–21)

2.2) Prouver que le Burn Out est d'origine professionnelle à sa caisse d'assurance maladie

Le salarié devra joindre à la caisse d'assurance maladie, sous 15 jours au plus tard, un dossier de demande de reconnaissance de maladie professionnelle contenant (19–21) :

- Les 4 premiers volets du formulaire de demande de « déclaration de reconnaissance de maladie professionnelle ». Il conservera le dernier.
- L'attestation de salaire établie par l'employeur pour le calcul des indemnités journalières.
- Les 2 premiers volets du certificat médical initial remis par le médecin.

La caisse de sécurité sociale aura 3 mois pour informer le salarié de la décision prise. Si nécessaire, le délai peut être renouvelable de 3 mois.

Dès réception de la demande, la caisse de sécurité sociale réalise immédiatement un dossier pour la victime.

Pour l'instruction du dossier, le salarié est convoqué par le médecin conseil de l'organisme de sécurité sociale (par courrier recommandé avec accusé de réception). Le taux d'incapacité au travail sera ainsi évalué. Il faudra que ce taux soit supérieur à 25% et qu'il y ait un lien direct entre l'activité professionnelle et la maladie pour que le dossier soit transmis au CRRMP.

Elle informe ensuite le salarié et l'employeur de l'avis émis par le CRRMP.

Partie II : Etude

Une étude a été réalisée dans la région des Hauts-de-France. Nous allons présenter la méthode utilisée ainsi que la population concernée pour sa réalisation. Cette étude nous permettra après avoir fait un état des lieux du Burn Out, d'évaluer les différents facteurs statistiquement liés au Burn Out en officine.

I) Méthode

1) Réalisation

Un questionnaire en ligne a été envoyé par courrier électronique à l'ensemble des pharmacies de notre région par l'intermédiaire de l'Ordre des Pharmaciens (*Annexe 2*). Il sera disponible sur un site internet durant 3 mois (du 17 avril 2015 au 17 juillet 2015). On cherche ainsi à évaluer le Burn Out à l'officine dans la région des Hauts-de-France, ainsi que les déterminants liés aux conditions de travail. Nous avons ici récupéré les réponses des pharmacies des Hauts-de-France (Nord, Pas-de-Calais, Somme, Aisne, Oise).

Les personnes incluses dans l'enquête sont les pharmaciens (titulaires ou assistants) et les préparateurs en pharmacie travaillant dans la pharmacie d'officine au moment de l'enquête.

Il n'y avait pas de limite d'âge.

Les critères d'exclusion sont les étudiants en pharmacie ou autres professionnels (par exemple, diététicien, esthéticienne) et le manque d'informations sur le statut professionnel.

2) Protocole

L'enquête est anonyme et exploite les éléments suivants:

- La situation personnelle (âge, sexe, statut marital, consommation de tabac et d'alcool)
- Le statut professionnel (pharmacien ou préparateur en pharmacie, ancienneté dans la profession, ancienneté dans la pharmacie d'officine actuelle, type de contrat, nombre d'heures par semaine)

- Les caractéristiques de l'officine (nombre de clients / patients par jour dans la pharmacie d'officine, nombre d'habitants dans la ville de la pharmacie d'officine, nombre de pharmaciens adjoints, nombre de préparateurs en pharmacie)
- Le Burn Out évalué par la version française du questionnaire MBI
- Le niveau d'anxiété et de dépression évalué par la HADS. Cette HADS est un questionnaire de 14 items divisé en 2 sous-échelles, 7 items pour l'anxiété et 7 items pour la dépression. (*Voir Annexe 2, 3. Questionnaire Anxiété et Dépression*)

Niveau d'anxiété ou dépression	Score
Normal	≤ 7
Possible anxiété/dépression	[8 -10]
Indicatif d'une anxiété ou dépression et d'un trouble de l'humeur	≥ 10

Tableau 3 : Echelle du niveau d'anxiété/dépression par la HADS

- Le stress au travail et la fatigue évalués par une EVA graduée de 0 à 100. 0 correspond à l'absence totale de stress et 100 au pire stress que l'on puisse ressentir.
- Les troubles du sommeil tels que les réveils nocturnes ou précoces, le sommeil de mauvaise qualité, la sensation de manque de sommeil et les troubles du sommeil fréquents ont été évalués par un court questionnaire propre à cette étude.
- Des stratégies pour gérer le stress lié au travail comme le recours à la consultation de certains spécialistes (médecin, psychologue), ou à des médicaments allant de l'homéopathie aux anxiolytiques, ou aux loisirs et vacances ...

Les données de l'étude ont été recueillies et gérées grâce à une application en ligne sécurisée REDCap hébergée au CHU de Clermont Ferrant. (23)

3) Ethique

L'étude a été enregistrée (N°0113) auprès du correspondant local de la CNIL conformément à la loi française et a été déclarée au Comité de Protection des Personnes.

4) Méthode statistique

Les données sont présentées sous forme de médiane [intervalle interquartile] pour les variables continues en raison de l'asymétrie de leur distribution, et sous forme d'effectifs (proportions) pour les variables catégorielles.

Les comparaisons de deux populations ont été effectuées par des tests de Student ou des tests de Mann et Whitney pour les variables continues (la normalité des variables ayant été préalablement testée par des tests de Shapiro Wilk dans le cas de petits échantillons), et par des tests du khi-deux ou de Fisher pour les variables catégorielles.

Les comparaisons de trois populations ont été effectuées par des analyses de variance ou des tests de Kruskal-Wallis pour les variables continues (la normalité des résidus de l'analyse de variance ayant été préalablement testée par des tests de Shapiro Wilk), et par des tests du Khi-deux ou de Fisher pour les variables catégorielles.

La recherche de facteurs prédictifs du risque de burn-out sévère et du risque de burn-out modéré a été effectuée avec des régressions logistiques polytomiques ; la recherche de facteurs prédictifs du risque de recours aux médicaments a été effectuée avec des régressions logistiques binaires.

Pour les variables quantitatives, l'hypothèse de log-linéarité était vérifiée en comparant le modèle simple au modèle contenant une composante quadratique, et en inspectant le graphe des logits observés en fonction des valeurs de la covariable. Les modèles multivariés étaient construits en incluant toutes les covariables, quel que soit leur degré de signification dans les analyses univariées. La sélection des covariables était ensuite effectuée manuellement, de façon à minimiser le critère d'information bayésien.

Pour toutes les analyses, le risque de première espèce était fixé à 5%. Les analyses ont été effectuées avec le logiciel SAS version 9.4 (SAS Institute Inc., Cary, NC, USA).

II) Statistiques descriptives générales

	Echantillon total (n=207)
Situation personnelle	
Sexe féminin	135 (65.5%)
Age (années)	44.8 (10.5)
Statut marital	
Marié(e) ou en couple	162 (78.6%)
Célibataire	39 (18.9%)
Veuf(ve)	5 (2.4%)
Parentalité	158 (77.1%)
Consommation quotidienne de tabac	25 (12.3%)
Consommation de boissons alcoolisées	147 (72.8%)
Situation professionnelle	
Statut	
Pharmacien titulaire	146 (70.5%)
Pharmacien adjoint / assistant	38 (18.4%)
Préparateur en pharmacie	23 (11.1%)
Ancienneté dans la profession (années)	20 [11 – 29]
Ancienneté dans la pharmacie (années)	11 [6 – 21]
Type de contrat	
Contrat à durée indéterminée	85 (89.5%)
Contrat à durée déterminée	10 (10.5%)
Nombre d'heures travaillées hebdomadaires	44.4 (12.4)
Caractéristiques de l'officine	
Département	
Aisne	14 (6.8%)
Nord	96 (46.4%)
Oise	25 (12.1%)
Pas-de-Calais	52 (25.1%)
Somme	20 (9.7%)
Nombre d'habitants dans la localité	7500 [3000 – 21000]
Nombre de clients par jour	130 [100 – 180]
Nombre de pharmaciens titulaires	
1	161 (80.1%)
2	37 (18.4%)
3	3 (1.5%)
Nombre de pharmaciens adjoints équivalent temps plein	1.0 [0.5 – 1.0]
Nombre de préparateurs équivalent temps plein	2.0 [2.0 – 3.0]

Tableau 4 : Statistiques descriptives

1) Caractéristiques socio démographiques

Notre échantillon comprend 207 personnes.

On retrouve parmi ces sujets une plus grande part de femmes que d'hommes avec 65,5% de femmes. Nous pouvons aussi remarquer qu'une grande partie des sujets sont mariés ou en couple (78,6%) et une majorité de sujets ont des enfants (77,1%). Nous avons aussi une part importante de professionnels de santé travaillant dans une pharmacie se trouvant dans le département du Nord (46,4%) et dans le Pas de Calais (25,1%).

Dans cet échantillon, la moyenne d'âge est de 44,8 ans.

2) Caractéristiques professionnelles

Notre échantillon contient une majorité de pharmaciens titulaires (70,5%) contre 18,4% d'adjoints et 11,1% de préparateurs. La plupart des pharmacies ont une moyenne de 1 pharmacien adjoint et 2 préparateurs à temps plein.

On retrouve une charge de travail en moyenne de 44,4 heures par semaine.

3) Score MBI

Dans chaque dimension, nous avons calculé le score MBI de tous les participants à l'enquête pour pouvoir effectuer une moyenne de ce score.

Ensuite, en fonction du score obtenu, nous avons pu attribuer à chaque sujet son niveau de risque de Burn Out (bas, modéré, élevé). Les résultats sont présentés dans chaque dimension sous forme de tableaux.

3.1) Épuisement émotionnel

	Echantillon total (n=207)
Score d'épuisement émotionnel (points)	25.0 [12.0 – 36.0]
Score d'épuisement émotionnel	
Burn Out à risque bas (score ≤ 17)	71 (38.0%)
Burn Out à risque modéré (score compris entre 18 et 29)	46 (24.6%)
Burn Out à risque élevé (score ≥ 30)	70 (37.4%)

Tableau 5 : Score du MBI concernant l'épuisement émotionnel

Le score moyen est ici de 25, ce qui tend aux valeurs du Burn Out à risque modéré. Concernant l'épuisement émotionnel, nous avons ainsi 37,4% des personnes ayant un score de risque élevé de Burn Out, ce qui représente plus d'1/3 des officinaux.

C'est dans cette dimension que nous retrouvons le pourcentage le plus important de sujets ayant un risque élevé du Burn Out.

3.2) Dépersonnalisation

	Echantillon total (n=207)
Score de dépersonnalisation (points)	7.0 [3.0 – 13.0]
Score de dépersonnalisation	
Burn Out à risque bas (score ≤ 5)	84 (42.2%)
Burn Out à risque modéré (score compris entre 6 et 11)	50 (25.1%)
Burn Out à risque élevé (score ≥ 12)	65 (32.7%)

Tableau 6 : Score du MBI concernant la dépersonnalisation

Le score moyen est de 7, ce qui tend également aux valeurs du risque de Burn Out à risque modéré.

Concernant la dépersonnalisation, nous avons ainsi 32,7% des personnes ayant un score de risque élevé de Burn Out, ce qui représente presque 1/3 des officinaux.

3.3) Accomplissement personnel

	Echantillon total (n=207)
Score d'accomplissement personnel (points)	39.0 [34.0 – 43.0]
Score d'accomplissement personnel	
Burn Out à risque bas (score \geq 40)	90 (48.9%)
Burn Out à risque modéré (score compris entre 34 et 39)	51 (27.7%)
Burn Out à risque élevé (score \leq 33)	43 (23.4%)

Tableau 7 : Score du MBI concernant l'accomplissement personnel

Le score moyen est de 39, ce qui tend aux valeurs du Burn Out à risque modéré.

Concernant le manque d'accomplissement personnel, nous avons ainsi 23,4% des personnes ayant un score de risque élevé de Burn Out.

Le manque d'accomplissement personnel est donc la dimension avec le pourcentage le plus faible de sujets ayant un risque élevé de Burn Out.

III) Profil de la population avec un Score de risque élevé de Burn Out

Nous établirons tout d'abord à partir des statistiques descriptives un profil général de la population à risque élevé de Burn Out, pour ensuite grâce à une régression logistique polytomique multivariée mettre en évidence les facteurs de risque statistiquement significatifs liés au Burn Out. Nous détaillons ceci séparément dans chaque dimension.

1) Epuisement émotionnel

1.1) Statistiques descriptives concernant l'épuisement émotionnel

a) Situation personnelle

Risque de Burn Out	Bas (n=71)	Modéré (n=46)	Élevé (n=70)	p
Sexe féminin	50 (70.4%)	31 (67.4%)	42 (60.9%)	0.48
Age (années)	42.0 (10.5)	44.3 (9.6)	46.3 (10.0)	0.06
Statut marital				0.77
Marié(e) ou en couple	55 (78.6%)	38 (82.6%)	54 (77.1%)	
Célibataire	14 (20.0%)	8 (17.4%)	14 (20.0%)	
Veuf(ve)	1 (1.4%)	0 (0%)	2 (2.9%)	
Parentalité	51 (71.8%)	35 (76.1%)	56 (81.2%)	0.43
Consommation quotidienne de tabac	10 (14.5%)	2 (4.6%)	10 (14.3%)	0.22
Consommation de boissons alcoolisées	55 (78.6%)	33 (75.0%)	46 (67.7%)	0.34

Tableau 8 : Statistiques descriptives concernant la situation personnelle dans la dimension épuisement émotionnel

Au sujet de la situation personnelle, dans la catégorie « Score de risque élevé de Burn Out », nous allons établir un profil de la population.

Nous retrouvons surtout un profil de pharmacien de sexe féminin. En effet, nous avons une très légère majorité de femmes (60,9%). Cependant, ce pourcentage de femmes est plus élevé dans la catégorie « Score de risque bas de Burn Out » (70,4%). Il semble ainsi que plus le risque de Burn Out est élevé, plus le nombre d'hommes dans la catégorie augmente, même si le nombre de femmes reste toujours supérieur.

La moyenne d'âge des personnes à risque élevé est de 46,3 ans. Nous remarquons ici que plus le score de risque de Burn Out est élevé, plus l'âge est important.

On note aussi que la majorité des pharmaciens concernés est mariée ou en couple (77,1%) même si ce pourcentage est plus élevé dans la catégorie ayant un score de risque bas de Burn Out (78,6%) et modéré (82,6%).

Nous observons également un profil de sujet ayant des enfants (81,2%). On observe en effet que plus le score de risque de Burn Out est élevé, plus le pourcentage de personnes ayant des enfants est important.

Nous remarquons aussi un profil type de pharmacien ne fumant pas. Uniquement 14,3% des personnes dans cette catégorie à risque élevé fument.

La consommation de boissons alcoolisées est également importante chez les pharmaciens à risque élevé (67,7%), même si ce pourcentage est plus élevé dans la catégorie ayant un score de risque bas de Burn Out (78,6%) et modéré (75%).

b) Situation professionnelle

Risque de Burn Out	Bas (n=71)	Modéré (n=46)	Elevé (n=70)	p
Statut				0.30
Pharmacien titulaire	44 (62.0%)	34 (73.9%)	53 (75.7%)	
Pharmacien adjoint / assistant	17 (23.9%)	8 (17.4%)	8 (11.4%)	
Préparateur en pharmacie	10 (14.1%)	4 (8.7%)	9 (12.9%)	
Ancienneté dans la profession (années)	15 [8 – 25]	20 [12 – 30]	20 [13 – 30]	0.03
Ancienneté dans la pharmacie (années)	9 [4 – 20]	11 [7 – 20]	12 [7 – 20]	0.52
Type de contrat				0.29
Contrat à durée indéterminée	36 (94.7%)	16 (84.2%)	27 (87.1%)	
Contrat à durée déterminée	2 (5.3%)	3 (15.8%)	4 (12.9%)	
Nombre d'heures travaillées hebdomadaires	39.7 (9.9)	44.0 (12.5)	49.0 (12.8)	<0.0001

Tableau 9 : Statistiques descriptives concernant la situation professionnelle dans la dimension épuisement émotionnel

Concernant la situation professionnelle, dans la catégorie « Score de risque élevé de Burn Out », nous retrouvons un profil type de personne étant pharmacien titulaire avec un pourcentage important (75,7%).

La moyenne d'ancienneté du pharmacien concerné par un risque élevé d'épuisement émotionnel est de 20 ans dans la profession et 12 ans dans la pharmacie. Nous remarquons que la moyenne du niveau d'ancienneté est plus faible dans la catégorie « Score de risque bas de Burn Out ».

Le CDI est le contrat type de ces pharmaciens (87,1%), même si le pourcentage de ce contrat est plus élevé dans la catégorie « Score de risque bas de Burn Out » (94,7%).

La moyenne d'heures des individus touchés est de 49 heures par semaine. On observe ici que plus le nombre d'heures de travail est élevé, plus le risque de Burn Out est élevé ($p < 0,0001$).

c) *Caractéristiques de l'officine*

Risque de Burn Out	Bas (n=71)	Modéré (n=46)	Elevé (n=70)	p
Département				0.01
Aisne	10 (14.1%)	1 (2.2%)	3 (4.3%)	
Nord	27 (38.0%)	28 (60.9%)	31 (44.3%)	
Oise	10 (14.1%)	4 (8.7%)	9 (12.9%)	
Pas-de-Calais	13 (18.3%)	10 (21.7%)	22 (31.4%)	
Somme	11 (15.5%)	3 (6.5%)	5 (7.1%)	
Nombre d'habitants dans la localité	5000 [2600 – 20000]	9000 [3500 – 21000]	10000 [4000 – 30000]	0.09
Nombre de clients par jour	128 [100 – 160]	135 [100 – 200]	140 [100 – 180]	0.66
Nombre de pharmaciens titulaires				0.85
1	54 (78.3%)	38 (82.6%)	54 (79.4%)	
2	15 (21.7%)	6 (13.0%)	13 (19.1%)	
3	0 (0%)	2 (4.4%)	1 (1.5%)	
Nombre de pharmaciens adjoints équivalent temps plein	1.00 [0.25 – 1.00]	1.00 [0.85 – 1.00]	1.00 [0.15 – 1.20]	0.78
Nombre de préparateurs équivalent temps plein	2.0 [2.0 – 3.0]	2.0 [1.8 – 3.0]	2.0 [1.8 – 3.0]	0.86

Tableau 10 : Statistiques descriptives concernant les caractéristiques de l'officine dans la dimension épuisement émotionnel

Dans la catégorie « Score de risque élevé de Burn Out », nous retrouvons un profil de pharmacien travaillant dans une officine située dans le Nord (44,3%).

La moyenne du nombre d'habitants dans la ville des sujets de cette catégorie est de 10000 habitants, ce qui est une moyenne supérieure aux autres catégories.

Ces pharmaciens touchés reçoivent en moyenne 140 clients par jour [100-180], ce qui est légèrement supérieur à la catégorie « Score de risque bas de Burn Out ».

Dans la majorité des cas (79,4%), ce type de personne exerce dans une officine avec 1 seul pharmacien titulaire et contenant en moyenne 1 pharmacien adjoint et 2 préparateurs comme dans les autres catégories.

1.2) Facteurs ayant un lien statistiquement significatif avec le risque de Burn Out lié à l'épuisement émotionnel

Risque de Burn Out	Modéré			Elevé		
	OR	IC95%	p	OR	IC95%	p
Nombre d'heures hebdomadaires travaillées (par heure)	1.030	[0.996 – 1.066]	0.09	1.073	[1.037 – 1.109]	<0.0001
Département						
Nord	3.567	[1.376 – 9.245]	0.009	1.665	[0.707 – 3.921]	0.24
Pas-de-Calais	2.776	[0.884 – 8.723]	0.08	3.089	[1.172 – 8.139]	0.02

Tableau 11 : Facteurs de risque ayant un lien statistiquement significatif avec le risque de Burn Out lié à l'épuisement émotionnel

A l'aide de la régression logistique polytomique multivariée, nous pouvons mettre en évidence 2 facteurs de risque. L'augmentation du nombre d'heures de travail hebdomadaires et le département de l'officine sont associés significativement au risque de Burn Out lié à l'épuisement émotionnel.

Nous observons un lien statistiquement significatif entre le nombre d'heures par semaine et le risque de Burn Out lié à l'épuisement ($p < 0,0001$).

On ne met pas en évidence l'effet du nombre d'heures travaillées par semaine sur le risque modéré de Burn Out ($p = 0,09$) ; en revanche, le risque élevé de Burn Out augmente de 7,3% par augmentation d'une heure travaillée supplémentaire.

En effet, pour deux pharmaciens d'un même département (tous les deux du Nord, ou tous les deux du Pas-de-Calais, ou tous les deux de l'Aisne, de l'Oise ou de la Somme), le risque élevé de Burn Out du pharmacien qui travaille une heure de plus par semaine est égal à 1,073 fois le risque de l'autre pharmacien. Donc, il a un risque élevé de Burn Out multiplié par 1,073, c'est à dire augmenté de 7,3%.

Le département de localisation de l'officine et le risque de Burn Out lié à l'épuisement sont aussi associés de manière significative ($p = 0,01$). Travailler dans le Nord multiplie le risque modéré de Burn Out par environ 3,5 ($p = 0,009$), et travailler dans le Pas-de-Calais multiplie le risque élevé de Burn Out par 3 ($p = 0,02$). En effet, pour deux pharmaciens qui travaillent tous les deux le même nombre d'heures hebdomadaires, le risque modéré de Burn Out d'un pharmacien qui travaille dans le Nord est égal à 3,567 fois le risque d'un pharmacien de l'Aisne, de l'Oise ou de la Somme. De plus, pour deux pharmaciens qui travaillent tous les deux le même

nombre d'heures hebdomadaires, le risque élevé de Burn Out d'un pharmacien qui travaille dans le Pas-de-Calais est égal à 3,089 fois le risque d'un pharmacien de l'Aisne, de l'Oise ou de la Somme.

2) Dépersonnalisation

2.1) Statistiques descriptives concernant la dépersonnalisation

Nous allons maintenant établir un profil général de la population à risque élevé de Burn Out dans la dimension de la dépersonnalisation.

a) Situation personnelle

Risque de Burn Out	Bas (n=84)	Modéré (n=50)	Elevé (n=65)	p
Sexe féminin	63 (75.0%)	32 (64.0%)	36 (56.3%)	0.054
Age (années)	44.5 (10.6)	43.6 (9.8)	45.1 (10.7)	0.68
Statut marital				0.22
Marié(e) ou en couple	60 (72.3%)	41 (82.0%)	54 (83.1%)	
Célibataire	20 (24.1%)	9 (18.0%)	9 (13.9%)	
Veuf(ve)	3 (3.6%)	0 (0%)	2 (3.1%)	
Parentalité	62 (73.8%)	40 (81.6%)	49 (76.6%)	0.59
Consommation quotidienne de tabac	12 (14.8%)	8 (16.3%)	4 (6.2%)	0.18
Consommation de boissons alcoolisées	57 (71.3%)	40 (81.6%)	46 (70.8%)	0.35

Tableau 12 : Statistiques descriptives concernant la situation personnelle dans la dimension dépersonnalisation

A propos de la situation personnelle, dans la catégorie « Score de risque élevé de Burn Out », le pharmacien type est ici soit de sexe féminin ou masculin. En effet, nous avons une très légère majorité de femmes (56,3%) mais ce pourcentage est proche de 50%. Cette légère majorité de femmes est plus faible qu'en ce qui concerne l'épuisement émotionnel. Cependant, ce pourcentage de femmes est plus élevé dans la catégorie « Score de risque bas de Burn Out » (75%) et « Score de risque modéré de Burn Out » (64%). Il semble ainsi que plus le risque de Burn Out est élevé, plus le nombre d'hommes augmente.

La moyenne d'âge des sujets à risque élevé est ici de 45,1 ans. Contrairement à l'épuisement émotionnel, le risque de Burn Out n'augmente pas forcément avec l'âge. En effet, l'âge est plus élevé dans le « Score de risque bas de Burn Out » (44,5 ans) que dans le « score de risque modéré de Burn Out » (43,6 ans).

Nous remarquons ici aussi que la majorité des pharmaciens concernés est mariée ou en couple (83,1%). Ici, plus ce pourcentage augmente, plus le score de risque de Burn Out est élevé.

On note également un profil de sujet ayant des enfants (76,6%) même si ce pourcentage est plus élevé dans la catégorie « Score de risque modéré de Burn Out » (81,6%).

Nous avons aussi un type de pharmacien ne fumant pas. Uniquement 6,2% des personnes dans cette catégorie à risque élevé fument ce qui est inférieur à l'épuisement émotionnel (14,3%).

La consommation de boissons alcoolisées est également importante (70,8%) chez les personnes à risque élevé, même si ce pourcentage est plus élevé dans la catégorie ayant un score de risque bas de Burn Out (71,3%) et modéré (81,6%).

b) Situation professionnelle

Risque de Burn Out	Bas (n=84)	Modéré (n=50)	Elevé (n=65)	p
Statut				0.76
Pharmacien titulaire	55 (65.5%)	38 (76.0%)	47 (72.3%)	
Pharmacien adjoint / assistant	18 (21.4%)	7 (14.0%)	11 (16.9%)	
Préparateur en pharmacie	11 (13.1%)	5 (10.0%)	7 (10.8%)	
Ancienneté dans la profession (années)	20 [11 – 30]	16 [11 – 28]	20 [11 – 28]	0.76
Ancienneté dans la pharmacie (années)	13 [4 – 25]	10 [6 – 18]	12 [6 – 20]	0.45
Type de contrat				0.74
Contrat à durée indéterminée	35 (87.5%)	21 (100%)	26 (83.9%)	
Contrat à durée déterminée	5 (12.5%)	0 (0%)	5 (16.1%)	
Nombre d'heures travaillées hebdomadaires	41.9 (11.9)	44.9 (12.0)	47.2 (13.1)	0.09

Tableau 13 : Statistiques descriptives concernant la situation professionnelle dans la dimension dépersonnalisation

Concernant la situation professionnelle, dans la catégorie « Score de risque élevé de Burn Out », nous retrouvons un profil de personne étant pharmacien titulaire (72,3%). On retrouve le pourcentage le plus élevé dans la catégorie Burn Out à risque modéré (76%).

La moyenne d'ancienneté du pharmacien concerné par un risque élevé de dépersonnalisation est de 20 ans dans la profession et 12 ans dans la pharmacie comme dans l'épuisement émotionnel. La moyenne du niveau d'ancienneté dans la profession est la même dans la catégorie Burn Out à risque bas et celle de l'ancienneté dans la pharmacie est supérieure dans la catégorie Burn Out à risque bas (13 ans).

Le contrat à durée indéterminée est le contrat type de ces pharmaciens (83,9%), même si le pourcentage de CDI est plus élevé dans la catégorie Burn Out à risque modéré (100%) et dans la catégorie Burn Out à risque bas (87,5%).

La moyenne d'heures des individus touchés est de 47,2 heures par semaine. On observe ici que plus le nombre d'heures hebdomadaires est élevé, plus le risque de Burn Out est élevé.

c) *Caractéristiques de l'officine*

Risque de Burn Out	Bas (n=84)	Modéré (n=50)	Elevé (n=65)	p
Département				0.18
Aisne	9 (10.7%)	1 (2.0%)	4 (6.2%)	
Nord	38 (45.2%)	22 (44.0%)	33 (50.8%)	
Oise	7 (8.3%)	10 (20.0%)	8 (12.3%)	
Pas-de-Calais	23 (27.4%)	10 (20.0%)	14 (21.5%)	
Somme	7 (8.3%)	7 (14.0%)	6 (9.2%)	
Nombre d'habitants dans la localité	7500 [2600 – 21000]	6000 [3500 – 17000]	9000 [3600 – 40000]	0.31
Nombre de clients par jour	123 [100 – 160]	140 [100 – 180]	150 [100 – 190]	0.42
Nombre de pharmaciens titulaires				0.82
1	67 (81.7%)	37 (77.1%)	51 (79.7%)	
2	15 (18.3%)	11 (22.9%)	10 (15.6%)	
3	0 (0%)	0 (0%)	3 (4.7%)	
Nombre de pharmaciens adjoints équivalent temps plein	1.0 [0 – 1.0]	1.0 [0.0 – 1.4]	1.0 [1.0 – 1.2]	0.21
Nombre de préparateurs équivalent temps plein	2 [1 – 2]	2 [2 – 3]	2 [2 – 3]	0.42

Tableau 14 : Statistiques descriptives concernant les caractéristiques de l'officine dans la dimension dépersonnalisation

Dans la catégorie « Score de risque élevé de Burn Out », nous retrouvons un profil de personne travaillant dans une officine encore située dans le Nord (50,2%).

La moyenne du nombre d'habitants dans la ville des sujets de cette catégorie est de 9000 habitants ce qui est une moyenne proche de celle de l'épuisement émotionnel.

Ces pharmaciens touchés reçoivent en moyenne 150 clients par jour [100-190], ce qui est supérieur aux autres catégories.

Dans la majorité des cas (79,7%), ce type de personne exerce dans une officine avec 1 seul pharmacien titulaire et contenant en moyenne 1 pharmacien adjoint et 2 préparateurs, comme dans les autres catégories.

2.2) Facteurs ayant un lien statistiquement significatif avec le risque de Burn Out lié à la dépersonnalisation

Risque de Burn Out	Modéré			Elevé		
	OR	IC95%	p	OR	IC95%	p
Nombre d'heures travaillées hebdomadaires (par heure)	1.023	[0.992 – 1.054]	0.15	1.037	[1.007 – 1.068]	0.01
Nombre de clients par jour (par 100)	1.281	[0.776 – 2.117]	0.33	1.651	[1.045 – 2.610]	0.03

Tableau 15 : Facteurs de risque ayant un lien statistiquement significatif avec le risque de Burn Out lié à la dépersonnalisation

Comme précédemment avec l'épuisement émotionnel, à l'aide de la régression logistique polytomique multivariée, nous pouvons mettre en évidence 2 facteurs de risque. L'augmentation du nombre d'heures hebdomadaires travaillées et du nombre de clients par jour sont associés significativement au risque de Burn Out lié à la dépersonnalisation.

On ne met pas en évidence d'effet du nombre d'heures hebdomadaires travaillées sur le risque modéré de Burn Out ($p=0,15$) ; en revanche, le risque élevé de Burn Out augmente de 3,7% par augmentation d'une heure travaillée supplémentaire. En effet, pour deux pharmaciens d'une pharmacie ayant le même nombre de clients, le risque élevé de Burn Out du pharmacien qui travaille une heure de plus par semaine est égal à 1,037 fois le risque de l'autre pharmacien. Donc il a un risque élevé de Burn Out multiplié par 1,037 c'est à dire augmenté de 3,7%.

On ne met pas en évidence d'effet du nombre de clients quotidien sur le risque modéré de Burn Out ($p=0,33$) ; en revanche, le risque élevé de Burn Out augmente de 65,1% par augmentation de 100 clients supplémentaires.

Effectivement, pour deux pharmaciens qui travaillent tous les deux le même nombre d'heures hebdomadaires, le risque élevé de Burn Out d'un pharmacien d'une officine qui a 100 clients de plus est égal à 1,651 fois le risque de l'autre pharmacien.

3) Accomplissement personnel

3.1) Statistiques descriptives concernant l'accomplissement personnel

Nous allons enfin établir un profil général de la population à risque élevé de Burn Out dans la dimension de l'accomplissement personnel.

a) Situation personnelle

Risque de Burn Out	Bas (n=90)	Modéré (n=51)	Elevé (n=43)	p
Sexe féminin	64 (71.1%)	32 (62.8%)	27 (64.3%)	0.54
Age (années)	44.9 (10.4)	41.7 (10.3)	46.9 (10.3)	0.048
Statut marital				0.93
Marié(e) ou en couple	71 (78.9%)	40 (80.0%)	33 (76.7%)	
Célibataire	18 (20.0%)	9 (18.0%)	8 (18.6%)	
Veuf(ve)	1 (1.1%)	1 (2.0%)	2 (4.7%)	
Parentalité	73 (82.0%)	32 (62.8%)	33 (78.6%)	0.03
Consommation quotidienne de tabac	13 (14.9%)	5 (9.8%)	4 (9.3%)	0.54
Consommation de boissons alcoolisées	69 (78.4%)	35 (70.0%)	26 (63.4%)	0.18

Tableau 16 : Statistiques descriptives concernant la situation personnelle dans la dimension de l'accomplissement personnel

Au niveau de la situation personnelle, dans la catégorie « Score de risque élevé de Burn Out », nous retrouvons surtout un profil de pharmacien de sexe féminin. En effet, nous avons une très légère majorité de femmes (64,3%). Cependant, ce pourcentage de femmes est plus élevé dans la catégorie « Score de risque bas de Burn Out » (71,1%).

La moyenne d'âge des sujets à risque élevé est de 46,9 ans. C'est dans cette catégorie que la moyenne d'âge est la plus élevée.

On note aussi que la majorité des pharmaciens concernés est mariée ou en couple (76,7%) même si ce pourcentage est plus élevé dans la catégorie ayant un score de risque bas de Burn Out (78,9%) et modéré (80%).

Nous observons également un profil de sujet ayant des enfants (78,6%), même si ce pourcentage est plus élevé dans les 2 autres catégories (Burn Out à risque bas et Burn Out à risque modéré).

Nous avons aussi un type de pharmacien ne fumant pas. Uniquement 9,3% des personnes dans cette catégorie fument. C'est un pourcentage inférieur aux 2 autres catégories.

La consommation de boissons alcoolisées est également importante chez les pharmaciens à risque élevé (63,4%), même si ce pourcentage est plus élevé dans la catégorie ayant un score de risque bas de Burn Out (78,4%) et modéré (70%).

b) Situation professionnelle

Risque de Burn Out	Bas (n=90)	Modéré (n=51)	Elevé (n=43)	p
Statut				0.01
Pharmacien titulaire	70 (77.8%)	30 (58.8%)	28 (65.1%)	
Pharmacien adjoint / assistant	15 (16.7%)	13 (25.5%)	5 (11.6%)	
Préparateur en pharmacie	5 (5.6%)	8 (15.7%)	10 (23.3%)	
Ancienneté dans la profession (années)	20 [11 – 30]	16 [9 – 25]	15 [6 – 22]	0.15
Ancienneté dans la pharmacie (années)	11 [7 – 25]	10 [4 – 18]	15 [6 – 25]	0.14
Type de contrat				1.00
Contrat à durée indéterminée	33 (91.7%)	27 (96.4%)	18 (81.8%)	
Contrat à durée déterminée	3 (8.3%)	1 (3.6%)	4 (18.2%)	
Nombre d'heures travaillées hebdomadaires	45.1 (12.5)	42.7 (10.6)	45.2 (14.0)	0.25

Tableau 17 : Statistiques descriptives concernant la situation professionnelle dans la dimension de l'accomplissement personnel

Concernant la situation professionnelle, dans la catégorie « Score de risque élevé de Burn Out », nous retrouvons un profil type de personne étant pharmacien titulaire (65,1%). On retrouve le pourcentage le plus élevé dans la catégorie « Score de risque bas de Burn Out » (77,8%). Dans la catégorie à risque élevé, ce pourcentage est plus faible concernant le Burn Out lié à l'accomplissement personnel que dans le Burn Out lié à l'épuisement (75,7%) et à la dépersonnalisation (72,3%).

La moyenne d'ancienneté du pharmacien concerné par un risque important d'accomplissement personnel est de 15 ans dans la profession et 15 ans dans la pharmacie. Pour l'ancienneté dans la profession, cette moyenne est plus faible que dans l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation (20 ans). Inversement, pour l'ancienneté dans la pharmacie, cette moyenne est plus élevée, elle est de 12 ans dans l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation.

Le contrat à durée indéterminée est le contrat type de ces pharmaciens (81,8%), même si le pourcentage de CDI est plus élevé dans la catégorie Burn Out à risque modéré (96,4%) et dans la catégorie Burn Out à risque bas (91,7%).

La moyenne d'heures des individus touchés est de 45,2 heures par semaine. On retrouve une moyenne d'heures plus élevée dans les autres dimensions : 49h pour le risque élevé de Burn Out concernant l'épuisement émotionnel et 47,2h pour le risque élevé de Burn Out concernant la dépersonnalisation.

c) *Caractéristiques de l'officine*

Risque de Burn Out	Bas (n=90)	Modéré (n=51)	Elevé (n=43)	p
Département				0.35
Aisne	4 (4.4%)	6 (11.8%)	4 (9.3%)	
Nord	39 (43.3%)	24 (47.1%)	22 (51.2%)	
Oise	12 (13.3%)	5 (9.8%)	7 (16.3%)	
Pas-de-Calais	25 (27.8%)	10 (19.6%)	9 (20.9%)	
Somme	10 (11.1%)	6 (11.8%)	1 (2.3%)	
Nombre d'habitants dans la localité	9500 [2700 – 26500]	10000 [3600 – 22000]	5000 [2800 – 20000]	0.41
Nombre de clients par jour	130 [100 – 165]	150 [100 – 180]	120 [70 – 180]	0.42
Nombre de pharmaciens titulaires				0.56
1	67 (77.9%)	40 (78.4%)	36 (85.7%)	
2	19 (22.1%)	9 (17.7%)	5 (11.9%)	
3	0 (0%)	2 (3.9%)	1 (2.4%)	
Nombre de pharmaciens adjoints équivalent temps plein	1.00 [0.00 – 1.00]	1.00 [1.00 – 1.25]	1.00 [0.50 – 1.50]	0.44
Nombre de préparateurs équivalent temps plein	2.0 [2.0 – 3.0]	2.0 [1.8 – 3.0]	2.0 [1.0 – 3.0]	0.91

Tableau 18 : Statistiques descriptives concernant les caractéristiques de l'officine dans la dimension de l'accomplissement personnel

Dans la catégorie « Score de risque élevé de Burn Out », nous retrouvons un profil de personne travaillant dans une officine située dans le Nord (51,2%).

La moyenne du nombre d'habitants dans la ville des sujets de cette catégorie est de 5000 habitants.

Les pharmaciens touchés par le risque élevé de Burn Out reçoivent en moyenne 120 clients par jour [70-180].

Dans cette dimension d'accomplissement personnel, nous remarquons que le nombre de pharmaciens ayant un risque élevé de Burn Out augmente si le nombre d'habitants dans la ville de l'officine et de clients par jour diminuent. Ces résultats s'opposent à ceux des 2 dimensions précédentes. En effet, dans l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation, nous retrouvons un nombre d'habitants dans la ville de l'officine et de clients par jour plus élevé pour les pharmaciens à risque important de Burn Out.

Contenant dans la majorité des cas (85,7%), ce type de personne exerce dans une officine avec 1 seul pharmacien titulaire et contenant en moyenne 1 pharmacien adjoint et 2 préparateurs, comme dans les autres catégories.

3.2) Facteurs ayant un lien statistiquement significatif avec le risque de Burn Out lié à l'accomplissement personnel

Risque de Burn Out	Modéré			Elevé		
	OR	IC95%	p	OR	IC95%	p
Parentalité	0.356	[0.157 – 0.809]	0.01	0.797	[0.312 – 2.040]	0.64
Nombre de pharmaciens adjoints équivalent temps plein	1.759	[1.007 – 3.074]	0.047	1.485	[0.863 – 2.557]	0.15
Nombre de préparateurs équivalent temps plein ≥ 4	0.193	[0.043 – 0.856]	0.03	1.203	[0.416 – 3.481]	0.73

Tableau 19 : Facteurs ayant un lien statistiquement significatif avec le Burn Out lié à l'accomplissement personnel

Comme précédemment avec les 2 autres dimensions, à l'aide de la régression logistique polytomique multivariée, nous pouvons mettre en évidence 3 facteurs. La parentalité, le nombre de pharmaciens adjoints équivalents temps plein et le nombre de préparateurs équivalent temps plein ≥ 4 sont ici associés au risque modéré du Burn Out lié à l'accomplissement.

Ici, nous ne mettons pas en évidence d'effet de la parentalité, du nombre de pharmaciens adjoints et du nombre de préparateurs sur le risque élevé de Burn Out ($p=0,64$, $p=0,15$ et $p=0,73$ respectivement).

Le risque modéré de Burn Out est divisé par presque 3 lorsque le répondeur est parent (OR estimé à 0,356 [0,157 – 0,809], $p=0,01$). En effet, pour deux pharmaciens d'une pharmacie ayant le même nombre de pharmaciens adjoints et le même nombre de préparateurs (tout au moins dans la même fourchette), le risque modéré de Burn Out du pharmacien qui a des enfants est égal à 0,356 fois le risque du pharmacien qui n'a pas d'enfant. Donc il a un risque modéré de Burn Out multiplié par 0,356, c'est à dire divisé par $1/0,356=2,809$.

Ce risque modéré est divisé par 5 environ lorsque le nombre de préparateurs équivalent temps plein est supérieur ou égal à 4 (OR estimé à 0,193 [0,043 – 0,856], $p=0,03$). Effectivement, pour deux pharmaciens ayant la même situation familiale et ayant le même nombre de pharmaciens adjoints, le risque modéré de Burn Out d'un pharmacien d'une officine qui a un nombre de préparateurs équivalent temps plein ≥ 4 est égal à 0,193 fois le risque de l'autre pharmacien. Donc il a un risque modéré de Burn Out multiplié par 0,193, c'est à dire divisé par $1/0,193=5,18$.

La parentalité et le nombre de préparateurs équivalent temps plein ≥ 4 seraient ainsi des facteurs protecteurs associés significativement au Burn Out à risque modéré lié à l'accomplissement.

Enfin, le risque modéré de Burn Out est multiplié par presque 2 lorsque le nombre de pharmaciens adjoints à 35 heures par semaine augmente d'une unité (OR estimé à 1,759 [1,007 – 3,074], $p=0,047$). En effet, pour deux pharmaciens ayant la même situation familiale et ayant le même nombre de préparateurs, le risque modéré de Burn Out d'un pharmacien d'une officine qui a un pharmacien adjoint équivalent temps plein de plus est égal à 1,759 fois le risque de l'autre pharmacien. Donc il a un risque modéré de Burn Out multiplié par 1,759, c'est à dire augmenté de 76%.

IV) Stress et pharmacien

1) Les causes de stress chez le pharmacien

Voici la liste des principales causes de stress au travail :

	Echantillon total (n=207)
Causes de stress au travail	
Je trouve que les patients / clients sont de plus en plus exigeants	158 (76.3%)
J'ai l'impression de ne pas avoir de visibilité sur mon avenir professionnel	148 (71.5%)
Je suis souvent interrompu dans mon travail	141 (68.1%)
J'ai l'impression d'avoir trop de charges administratives	125 (60.4%)
J'ai l'impression que mon travail s'est dégradé ces dernières années	118 (57.0%)
J'ai l'impression que ma rémunération n'est pas représentative du travail fourni	102 (49.3%)
Je me sens menacé par la concurrence	98 (47.3%)
J'ai l'impression que mon travail n'est pas assez reconnu par les autres professions de santé	89 (43.0%)
J'ai l'impression d'être débordé au travail	88 (42.5%)
J'ai peur de faire des erreurs de délivrance de médicaments	79 (38.2%)
J'ai l'impression de ne pas être assez soutenu dans mon travail par mes collègues / ma hiérarchie / mes proches	52 (25.1%)
J'ai l'impression que certains patients / clients n'ont plus confiance en ma profession	51 (24.6%)
Je ne suis pas satisfait de mon ambiance de travail	44 (21.3%)
J'ai l'impression de prendre en charge trop de patients / clients	34 (16.4%)

Tableau 20 : Les causes de stress au travail

2) Gestion du stress au travail

Voici les différentes réponses correspondant à la gestion du stress au travail.

	Echantillon total (n=207)
Gestion du stress au travail	
Consultations médicales	12 (5.8%)
Recours à des médicaments	48 (23.5%)
Homéopathie	11 (22.9%)*
Phytothérapie / Aromathérapie	18 (37.5%)
Anxiolytique	32 (66.7%)
Hypnotique / Somnifère	19 (39.6%)
Consommation de substances psychoactives non médicamenteuses	18 (8.9%)
Recours à des approches nutritionnelles	35 (17.2%)
Recours à de la psychothérapie ou à des thérapies cognitivo-comportementales	11 (5.4%)
Recours à des techniques de relaxation	26 (12.8%)
Pratique d'activités sportives	105 (52.0%)
Pratique de loisirs	137 (67.2%)
Prise de congés, RTT, week-ends, vacances	86 (42.0%)

*Le total est supérieur à 100% car des répondants ont répondu positivement à plusieurs items.

Tableau 21 : Moyens de gestion du stress au travail

Nous remarquons que seulement 12 praticiens de notre étude (5,8%) ont consulté un médecin et 11 ont eu recours à la psychothérapie (5,4%), alors que nous en avons 32 sous anxiolytiques et 19 sous hypnotiques.

Cela signifierait que la plupart des pharmaciens vont gérer leur stress seuls et s'auto-médicamentent de par leur facilité d'accès au stock. D'ailleurs, parmi les praticiens ayant recours à des médicaments, nous retrouvons 66,7% prenant des anxiolytiques et 39,6% prenant des hypnotiques ce qui représente les pourcentages les plus élevés par rapport à la prise d'homéopathie, phytothérapie ou aromathérapie.

Nous pouvons aussi mettre en évidence que plus de la moitié des pharmaciens ne prennent pas le temps de gérer leur stress en prenant des congés (58%) et 32,8% ne pratiquent pas de loisirs.

Enfin, les activités physiques et sportives sont nécessaires, mais, uniquement la moitié des praticiens en exerce pour gérer leur stress (52%).

3) Le recours aux anxiolytiques à l'officine

Dans notre étude, nous remarquons que 17,9% des sujets ont recours aux anxiolytiques (hypnotiques et somnifères inclus).

Nous cherchons ainsi à mettre en évidence les facteurs en lien avec le recours aux anxiolytiques à l'officine.

3.1) Echelle MBI

	Non recours aux anxiolytiques (n=170)	Recours aux anxiolytiques (n=37)	p
Score d'épuisement émotionnel (points)	21.0 [9.5 – 30.5]	41.0 [31.0 – 47.0]	<0.0001
Score d'épuisement émotionnel			<0.0001
Burn Out à risque bas (score ≤ 17)	66 (43.4%)	5 (14.3%)	
Burn Out à risque modéré (score compris entre 18 et 29)	43 (28.3%)	3 (8.6%)	
Burn Out à risque élevé (score ≥ 30)	43 (28.3%)	27 (77.1%)	
Score de dépersonnalisation (points)	6.0 [2.0 – 12]	12.0 [6.5 – 22.5]	0.0004
Score de dépersonnalisation			0.003
Burn Out à risque bas (score ≤ 5)	76 (46.6%)	8 (22.2%)	
Burn Out à risque modéré (score compris entre 6 et 11)	42 (25.8%)	8 (22.2%)	
Burn Out à risque élevé (score ≥ 12)	45 (27.6%)	20 (55.6%)	
Score d'accomplissement personnel (points)	40.0 [35.0 – 44.0]	35.0 [27.0 – 41.0]	0.002
Score d'accomplissement personnel			0.002
Burn Out à risque bas (score ≥ 40)	79 (53.0%)	11 (31.4%)	
Burn Out à risque modéré (score compris entre 34 et 39)	43 (28.9%)	8 (22.9%)	
Burn Out à risque élevé (score ≤ 33)	27 (18.1%)	16 (45.7%)	

Tableau 22 : Recours aux anxiolytiques en fonction du score MBI

Concernant les 3 dimensions de l'échelle, nous remarquons une différence significative entre le score de risque de Burn Out chez les personnes ayant recours aux anxiolytiques par rapport aux personnes n'en consommant pas.

Parmi les personnes ayant recours aux anxiolytiques, nous retrouvons en moyenne un Score de risque élevé de Burn Out pour les dimensions épuisement émotionnel (Score ≥ 30) et dépersonnalisation (Score ≥ 12). Nous remarquons aussi un Score de risque modéré de Burn Out pour la dimension accomplissement personnel (Score compris entre 34 et 39).

Parmi les personnes ayant un score de risque élevé de Burn Out, nous retrouvons :

- Dans la dimension épuisement émotionnel, un nombre important de **77,1%** de personnes ayant recours aux anxiolytiques. Cela représente plus de $\frac{3}{4}$ des pharmaciens ayant un score de risque élevé...
- Dans la dimension dépersonnalisation, un nombre de 55,6% de personnes ayant recours aux anxiolytiques.
- Dans la dimension accomplissement personnel, un nombre de 45,7% de personnes ayant recours aux anxiolytiques.

Ainsi, nous retrouvons bien un lien entre le Burn Out et la prise d'anxiolytiques. La population ayant un score de risque de Burn Out lié à l'épuisement émotionnel élevé paraît être celle ayant le plus recours aux anxiolytiques, si l'on compare avec les autres dimensions (dépersonnalisation et accomplissement personnel).

3.2) Anxiété et Dépression

	Non recours (n=170)	Recours (n=37)	p
Niveau de stress des 7 derniers jours (%)	57.0 [23.5 – 69.5]	76.5 [70.0 – 81.0]	<0.0001
Score d'anxiété (points)	8.0 [6.0 – 12.0]	17.0 [12.5 – 19.0]	<0.0001
Anxiété			<0.0001
Absence de symptomatologie (score ≤ 7)	70 (42.7%)	0 (0%)	
Symptomatologie douteuse (score comprise entre 8 et 10)	37 (22.6%)	1 (2.8%)	
Symptomatologie certaine (score ≥ 11)	57 (34.8%)	35 (97.2%)	
Score de dépression (points)	4.0 [2.0 – 8.0]	9.0 [7.0 – 13.0]	<0.0001
Dépression			<0.0001
Absence de symptomatologie (score ≤ 7)	122 (73.9%)	13 (35.1%)	
Symptomatologie douteuse (score comprise entre 8 et 10)	27 (16.4%)	9 (24.3%)	
Symptomatologie certaine (score ≥ 11)	16 (9.7%)	15 (40.5%)	

Tableau 23 : Recours aux anxiolytiques en fonction de l'anxiété et la dépression

Nous remarquons évidemment un niveau de stress, un score d'anxiété et un score de dépression plus élevés chez les personnes ayant recours aux anxiolytiques. Le lien entre l'anxiété, dépression et le recours aux anxiolytiques est donc statistiquement significatif ($p < 0,0001$).

Parmi les personnes ayant recours aux anxiolytiques, 97,2% ont un score d'anxiété signifiant une symptomatologie certaine et 40,5% ont un score de dépression signifiant une symptomatologie certaine.

3.3) Sommeil et fatigue

	Non recours (n=170)	Recours (n=37)	p
Aucun problème de sommeil	29 (17.1%)	0 (0%)	0.007
Problèmes de sommeil*			
Difficulté à s'endormir	36 (21.2%)	15 (40.5%)	0.01
Réveils nocturnes fréquents	76 (44.7%)	22 (59.5%)	0.10
Réveil trop précoce	45 (26.5%)	14 (37.8%)	0.17
Sommeil de mauvaise qualité	55 (32.4%)	20 (54.1%)	0.01
Sensation de manque de sommeil	97 (57.1%)	29 (78.4%)	0.02
Fréquence des problèmes de sommeil			0.03
Moins d'une fois par mois	2 (1.2%)	0 (0%)	
Moins d'une fois par semaine	7 (4.1%)	1 (2.7%)	
Une fois par semaine	17 (10.1%)	3 (8.1%)	
Plusieurs fois par semaine	81 (47.9%)	14 (37.8%)	
Toutes les nuits	33 (19.5%)	19 (51.4%)	
Niveau de fatigue des 7 derniers jours (%)	66.0 [45.0 – 75.0]	77.0 [71.0 – 86.0]	<0.0001

*Le total est supérieur à 100% car des répondeurs ont répondu positivement à plusieurs items.

Tableau 24 : Recours aux anxiolytiques en fonction du sommeil et de la fatigue

Nous remarquons qu'uniquement 17,1% des sujets de notre étude ne présentent aucun problème de sommeil.

Parmi les 178 autres sujets qui en présentent, 37 ont recours aux anxiolytiques dans notre étude, ce qui représente 20,7% et qui n'est pas négligeable.

Les problèmes de sommeil qui semblent le plus entraîner la prise d'anxiolytiques sont les items « difficulté à s'endormir » et « sommeil de mauvaise qualité » (p=0,01).

Parmi les personnes ayant recours aux anxiolytiques, nous remarquons qu'ils ont tous des problèmes de sommeil. Plus de la moitié de ces personnes (51,4%) ont des problèmes toutes les nuits. On retrouve aussi parmi eux un niveau de fatigue plus élevé que chez les personnes n'en prenant pas.

3.4) Facteurs de risque ayant un lien statistiquement significatif avec la prise d'anxiolytiques

	OR	IC95%	p
Consommation d'alcool	6.884	[1.430 – 33.127]	0.02
Nombre d'habitants (par 1000)	1.013	[1.001 – 1.025]	0.03
Score d'accomplissement personnel (par point)	0.886	[0.812 – 0.966]	0.006
Score d'anxiété (par point)	1.524	[1.304 – 1.781]	<0.0001

Tableau 25 : Facteurs de risque de la prise d'anxiolytiques

Les 3 facteurs de risque ayant un lien statistiquement significatif avec la prise d'anxiolytiques sont : la consommation d'alcool, le fait de travailler dans une ville avec 1000 habitants en plus qu'une autre et l'augmentation du score d'anxiété.

Il existe un facteur protecteur qui est l'augmentation d'un point du score d'accomplissement personnel. Effectivement, le risque de recours aux anxiolytiques est multiplié par 0,886, et donc diminue lorsque le score d'accomplissement personnel augmente d'un point ($p=0,006$). En effet, pour deux pharmaciens ayant la même consommation d'alcool (c'est à dire en consommant tous les deux, ou n'en consommant pas tous les deux), issus d'une ville ayant le même nombre d'habitants et ayant le même score d'anxiété, le risque de recours aux médicaments du pharmacien ayant un point de plus au score d'accomplissement personnel est égal à 0,886 fois le risque de l'autre pharmacien. Donc il a un risque de recours aux anxiolytiques qui diminue de 11%. En résumé, le risque de recours aux anxiolytiques diminue de 11% par augmentation d'un point du score d'accomplissement personnel.

Nous pouvons également remarquer que le risque de recours aux anxiolytiques est multiplié par presque 7 lorsqu'il y a consommation d'alcool ($p=0,02$). En effet, pour deux pharmaciens d'une ville ayant le même nombre d'habitants, le même score d'accomplissement personnel et le même score d'anxiété, le risque de recours aux médicaments du pharmacien qui consomme de l'alcool est égal à 6,884 fois le risque du pharmacien qui n'en consomme pas.

Aussi, le risque de recours aux anxiolytiques est multiplié par 1,013 lorsque le nombre d'habitants de la localité dans laquelle se situe l'officine augmente de 1000 habitants ($p=0,03$). C'est-à-dire que pour deux pharmaciens ayant la même

consommation d'alcool (c'est à dire en consommant tous les deux, ou n'en consommant pas tous les deux), le même score d'accomplissement personnel et le même score d'anxiété, le risque de recours aux médicaments du pharmacien d'une officine dans une ville ayant 1000 habitants de plus est égal à 1,013 fois le risque de l'autre pharmacien. Donc il a un risque de recours aux anxiolytiques qui augmente de 1,13%.

En résumé, le risque de recours aux médicaments s'élève de 1% par augmentation de 1000 habitants dans la ville de l'officine.

De plus, le risque de recours aux anxiolytiques est multiplié par 1,524 lorsque le score d'anxiété augmente d'un point (OR estimé à 1,524 [1,304 – 1,781], $p < 0,0001$). Nous pouvons expliquer ceci par le fait que pour deux pharmaciens ayant la même consommation d'alcool (c'est à dire en consommant tous les deux, ou n'en consommant pas tous les deux), issus d'une ville ayant le même nombre d'habitants et ayant le même score d'accomplissement personnel, le risque de recours aux médicaments du pharmacien ayant un point de plus au score d'anxiété est égal à 1,524 fois le risque de l'autre pharmacien. Donc il a un risque de recours aux anxiolytiques qui augmente de 50%.

En résumé, le risque de recours aux médicaments augmente de 50% par augmentation d'un point du score d'anxiété.

V) Discussion

1) Résultats

1.1) Facteurs associés au risque de Burn Out

a) Augmentation du nombre d'heures

Tout d'abord, nous avons remarqué dans notre étude que l'augmentation du nombre d'heures de travail est fortement liée au risque élevé de Burn Out. Les pharmaciens et préparateurs de notre étude travaillent en moyenne 44,4 heures par semaine. D'une part, selon l'épuisement émotionnel, si l'individu augmente son temps de travail d'une heure par semaine, son risque de Burn Out augmente de 7,3%. D'autre part, selon la dimension « dépersonnalisation », travailler une heure de plus augmente le risque de Burn Out de 3,7%.

Nous retrouvons ce phénomène dans d'autres études. Une étude sur les pharmaciens de Loire-Atlantique(24) nous indique qu'un pharmacien titulaire travaille en moyenne 48 heures par semaine. Cette étude nous fait aussi remarquer qu'un pharmacien titulaire sur deux a des horaires de travail non compatibles avec la vie de famille. Une autre étude sur les internes en médecine générale (7) nous montre que le nombre d'heures de travail hebdomadaires est un facteur d'épuisement émotionnel avec 91,3% des internes épuisés qui travaillent plus de 50 heures par semaine. En effet, l'augmentation du nombre d'heures de travail entraîne un manque de temps pour soi, son entourage, ainsi que pour se ressourcer. Ce nombre d'heures de travail important limite la pratique de loisirs, d'activités physiques, de relaxation, d'activités socioculturelles....

b) Département de l'officine

Ensuite, notre étude a mis en évidence que le risque de Burn Out lié à l'épuisement émotionnel est en corrélation avec le département où se trouve l'officine. En effet, concernant l'épuisement émotionnel, travailler dans le Nord multiplie le risque modéré de Burn Out par environ 3,5 ($p=0,009$), et, travailler dans le Pas-de-Calais multiplie le risque élevé de Burn Out par 3 ($p=0,02$) par rapport à un pharmacien de l'Aisne, de l'Oise ou de la Somme.

Nous pouvons expliquer cela par le tableau ci-dessous. (19)

	Nord-Pas-de-Calais	Picardie
Nombre d'officines	1456	603
Nombre d'officines pour 100 km²	12	3
Nombre d'habitants par officine	2789	3196
Evolution du nombre d'officine sur 1 an	-12	-1

Tableau 26 : Nombre d'officines en fonction du département

Nous retrouvons en effet dans le Nord-Pas-de-Calais, un nombre d'officines au 100 km² plus important et donc moins d'habitants par officine qu'en Picardie. Aussi, 12 officines ferment par an dans le Nord-Pas-de-Calais contre 1 par an en Picardie. Le Nord-Pas-de-Calais semble ainsi être plus menacé par la concurrence que la Picardie. Cela pourrait ainsi être la raison du risque d'épuisement émotionnel plus élevé de notre étude.

c) Nombre de clients

Dans notre étude, dans la dimension « dépersonnalisation », le risque élevé de Burn Out augmente de 65,1% par augmentation de 100 clients supplémentaires par jour. En effet, l'augmentation du nombre de clients va forcément entraîner une réduction de temps accordé par le pharmacien à chaque patient. Le pharmacien aura ainsi une connaissance moins approfondie des clients entraînant une légère « sécheresse émotionnelle » pouvant ainsi aboutir à la dépersonnalisation.

De plus, la prise en charge des patients à l'officine nécessite souvent une grande implication au niveau émotionnel. En effet, le pharmacien apporte régulièrement un soutien psychologique important chez certains patients suivis sur une longue durée ou qui arrive à un stade terminal d'une maladie avec des complications. Devant cet investissement important, pour éviter une surcharge émotionnelle, l'organisme peut agir en moyen de défense sous forme de dépersonnalisation. (27)

d) Parentalité

Le fait d'être parent influencerait l'accomplissement personnel avec, dans notre étude, un score moindre chez les parents. Nous avons remarqué que le risque modéré de Burn Out selon l'accomplissement personnel est divisé par presque 3 lorsque le répondeur est parent ($p=0,01$).

Cette notion avait déjà été démontrée dans une étude où le fait d'avoir des enfants diminuait le risque de Burn Out dans les trois dimensions (28) ou, dans une autre étude sur les étudiants en médecine au Dakar, uniquement dans la dimension de la dépersonnalisation (27).

Il y a plusieurs explications à ce phénomène que nous retrouvons dans la littérature. (28) Tout d'abord, le fait d'être parent développe une expérience pratique dans la résolution des problèmes entre les individus de l'équipe (augmentation de la patience, résolution des conflits, meilleure communication interpersonnelle et réduction de la détresse émotionnelle).

Ensuite, le fait d'être parent permet d'avoir une vie plus équilibrée, des projets familiaux et des objectifs de vie différents que les personnes sans enfant. Cette situation permet d'éviter de se focaliser uniquement sur la performance au travail. Les employés sans enfant peuvent en effet utiliser leur emploi comme unique source de vie, ce qui pourrait les amener à trop s'impliquer dans leur travail, au risque d'entraîner un Burn Out.

Avoir des enfants nécessite beaucoup d'attention et de préoccupation au quotidien et donc semble très efficace pour l'accomplissement personnel.

Enfin, l'amour, l'aide et le confort fournis par les membres de la famille permet de faire face au stress engendré par le travail.

e) Nombre de pharmaciens adjoints et préparateurs

Selon la dimension « manque d'accomplissement personnel », le risque modéré de Burn Out est multiplié par presque 2 lorsque le nombre de pharmaciens adjoints équivalent temps plein augmente d'une unité dans l'officine ($p=0,047$). Tandis que le risque modéré de Burn Out est divisé par 5 environ lorsque le nombre de préparateurs à 35 heures par semaine est supérieur ou égal à 4 dans l'officine ($p=0,03$).

Une autre étude sur le Burn Out des pharmaciens(24) a mis en évidence que le fait d'employer un pharmacien adjoint ne semble pas réduire les risques de Burn Out.

Nous pouvons expliquer cela par plusieurs hypothèses :

- Tout d'abord, il est possible qu'un pharmacien adjoint supplémentaire ait été embauché pour faire face à la surcharge de travail dans ces officines. Il ne serait donc pas la cause d'une augmentation du risque de Burn Out mais la solution pour limiter ce risque.
- Cependant, le fait d'embaucher un pharmacien adjoint représente un coût financier plus important qu'un préparateur. La masse salariale est ainsi alourdie au détriment d'autres emplois.
- De plus, il peut y avoir une divergence de point de vue sur les méthodes de travail entre le titulaire et l'adjoint entraînant des tensions dans l'équipe. Cela peut aussi être une source de stress supplémentaire si le pharmacien titulaire n'ose pas déléguer suffisamment et faire confiance à son adjoint.
- Enfin, il est possible qu'avec un pharmacien adjoint en plus, le pharmacien titulaire accorderait plus de temps aux documents administratifs pendant que son adjoint serait responsable de s'occuper des patients au comptoir. Cette impression de perte d'utilité pourrait expliquer la diminution de son accomplissement personnel.

1.2) Facteurs associés à la prise d'anxiolytiques

Rappelons que 17,9 % des sujets de notre étude ont recours aux anxiolytiques ou hypnotiques. Ce pourcentage est légèrement supérieur à celui d'une autre étude lancée en 2008 par la caisse des professions libérales du RSI dans laquelle 13,2% des pharmaciens consomment régulièrement des psychotropes. (29)

Nous avons remarqué dans notre étude un lien statistiquement significatif entre le score de risque de Burn Out et le recours aux anxiolytiques. Concernant les autres professionnels de santé, dans une étude portant sur 340 internes d'oncologie, la prise d'anxiolytiques était aussi statistiquement liée à des scores élevés de Burn Out. (30)

Cependant, dans une étude réalisée sur les soignants travaillant en EHPAD, aucun lien n'a été trouvé entre la prise d'anxiolytiques au cours des 3 derniers mois et le Burn Out. (31)

Nous avons mis aussi en évidence 3 facteurs de risque de la prise d'anxiolytiques chez les pharmaciens : la consommation d'alcool, le fait de travailler dans une ville avec 1000 habitants en plus qu'une autre et l'augmentation d'un point du score d'anxiété. Un facteur protecteur a aussi été démontré : l'augmentation d'un point du score d'accomplissement personnel.

Nous n'avons pas trouvé d'étude chez les autres professionnels de santé concernant les facteurs de risque ayant un lien statistiquement significatif avec la prise d'anxiolytiques. Nous pouvons expliquer ceci par le fait que les anxiolytiques sont beaucoup plus faciles d'accès pour les pharmaciens que pour les autres professionnels de santé.

2) Limites de cette étude

C'est la 1^{ère} fois qu'on effectue une estimation de la prévalence du Burn Out syndrome chez les pharmaciens d'officine des Hauts-de-France. L'importance du phénomène incite à mettre en œuvre des mesures spécifiques pour y faire face. Cependant cette étude présente des limites.

2.1) Taille de l'échantillon

Une des limites de cette étude est la petite taille de l'échantillon, puisque 2467 pharmaciens titulaires et 2624 pharmaciens assistants ont été comptés dans les Hauts-de-France le 1^{er} janvier 2016. Nous avons ainsi un taux de réponse de 6% et 1,4%, respectivement. Aucune information n'est disponible sur le nombre de préparateurs en pharmacie en France. (32)

Cependant, l'échantillon étudié est relativement conforme à la population des pharmaciens des Hauts-de-France.

En effet, dans notre échantillon, nous retrouvons 58,9% de femmes chez les pharmaciens titulaires et 73,7% de femmes chez les adjoints. Dans les Hauts-de-France, les femmes représentent 57,2% chez les pharmaciens titulaires et 79,4% chez les pharmaciens adjoints. (32)

De plus, l'âge moyen dans notre échantillon est de $47,10 \pm 1,55$ ans chez les pharmaciens titulaires et de $38,47 \pm 3,60$ ans chez les pharmaciens adjoints. Dans

les Hauts-de-France, la moyenne d'âge en 2014 était de 48,8 ans pour les pharmaciens titulaires et de 42,3 ans pour les pharmaciens assistants.(32)

Les répondants au présent sondage étaient principalement des pharmaciens titulaires (70,5% titulaires, 18,4% pharmaciens adjoints et 11,1% préparateurs en pharmacie). Nous pouvons expliquer cela car l'enquête a été envoyée par mail à chaque pharmacie d'officine et dans la plupart des cas, les boîtes mails sont vérifiées par le titulaire de la pharmacie. Nous pouvons donc émettre l'hypothèse que les pharmaciens titulaires ont influencé les résultats de l'enquête avec leurs problèmes spécifiques, même s'il n'y a aucune différence significative de syndrome d'épuisement professionnel entre les statuts professionnels.

Enfin, nous avons retrouvé des données manquantes dans certains items du questionnaire, cela explique pourquoi les effectifs sont réduits dans les résultats du MBI.

2.2) Modalités de l'étude

L'étude a été réalisée sur une courte période de 3 mois allant de la mi-avril à la mi-juillet 2015, soit de la fin du printemps au début de l'été. C'est une des périodes la plus agréable de l'année en France avec une augmentation des températures et de la durée du jour. On peut donc supposer que cette période peut limiter la perturbation de l'humeur et du Burn Out syndrome.

2.3) Imprécision du diagnostic de Burn Out

Nous avons diverses échelles de mesure du Burn Out. Ici, c'est l'échelle MBI qui a été utilisée.

La définition du Burn Out est ainsi variable et l'absence de Score global du Burn Out complique l'analyse.

De plus, l'échelle MBI est américaine. La traduction française de cette échelle a été validée sur une population québécoise. De nombreux termes peuvent ainsi différer de la langue française et être mal compris.

Par exemple, « Je me sens ragaillardi(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes patients/clients/élèves » peut être mal interprété et sous estimer l'accomplissement personnel.

3) Autres études envisageables

Tout d'abord, la validation de l'échelle MBI sur une population française est à envisager.

Ensuite, parmi les pharmaciens ayant des scores de risque élevé de Burn Out, il aurait été intéressant de connaître leurs antécédents médicaux afin de faire le lien entre le Burn Out et la psychopathologie.

Nous pourrions aussi effectuer la même étude à une autre période de l'année pour vérifier qu'on ne trouve pas de phénomène de dépression saisonnière modifiant les scores de Burn Out.

Enfin, aucun item de ce questionnaire ne porte sur le harcèlement moral. Il serait intéressant d'y ajouter des items sur le comportement de l'employeur vis-à-vis du salarié ou inversement. Par exemple, le questionnaire de Karasek en contient « Mon chef a une attitude hostile ou conflictuelle envers moi. », « Mon chef prête attention à ce que je dis. » (33)

4) Comparaison avec d'autres professions de santé

Nous avons décidé de comparer nos résultats chez les pharmaciens d'officine des Hauts-de-France avec ceux trouvés dans la littérature sur d'autres professionnels de santé. Pour se faire, nous allons dans un premier temps, à l'aide d'un khi-deux, mettre en évidence une différence de répartition du risque de Burn Out entre les 4 populations (Internes de médecine générale de 2011(7), Pharmaciens de Loire-Atlantique de 2006 (24), Médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais de 2015 (25), Pharmaciens de notre étude) dans chaque dimension.

a) Epuisement émotionnel

	Burn-out			Total
	Risque bas	Risque modéré	Risque élevé	
Internes de médecine générale 2011	175 (43%)	136 (34%)	93 (23%)	404 (100%)
Pharmaciens de Loire-Atlantique 2006	90 (65,2%)	28 (20,3%)	20 (14,5%)	138 (100%)
Médecins généralistes Nord-Pas-de-Calais 2012	231(51,2%)	136(30,2%)	84 (18,6%)	451 (100%)
Pharmaciens d'officine des Hauts-de-France 2016	71 (38%)	46 (24,6%)	70 (37,4%)	187 (100%)
Total	567	346	267	1180
	48.05	29.32	22.63	100.00

Tableau 27 : Répartition du Burn Out selon l'épuisement émotionnel en fonction des différents professionnels de santé

On peut conclure à une différence de répartition du risque de Burn Out entre les 4 populations ($p < 0,0001$). Si on effectue des comparaisons 2 à 2, on peut mettre en évidence une différence entre les pharmaciens des Hauts-de-France et les 3 autres populations ($p = 0,001$ pour les internes de médecine générale, $p < 0,0001$ pour les pharmaciens de Loire Atlantique, et $p < 0,0001$ pour les médecins généralistes). On peut par ailleurs conclure à une différence entre les internes de médecine générale et les pharmaciens de Loire Atlantique ($p < 0,0001$).

Nous remarquons ainsi que le risque élevé d'épuisement émotionnel est plus fréquent dans notre étude que chez les autres professionnels de santé. En effet, nous retrouvons 37,4% des pharmaciens des Hauts-de-France ayant un risque élevé du Burn Out lié à l'épuisement contre 14,5% pour ceux de Loire-Atlantique, 18,6% pour les médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais et 23% pour les internes en médecine générale.

b) Dépersonnalisation

	Burn-out			Total
	Risque bas	Risque modéré	Risque élevé	
Internes de médecine générale 2011	131 (32,4%)	116 (28,7%)	157 (38,9%)	404 (100%)
Pharmaciens de Loire-Atlantique 2006	31 (22,5%)	54 (39,1%)	53 (38,4%)	138 (100%)
Médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais 2012	185 (41%)	147 (32,6%)	119 (26,4%)	451
Pharmaciens d'officine des Hauts-de-France 2016	84 (42,2%)	50 (25,1%)	65(32,7%)	199
Total	431 36.16%	367 30.79%	394 33.05%	1192 100.00

Tableau 28 : Répartition du Burn Out selon la dépersonnalisation en fonction des différents professionnels de santé

On peut conclure à une différence de répartition du Burn Out entre les 4 populations ($p < 0,0001$). Si on effectue des comparaisons 2 à 2, on peut conclure à une différence entre les internes de médecine générale et les médecins généralistes ($p = 0,0004$), entre les pharmaciens de Loire Atlantique et les médecins généralistes ($p = 0,0003$), et entre les pharmaciens de Loire Atlantique et les pharmaciens des Hauts-de-France ($p = 0,0005$).

Concernant la dépersonnalisation, le risque élevé de Burn Out des pharmaciens d'officine des Hauts-de-France est plus souvent observé (32,7%) que chez les médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais (26,4%). Cependant, les pharmaciens de Loire-Atlantique et les internes de médecine générale sont ceux qui ont un score de risque élevé le plus fréquent (38,4% et 38,9%).

c) Accomplissement personnel

	Burn-out			Total
	Risque bas	Risque modéré	Risque élevé	
Internes de Médecine générale 2011	128 (31,6%)	132 (32,7%)	144 (35,7%)	404 (100%)
Pharmaciens de Loire-Atlantique 2006	70 (50,7%)	39 (28,3%)	29 (21%)	138 (100%)
Médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais 2012	222 (49,2%)	97 (21,5%)	132 (29,3%)	451 (100%)
Pharmaciens d'officine des Hauts-de-France 2016	90 (48,9%)	51 (27,7%)	43 (23,4%)	184
Total	510	319	348	1177
	43.33	27.10	29.57	100.00

Tableau 29 : Répartition du Burn Out selon l'accomplissement personnel en fonction des différents professionnels de santé

On peut conclure à une différence de répartition du Burn Out entre les 4 populations ($p < 0,0001$). Si on effectue des comparaisons 2 à 2, on peut conclure à une différence entre les internes de médecine générale et les 3 autres populations ($p = 0,0001$ pour les pharmaciens de Loire Atlantique, $p < 0,0001$ pour les médecins généralistes, et $p = 0,0002$ pour les pharmaciens des Hauts-de-France 2016).

Contrairement à l'épuisement émotionnel et à la dépersonnalisation, le risque élevé de Burn Out par un manque d'accomplissement personnel est moins fréquent chez les pharmaciens (23,4% dans notre étude et 21% dans l'étude sur les pharmaciens d'officine en Loire-Atlantique) que dans les études sur les médecins généralistes (29,3%) et internes en médecine générale (35,6%).

Partie III : Solutions pour prévenir et éviter le Burn Out

La prise en charge du Burn Out est surtout préventive. Nous allons proposer ici des moyens pour y faire face et surtout quelques solutions pour éviter son apparition.

I) Hot line

Selon l'étude Stethos, 98% des pharmaciens ne connaissent aucun numéro d'écoute à appeler dans le cadre de souffrance psychologique. (2)

1) Cellule d'écoute pour les pharmaciens d'Île-de-France

Suite au suicide d'un pharmacien, consécutif à des problèmes financiers, une cellule d'écoute pour les pharmaciens d'Île-de-France a été créée en août 2016. Elle a été mise en place par le Syndicat des pharmaciens du Val-d'Oise.

Cette cellule permet aux confrères de rompre avec l'isolement, de parler de leurs problèmes dans l'anonymat s'ils le souhaitent. Ainsi, ils vont recevoir un appui psychologique et être orientés vers un professionnel en fonction de l'origine de leurs problèmes.

Cette cellule d'écoute pour les pharmaciens d'Île-de-France est joignable du Lundi au Vendredi en journée : **0153309842**. (29)

2) Première hot line disponible 24h/24

L'ADOP créa la première hot line en Janvier 2016 en Rhône-Alpes.

Cette hot line a été soutenue financièrement par l'Ordre des pharmaciens lors de sa mise en place et est maintenant aussi encouragée par l'ARS. Elle est à disposition de tous les pharmaciens français en difficulté financière et psychologique.

Elle est composée de 27 confrères qui décrochent selon un tour de garde bien établi. Ces confrères ont été formés à l'écoute, l'évaluation des risques et des urgences. Ils ont aussi un rôle dans l'orientation vers un psychologue, addictologue, expert comptable, avocat, juriste...

En 8 mois, cette hot line a reçu plus d'une trentaine d'appel avec différents cas de figure comme l'épuisement, l'addiction, le braquage, le redressement, la liquidation judiciaire, les conflit avec les associés...

Voici le numéro **0800736959** qui est disponible 7J/7 24h/24, gratuit et anonyme.(29)

3) Ouverture le 28/11/16 d'une hotline destinée au Burn Out des professionnels de santé

Le Burn Out a spécifiquement son numéro d'appel ce 28/11/16. (34)

L'association SPS met en place un numéro vert d'appel gratuit et anonyme, disponible 7J/7 et 24h/24 : « une plate-forme d'appel nationale, interprofessionnelle, indépendante, tenue au secret médical, offrant écoute psychologique, aide et orientation ». (35)

Le numéro vert est le **0805232336**.

En un mois d'existence, plus de 250 appels de soignants en détresse ont été reçus et traités. Parmi eux, 10% provenaient de pharmaciens... (36) Quatre mois après l'ouverture, sur les 704 appels reçus, 5% émanaient de pharmaciens.(37)

II) Quelques mesures pour éviter le Burn Out de ses employés

Face à la surcharge de travail, au manque de reconnaissance, à l'incertitude hiérarchique ou au manque d'équité dans les décisions de l'employeur, nous retrouvons aussi de nombreux cas de Burn Out chez les employés.

Pour prévenir ce risque, nous allons étudier quelques mesures et actions à améliorer. Nous conseillons dans un premier temps à l'employeur l'inscription du terme « Burn Out » dans le Document unique de l'évaluation des risques. Dans un deuxième temps, nous présenterons quelques mesures pour optimiser la gestion de l'officine et de l'équipe.

1) Inscription du Burn Out dans le Document unique de l'évaluation des risques

Depuis 2001, le document unique d'évaluation des risques est obligatoire dans toutes les entreprises, quels que soient leur taille et leur secteur d'activité. Il doit lister tous les dangers et risques professionnels encourus par les employés ainsi que les actions de prévention et de protection pour les éviter. Aucun modèle n'a été prévu par la réglementation car le document unique doit être adapté à chaque entreprise. (34,38,39)

Nous allons étudier quelques exemples de dangers en rapport avec le Burn Out, et donc les risques encourus par les pharmaciens, puis quelques propositions de moyens de prévention pour les éviter.

1.1) Danger n°1 : Journées de travail intenses

Les journées de travail peuvent être vécues comme intenses et sources d'épuisement. En effet, elles sont marquées par des horaires de travail pouvant aller jusqu'à 10 heures en étant debout en permanence. La plupart des pharmaciens travaillent aussi très fréquemment le samedi.

a) Les risques et dommages possibles

Ces journées de travail longues et intenses peuvent avoir des conséquences sur la qualité du travail comme une diminution de la performance et de l'efficacité. Une attitude cynique pourrait en découler et entraîner ainsi une perte de la clientèle.

Concernant les conséquences sur le plan physique, nous retrouvons le risque d'avoir des douleurs musculaires et articulaires, le risque de souffrir de dorsalgie ainsi que des soucis de circulation sanguine comme les varices... La fatigue intense, l'hypertension et les troubles cardiovasculaires font aussi parties des dommages possibles.

Enfin, au niveau psychologique, les conséquences peuvent être l'irritabilité, l'agressivité, l'anxiété, la dépression, le Burn Out ainsi que la difficulté d'avoir une bonne qualité de vie équilibrée.

b) Les moyens de prévention

Concernant les moyens de prévention, au niveau de l'organisation du travail, nous pouvons par exemple proposer un roulement équitable pour le travail le samedi (1 samedi sur 2 de travail). Nous pouvons aussi aménager un espace de pause (accessible 15 minutes par employé les après-midi de travail) et/ou une salle de repos pour le midi avec four, micro-ondes, réfrigérateur afin d'éviter les allers-retours fatiguant jusqu'au domicile. (38,39)

Ensuite, le conseil du port de chaussettes, bas ou collants de contention ainsi que l'aménagement ergonomique des postes comme la possibilité de sièges au comptoir font partie des moyens techniques de prévention.

Enfin, la communication est primordiale dans l'équipe. Les employés doivent être sensibilisés sur l'impact de ces journées de travail intense, sur le rythme biologique et la santé, et sur la vie personnelle.

L'employeur doit aussi s'assurer de la prise de congés et RTT de ses employés et respecter ces temps de repos. Il est aussi nécessaire qu'il établisse les plannings à l'avance selon les prescriptions légales afin de permettre une meilleure organisation de la vie des salariés.

En cas de changement de planning, les salariés doivent être prévenus au moins 15 jours à l'avance. (34)

1.2) Danger n°2 : Exigences émotionnelles face au patient

Le pharmacien peut rencontrer quelques situations de tension liées aux exigences des patients pouvant se plaindre par exemple d'une attente trop longue, d'une mauvaise qualité de service allant jusqu'à la violence verbale. Certains pharmaciens ont aussi déjà été victimes d'agression ou même de braquage...

Souvent confronté à la souffrance des patients (physique, psychologique, parfois sans solution), chaque pharmacien se force à maîtriser ses émotions en toutes circonstances et à faire bonne figure. (39)

a) Les risques et dommages possibles

Ces situations de tensions avec les patients peuvent avoir des conséquences sur le travail, avec le risque de perte de confiance en soi, de manque de conviction et de crédibilité provoquant un manque de la sensation d'accomplissement personnel. Ce risque pourrait entraîner une perte de la clientèle comme précédemment.

Ensuite, concernant les conséquences physiques nous retrouvons comme précédemment le risque d'épuisement, d'hypertension et les troubles cardiovasculaires.

Enfin, au niveau des conséquences psychologiques, nous retrouvons les mêmes risques qu'avec le danger n°1 notamment l'angoisse, le stress et le risque de Burn Out par dépersonnalisation et diminution de l'accomplissement personnel. (38,39)

b) Les moyens de prévention

En réponse à ces situations, des temps d'échange entre collègues pour renforcer le soutien psychologique et l'entraide de l'équipe sont fortement conseillés. Il est aussi très important de mettre en place des procédures d'urgence et des moyens d'alerte face à ces situations de crise. En cas d'événement traumatique, il est nécessaire d'informer le service de santé au travail dans les meilleurs délais pour éventuellement une prise en charge psychologique. (39)

Ensuite, la mise en place d'un système de sécurité dissuasif (vigile, caméra de surveillance, alarme...) pour éviter les braquages est effectuée dans la plupart des officines.

Afin de favoriser la communication avec les patients, l'aménagement d'un espace de confidentialité de qualité doit être réalisé.

Enfin, il est indispensable d'assurer la formation continue de toute l'équipe pour permettre d'être plus à l'aise face à des demandes complexes de la part des patients. (39)

Il est aussi important de veiller à la vie équilibrée de l'employé afin qu'il puisse décompresser après son travail.

1.3) Danger n°3 : Interruptions fréquentes durant le travail

Les interruptions fréquentes durant le travail (téléphone, commandes, contrôles réguliers des étudiants et préparateurs par le pharmacien) font partie de la troisième cause principale de stress au travail chez les pharmaciens de notre étude.

a) Les risques et dommages possibles

Parmi les dommages ayant des conséquences sur le travail, nous retrouvons une diminution de l'efficacité accompagnée d'un risque d'erreurs et d'oublis, ainsi qu'une sensation de ne pas avancer.

Aussi, le risque d'attente importante des clients va causer leur insatisfaction et peut provoquer une perte de la clientèle. Ceci peut aussi entraîner une attitude cynique envers les patients et l'équipe, à l'origine d'une mauvaise ambiance de travail et d'une relation tendue entre les collègues.

Les conséquences physiques sont un risque de fatigue, d'hypertension et de troubles cardiovasculaires et les conséquences psychologiques sont marquées par un risque d'irritabilité, de frustration, d'anxiété, de Burn Out et de dépression. (39)

b) Les moyens de prévention

Les moyens de prévention sont principalement l'organisation d'une bonne répartition des différentes tâches en fonction des employés.

Pour se faire, la mise en place de cahiers de liaison, de fiches de poste et la rédaction de procédures sont utiles afin d'éviter la perte de temps.

Enfin, il est primordial d'assurer une bonne communication dans l'équipe et nous pouvons proposer la mise en place de réunions périodiques. (40)

1.4) Danger n°4 : Mauvaise qualité des relations

Une mauvaise qualité des relations entre les collègues, les titulaires et/ou les confrères (pharmaciens et autres professionnels de santé) peut être aussi problématique. Nous pouvons en effet remarquer un manque d'entraide, d'écoute et de communication entre collègues ou avec nos confrères, entraînant une possible rivalité, concurrence et un manque d'autonomie. (39)

a) Les risques et dommages possibles

Une mauvaise ambiance entraîne surtout une diminution de la performance et de l'efficacité. Cela peut provoquer un risque d'attitude cynique avec les patients et donc une perte de la clientèle.

Les conséquences physiques et psychologiques sont les mêmes que précédemment. (39)

b) Les moyens de prévention

Pour favoriser la communication dans l'équipe, nous pouvons proposer la mise en place d'un cahier de liaison, de fiches de poste, la rédaction de procédures afin d'éviter les problèmes d'incompréhension dans l'équipe. Une réunion avec toute l'équipe peut aussi être mise en place périodiquement ainsi qu'éventuellement l'organisation d'une sortie divertissante trimestrielle entre équipe pour améliorer l'entente.

La formulation d'encouragements et d'un retour sur la qualité du travail fournie peut aussi être une source de motivation.(39,40)

1.5) Danger n°5 : L'insécurité socio-économique

La peur de perdre son emploi ainsi que l'incertitude de l'avenir du métier de pharmacien font partie de la crainte de tous. En effet, l'évolution et les changements dans le métier de pharmacien sont parfois non maîtrisés.

La baisse des marges et la pression des banques peuvent aussi entraîner un stress financier important.

a) Les risques et dommages possibles

Les conséquences sur le travail sont surtout une augmentation de la concurrence entre confrères. Les relations deviennent donc tendues, et à cause du stress une diminution de la performance et de l'efficacité peut être observée

Les conséquences physiques et psychologiques sont les mêmes que précédemment avec notamment un risque de Burn Out important. (39)

b) Les moyens de prévention

Il est important de tenir régulièrement informé les salariés de tout changement et toutes décisions gouvernementales afin d'éviter les mauvaises interprétations et les rumeurs de licenciement économique par exemple. A ce sujet, il est important de respecter un délai de prévenance pour les fins de contrats anticipés.

Enfin, la formation de toute l'équipe aux évolutions dans le métier est nécessaire.

2) Optimiser la gestion de l'officine et de l'équipe

Une bonne gestion de l'officine diminue les facteurs de stress.

Voici certains éléments de base permettant d'aider à cette gestion (40) :

- Tenir un cahier de liaison et de transmission à disposition de l'équipe officinale. Ce cahier sera signé à chaque lecture. Il est indispensable si l'équipe contient des membres à mi temps.
- Mettre en place des fiches de poste décrivant les missions et responsabilités de chacun. Cette mesure est à la fois bénéfique pour les employés mais aussi pour le titulaire de l'officine. Cela lui permet de déléguer de nombreuses tâches.

Par exemple, chaque membre de l'officine peut être responsable d'un ou plusieurs laboratoires précis, c'est-à-dire prendre connaissance des nouveautés et changements de la gamme de ce laboratoire, effectuer les commandes, réception, prix et mise en avant des produits conseil de ce laboratoire...

- Un plan de formation découlant des demandes individuelles et des besoins en compétences peut être mis en place annuellement et affiché. Le bilan doit être fait périodiquement. Cela permet aux employés d'être le plus à l'aise possible au comptoir.
- Créer des documents tels que des procédures et modes opératoires décrivant comment réaliser une tâche de A à Z. Ces documents seront à disposition des différents employés aux différents postes de travail. Par exemple : Procédure de réception et transmission de commande, Procédure de gestion des produits manquants, Procédure de fermeture de l'officine ...

En cas d'absence d'un des membres de l'officine et même du titulaire, le remplaçant n'aura qu'à suivre les différentes procédures pour exercer. Cela permet de libérer du temps aux autres employés et de déléguer en toute confiance de nombreuses tâches.

Il est aussi nécessaire de valoriser les équipes et mettre en place des groupes d'échange. En effet, même si la pharmacie d'officine est une petite entreprise, il semble important de réaliser au moins une fois par trimestre une réunion d'échange avec toute l'équipe.

Chaque membre devrait pouvoir donner son avis sur les éléments à changer ou à améliorer dans le fonctionnement de la pharmacie. (40)

Cela permettrait d'une part de renforcer le lien dans l'équipe pour créer un sentiment d'appartenance de chacun, d'autre part de favoriser l'autonomie et la prise d'initiative des membres de son équipe et enfin, d'instaurer un bon climat et un bon relationnel avec chacun des équipiers.

III) Avoir une bonne qualité de vie

Le Docteur Leupold (spécialiste en psychiatrie et psychothérapie) énonce 4 piliers pour conserver son capital santé (41) :

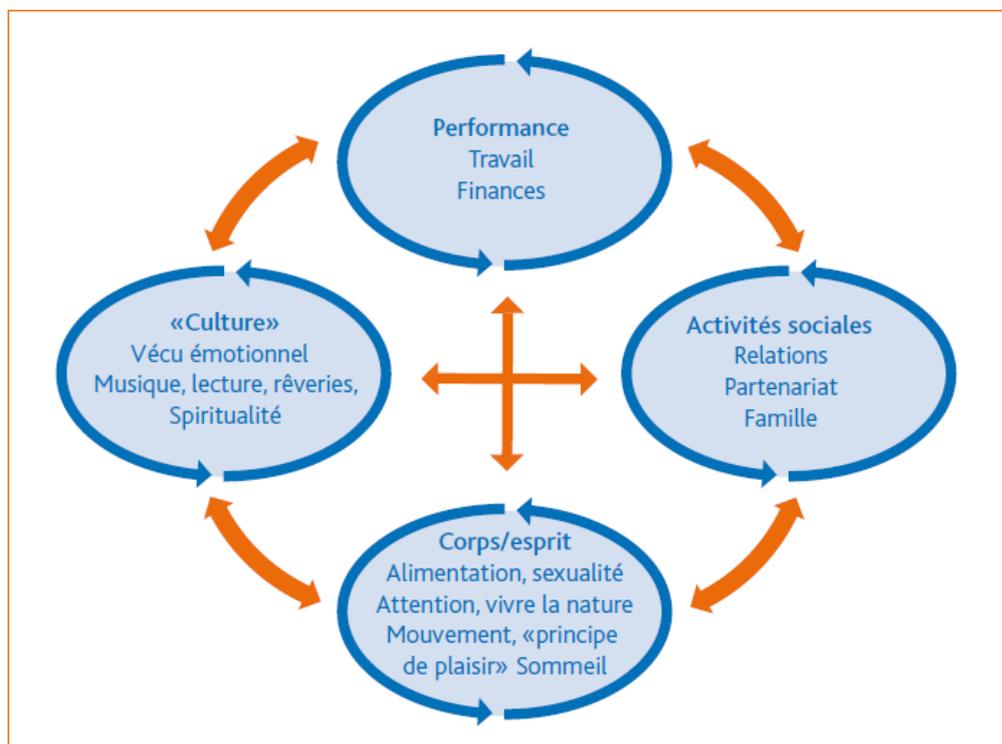


Figure 1 : « Les quatre piliers de la conservation de la santé » selon Joachim Leupold

- Performance et Travail
- Activités sociales et relations
- Corps et esprits
- Culture, intellect et vécu émotionnel

Ces quatre piliers sont les bases essentielles permettant de conserver un certain équilibre, la santé et la capacité de performances. En effet, investir un peu de temps dans les catégories «culture », « activités sociales », « corps et esprit », permet d'apporter une stabilité dans les périodes difficiles au travail.

1) Performance et travail

Chaque personne a besoin de se sentir efficace et valorisée dans son travail quotidien. Cela permet de renforcer son estime de soi.

A la pharmacie d'officine, où nous retrouvons un travail d'équipe, les maîtres-mots sont organisation et communication. Le but est de mettre en place des moyens permettant d'optimiser le gain de temps (cf partie précédente).

Un sujet ne s'engageant que dans ce secteur finira par s'épuiser et présente un fort risque de Burn Out.

A la fin de la journée, chaque membre de l'officine doit essayer de se remémorer les patients ayant eu une attitude positive (reconnaissants, valorisant leurs activités et les remerciant pour leurs conseils par exemple). Il doit éviter de se focaliser sur ceux ayant une attitude négative, antipathique, dévalorisante.

2) Activités sociales et relations

Sur le plan social, chaque employé doit renforcer les liens avec ses proches, ses enfants, son conjoint, ses parents et doit avoir et conserver des liens amicaux. C'est un moyen d'évasion, d'échange intellectuel et de réconfort. En effet, chaque membre de la pharmacie a besoin de reconnaissance de la part de l'équipe et des patients. S'il ne l'obtient pas tous les jours au travail, cette deuxième catégorie, va lui permettre de se ressentir considéré par ses proches.

Cela permet aussi de trouver une inspiration auprès des autres ce qui est essentiel pour se développer soi-même.

3) Corps et esprits

Pour chaque personne, il est impératif de prendre soin de soi. Pour cela :

- une alimentation variée, équilibrée et régulière est indispensable : 5 fruits et légumes par jour ainsi qu'une consommation modérée d'alcool (maximum 3 verres par jour, 14 par semaine pour un homme ; et maximum 2 verres par jour et 9 par semaine pour une femme).
- Eviter l'automédication. Le pharmacien a en effet un accès facilité aux anxiolytiques, il faut éviter de tomber dans ce type de dépendance.

- Une activité physique régulière est nécessaire (il ne faut pas un sport impliquant une performance obligatoire mais une activité physique pour le plaisir).

L'exercice physique provoque une augmentation de la libération des endorphines (opiacées) et des neuromédiateurs chimiques cérébraux (dopamine, sérotonine...) qui ont un rôle important dans la régulation de l'humeur, la réduction de la fatigue et de l'anxiété et dépression. Le sport provoque également un sentiment de maîtrise et d'efficacité. En plus, il produit des réponses physiologiques identiques à celles de l'anxiété (fréquence cardiaque et respiratoire augmentées). Cela va ainsi entraîner une habitude à ces stimuli et donc une diminution de la peur associée.

Une étude sur les effets de l'activité physique sur l'anxiété et la dépression (42) montre aussi une efficacité identique sur le traitement de la dépression entre la prise d'antidépresseurs et la pratique de 3 sessions de course à pied par semaine. Cette activité physique régulière permettrait d'éviter les rechutes une fois le traitement antidépresseur arrêté.

- Un sommeil sain et régulier est important ainsi que des moments de relaxation, de tendresse et une sexualité. (Exemple : un bain relaxant par semaine ou un massage de temps en temps). (43–45)
- La sophrologie dès qu'un moment de stress se présente est un excellent moyen de relaxation. Elle permet également la récupération pour arriver à sortir progressivement de cette situation d'épuisement extrême. Elle se définit par 3 éléments principaux : la respiration en conscience, la décontraction musculaire et l'utilisation appropriée d'images positives qui renforcent par exemple la sensation de calme, de sérénité et de confiance en soi.

4) Culture, intellect et vécu émotionnel

Le « rêve éveillé » par exemple en lisant un roman, écoutant de la musique, regardant un film, effectuant une activité artistique est la base de ce dernier pilier de la conservation de santé.

Cette attitude permet le développement de notre réflexion intérieure qui est également fondamentale afin de conserver une vie équilibrée. Il faut en effet respecter la notion de « self-care ability », prendre du temps pour soi exclusivement. Nous appelons ceci le principe de l'égoïsme conséquent qui consiste à savoir prendre soin de soi préalablement pour mieux prendre soin des autres. (41)

Afin de ne pas tomber entièrement dans la catégorie « performance au travail », il serait conseillé à chaque personne de l'officine de s'accorder au minimum chaque semaine :

- 2 sessions d'activité physique ou marche à pied entre amis (catégorie corps et esprit)
- Une sortie : cinéma, concert, opéra, musée, week-end... ou lecture d'un roman (catégorie culture, intellect et vécu émotionnel).
- Se prévoir un moment de qualité individuel (« self-care ability ») un soir par semaine ou une journée par mois.
- En respectant un sommeil sain et régulier, au moins 3 soirées et/ou 1 journée entièrement consacrée à son conjoint, sa famille ou ses amis (catégorie activité sociale).
- Un moment de relaxation (bain, sophrologie, massage, sexualité....) (catégorie corps et esprit)

Il est important pour tous d'évaluer et de trouver le bon équilibre entre chacun de ses domaines, ou piliers.

Pour trouver cet équilibre, le pharmacien, qui travaille en moyenne dans notre étude 44,4 heures, doit tout mettre en œuvre pour alléger son temps de travail.

Nous avons mis en évidence avec l'étude réalisée que le nombre d'heures est un facteur de risque de l'épuisement émotionnel. De plus, chez les soignants, une diminution du temps de travail diminuerait de 36% le taux d'erreurs médicales graves et de 57% le taux d'erreurs médicales non interceptées. (45)

Conclusion

Cette étude a pu démontrer une prévalence élevée du syndrome du Burn Out en pharmacie d'officine. En effet, parmi les membres de l'étude 37,4% présentent un épuisement émotionnel sévère, 32,7% une dépersonnalisation élevée et 23,4% un faible accomplissement personnel.

Nous avons pu mettre en évidence l'existence de facteurs de risque statistiquement significatifs, tels que, l'augmentation du nombre d'heures de travail hebdomadaires, la localisation de l'officine (risque plus important dans le Nord et le Pas-de-Calais), l'importance du nombre de clients. Nous avons aussi révélé 2 facteurs moyennement protecteurs comme le fait d'avoir des enfants et d'avoir un nombre de préparateurs à temps plein ≥ 4 . A l'inverse, le fait d'avoir embauché un pharmacien adjoint à temps plein en plus n'a pas été identifié comme un facteur protecteur et se révèle même être un facteur de risque modéré du Burn Out lié à l'accomplissement personnel.

Le syndrome d'épuisement professionnel est fortement associé aux comorbidités (anxiété, dépression, fatigue, stress lié au travail et troubles du sommeil) et à la prise d'anxiolytiques fréquente dans notre étude.

A l'officine, les 4 facteurs de stress les plus souvent cités sont : le fait que les patients soient de plus en plus exigeants, le peu de visibilité sur l'avenir professionnel, l'interruption fréquente dans le travail et l'impression d'avoir trop de charges administratives.

Devant cette prévalence élevée, il est donc nécessaire d'étudier plusieurs solutions de prévention pour y faire face. La mise à disposition des hotlines, l'amélioration des moyens de gestion permettant d'éviter le Burn Out des employés en font partie. Une bonne hygiène et répartition des activités quotidiennes permettent aussi d'avoir une vie plus équilibrée avec d'autres champs d'investissements que le travail.

Enfin, même si le pharmacien est peu optimiste concernant son avenir professionnel, l'arrivée de la loi HPST contribue une formidable opportunité pour maintenir le dynamisme de l'officine. La mise en place de nouvelles missions (entretiens thérapeutiques, vaccination à l'officine...) vont demander plus de temps aux pharmaciens mais permettront de valoriser leur rôle en terme de professionnel de santé. (46)

Bibliographie

1. Henri Farina, Didier Truchot, Stethos. Enquête menée par la SPS: Souffrances des professionnels de santé. In 2015. Disponible sur: www.asso-sps.fr/assets/communiqué-de-presse-2015-cnps-sps.pdf
2. SPS. Attentes des professionnels de santé en cas de souffrance psychologique. Stethos. In 2016. Disponible sur: www.asso-sps.fr/assets/sps-dp-resultats-enquete.pdf
3. Collange J, Tavani J-L, Soula M-C. Regards croisés sur le burn-out : aspects médicaux et psychologiques. Arch Mal Prof Environ [Internet]. févr 2013 [cité 30 sept 2015];74(1). Disponible sur: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1775878512010752>
4. Maslach C, Jackson SE. MBI: Maslach burnout inventory. Palo Alto CA [Internet]. 1981 [cité 9 août 2015]; Disponible sur: http://www.santementale5962.com/IMG/pdf/le_mbi.pdf
5. Pharmaciens d'officine : un honoraire contreproductif [Internet]. PharmAnalyses. 2015 [cité 15 févr 2017]. Disponible sur: <http://pharmanalyses.fr/pharmaciens-dofficine-un-honoraire-contreproductif/>
6. Josse, E. Le burn-in et le burn-out. 2008; Disponible sur: http://www.resiliencepsy.com/IMG/pdf/burnin_burnout.pdf.
7. Thevenet Marie. Analyse du Burn Out chez les internes en médecine générale sur la base d'une étude comparative entre l'île de France et le Languedoc Roussillon. [Paris]: Faculté de médecine Pierre et Marie Curie; 2011.
8. Hautefeuille Natacha. Syndrome d'épuisement professionnel (burnout) du chirurgien dentiste. [Pithiviers]; 2013.
9. Freudenberger HJ, Richelson G. Burn Out: The High Cost of High Achievement. Anchor Press; 1980. 248 p.
10. Dion G, Tessier R. Validation de la traduction de l'Inventaire d'épuisement professionnel de Maslach et Jackson. Can J Behav Sci Can Sci Comport. 1994;26(2):210.
11. Caton DJ, Grossnickle WF, Cope JG, Long TE, Mitchell CC. Burnout and stress among employees at a state institution for mentally retarded persons. Am J Ment Retard AJMR. nov 1988;93(3):300-4.
12. Selye H. The stress of life. Vol. xvi. New York, NY, US: McGraw-Hill; 1956. 324 p.
13. Danhof-Pont MB, Veen T van, Zitman FG. Biomarkers in burnout: A systematic review. ResearchGate [Internet]. 1 juin 2011 [cité 16 oct 2016];70(6). Disponible sur: https://www.researchgate.net/publication/51176658_Biomarkers_in_burnout_A_systematic_review

14. Díaz-Rodríguez L. et al. Immediate effects of reiki on heart rate variability, cortisol levels, and body temperature in health care professionals with burnout. - PubMed - NCBI [Internet]. [cité 16 oct 2016]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21821642>
15. Schnall PL, Landsbergis PA, Baker D. Job strain and cardiovascular disease. *Annu Rev Public Health*. 1994;15:381-411.
16. Coursoux P, Lehucher-Michel M-P, Marchetti H, Chaumet G, Delliaux S. Syndrome de burnout : un « vrai » facteur de risque cardiovasculaire. *Presse Médicale*. nov 2012;41(11):1056-63.
17. Lourel M, Gueguen N, Mouda F. L'évaluation du burnout de Pines: adaptation et validation en version française de l'instrument Burnout Measure Short version (BMS-10). *Prat Psychol*. sept 2007;13(3):353-64.
18. Burn-out | Centre de la depression [Internet]. [cité 17 oct 2016]. Disponible sur: <http://www.centredeladepression.org/burnout/>
19. ameli.fr - Définition d'une maladie professionnelle [Internet]. [cité 11 oct 2016]. Disponible sur: <http://www.ameli.fr/employeurs/vos-demarches/maladie-professionnelle/definition-d-une-maladie-professionnelle.php>
20. Delépine A, Chapouthier-Guillon A, Vidal V. Les maladies professionnelles - Brochure - INRS [Internet]. 2016 [cité 11 oct 2016]. Disponible sur: <http://www.inrs.fr/media.html?refINRS=ED%20835>
21. Reconnaissance de la maladie professionnelle [Internet]. AFBO - ASSOCIATION France BURN OUT. [cité 28 mars 2017]. Disponible sur: <http://asso-franceburnout.fr/reconnaissance-de-la-maladie-professionnelle/>
22. Loi Rebsamen: les 15 mesures à connaître [Internet]. L'Entreprise.com. [cité 14 nov 2016]. Disponible sur: http://entreprise.lexpress.fr/rh-management/droit-travail/loi-rebsamen-les-15-mesures-a-connaître_1713309.html
23. REDCap Info | UW Institute for Clinical & Translational Research [Internet]. [cité 9 déc 2016]. Disponible sur: https://ictr.wisc.edu/redcap_info
24. Piro M. Difficultés du pharmacien à l'officine et burn out [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Sciences Pharmaceutiques et Biologiques; 2007.
25. Faille Aurélien. Etude descriptive de la population des médecins généralistes libéraux du Nord-Pas-De-Calais et prévalence du Burn Out. [Lille]; 2012.
26. Nombre d'officines - Le pharmacien - Ordre National des Pharmaciens [Internet]. [cité 29 nov 2016]. Disponible sur: <http://www.ordre.pharmacien.fr/Le-pharmacien/Secteurs-d-activite/Pharmacie/Cartes-regionales-Officine/Nombre-d-officines>
27. Guèye M, Moreira PM, Dia DA, Ndiaye-Guèye MD, Kane-Guèye SM, Mbaye M, et al. Le syndrome d'épuisement professionnel chez les étudiants en spécialisation au Centre hospitalier universitaire de Dakar (Sénégal). [Httpwwwem-Premiumcomdoc-Distantuniv-](http://wwwem-Premiumcomdoc-Distantuniv-)

Lille2frdatarevues00034487v174i7S0003448715002243 [Internet]. 10 sept 2016 [cité 30 nov 2016]; Disponible sur: <http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/article/1079402/resultatrecherche/4>

28. Maslach C, Jackson SE. The role of sex and family variables in burnout. Sex Roles [Internet]. 1 avr 1985 [cité 30 nov 2016];12. Disponible sur: <http://link.springer.com/article/10.1007/BF00287876>
29. Debout contre le burn out [Internet]. Le Pharmacien de France - Magazine. 2016 [cité 28 mars 2017]. Disponible sur: <http://www.lepharmaciendefrance.fr/article-print/debout-contre-burn-out>
30. Blanchard P, Truchot D, Albiges-Sauvin L, Dewas S, Pointreau Y, Rodrigues M, et al. Prevalence and causes of burnout amongst oncology residents: a comprehensive nationwide cross-sectional study. Eur J Cancer Oxf Engl 1990. oct 2010;46(15):2708-15.
31. Kandelman Nadia. Facteurs de risque de burnout chez les soignants travaillant en EHPAD. [Paris]: Paris Diderot; 2015.
32. Ordre des pharmaciens. Ordre National des pharmaciens- Démographie des pharmaciens-Les pharmaciens- Panorama au 1er janvier 2016- Région Hauts de France. 1 janv 2016;
33. Brisson, Bourbonnais. Questionnaire de karasek, version francisée validée. 1998.
34. Le Moniteur des Pharmaciens. Réagir face au burn-out - Le Moniteur des Pharmacies n° 3110 du 09/01/2016 - Revues - Le Moniteur des pharmacies.fr [Internet]. Le Moniteur des pharmacies.fr. [cité 14 nov 2016]. Disponible sur: <http://www.lemoniteurdespharmacies.fr/revues/le-moniteur-des-pharmacies/article/n-3110/reagir-face-au-burn-out.html>
35. Le burn out aura son numéro d'appel en 2017 | Le Pharmacien de France - Magazine [Internet]. [cité 14 nov 2016]. Disponible sur: <http://www.lepharmaciendefrance.fr/actualite-web/burn-out-aura-numero-dappel-2017>
36. Revue Pharma. Burn-out : « stop, je n'en peux plus ». Rev Pharma [Internet]. 13 févr 2017 [cité 16 févr 2017];PHARMA N°139. Disponible sur: <https://www.revuepharma.fr/2017/02/burn-out-stop-nen-peux-plus/>
37. Marie Bonte. Le quotidien du pharmacien. Plateformes d'écoute créées par le SPS. 27 mars 2017;(337).
38. eQo: évaluation qualité officine [Internet]. [cité 15 nov 2016]. Disponible sur: <http://www.eqo.fr/>
39. Document unique | FICHE PREVENTION [Internet]. [cité 4 avr 2017]. Disponible sur: <http://www.sante-au-travail.fr/document-unique>
40. Foulon Carine. Management de la qualité à l'officine. 2016 janv 29; Faculté pharmacie Lille.
41. Dr Joachim Leupold. Burn Out. Informations destinées aux personnes touchées et leurs proches. 2007.

42. De Matos MG, Calmeiro L, Da Fonseca D. Effet de l'activité physique sur l'anxiété et la dépression. *Presse Médicale* [Internet]. mai 2009 [cité 16 nov 2016];38(5). Disponible sur: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0755498208007069>
43. Landrigan CP, Rothschild JM, Cronin JW, Kaushal R, Burdick E, Katz JT, et al. Effect of reducing interns' work hours on serious medical errors in intensive care units. *N Engl J Med* [Internet]. 2004 [cité 15 nov 2016];351(18). Disponible sur: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa041406>
44. Lockley SW, Cronin JW, Evans EE, Cade BE, Lee CJ, Landrigan CP, et al. Effect of reducing interns' weekly work hours on sleep and attentional failures. *N Engl J Med*. 28 oct 2004;351(18).
45. Mion G, Ricouard S. Repos de sécurité: quels enjeux? *Ann Fr Anesth Réanimation* [Internet]. juill 2007 [cité 15 nov 2016];26. Disponible sur: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0750765807001116>
46. Le Moniteur des Pharmacies. Nouvelles missions : un recours de l'Ordre pour faire appliquer la loi HPST - 18/10/2016 - Actu - Le Moniteur des pharmacies.fr [Internet]. Le Moniteur des pharmacies.fr. [cité 5 avr 2017]. Disponible sur: <http://www.lemoniteurdespharmacies.fr/actu/actualites/actus-socio-professionnelles/161018-nouvelles-missions-du-pharmacien-recours-devant-le-conseil-d-etat.html>

Annexe 1 : Certificat médical-accident du travail / maladie professionnelle


n° 50513#04

certificat médical accident du travail maladie professionnelle notice

à destination du praticien

Ce certificat médical doit être utilisé pour les salariés, les non salariés agricoles (chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole, collaborateurs d'exploitation ou d'entreprise agricole, aides familiaux, associés d'exploitation) victimes d'accidents du travail ou de trajet, de maladies professionnelles (dans le cadre des tableaux ou hors tableaux - article L.461-1 du Code de la sécurité sociale) ou de rechutes. Les renseignements concernant la victime et l'employeur seront complétés par le praticien à l'aide des informations fournies par la victime.

Les volets 1 et 2 sont adressés directement par le praticien sous 24 heures à l'organisme dont dépend la victime (article L.441-6 du Code de la sécurité sociale).

Le volet 3 et le volet « certificat d'arrêt de travail » sont à remettre à la victime.

❶ **Date de la première constatation médicale de la maladie professionnelle :**

La date de la première constatation médicale est la date à laquelle les symptômes ou les lésions révélant la maladie ont été constatés pour la première fois par un médecin même si le diagnostic n'a été établi que postérieurement.

❷ **Constatations détaillées :**

Décrivez avec précision l'état de la victime, le siège, la nature des lésions ou de la maladie avec les symptômes constatés. Lors de l'établissement du certificat médical final, décrivez les séquelles.

❸ **Sorties autorisées :**

Vous devez préciser si l'état de la victime autorise des sorties. Dans ce cas, la victime doit respecter les heures de présence à son domicile de 9 à 11 heures et de 14 à 16 heures, sauf en cas de soins ou d'examen médicaux.

❹ **Sorties autorisées, par exception, sans restriction d'horaire :**

Si, pour des raisons médicales, vous prescrivez des sorties sans restriction d'horaire, vous devez cocher la case « oui ». Dans ce cas, la victime n'a pas à respecter les heures de présence à domicile.

Si vous ne prescrivez pas des sorties sans restriction d'horaire, vous devez cocher la case « non ».

❺ **Reprise d'un travail léger :**

Permet le service des indemnités journalières, en tout ou partie, quand la reprise d'un travail allégé, en durée ou en pénibilité, est de nature à favoriser la guérison ou la consolidation. Un arrêt de travail à temps complet précédant immédiatement la reprise d'un travail léger n'est pas exigé dès lors que l'accident du travail ou la maladie professionnelle a entraîné un arrêt de travail à temps complet d'au moins une journée.

❻ **Reprise de travail à temps complet :**

Une reprise de travail à temps complet peut être antérieure à la date de guérison ou de consolidation.

❼ **Eléments d'ordre médical :**

Indiquez les éléments justifiant les sorties sans restriction d'horaire.

❽ **Conclusions :**

En cas de guérison ou de consolidation, indiquez précisément les conséquences définitives de l'accident ou de la maladie dans la rubrique « constatations détaillées ».

Il est possible, sur proposition du médecin traitant, de maintenir si nécessaire des soins après consolidation. Cette possibilité est soumise à l'accord du praticien conseil.

à destination de la victime

Les volets 1 et 2 sont adressés directement par le praticien à l'organisme dont vous dépendez.

Vous conservez le volet 3.

En cas d'arrêt de travail, vous adressez le volet « certificat d'arrêt de travail » à votre employeur ou au Pôle emploi si vous êtes en situation de chômage, afin de les informer.

En cas d'arrêt de travail, n'oubliez pas :

- de respecter les heures de présence à domicile sauf en cas de sorties sans restriction d'horaire (art. L.433-1 et L.323-6 du Code de la sécurité sociale),
- de demander un accord à votre organisme d'assurance maladie, avant votre départ, si vous deviez quitter votre département de résidence,
- de vous rendre aux convocations qui vous seront éventuellement adressées par le service du contrôle médical (art. L.442-5, R.442-2 et L.315-2 du Code de la sécurité sociale),
- de vous abstenir de toute activité non autorisée (art. L.433-1 et L.323-6 du Code de la sécurité sociale).

Le non respect de ces dispositions peut entraîner la perte de vos indemnités journalières

certificat médical
accident du travail
maladie professionnelle

(ne cocher qu'une seule case)

- initial de prolongation
 final de rechute

Volet 1, à adresser
par le praticien à
l'organisme dans
les 24 heures

(articles L. 441-6, L. 461-5, L. 433-1, L. 323-6, R. 433-15, R. 323-11-1 du Code de la sécurité sociale)

l'assuré(e)
régime : général agricole autre lequel ? :

numéro d'immatriculation : _____
nom de famille (de naissance, suivi, le cas échéant, du nom d'usage) : _____
prénom : _____
adresse où la victime peut être visitée (si différente de votre adresse habituelle) (1) :
code postal : _____ ville : _____ n° téléphone : _____
batiment : _____ escalier : _____ étage : _____ appartement : _____ code d'accès de la résidence : _____
(1) l'accord préalable de votre caisse est OBLIGATOIRE si cette adresse se situe hors de votre département de résidence

s'agit-il d'un accident du travail ? d'une maladie professionnelle ?
date de l'accident ou de la 1^{ère} constatation médicale de la maladie professionnelle : _____ (voir notice ❶)
présentation de la feuille d'accident du travail/maladie professionnelle : oui non (2)
(2) en cas de non présentation de la feuille, les honoraires doivent être demandés (art. L. 432-3 du Code de la sécurité sociale)

l'employeur
nom, prénom ou dénomination sociale : _____
adresse : _____
n° téléphone : _____
courriel : _____

les renseignements médicaux
● **constatations détaillées** (siège, nature des lésions ou de la maladie professionnelle, séquelles fonctionnelles) (voir notice ❷)

● **conséquences**

- **soins** (sans arrêt de travail) jusqu'au _____

- **arrêt de travail** jusqu'au _____ inclus
- en toutes lettres : (à compléter obligatoirement)
et
- en chiffres : _____

sorties autorisées : oui à partir du _____ non
(l'assuré(e) doit être présent(e) à son domicile entre 9 et 11 heures et entre 14 et 16 heures. Voir notice ❸)

par exception, pour raison médicale dûment justifiée, sorties autorisées sans restriction d'horaire :
non oui à partir du _____ (voir notice ❹)

- **prescription d'un travail léger pour raison médicale** du _____ au _____
(art. L.433-1 du Code sécurité sociale. Voir notice ❺)

- **reprise de travail à temps complet** le _____ (voir notice ❻)

- **éléments d'ordre médical justifiant, le cas échéant, les sorties sans restriction d'horaire** (voir notice ❼)

● **conclusions** (à remplir seulement en cas de certificat final) (voir notice ❽)

guérison avec retour à l'état antérieur date : _____
guérison apparente avec possibilité de rechute ultérieure date : _____
consolidation avec séquelles date : _____

identification du praticien (nom et prénom) : _____

identification de la structure (raison sociale et adresse du cabinet, de l'établissement) : _____

identifiant : _____ n° de la structure (AM, FINES ou SIRET) : _____

date : _____ signature du praticien

CM-PRE S6909d

La loi 78.17 du 6.1.78 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant.
Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (art.313-1, 441-1 et 441-6 du Code pénal, art.L. 162-1-14 du Code de la sécurité sociale).

certificat médical
accident du travail
maladie professionnelle

(ne cocher qu'une seule case)

- initial de prolongation
 final de rechute

Volet 2, à adresser
par le praticien à
l'organisme dans
les 24 heures
(service administratif)

(articles L. 441-6, L. 461-5, L. 433-1, L. 323-6, R. 433-15, R. 323-11-1 du Code de la sécurité sociale)

l'assuré(e)
régime : général agricole autre lequel ? :

numéro d'immatriculation : _____
nom de famille (de naissance, suivi, le cas échéant, du nom d'usage) : _____
prénom : _____
adresse où la victime peut être visitée (si différente de votre adresse habituelle) (1) :
code postal : _____ ville : _____ n° téléphone : _____
batiment : _____ escalier : _____ étage : _____ appartement : _____ code d'accès de la résidence : _____

(1) l'accord préalable de votre caisse est OBLIGATOIRE si cette adresse se situe hors de votre département de résidence

s'agit-il d'un accident du travail ? d'une maladie professionnelle ?
date de l'accident ou de la 1^{ère} constatation médicale de la maladie professionnelle : _____ (voir notice ①)
présentation de la feuille d'accident du travail/maladie professionnelle : oui non (2)

(2) en cas de non présentation de la feuille, les honoraires doivent être demandés (art. L. 432-3 du Code de la sécurité sociale)

l'employeur

nom, prénom ou dénomination sociale : _____
adresse : _____ n° téléphone : _____
courriel : _____

les renseignements médicaux

● **constatations détaillées** (siège, nature des lésions ou de la maladie professionnelle, séquelles fonctionnelles) (voir notice ②)

● **conséquences**

- **soins** (sans arrêt de travail) jusqu'au _____

- **arrêt de travail** jusqu'au _____ inclus
- en toutes lettres : (à compléter obligatoirement)
et
- en chiffres : _____

sorties autorisées : oui à partir du _____ non
(l'assuré(e) doit être présent(e) à son domicile entre 9 et 11 heures et entre 14 et 16 heures. Voir notice ③)

par exception, pour raison médicale dûment justifiée, sorties autorisées sans restriction d'horaire :
non oui à partir du _____ (voir notice ④)

- **prescription d'un travail léger pour raison médicale** du _____ au _____
(art. L.433-1 du Code sécurité sociale. Voir notice ⑤)

- **reprise de travail à temps complet** le _____ (voir notice ⑥)

● **conclusions** (à remplir seulement en cas de certificat final) (voir notice ⑦)

guérison avec retour à l'état antérieur date _____
guérison apparente avec possibilité de rechute ultérieure date _____
consolidation avec séquelles date _____

identification du praticien (nom et prénom)	identification de la structure (raison sociale et adresse du cabinet, de l'établissement)
identifiant	n° de la structure (AM, FINESS ou SIRET)

date _____ signature du praticien

CM-PRE S6909d

La loi 78.17 du 6.1.78 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant.
Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (art.313-1, 441-1 et 441-6 du Code pénal, art.L. 162-1-14 du Code de la sécurité sociale).

(ne cocher qu'une seule case)

initial de prolongation
 final de rechute

Volet 3, à conserver
par la victime
(à apporter lors de
chaque consultation)

(articles L. 441-6, L. 461-5, L. 433-1, L. 323-6, R. 433-15, R. 323-11-1 du Code de la sécurité sociale)

l'assuré(e)
régime : général agricole autre lequel ? :

numéro d'immatriculation : _____
nom de famille (de naissance, suivi, le cas échéant, du nom d'usage) : _____
prénom : _____
adresse où la victime peut être visitée (si différente de votre adresse habituelle) (1) :
code postal : _____ ville : _____ n° téléphone : _____
batiment : _____ escalier : _____ étage : _____ appartement : _____ code d'accès de la résidence : _____
(1) l'accord préalable de votre caisse est OBLIGATOIRE si cette adresse se situe hors de votre département de résidence
s'agit-il d'un accident du travail ? d'une maladie professionnelle ?
date de l'accident ou de la 1^{ère} constatation médicale de la maladie professionnelle : _____ (voir notice 1)
présentation de la feuille d'accident du travail/maladie professionnelle : oui non (2)
(2) en cas de non présentation de la feuille, les honoraires doivent être demandés (art. L. 432-3 du Code de la sécurité sociale)

l'employeur
nom, prénom ou dénomination sociale : _____
adresse : _____
n° téléphone : _____
courriel : _____

les renseignements médicaux
● constatations détaillées (siège, nature des lésions ou de la maladie professionnelle, séquelles fonctionnelles) (voir notice 2)

● conséquences
- soins (sans arrêt de travail) jusqu'au _____

- arrêt de travail jusqu'au _____
- en toutes lettres : _____
(à compléter obligatoirement)
et
- en chiffres : _____ } inclus

sorties autorisées : oui à partir du _____ non
(l'assuré(e) doit être présent(e) à son domicile entre 9 et 11 heures et entre 14 et 16 heures. Voir notice 3)

par exception, pour raison médicale dûment justifiée, sorties autorisées sans restriction d'horaire :
non oui à partir du _____ (voir notice 4)

- prescription d'un travail léger pour raison médicale du _____ au _____
(art. L. 433-1 du Code sécurité sociale. Voir notice 5)

- reprise de travail à temps complet le _____ (voir notice 6)

- éléments d'ordre médical justifiant, le cas échéant, les sorties sans restriction d'horaire (voir notice 7)

● conclusions (à remplir seulement en cas de certificat final) (voir notice 8)
guérison avec retour à l'état antérieur date _____
guérison apparente avec possibilité de rechute ultérieure date _____
consolidation avec séquelles date _____

identification du praticien (nom et prénom) : _____
identification de la structure (raison sociale et adresse du cabinet, de l'établissement) : _____
identifiant : _____ n° de la structure (AM, FINISS ou SIRET) : _____

date : _____ signature du praticien : _____

CM-PRE S6909d

La loi 78.17 du 6.1.78 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant.
Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (art.313-1,441-1 et 441-6 du Code pénal,art.L. 162-1-14 du Code de la sécurité sociale).



n° 11138*04
CM-PRE

certificat d'arrêt de travail

accident du travail

maladie professionnelle

(ne cocher qu'une seule case)

initial de prolongation

final de rechute

(articles L. 441-6, L. 461-5, L. 433-1, L. 323-6, R. 433-15, R. 323-11-1 du Code de la sécurité sociale)

l'assuré(e)	
régime :	général <input type="checkbox"/> agricole <input type="checkbox"/> autre <input type="checkbox"/> lequel ? :
numéro d'immatriculation	<input type="text"/>
nom de famille (de naissance, suivi, le cas échéant, du nom d'usage) :	<input type="text"/>
prénom :	<input type="text"/>
adresse où la victime peut être visitée (si différente de votre adresse habituelle) (1) :	
code postal	<input type="text"/>
ville :	<input type="text"/>
n° téléphone :	<input type="text"/>
appartement :	<input type="text"/>
code d'accès de la résidence	<input type="text"/>
(1) l'accord préalable de votre caisse est OBLIGATOIRE si cette adresse se situe hors de votre département de résidence	
s'agit-il	d'un accident du travail ? <input type="checkbox"/> d'une maladie professionnelle ? <input type="checkbox"/>
date de l'accident ou de la 1 ^{ère} constatation médicale de la maladie professionnelle	<input type="text"/> (voir notice ❶)
présentation de la feuille d'accident du travail/maladie professionnelle :	oui <input type="checkbox"/> non (2) <input type="checkbox"/>
(2) en cas de non présentation de la feuille, les honoraires doivent être demandés (art. L. 432-3 du Code de la sécurité sociale)	
l'employeur	
nom, prénom ou dénomination sociale :	<input type="text"/>
adresse :	<input type="text"/>
n° téléphone :	<input type="text"/>
courriel :	<input type="text"/>
l'arrêt de travail	

- arrêt de travail	<input type="checkbox"/>	jusqu'au	<input type="text"/>	inclus
- en toutes lettres : (à compléter obligatoirement) et - en chiffres :				
sorties autorisées :	oui <input type="checkbox"/>	à partir du	<input type="text"/>	non <input type="checkbox"/>
(l'assuré(e) doit être présent(e) à son domicile entre 9 et 11 heures et entre 14 et 16 heures. Voir notice ❸)				
par exception, pour raison médicale dûment justifiée, sorties autorisées sans restriction d'horaire :				
non	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	à partir du <input type="text"/> (voir notice ❹)
- prescription d'un travail léger pour raison médicale	<input type="checkbox"/>	du	<input type="text"/>	au <input type="text"/>
(art. L.433-1 du Code sécurité sociale. Voir notice ❺)				
- reprise de travail à temps complet le	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	(voir notice ❻)	

CE DOCUMENT PEUT ETRE ADRESSE PAR LA VICTIME A L'EMPLOYEUR POUR JUSTIFIER DE SON ABSENCE
OU AU POLE EMPLOI SI ELLE EST EN SITUATION DE CHOMAGE

identification du praticien (nom et prénom)	<input type="text"/>
identifiant	<input type="text"/>
date	<input type="text"/>
signature du praticien	<input type="text"/>

CM-PRE S6909d

La loi 78.17 du 6.1.78 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant.
Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (art.313-1, 441-1 et 441-6 du Code pénal, art.L. 162-1-14 du Code de la sécurité sociale).

Annexe 2 : Questionnaire envoyé aux pharmacies d'officines

Burn Out Pharmacy - BOP

Resize font:

Returning

DANS LE CADRE D'UNE THESE DE PHARMACIE, LES FACULTES DE PHARMACIE DE CLERMONT-FERRAND ET DE LILLE ET LE CHU DE CLERMONT-FERRAND REALISENT UNE ENQUETE SUR LA PREVALENCE DE L'EPUISEMENT PROFESSIONNEL (BURN OUT) DANS LES OFFICINES.

CETTE ENQUETE EST ANONYME.

LA DUREE DU QUESTIONNAIRE EST D'ENVIRON 15 MIN.

REPONDEZ LE PLUS SPONTANEMENT POSSIBLE AUX QUESTIONS POSEES.

MERCI DE NE REpondre QU'UNE SEULE FOIS A L'ENQUETE.

DATE DE LA REponse

* must provide value

Today Y-M-D

1. QUESTIONNAIRE BURN OUT 1.1. ECHELLE MBI 1

	Jamais	Quelques fois par an	Une fois par mois	Quelques fois par mois	Une fois par semaine	Quelques fois par semaine	Chaque jour
JE ME SENS EMOTIONNELLEMENT VIDE(E) PAR MON TRAVAIL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> reset
JE ME SENS A BOUT A LA FIN DE MA JOURNEE DE TRAVAIL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> reset
JE ME SENS FATIGUE(E) LORSQUE JE ME LEVE LE MATIN ET QUE J'AI A AFFRONTER UNE AUTRE JOURNEE DE TRAVAIL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> reset
JE PEUX COMPRENDRE FACILEMENT CE QUE MES PATIENTS/CLIENTS RESENTENT	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> reset
JE SENS QUE JE M'OCCUPE DE CERTAINS PATIENTS/CLIENTS DE FACON IMPERSONNELLE COMME S'ILS ETAIENT DES OBJETS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> reset

1.2. ECHELLE MBI 2

	Jamais	Quelques fois par an	Une fois par mois	Quelques fois par mois	Une fois par semaine	Quelques fois par semaine	Chaque jour
TRAVAILLER AVEC DES GENS TOUT AU LONG DE LA JOURNEE ME DEMANDE BEAUCOUP D'EFFORT	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> reset
JE M'OCCUPE TRES EFFICACEMENT DES PROBLEMES DE MES PATIENTS/CLIENTS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> reset
JE SENS QUE JE CRAQUE A CAUSE DE MON TRAVAIL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> reset
J'AI L'IMPRESSION, A TRAVERS MON TRAVAIL, D'AVOIR UNE INFLUENCE POSITIVE SUR LES GENS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> reset
JE SUIS DEvenu(E) PLUS INSENSIBLE AUX GENS DEPUIS QUE J'AI CE TRAVAIL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> reset

1.3. ECHELLE MBI 3

	Jamais	Quelques fois par an	Une fois par mois	Quelques fois par mois	Une fois par semaine	Quelques fois par semaine	Chaque jour
JE CRAINS QUE CE TRAVAIL NE M'ENDURCISSE EMOTIONNELLEMENT	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> reset

JE ME SENS PLEIN(E) D'ENERGIE	<input type="radio"/>							
JE ME SENS FRUSTRE(E) PAR MON TRAVAIL	<input type="radio"/>	reset						
JE SENS QUE JE TRAVAILLE TROP DUR DANS MON TRAVAIL	<input type="radio"/>	reset						
JE NE ME SOUCIE PAS VRAIMENT DE CE QUI ARRIVE A CERTAINS DE MES PATIENTS/CLIENTS	<input type="radio"/>	reset						

1.4. ECHELLE MBI 4

	Jamais	Quelques fois par an	Une fois par mois	Quelques fois par mois	Une fois par semaine	Quelques fois par semaine	Chaque jour	
TRAVAILLER EN CONTACT DIRECT AVEC LES GENS ME STRESSE TROP	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	reset
J'ARRIVE FACILEMENT A CREER UNE ATMOSPHERE DETENDUE AVEC MES PATIENTS/CLIENTS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	reset
JE ME SENS RAGAILLARDI(E) LORSQUE DANS MON TRAVAIL J'AI ETE PROCHE DE MES PATIENTS/CLIENTS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	reset
J'AI ACCOMPLI BEAUCOUP DE CHOSES QUI EN VALENT LA PEINE DANS CE TRAVAIL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	reset
JE ME SENS AU BOUT DU ROULEAU	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	reset
DANS MON TRAVAIL, JE TRAITE LES PROBLEMES EMOTIONNELS TRES CALMEMENT	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	reset
J'AI L'IMPRESSON QUE MES PATIENTS/CLIENTS ME RENDENT RESPONSABLE DE CERTAINS DE LEURS PROBLEMES	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	reset

2. EVALUATION DE VOTRE STRESS

EVALUER VOTRE NIVEAU DE STRESS DES 7 DERNIERS JOURS SUR UNE ECHELLE DE 0 A 10 :

0 - AUCUN STRESS

10 - STRESS MAXIMAL IMAGINABLE



Click bar above and then drag to set response

DEPLACER LE CURSEUR SELON VOTRE NIVEAU DE STRESS

reset

3. QUESTIONNAIRE ANXIETE ET DEPRESSION

JE ME SENS TENDU OU ENERVE

- LA PLUPART DU TEMPS
- SOUVENT
- DE TEMPS EN TEMPS
- JAMAIS

reset

J'AI TOUJOURS AUTANT DE PLAISIR A FAIRE LES CHOSES QUI ME PLAISENT HABITUELLEMENT

- OUI, TOUT AUTANT
- PAS AUTANT
- UN PEU SEULEMENT
- PRESQUE PLUS DU TOUT

reset

J'AI UNE SENSATION DE PEUR COMME SI QUELQUE CHOSE D'HORRIBLE ALLAIT M'ARRIVER

- OUI, TRES NETTEMENT
- OUI, MAIS CE N'EST PAS TROP GRAVE
- UN PEU, MAIS CELA NE M'INQUIETE PAS

	<input type="radio"/> PAS DU TOUT	reset
JE SAIS RIRE ET VOIR LE COTE AMUSANT DES CHOSES	<input type="radio"/> TOUJOURS AUTANT <input type="radio"/> PLUTOT MOINS <input type="radio"/> NETTEMENT MOINS <input type="radio"/> PLUS DU TOUT	reset
JE ME FAIS DU SOUCI	<input type="radio"/> TRES SOUVENT <input type="radio"/> ASSEZ SOUVENT <input type="radio"/> OCCASIONNELLEMENT <input type="radio"/> TRES OCCASIONNELLEMENT	reset
JE ME SENS GAI ET DE BONNE HUMEUR	<input type="radio"/> JAMAIS <input type="radio"/> RAREMENT <input type="radio"/> ASSEZ SOUVENT <input type="radio"/> LA PLUPART DU TEMPS	reset
JE PEUX RESTER TRANQUILLEMENT ASSIS AU REPOS ET ME SENTIR DETENDU	<input type="radio"/> JAMAIS <input type="radio"/> RAREMENT <input type="radio"/> OUI, EN GENERAL <input type="radio"/> OUI, TOUJOURS	reset
J'AI L'IMPRESSION DE FONCTIONNER AU RALENTI	<input type="radio"/> PRATIQUEMENT TOUT LE TEMPS <input type="radio"/> TRES SOUVENT <input type="radio"/> QUELQUEFOIS <input type="radio"/> JAMAIS	reset
J'EPROUVE DES SENSATIONS DE PEUR ET J'AI L'ESTOMAC NOUE	<input type="radio"/> TRES SOUVENT <input type="radio"/> ASSEZ SOUVENT <input type="radio"/> PARFOIS <input type="radio"/> JAMAIS	reset
JE NE M'INTERESSE PLUS A MON APPARENCE	<input type="radio"/> TOTALEMENT <input type="radio"/> JE N'Y FAIS PLUS ATTENTION <input type="radio"/> JE N'Y FAIS PLUS ASSEZ ATTENTION <input type="radio"/> J'Y FAIS ATTENTION COMME D'HABITUDE	reset
JE NE TIENS PAS EN PLACE	<input type="radio"/> OUI, C'EST TOUT A FAIT LE CAS <input type="radio"/> UN PEU <input type="radio"/> PAS TELLEMENT <input type="radio"/> PAS DU TOUT	reset
JE ME REJOUIS A L'AVANCE DE FAIRE CERTAINES CHOSES	<input type="radio"/> COMME D'HABITUDE <input type="radio"/> PLUTOT MOINS QU'AVANT <input type="radio"/> BEAUCOUP MOINS QU'AVANT <input type="radio"/> PAS DU TOUT	reset

J'ÉPROUVE DES SENSATIONS SOUDAINES DE PANIQUE

- TRÈS SOUVENT
 ASSEZ SOUVENT
 RAREMENT
 JAMAIS

reset

JE PEUX PRENDRE PLAISIR À LIRE UN BON LIVRE OU À ÉCOUTER UNE BONNE ÉMISSION DE RADIO OU DE TÉLÉVISION

- SOUVENT
 PARFOIS
 RAREMENT
 PRATIQUÉMENT JAMAIS

reset

4. QUESTIONS SUR VOTRE SOMMEIL ET VOTRE FATIGUE

AVEZ-VOUS DES PROBLÈMES DE SOMMEIL ?

- DES DIFFICULTÉS À VOUS ENDORMIR
 DES RÉVEILS NOCTURNES FRÉQUENTS
 UN RÉVEIL TROP PRÉCOCÉ
 UN SOMMEIL DE MAUVAISE QUALITÉ
 UNE SENSATION DE MANQUE DE SOMMEIL
 AUCUN PROBLÈME DE SOMMEIL

ÉVALUER VOTRE NIVEAU DE FATIGUE DES 7 DERNIERS JOURS SUR UNE ÉCHELLE DE 0 À 10 :

0. PAS DE FATIGUE

10. FATIGUE EXTREME



Click bar above and then drag to set response

reset

DEPLACER LE CURSEUR SELON VOTRE NIVEAU DE FATIGUE

5. CAUSES DE STRESS AU TRAVAIL

- J'AI L'IMPRESSIION D'ÊTRE DÉBORDE AU TRAVAIL.
 J'AI L'IMPRESSIION DE PRENDRE EN CHARGE TROP DE PATIENTS/CLIENTS.
 JE SUIS SOUVENT INTERROMPU DANS MON TRAVAIL.
 J'AI L'IMPRESSIION QUE CERTAINS PATIENTS/CLIENTS N'ONT PLUS CONFIANCE EN MA PROFESSION.
 JE TROUVE QUE LES PATIENTS/CLIENTS SONT DE PLUS EN PLUS EXIGEANTS.
 J'AI L'IMPRESSIION D'AVOIR TROP DE CHARGES ADMINISTRATIVES.
 J'AI PEUR DE FAIRE DES ERREURS DE DELIVRANCE DE MEDICAMENTS.
 JE NE SUIS PAS SATISFAIT DE MON AMBIANCE DE TRAVAIL.
 J'AI L'IMPRESSIION DE NE PAS ÊTRE ASSEZ SOUTENU DANS MON TRAVAIL PAR MES COLLEGUES / MA HIERARCHIE / MES PROCHES.
 J'AI L'IMPRESSIION QUE MON TRAVAIL N'EST PAS ASSEZ RECONNU PAR LES AUTRES PROFESSIONS DE SANTE.
 J'AI L'IMPRESSIION QUE MON TRAVAIL S'EST DÉGRADE CES DERNIERES ANNEES.
 J'AI L'IMPRESSIION QUE MA REMUNERATION N'EST PAS REPRESENTATIVE DU TRAVAIL FOURNI.
 JE ME SENS MENACE PAR LA CONCURRENCE.
 J'AI L'IMPRESSIION DE NE PAS AVOIR DE VISIBILITE SUR MON AVENIR PROFESSIONNEL.

6. GESTION DE VOTRE "STRESS AU TRAVAIL"

GÉREZ-VOUS VOTRE "STRESS AU TRAVAIL" PAR DES CONSULTATIONS MÉDICALES ?

- OUI NON

reset

GÉREZ-VOUS VOTRE "STRESS AU TRAVAIL" PAR LE RECOURS À DES MÉDICAMENTS ?

- OUI NON

reset

GEREZ-VOUS VOTRE "STRESS AU TRAVAIL" PAR LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES NON MEDICAMENTEUSES (BOISSONS ALCOOLISEES, CANNABIS ...) ?

OUI NON

reset

GEREZ-VOUS VOTRE "STRESS AU TRAVAIL" PAR LE RECOURS A DES APPROCHES NUTRITIONNELLES ?

OUI NON

reset

GEREZ-VOUS VOTRE "STRESS AU TRAVAIL" PAR LE RECOURS A DE LA PSYCHOTHERAPIE OU A DES THERAPIES COGNITIVO-COMPORTEMENTALES ?

OUI NON

reset

GEREZ-VOUS VOTRE "STRESS AU TRAVAIL" PAR LE RECOURS A DES TECHNIQUES DE RELAXATION : SOPHROLOGIE, YOGA, TAICHI CHUAN OU QI-GONG, ACUPUNCTURE, REFLEXOLOGIE, HYPNOSE ... ?

OUI NON

reset

GEREZ-VOUS VOTRE "STRESS AU TRAVAIL" PAR LA PRATIQUE D'ACTIVITES SPORTIVES : COURSE A PIED, RANDONNEE, VELO, TENNIS, GOLF, NATATION, DANSE ... ?

OUI NON

reset

GEREZ-VOUS VOTRE "STRESS AU TRAVAIL" PAR LA PRATIQUE DE LOISIRS : MUSIQUE, ART, JARDINAGE, SORTIE ENTRE AMIS, DISCUSSION, ETRE EN FAMILLE ... ?

OUI NON

reset

GEREZ-VOUS VOTRE "STRESS AU TRAVAIL" EN ARRETANT DE TRAVAILLER (PRISE DE CONGES, RTT, WEEKENDS, VACANCES ...) ?

OUI NON

reset

7. CARACTERISTIQUES PERSONNELLES

7.1. SITUATION PROFESSIONNELLE

STATUT

- PHARMACIEN TITULAIRE
 PHARMACIEN ADJOINT / ASSISTANT
 PREPARATEUR EN PHARMACIE

reset

ANCIENNETE DANS LA PROFESSION

ans

ANCIENNETE DANS LA PHARMACIE

ans

TYPE DE CONTRAT

- CONTRAT A DUREE INDETERMINEE
 CONTRAT A DUREE DETERMINEE

reset

NOMBRES D'HEURES TRAVILLEES HEBDOMADAIRES

heures

7.2. SITUATION PERSONNELLE

GENRE

* must provide value

- HOMME FEMME

AGE

* must provide value

ans

STATUT MARITAL

- MARIE(E) OU EN COUPLE
 CELIBATAIRE
 VEUF(VE)

reset

AVEZ-VOUS DES ENFANTS ?

- OUI NON

reset

CONSOMMEZ-VOUS DU TABAC QUOTIDIENNEMENT ?

- OUI NON

reset

CONSOMMEZ-VOUS, MEME OCCASIONNELLEMENT, DES BOISSONS ALCOOLISEES ?

- OUI NON

reset

8. CARACTERISTIQUES DE L'OFFICINE

DEPARTEMENT DE L'OFFICINE

numero du departement, ex : 15 (Cantal)

NOMBRE D'HABITANTS DANS LA LOCALITE DE L'OFFICINE

habitants

NOMBRE DE CLIENTS PAR JOUR DANS L'OFFICINE

clients

NOMBRE DE PHARMACIEN(S) TITULAIRE(S) TRAVAILLANT DANS L'OFFICINE

pharmacien(s)

NOMBRE DE PHARMACIEN(S) ADJOINT(S) EQUIVALENT TEMPS PLEIN TRAVAILLANT DANS L'OFFICINE

ETP

NOMBRE DE PREPARATEURS EN PHARMACIE EQUIVALENT TEMPS PLEIN TRAVAILLANT DANS L'OFFICINE

ETP

9. REMARQUE(S) / SUGGESTION(S) A PROPOS DE L'ETUDE

Expand

Submit

Save & Return Later



DEMANDE D'AUTORISATION DE SOUTENANCE

Nom et Prénom de l'étudiant : Ghesquière Léa

Date, heure et lieu de soutenance :

Le 24 | 04 | 2017 à 18.h.15 Amphithéâtre ou salle : CURIE
jour mois année

Avis du conseiller (directeur) de thèse

Nom : Pinson

Prénom : Léa

Favorable

Défavorable

Motif de l'avis défavorable :
.....
.....

Date : 08 Mars 17

Signature: [Signature]

Avis du Président de Jury

Nom : Cuny

Prénom : Damien

Favorable

Défavorable

Motif de l'avis défavorable :
.....
.....

Date : 9/03/17
Signature: [Signature]

Décision de Monsieur le Doyen

Favorable

Défavorable

Le Doyen
[Signature]
D. CUNY

NB : La faculté n'entend donner aucune approbation ou improbation aux opinions émises dans les thèses, qui doivent être regardées comme propres à leurs auteurs.

Université de Lille 2
FACULTE DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES ET BIOLOGIQUES DE LILLE
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE
Année Universitaire 2016/2017

Nom : Ghesquière
Prénom : Léa

Titre de la thèse : Le Burn Out en pharmacie d'officine. Etude statistique dans la Région des Hauts-de-France.

Mots-clés : Burn Out, Syndrome d'épuisement professionnel, Maslach Burn Out Inventory, Pharmacies d'officine, Pharmaciens, Anxiété, Qualité de vie

Résumé :

La souffrance et le mal être au travail est un sujet en plein essor chez les professionnels de santé dont les pharmaciens d'officine.

Dans cette étude, nous avons recherché à évaluer la prévalence du Burn Out et des troubles associés en pharmacie d'officine dans la région des Hauts-de-France.

Une enquête sous forme de questionnaire a été mise en ligne durant 3 mois. Elle a été envoyée par mail à toutes les pharmacies d'officine de la région des Hauts-de-France.

Cette enquête évalue la prévalence de l'épuisement professionnel par le MBI (Maslach Burnout Inventory) qui définit le Burn Out en 3 dimensions : l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et le manque d'accomplissement personnel.

Le stress lié au travail, la fatigue, l'anxiété, la dépression, les troubles du sommeil et les stratégies pour faire face au stress lié au travail sont aussi évalués dans cette étude.

Nos résultats nous ont démontré une prévalence élevée du syndrome du Burn Out en pharmacie d'officine. En effet, parmi les membres de l'étude, 37,4% présentent un épuisement émotionnel sévère, 32,7% une dépersonnalisation élevée et 23,4% un faible accomplissement personnel.

Nous avons pu mettre en évidence l'existence de facteurs de risque statistiquement significatifs, tels que, l'augmentation du nombre d'heures de travail hebdomadaires, la localisation de l'officine (risque plus important dans le Nord et le Pas-de-Calais), l'importance du nombre de clients. Nous avons aussi révélé 2 facteurs moyennement protecteurs comme le fait d'avoir des enfants et d'avoir un nombre de préparateurs à temps plein ≥ 4 . A l'inverse, le fait d'avoir embauché un pharmacien adjoint à temps plein en plus n'a pas été identifié comme un facteur protecteur et se révèle même être un facteur de risque modéré du Burn Out lié à l'accomplissement personnel.

Devant cette prévalence élevée, il est donc nécessaire d'étudier plusieurs solutions de prévention pour y faire face. La mise à disposition des hot lines, l'amélioration des moyens de gestion permettant d'éviter le Burn Out des employés en font partie. Une bonne hygiène et répartition des activités quotidiennes permettent aussi d'avoir une vie plus équilibrée et d'éviter de la concentrer uniquement dans le domaine de la performance au travail.

Membres du jury :

Président : Monsieur le Professeur Damien Cuny

Assesseurs : Monsieur le Professeur Bertrand Decaudin,
Madame Claire Pinçon, Maître de conférences en Biomathématiques

Membre extérieur : Monsieur le Docteur David Alapini, Président du Conseil régional de l'Ordre des pharmaciens.