

**UNIVERSITE TOULOUSE III – PAUL SABATIER**  
**FACULTES DE MEDECINE**

---

ANNEE 2013

2013 TOU3 1549

**THESE**

**POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE**

**MEDECINE SPECIALISEE CLINIQUE**

Présentée et soutenue publiquement

par

**Anita HASTOY**

le 26 septembre 2013

**BURNOUT EN MATERNITE DE NIVEAU III : ETUDE DES  
SOIGNANTS DE L'HÔPITAL PAULE DE VIGUIER**

Directeur de thèse : Dr Béatrice GUYARD-BOILEAU

**JURY**

Président :	Olivier PARANT
1er assesseur :	Christophe VAYSSIERE
2ème assesseur :	Jean- Marc SOULAT
3ème assesseur :	Fabrice HERIN
Suppléant :	Françoise BAYOUMEU



## Table des matières

<i>PREMIERE PARTIE</i> .....	8
1. <i>Premières descriptions</i> .....	8
2. <i>Stress et burnout</i> .....	10
3. <i>Dépression et burnout</i> .....	12
4. <i>Facteurs associés au burnout</i> .....	13
4.1. <i>Au niveau organisationnel</i> .....	13
4.2. <i>Au niveau interindividuel</i> .....	14
4.3. <i>Au niveau intra-individuel</i> .....	14
5. <i>Manifestations du Burnout</i> .....	14
5.1. <i>Les manifestations physiques et émotionnelles</i> .....	14
5.2. <i>Les manifestations comportementales</i> .....	15
5.2.1. <i>Au niveau de l'individu</i> .....	15
5.2.2. <i>Au niveau de la vie privée</i> .....	15
5.2.3. <i>Au niveau du travail</i> .....	16
6. <i>Application de ces données bibliographiques aux objectifs de notre étude</i> .....	17
<i>MATERIEL ET METHODES</i> .....	19
1. <i>Lieu d'étude</i> .....	19
2. <i>Personnes interrogées</i> .....	20
3. <i>Période de recueil</i> .....	20
4. <i>Méthode de recueil des données</i> .....	21
4.1. <i>Type de questionnaire</i> .....	21
4.2. <i>Construction du questionnaire</i> .....	22

4.2.1. Données générales .....	23
4.2.2. Etat de santé .....	23
4.2.3. Dépressivité .....	25
4.2.4. Maslach Burnout Inventory : une mesure du burnout.....	26
4.2.5. Effort-Reward-Imbalance model, questionnaire de Siegrist.....	28
4.2.6. Facteurs associés.....	30
5. Méthodologie statistique .....	32
<b>RESULTATS</b> .....	<b>34</b>
1. Description de notre population.....	34
1.1. Donnés démographiques.....	34
1.2. Hygiène de vie, bien être des soignants.....	36
1.3. SF-12.....	39
1.4. HAD.....	39
1.5. Burnout.....	40
1.6. Siegrist.....	43
1.7. Contexte professionnel .....	46
1.8. Cas particulier des six soignants en burnout dans les trois dimensions.....	51
1.9. Cas particulier des huit soignants en dépressivité avérée .....	52
2. Etude des soignants en burnout versus non burnout .....	53
2.1. Caractéristiques démographiques et hygiène de vie des soignants en burnout versus non burnout .....	54
2.2. Résultats des échelles SF-12, Siegrist, HAD-D chez les soignants en burnout.....	56
2.2.1. SF-12.....	56
2.2.2. Siegrist et HAD.....	56
2.3. Comparaison des soignants en burnout versus non burnout dans leur contexte de travail .....	57
3. Analyse multivariée .....	62

<i>DISCUSSION</i> .....	66
1. <i>Les forces de notre étude</i> .....	66
1.1. <i>Etude parmi les obstétriciens et sages-femmes</i> .....	66
1.2. <i>Taux de participation</i> .....	67
1.3. <i>Le choix des échelles</i> .....	67
1.4. <i>Etude du soignant dans son contexte de travail</i> .....	68
2. <i>Les limites de notre étude</i> .....	68
2.1. <i>Le questionnaire</i> .....	68
2.2. <i>Effectifs</i> .....	69
2.3. <i>Période de recueil</i> .....	70
3. <i>Discussion autour de la mesure du burnout</i> .....	70
4. <i>Discussion autour du burnout en milieu obstétrical</i> .....	71
4.1. <i>Des études disparates</i> .....	71
4.2. <i>Particularités des études chez les sages-femmes</i> .....	72
4.3. <i>Discussion autour des dimensions touchées par le burnout</i> .....	73
4.4. <i>Discussion autour de l'expérience professionnelle</i> .....	75
4.5. <i>Discussion des taux de burnout en fonction des catégories professionnelles</i> ....	76
5. <i>Analyse des éléments associés au burnout à l'échelle individuelle</i> .....	77
6. <i>Analyse des éléments associés au burnout à l'échelle interindividuelle</i> .....	79
7. <i>Analyse des éléments organisationnels associés au burnout</i> .....	81
8. <i>Discussion autour de l'association entre erreur et burnout</i> .....	82
9. <i>Perspectives d'amélioration</i> .....	84
<i>CONCLUSION</i> .....	86

<i>Annexe 1 : Questionnaire utilisé pour l'enquête Santé de Paule de Viguier.....</i>	<i>92</i>
<i>Annexe 2 : Maslach Burnout Inventory : répartition des 22 questions.....</i>	<i>104</i>
<i>Annexe 3 : Association MOTS, brochure d'information.....</i>	<i>106</i>

## *Table des tableaux*

<i>Tableau 1 : Caractéristiques démographiques de notre population.....</i>	<i>36</i>
<i>Tableau 2 : Hygiène de vie des soignants et entourage.....</i>	<i>38</i>
<i>Tableau 3 : Qualité de vie liée à la santé.....</i>	<i>39</i>
<i>Tableau 4 : Type de dimension touchée sévèrement chez les soignants en burnout.....</i>	<i>43</i>
<i>Tableau 5 : Comparaison des médecins et sages-femmes dans leur contexte de travail.....</i>	<i>48</i>
<i>Tableau 6 : caractéristiques démographiques et hygiène de vie des soignants en burnout versus non burnout.....</i>	<i>55</i>
<i>Tableau 7 : comparaison des scores MCS et PCS chez les soignants en burnout versus non-burnout.....</i>	<i>56</i>
<i>Tableau 8 : Comparaison des réponses aux échelles Siegrist et HAD entre soignants en burnout et non en burnout.....</i>	<i>57</i>
<i>Tableau 9 : Comparaison des soignants en burnout versus non burnout dans leur contexte de travail.....</i>	<i>61</i>
<i>Tableau 10 : Eléments pris en compte dans l'analyse multivariée.....</i>	<i>63</i>
<i>Tableau 11 : Analyse multivariée.....</i>	<i>64</i>

## Table des figures

<i>Figure 1 : Fonction des soignants participant.....</i>	<i>34</i>
<i>Figure 2 : score HADS –D.....</i>	<i>40</i>
<i>Figure 3 : Nombre de soignants en burnout en fonction de la profession.....</i>	<i>41</i>
<i>Figure 4 : Nombre de soignants en burnout avec une, deux ou trois dimensions touchées sévèrement en fonction de la profession.....</i>	<i>41</i>
<i>Figure 5 : Pourcentage de soignants avec aucune, une, deux ou trois dimensions touchées sévèrement en population totale.....</i>	<i>42</i>
<i>Figure 6 : Pourcentage de soignants avec un ratio strictement supérieur à un en fonction de la profession.....</i>	<i>44</i>
<i>Figure 7 : médecins et sages-femmes surinvestis.....</i>	<i>45</i>
<i>Figure 8 : Nombre de soignants surinvestis en fonction de leur ratio efforts/récompenses... </i>	<i>46</i>
<i>Figure 9 : stratégies de coping utilisées en réponse à un événement stressant au travail.....</i>	<i>51</i>

## **Burnout en maternité de niveau III :**

### **étude des soignants de l'hôpital Paule de Viguier**

---

Devenir soignant implique un engagement personnel, une relation à l'humain puisque l'on prend soin de quelqu'un. Notre activité professionnelle permet également de développer ses compétences, d'étendre ses relations, d'obtenir un statut valorisé, d'acquérir une sécurité financière. Elle contribue ainsi à notre bien être. Pourtant, pour certains soignants, au fil du temps, ce travail qu'ils ont choisi peut devenir une source de souffrance affectant leur santé : on parle alors de burnout.

Le burnout se manifeste dans la vie professionnelle mais aussi dans la vie privée du soignant atteint. Ce syndrome se manifeste par des symptômes physiques et psychiques dont l'évolution peut être grave et même fatale ; le suicide du soignant en burnout en est une des évolutions les plus dramatiques (1). Par sa fréquence et sa gravité, le burnout a fait l'objet de plus en plus de publications ces dernières années parmi les différentes spécialités médicales, notamment dans le milieu de l'anesthésie réanimation (2-5). Cette littérature sur le burnout est riche mais les différences de prévalence y sont importantes, liées pour partie à l'hétérogénéité des instruments de mesure et des choix dans les seuils ou définitions du burnout.

Nous proposons par ce travail, en reprenant la définition princeps du burnout et la littérature sur le sujet, de faire une estimation de sa fréquence et d'étudier ses

manifestations parmi certains soignants (médecins, sages-femmes) de la maternité Paule de Viguié à Toulouse. Dans un deuxième temps, nous tenterons de dégager les caractéristiques des soignants en burnout.



## Première partie

**To burn out** signifie échouer, s'user, devenir épuisé devant une demande trop importante d'énergie, de force, de ressources.

Ce terme est emprunté à l'aérospatiale où le burnout désigne l'épuisement de carburant d'une fusée avec comme résultante la surchauffe et le risque de bris.

En japonais le terme « **Karoshi** » désigne la mort subite (par suicide ou par accident cardio vasculaire) par excès de travail. Le Karoshi est reconnu comme maladie professionnelle au Japon depuis les années 1970 (6).

### 1. Premières descriptions

Le terme « burnout » apparaît en Amérique du Nord dans les années 1970. **Freudenberger**, psychothérapeute, psychiatre, publie la première description en 1974 chez les bénévoles d'un hôpital de jour pour toxicomanes à New York. Il constate chez eux un phénomène paradoxal où beaucoup de ces jeunes bénévoles, après un an d'activité, finissent par perdre l'enthousiasme qui caractérisait leur engagement au début. Pour Freudenberger et Richardson en 1980 le burnout est « la maladie du battant », les facteurs individuels jouant un rôle important dans son développement. Ils le définissent ainsi : Un état de fatigue chronique, de dépression, et de frustration apporté par la dévotion à une cause, un mode de vie, ou une relation, qui échoue à produire les récompenses attendues et conduit en fin de compte à diminuer l'implication et l'accomplissement au travail.

**Christina Maslach** est chercheur en psychologie sociale. En 1976, à partir d'entretiens de professionnels du champ médical puis du champ de la santé mentale, elle situe davantage les causes du burnout non plus dans les facteurs individuels comme Freudenbergier mais dans l'environnement de travail : travailler avec d'autres, en particulier dans une relation d'aide est au cœur du phénomène.

En 1980 elle étend ses recherches afin de donner une définition plus précise du burnout et de construire une mesure standardisée. C'est ainsi qu'en 1981, **Jackson et Maslach** définissent le burnout comme un syndrome d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et de réduction de l'accomplissement personnel qui apparaît chez les individus impliqués professionnellement auprès d'autrui :

- **L'épuisement émotionnel** renvoie au manque d'énergie, au sentiment que la personne est vidée nerveusement, n'est plus motivée par son travail qui devient une corvée.
- **La dépersonnalisation** correspond au développement d'attitudes impersonnelles, détachées, négatives, cyniques envers les personnes dont on s'occupe.
- **La réduction de l'accomplissement personnel** concerne la dévalorisation de son travail, de ses compétences, de l'estime de soi et du sentiment d'auto efficacité.

Le terme de burnout désigne globalement ces trois dimensions, qui pourtant sont distinctes. Nous allons à présent étudier la place de chacune d'elles dans le

développement du processus de burnout et les relations qu'elles entretiennent entre elles.

Pour Maslach et Lourel, **l'épuisement émotionnel** est le plus fortement lié au burnout (7, 8). Il reflète la dimension du burnout liée au stress. Dans les services médicaux la demande émotionnelle est forte. Cette demande est plus facile à gérer en mettant une distance entre soi et les personnes soignées, en ignorant ce qui les rend uniques. Mettre une distance en considérant les patients comme des objets impersonnels est une réaction immédiate à l'épuisement, une stratégie de coping (« to cope » signifie faire face en anglais). L'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation sont donc deux dimensions corrélées(7). La baisse de l'accomplissement personnel fait quant à elle l'objet de deux hypothèses concernant son développement (8). L'augmentation des demandes professionnelles entraînerait une augmentation de l'épuisement et de la dépersonnalisation qui diminuerait le sens de l'efficacité du soignant : difficile de se sentir efficace lorsqu'on traite ses patients comme des objets ou que l'on se sent épuisé. L'autre hypothèse serait celle d'un développement en parallèle où le manque d'efficacité naîtrait d'un manque de ressources du soignant (alors que l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation naîtraient respectivement d'une surcharge de travail et d'un conflit social).

## 2. Stress et burnout

La notion de stress est polysémique : elle peut être employée pour faire référence à un élément de l'environnement, c'est à dire un stimulus ou stressueur (on dira d'une activité

qu'elle est stressante) ou pour désigner la tension ressentie, la réponse aux stressseurs (dans ce cas l'individu est stressé).

La tension ressentie dans le stress ou le burnout naît de l'écart entre les exigences de la situation et les capacités de l'individu à y répondre, à y faire face. Il est fréquent de trouver dans la littérature l'idée que le burnout résulte d'un stress professionnel persistant évoquant une continuité entre ces deux phénomènes. Ces deux notions de stress et burnout sont pourtant bien distinctes.

Pour Schaufeli (9), le stress est un terme générique qui réfère au processus d'adaptation temporaire accompagné par des symptômes mentaux et physiques. Il considère par contre le burnout comme le stade final d'une rupture d'adaptation résultant d'un déséquilibre à long terme entre exigences et ressources et ainsi d'un stress professionnel prolongé.

Le stress serait donc le résultat d'une tension passagère, le burnout celui de tensions continues.

Par ailleurs, ces deux notions se distinguent par leur champ d'application : pour Truchot (10), contrairement au burnout qui s'applique spécifiquement au travail, le stress qualifie des tensions éprouvées dans tous les moments pénibles: deuil, maladie, échec affectif, déménagement, etc... y compris au travail puisqu'on parle également de stress professionnel.

La première dimension du burnout, l'épuisement émotionnel, est corrélée avec les échelles de stress mais la littérature sur le stress ne prend pas en compte les notions de dépersonnalisation et d'accomplissement personnel. Le burnout ne se limite donc pas aux réactions de tension de l'individu mais les englobe en compagnie d'aspects sociaux (les relations interpersonnelles) et auto évaluatifs (l'évaluation de ses performances). Le burnout dépasse la notion de stress.

Au total, la notion de burnout cerne un champ plus ciblé que la notion de stress, le travail, et offre en même temps un éclairage plus large en insistant sur des aspects psychologiques et psychosociaux.

### 3. Dépression et burnout

La dépression est un trouble de l'humeur qui se manifeste entre autres par des symptômes de fatigue, tristesse, mise en retrait de la vie sociale, sentiment d'échec.

Pour Leiter (11) burnout et dépression partagent certains aspects dysphoriques communs sans pour autant se confondre. L'épuisement émotionnel décrit dans le burnout est comparable au sentiment de fatigue et de tristesse retrouvés dans la dépression, la dépersonnalisation se rapproche de la mise en retrait vis à vis des relations sociales et la baisse de l'accomplissement personnel partage certains aspects du sentiment d'impuissance et d'inutilité ressentis par une personne en dépression.

Mais burnout et dépression se distinguent par leur origine et leur développement. Pour Bakker (12), le burnout est spécifique au contexte de travail à la différence de la dépression qui touche tous les milieux de la vie personnelle. Bakker s'appuie sur la théorie de l'équité pour démontrer ces origines différentes. Un manque de réciprocité affectant les relations au travail est lié au burnout. Mais ce manque de réciprocité n'est pas limité au champ professionnel, il affecte aussi les relations entre conjoints et provoquent des états dépressifs. A partir d'étude des relations entre des enseignants et étudiants il constate que le manque de réciprocité avec des étudiants prédit directement le burnout (mais non la dépression) tandis que le manque de réciprocité dans la relation avec son partenaire prédit directement la dépression (mais non le burnout).

L'évaluation du burnout ne se confond donc pas avec une mesure de la dépression.

#### 4. Facteurs de l'environnement professionnel associés au burnout

Nous avons vu que le burnout prend sa source dans l'environnement de travail. Schématiquement, il est le résultat d'une interaction entre des stressors organisationnels (exigences du travail, rôles mal définis, absence de contrôle sur son activité, etc.) ou interindividuels (demandes des patients, conflits avec des collègues, etc.) et des facteurs individuels (trait de personnalité, attentes professionnelles, etc.) (10, 13). Les facteurs associés s'étudient donc sur ces trois niveaux.

##### 4.1. Au niveau organisationnel

On étudie l'influence du **contenu de l'activité**: la surcharge de travail, le rythme des tâches à effectuer, la pression du temps, les horaires imprévisibles... Par l'étude de ce contenu c'est le lien entre le burnout et l'impossibilité de **contrôler son activité** que l'on cherche à évaluer. On évalue également l'influence du **contexte** dans lequel l'activité professionnelle se déroule : des rôles mal définis, l'isolement et le manque de soutien social, le conflit entre vie familiale et vie professionnelle, l'insécurité peuvent être corrélés à une ou plusieurs dimensions du burnout.

#### 4.2. Au niveau interindividuel

Il s'agit ici de s'intéresser à **l'effet des relations déséquilibrées**, injustes, des conflits avec les patients ou les collègues (agression, violence) mais aussi au **soutien social** ou à son absence.

#### 4.3. Au niveau intra-individuel

La place de ces facteurs intra-individuels (âge, attentes élevées, implication, type de personnalité) est sujet à controverse : certaines études cherchent à identifier la part des variables de personnalité. Cette démarche tend à faire du burnout un problème à analyser et à traiter individuellement, en rejetant sa dimension sociale, collective (10).

### 5. Manifestations du Burnout

#### 5.1. *Les manifestations physiques et émotionnelles*

Le **sentiment de fatigue, d'épuisement** est le symptôme physique le plus typique (14). Cette fatigue liée au burnout n'est pas celle que l'on éprouve temporairement et qui disparaît avec le repos, il s'agit d'une fatigue chronique.

Les personnes en burnout ont davantage de troubles du sommeil et une plus grande fatigue au réveil (15).

Les plaintes somatiques sont des douleurs musculo-squelettiques, des douleurs abdominales (9).

Shirom retrouve chez eux une élévation du taux de cholestérol, de triglycérides, de l'athérosclérose et du diabète de type 2 (14).

## *5.2. Les manifestations comportementales*

### *5.2.1. Au niveau de l'individu*

Le burnout est associé à une mauvaise hygiène de vie : manque d'activité physique, conduites addictives. On constate une plus grande consommation de tabac, de café, d'alcool ou de tranquillisants (9). Une recherche auprès de médecins français trouve un lien significatif entre l'épuisement émotionnel et la consommation d'alcool(16).

La personne en burnout tolère moins les frustrations ce qui entraîne chez elle irritabilité, sensibilité exacerbée, agressivité (15)

Le burnout entraîne une diminution des ressources psychologiques : chute de l'estime de soi, sentiment d'impuissance associée à des troubles cognitifs de type difficulté de concentration (10).

### *5.2.2. Au niveau de la vie privée*

Travail et vie privée ne sont pas des sphères séparées et autonomes : le burnout a des répercussions sur la sphère familiale et plus largement sociale. Une personne en burnout tend à s'isoler de ses amis, à accroître les comportements et attitudes négatives envers son conjoint, ses enfants (17).



### *5.2.3. Au niveau du travail*

Maslach et Schaufeli décrivent en 2001 des liens entre burnout et comportement au travail (8). Pour eux, le burnout s'associe à une mise en retrait vis à vis du monde professionnel qui peut prendre plusieurs formes : absentéisme, intention de démissionner, changement de poste régulièrement. Une étude chez des enseignants a montré que l'épuisement émotionnel mesuré par le Maslach Burnout Inventory (MBI) prédit non seulement les intentions de quitter le travail mais aussi le fait de le quitter effectivement. (16, 18)

Les personnes qui continuent de travailler malgré tout présentent quant à elles une baisse de productivité, d'efficacité et une diminution de la satisfaction au travail (19).

Les personnes en burnout peuvent avoir un impact négatif sur les relations avec leurs collègues : ils ne tiendraient pas leurs engagements professionnels et créeraient ainsi des tensions entre membres d'une même équipe. Ainsi pour Burke, le burnout est contagieux au travail jusque dans la sphère familiale et sociale (20).

Les soignants en burnout répondraient moins aux questions des patients, les négligeraient davantage. Cette baisse d'implication serait associée à plus d'erreurs dans le corps médical, qu'on ne pourrait attribuer uniquement à un manque de connaissance ou d'expérience (21-23).

Peu d'études cherchent à évaluer si le burnout affecte la prise de décision. Truchot (10) fait l'hypothèse que l'épuisement ou la dépersonnalisation conduisent à prendre des décisions plus impersonnelles. Il a réalisé une étude parmi des médecins généralistes avec un fort taux d'épuisement émotionnel retrouvant que ces derniers prennent les décisions les moins coûteuses en temps, en énergie et en investissement futurs vis à vis de leurs patients.

## 6. Application de ces données bibliographiques aux objectifs de notre étude

Le burnout par ses facteurs associés qu'ils soient professionnels ou personnels représente donc une pathologie grave du soignant, potentiellement responsable d'un coût financier (arrêt de travail, changement régulier d'employés) et d'un impact sur la santé mentale et physique pouvant aller jusqu'au suicide. De ce fait, il nous a paru nécessaire d'étudier le burnout et ses facteurs associés sur notre lieu de travail, en gynécologie obstétrique.

Le burnout concerne le soignant au sein d'une équipe avec laquelle il travaille, communique. Devant la notion de « contagiosité » du burnout, nous avons voulu étudier le soignant au sein d'une unité de fonctionnement.

Notre revue de la littérature nous a conforté dans le choix de notre lieu d'étude : le burnout est décrit dans chaque spécialité médicale et particulièrement chez les médecins anesthésistes réanimateurs, mais rarement chez les obstétriciens (24, 25). Les sages-femmes quant à elles ne font l'objet que de très peu d'études, surtout en Allemagne ou en Europe du Nord (26-28).

Notre objectif principal est donc à partir d'échelles validées dans la littérature d'étudier le burnout autour d'une unité de soin : la salle de naissance en maternité de niveau III et au sein des différents services permettant son fonctionnement : les urgences, le service des grossesses pathologiques et les suites de couche.

Nous avons également pour objectif de décrire l'état de santé du personnel soignant de l'hôpital Paule de Viguer, de comparer les différentes catégories de professionnels et d'évaluer quels sont les sous groupes les plus touchés par l'épuisement.

Nous rechercherons les critères qualifiants les professionnels en burnout par rapport à ceux qui ne le sont pas et nous décrirons les facteurs associés au burnout, qu'ils soient individuels, interindividuels ou organisationnels.

### **Résumé de la première partie:**

Le burnout est un **syndrome d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et de réduction de l'accomplissement personnel** qui apparaît chez les individus impliqués professionnellement auprès d'autrui.

**Le burnout n'est pas le stress** : La notion de burnout cerne un champ plus ciblé que la notion de stress, le travail, et correspond au stade final d'une rupture d'adaptation résultant d'un déséquilibre à long terme entre exigences et ressources.

**Le burnout n'est pas la dépression** : burnout et dépression se distinguent par leur origine et leur développement. Le burnout est spécifique au contexte de travail à la différence de la dépression qui touche tous les milieux de la vie personnelle.

**Les manifestations physiques et comportementales** potentiellement graves (pouvant aller jusqu'au suicide du soignant en burnout) font toute la gravité de ce syndrome.

**Le soignant en burnout se met en retrait vis à vis de son environnement professionnel** : arrêts de travail, intention de quitter son poste, baisse de son implication, baisse de la rigueur dans les prises en charge des patients, non respect des engagements vis à vis des collègues.

## Matériel et méthodes

### 1. Lieu d'étude

Nous avons choisi notre lieu de travail, la maternité Paule de Viguier, seule maternité de niveau III de la région Midi-Pyrénées, caractérisée entre autre par son activité importante (près de 4800 accouchements par an), la particulière gravité des situations qui y sont prises en charge (par exemple la très grande prématurité) et l'importance en terme d'effectif de son équipe pluridisciplinaire : gynécologues obstétriciens, anesthésistes, pédiatres, internes et sages-femmes.

Nous avons centré notre travail sur la salle de naissance et les urgences pour plusieurs raisons. D'abord parce que ce sont les services au cœur d'une maternité, là où collaborent quotidiennement les différentes catégories de soignants et les différentes spécialités médicales. Ensuite parce que ce sont là que les situations les plus urgentes et les plus graves sont en majorité traitées.

Autour de la salle de naissance s'articulent les services des suites de couche et des grossesses pathologiques. Ces trois services fonctionnent de façon conjointe en fonction notamment du niveau d'activité : un pic d'activité en salle de naissance justifiera une augmentation des sorties précoces en suite de couche et une hiérarchisation des indications de déclenchement en grossesses pathologiques. L'activité de ces services s'apparente au principe des vases communicants, impossible donc pour nous de limiter notre étude aux seuls services des urgences et à la salle de naissance.

## 2. Personnes interrogées

Notre démarche initiale concernait le personnel soignant, médecins et sages-femmes, ainsi que les aides-soignants. N'étant pas autorisées à interroger les aides-soignants par les responsables administratifs de la maternité, notre travail s'est porté sur les médecins et sages-femmes uniquement.

Nous avons ainsi interrogé toutes les personnes travaillant dans ces services à temps complet, partiel ou uniquement pendant les gardes (à condition dans ce cas précis qu'elles participent au tour de garde depuis plus de 1 an). Cela concerne donc les sages-femmes, cadres sages-femmes, chefs de clinique, assistants, praticiens hospitaliers et professeurs de gynécologie obstétrique, de pédiatrie et d'anesthésie réanimation. Seuls les internes de gynécologie obstétrique ont été également invités à répondre à notre questionnaire. En effet, les internes d'anesthésie en stage à la maternité partagent leur stage avec la pédiatrie où ils passent la majorité du semestre. De la même façon les internes de pédiatrie en poste à la maternité y effectuent surtout des gardes et leur semestre se passe essentiellement à l'Hôpital des Enfants du CHU de Toulouse

## 3. Période de recueil

Nous avons adressé puis récolté les réponses à notre questionnaire sur une période de 6 semaines, du 26 février au 6 avril 2013.

## 4. Méthode de recueil des données

### 4.1. Type de questionnaire

Nous avons envoyé par internet à chacun des membres de l'équipe concernée un auto-questionnaire anonyme de 86 questions après avoir récupéré leurs adresses électroniques professionnelles ou personnelles avec leur autorisation.

Ce formulaire intitulé « Santé de Paule de Viguier » repris en annexe 1, a été créé sur internet via Google Doc sous la forme de questions à choix multiple réparties en 4 parties : « votre santé » « votre état émotionnel » « votre vie professionnelle » « votre vécu au travail ». Ces différentes parties correspondent aux différents domaines explorés dans notre travail pour décrire l'état de santé, évaluer le taux de burnout, rechercher les manifestations du burnout et ses facteurs associés. Nous avons pris soin de n'utiliser à aucun moment le terme « burnout » dans notre questionnaire afin de ne pas orienter les réponses.

Ce questionnaire a été paramétré de façon à ce qu'une réponse soit obligatoire à chaque question sous la forme d'une case à cocher sans quoi il était impossible de terminer ni d'envoyer le questionnaire.

Trois mails ont été adressés au final à chaque personne afin de rappeler la période de recueil des données et d'inciter à davantage de participation.

Les réponses ont été récoltées sous la forme d'un tableau Excel : seules apparaissent en plus des réponses la date et l'heure de l'envoi du questionnaire complété. L'anonymat a donc été ainsi respecté.

#### *4.2. Construction du questionnaire*

Nous allons dans cette partie détailler le choix des différents domaines explorés dans ce questionnaire et les différentes échelles utilisées pour ce faire.

Nous nous sommes appuyées, après une revue de la littérature, sur des échelles validées et publiées, choisies pour leur pertinence vis à vis de notre population d'étude et des domaines explorés(8, 29-32). Nous avons aussi sélectionné ces échelles par rapport à leur nombre de questions afin d'obtenir un temps de réponse global court de l'ordre de 15 minutes. Chacune de ces échelles a été utilisée dans sa version française telle qu'elle a été validée, sans modifier sa présentation, ni sa composition initiale.

Nous avons enfin complété notre formulaire de questions propres à notre étude qui nous ont paru pertinentes afin d'explorer différents domaines en lien avec le burnout qu'il s'agisse des manifestations du burnout ou des facteurs associés dans la sphère professionnelle ou privée.

Nous avons également pris soin dans l'exploration des données démographiques d'utiliser des questions respectant l'anonymat (le statut marital par exemple n'a pas été demandé mais la présence d'un entourage familial ou amical a été recherchée).

Le choix des échelles, des questions, leur pertinence par rapport à notre population étudiée, leur taille et le respect de l'anonymat sont autant de critères qui ont été pris en compte pour faciliter les réponses à notre questionnaire et ainsi augmenter le taux de participation.

#### 4.2.1. Données générales

Les questions 1 à 5 permettent de recueillir **les données démographiques** de notre population : le genre, l'âge, la profession, le secteur d'activité, l'ancienneté dans la profession.

#### 4.2.2. Etat de santé

Les questions 6 à 11 sont des questions propres à notre étude afin d'évaluer les critères reliés à **l'hygiène de vie et au bien être des soignants**: leur suivi médical, leur activité physique, leurs traitements, l'addiction au tabac et enfin la présence d'un entourage familial ou amical dans la mesure où sa présence contribue au bien être d'un individu(19, 33). Les réponses se font sous forme de plusieurs modalités graduées en terme de fréquence (« Likert scale »).

Les questions 12 à 23 correspondent à **l'échelle SF-12** (Medical Outcome Study Short Form ) dans sa première version(31).

Cette échelle à 12 items est une auto-évaluation de la qualité de vie liée à la santé. Elle est issue de la SF- 36 décrite par Ware(34, 35), comportant 36 items regroupés en 8 échelles : santé perçue, activité physique, douleur physique, limitation liée à l'état physique, vitalité, vie sociale, santé psychologique, limitation liée à l'état psychologique. Les items de ces différentes échelles sont répartis de façon anarchique de façon à éviter le phénomène de diffusion dans les réponses données (lorsqu'une série de questions



consécutives explore un même domaine). L'échelle SF-36 permet de calculer 2 scores : un score de qualité de vie mental et social et un score de qualité de vie physique.

A partir de sa version longue, 12 items ont été sélectionnés de façon à obtenir une échelle plus courte tout en conservant une évaluation des 8 domaines sus cités (31). La sélection et la validation de ces 12 items a fait l'objet d'une enquête internationale dans 9 pays européens, le projet IQOLA(36).

Nous avons utilisé l'échelle SF- 12 française dans sa première version, telle qu'elle a été formulée dans le projet IQOLA(36). Une deuxième version a été créée de façon à améliorer la compréhension des questions, faciliter les réponses et les traductions dans différents pays (37).

La cotation des scores a été effectuée selon les algorithmes spécifiques décrits dans la littérature(31, 38, 39). Ces algorithmes ont été créés de façon à ce que les scores respectifs de santé mentale et physique soient égaux à 50 en population générale. Une personne est considérée en bon état de santé physique et mental si ses scores respectifs se situent au delà de la moyenne de la population générale, soit au dessus de 50.

Notre revue de la littérature retrouvait l'échelle GHQ 12 (General Health Questionnaire) souvent utilisée pour évaluer l'état de santé de façon générale en complément d'une évaluation du burnout (29). Cette échelle est en fait une évaluation de la santé mentale et ne tient pas compte de symptômes physiques pourtant retrouvés dans les manifestations du burnout. L'échelle SF 12 nous a donc paru plus complète.

#### 4.2.3. Dépressivité

Nous l'avons vu en première partie, si burnout et dépressions partagent certains aspects, ces deux notions sont différentes et l'on peut être en dépression pour des raisons plus larges que la vie professionnelle. Par ailleurs, les personnes en dépression (diagnostic posé selon les critères du DSM IV), font preuve de davantage d'auto-dépréciation y compris dans le milieu professionnel : ils déclarent davantage être en burnout, faire des erreurs de prise en charge (40). Il nous a donc paru nécessaire d'évaluer burnout et dépression de façon distincte dans notre population.

Les questions 24 à 30 sont issues de **l'échelle HAD** (Hospital Anxiety and Depression scale).

L'échelle initiale décrite par Zigmond et Snaith en 1983 se compose de 14 items : 7 pour évaluer les symptômes dépressifs (HADS-D) et 7 pour les symptômes d'anxiété (HADS-A)(32). Cette échelle a été traduite en français par Lepine (41) en 1985 et validée dans plusieurs articles et revues de la littérature récents(42, 43). La validité de l'HADS-D est par ailleurs équivalente à celle de l'échelle GHQ-12 évoquée précédemment (43).

Dans un souci d'écourter le temps de réponse à notre questionnaire et après avoir vérifié la validité de chacune des sous échelles HADS-D et HADS-A utilisées séparément (43), nous n'avons retenu que les 7 critères évaluant les symptômes dépressifs : un item pour la dysphorie, un item pour le ralentissement et 5 items pour l'anhédonie.

Il n'est pas question ici de diagnostiquer un épisode dépressif majeur puisqu'il ne s'agit pas des critères de la classification DSM IV(44) et il n'y a pas non plus d'évaluation du risque suicidaire. Nous parlerons donc plutôt de dépressivité.

Pour chaque item la réponse est cotée de 0 à 3 ; un score de 0 à 21 est donc obtenu pour chaque sous-échelle anxiété ou dépressivité, cotée et interprétée séparément.

Pour Zigmond(32), ce score s'interprète comme suit :

- de 0 à 7 : absence de dépressivité
- de 8 à 10 : dépressivité suspectée
- de 11 à 21 : dépressivité avérée

#### *4.2.4. Maslach Burnout Inventory : une mesure du burnout*

Les questions 31 à 52 correspondent au **Maslach Burnout inventory- Human Services Survey (MBI- HSS)** telles que cette échelle a été décrite par Christina Maslach(8) chez les soignants. Il existe deux autres versions créées pour les personnes travaillant dans l'éducation (MBI- Educators Survey) puis une version plus générale (MBI- General Survey) où les items sont adaptés de façon plus large au monde du travail(10).

Dans chacune de ces versions, les 3 entités décrites précédemment (épuisement émotionnel, dépersonnalisation et accomplissement personnel) y sont étudiées par des items classés de façon anarchique afin d'éviter le biais de diffusion des réponses. L'annexe 2 reprend ces questions après les avoir regroupées par entité explorée.

La réponse pour chaque item est une réponse graduée dans le temps selon une échelle Likert: « jamais, quelques fois par année, une fois par mois, quelques fois par mois, une fois par semaine, quelque fois par semaine, chaque jour ». La cotation de chaque item permet d'obtenir ainsi 3 scores, un pour chacun des domaines explorés.

Chacune de ces dimensions sont mesurées séparément. Autrement dit, l'individu n'a pas un score global de burnout mais un score pour chaque dimension. Un diagnostic de burnout est retenu si le score obtenu dépasse les valeurs définies par Maslach dans l'une au moins des trois composantes du MBI (2, 8, 10):

- Épuisement émotionnel : élevé si le score est supérieur à 30, modéré entre 18 et 29, bas si le score est inférieur à 17
- Dépersonnalisation : élevée si supérieur à 12, modérée entre 6 et 11, basse si le score est inférieur à 5
- Accomplissement personnel : élevé si supérieur à 40, modéré entre 34 et 39, bas pour un score inférieur à 33.

Pour les deux premières dimensions (épuisement émotionnel et dépersonnalisation) un score élevé correspond à un burnout élevé. Pour la dernière dimension un score élevé correspond à un accomplissement personnel élevé donc un burnout bas.

#### 4.2.5. Effort-Reward-Imbalance model, questionnaire de Siegrist

Cette partie du questionnaire recherche les facteurs associés au burnout en ce qui concerne le stress perçu au travail.

Pour Siegrist, le stress dans une situation professionnelle survient quand il existe un déséquilibre entre les efforts qu'une personne consent à fournir dans son travail et les récompenses qu'elle reçoit en retour.

**Le modèle du déséquilibre « efforts/récompenses »** qu'il décrit s'appuie sur l'hypothèse qu'une situation de travail caractérisée par la combinaison d'efforts élevés et de faibles récompenses est suivie de réactions pathologiques au plan émotionnel et physique(30, 45, 46). Par ailleurs, selon Siegrist, l'impact de ce déséquilibre sur la santé psychique est variable selon les caractéristiques personnelles des individus : les personnes dites « surinvesties » dans leur travail sont plus exposées que celles qui le sont moins(30).

Le questionnaire de Siegrist évalue 3 dimensions psychosociales :

**Les efforts extrinsèques** (question 53 à 58) : c'est à dire les contraintes et exigences liées au travail à la fois sur le plan psychologique et physique : contraintes de temps, interruptions de tâches, responsabilités, charge physique, exigence croissante du travail.

**Les récompenses** (questions 59 à 69) : en terme de rémunération, estime, contrôle de son propre statut professionnel (perspectives de promotion, sécurité d'emploi).

Les efforts intrinsèques ou **surinvestissement** (questions 70 à 75) correspondant à des attitudes, des comportements, associés à un engagement excessif dans le travail. L'échelle initialement de surinvestissement décrite par Siegrist comporte 29 items explorant la compétitivité, l'hostilité, l'impatience, l'irritabilité, le besoin d'approbation, l'incapacité à s'éloigner du travail(47). Nous avons utilisé une version abrégée à 6 questions, validée dans la littérature(48), explorant les deux entités qui ont le plus d'impact en terme de risque pour la santé : l'incapacité à s'éloigner du travail et l'irritabilité(30).

Pour les items correspondant aux dimensions « efforts » et « récompenses », deux aspects sont mesurés en même temps : la présence ou non d'un effort (ou d'une récompense) et son impact psychologique (« je suis perturbé »).

La cotation des réponses telle qu'elle a été décrite par Siegrist, permet de calculer un ratio des efforts extrinsèques par rapport aux récompenses : un ratio supérieur à 1 indique un déséquilibre entre des efforts extrinsèques élevés et des récompenses faibles donc une personne ayant un fort stress perçu au travail(30).

L'échelle de surinvestissement s'évalue pour chaque item selon une échelle de Likert en 4 points, de « pas du tout d'accord » à « tout à fait d'accord ». Le surinvestissement est défini comme supérieur au tertile supérieur (soit supérieur à 17 dans notre population). Plus le score est élevé, plus la personne est susceptible d'être « surinvestie » dans son travail.

Nous avons pour cette échelle précise, utilisé un mode de réponse particulier, tel qu'il a été créé dans l'étude ORSOSA, étude multicentrique de l'état de santé du personnel soignant (infirmiers et aides soignants) en fonction des contraintes psychologiques et organisationnelles de leur travail (49). Cette présentation nous paraissait plus simple de compréhension et plus facile à manipuler pour sa cotation.

#### *4.2.6. Facteurs de l'environnement professionnel associés*

Cette dernière partie du questionnaire se compose de questions indépendantes dont le but est d'explorer les facteurs associés au burnout.

Nous nous sommes inspirées de questions utilisées dans la littérature et du questionnaire de l'association **MOTS** (Médecin- Organisation- Travail- Santé). Cette organisation toulousaine initiée par le Conseil de l'Ordre des Médecins de Haute-Garonne a pour but de prévenir et gérer l'épuisement professionnel (annexe 3). Elle permet aux médecins volontaires de réaliser gratuitement, de façon indépendante et en toute confidentialité, une évaluation ergonomique et psycho sociale de leur exercice professionnel, avec l'aide d'un médecin spécialiste en santé au travail. L'évaluation s'appuie sur un guide pratique d'analyse psycho-sociale comprenant entre autres le MBI et un ensemble de questions explorant les facteurs personnels, environnementaux.

La dernière partie de notre questionnaire comprend donc :

Les questions 76 à 79 qui abordent tour à tour le rôle de l'administration, l'agression physique ou verbale, la communication entre collègues et la conscience professionnelle.

Les questions 80 et 81 interrogent sur l'erreur médicale ou du moins sur l'altération de la rigueur dans les prescriptions, la prise en charge des patients.

La question 82 est la seule question à réponses multiples : il s'agit ici d'évaluer les stratégies de coping.

To cope with signifie faire face en anglais : le coping correspond aux stratégies mise en place par un individu pour faire face à une situation difficile, stressante.

Les 5 items proposés comme réponses sont issus du **Brief COPE** décrit par Carver(50). Ils correspondent chacun à une des entités suivantes avec dans l'ordre : le coping actif, l'utilisation d'une aide, l'abus de substance, le renoncement, l'auto-blâme.

Les questions 83 et 84 concernent les arrêts de travail, changements d'emploi.

La question 85 évalue l'équilibre entre vie privée et vie professionnelle.

Enfin la dernière question 86 permet d'évaluer les connaissances de notre population interrogée en matière de structures d'aide contre l'épuisement professionnel.

Le questionnaire termine par une partie de rédaction libre où les participants qui le souhaitent peuvent laisser un commentaire.



## 5. Méthodologie statistique

Le logiciel statistique utilisé est STATA version 11.0

Notre analyse des données s'est effectuée à trois niveaux :

- une comparaison des populations de médecins et sages-femmes
- une recherche des facteurs associés au burnout par une comparaison des populations burnout et non burnout, quelque soit la catégorie socio professionnelle
- Enfin une analyse multivariée des facteurs associés au burnout.

Pour comparer deux populations (par exemple : burnout/non burnout), nous avons utilisé, pour les variables qualitatives, le test du Chi-2 (test paramétrique) ou le test exact de Fisher (test non-paramétrique) pour les petits effectifs (inférieurs à 5). Pour les variables continues, nous avons utilisé le test paramétrique de Student ou le test non-paramétrique de Mann-Whitney-Wilcoxon (aussi appelé test des rangs) lorsque les conditions de normalité ou d'homoscédasticité ne sont pas respectées (par exemple pour comparer les scores de santé mentale et physique de la SF-12).

Pour l'analyse multivariée, nous avons effectué une régression logistique pas à pas descendante, en incluant dans le modèle initial les facteurs associés au burnout avec une p-value inférieure à 20%.

Nous avons considéré une différence comme significative lorsque p est inférieur à 5%.

### Résumé de matériel et méthodes :

Etude des soignants (médecins et sages femmes) des **services des urgences gynécologiques, salle de naissance, grossesses pathologiques, suites de couche.**

Toutes spécialités médicales confondues (**anesthésistes, pédiatres, obstétriciens**).

Recueil des données par **auto questionnaire** internet anonyme.

Utilisation d'échelles validées dans la littérature :

- **Short Form Survey 12** : échelle de qualité de vie liée à la santé
- **Hospital Anxiety Depression scale** : évaluation de la dépressivité
- **Maslach Burnout Inventory** : mesure du burnout
- **Effort Reward Imbalance Model** : échelle de Siegrist, évaluation du ratio efforts/récompenses

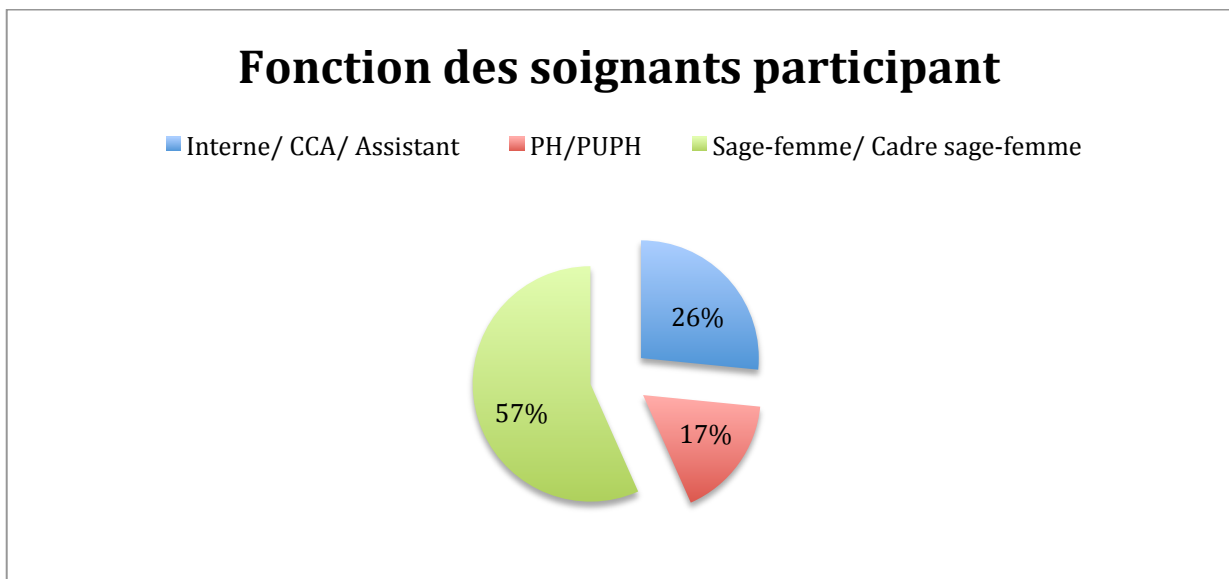
Recherches de **facteurs de l'environnement professionnel** associés au burnout parmi lesquels l'ancienneté dans la profession, les relations interindividuelles entre collègues ou vis à vis des patients, les oublis et prise en charge incomplète, l'intention de quitter son poste, le maintien d'un équilibre entre vie privée et vie professionnelle.

## Résultats

Sur les 168 questionnaires envoyés par internet, 143 ont été complétés et récoltés.

**Le taux de participation global** est de 85,12%. Le taux de participation des sages-femmes est de 90% tous secteurs confondus contre 86,36 % chez les internes et assistants ou chefs de clinique et 60% chez les praticiens hospitaliers ou professeurs universitaires.

La figure 1 représente la répartition des soignants participant en fonction de leur poste.



*Figure 1 : Fonction des soignants participant*

### 1. Description de notre population

#### 1.1. Données démographiques

Les caractéristiques démographiques de notre population étudiée sont décrites dans le tableau 1.

Il s'agit d'une population essentiellement féminine à 88 % (5 % des sages-femmes sont des hommes, 21 % chez les médecins), jeune : 76 % des soignants ont 40 ans ou moins, composée à 43 % de médecins (internes, assistants, chefs de clinique, PH et PU-PH confondus) et 57 % de sages- femmes. Le secteur d'activité principal des participants à notre étude est la salle de naissance couplée aux urgences gynécologiques.

Il existe une différence significative entre médecins et sages-femmes au niveau de l'ancienneté dans la profession : 73 % des sages-femmes ont plus de cinq ans d'ancienneté contre 24 % chez les médecins ( $p < 0,001$ ).

		Effectif total		Médecins		Sages-femmes		p
		N=143	%	N=62	%	N=81	%	
<b>Sexe***</b>	Femme	126	88,11	49	79,03	77	95,06	<b>p=0,004</b>
	Homme	17	11,89	13	20,97	4	4,94	
<b>Age</b>	Entre 20 et 30 ans	59	41,26	30	48,39	29	35,8	NS
	Entre 31 et 40 ans	50	34,97	19	30,65	31	38,27	
	Entre 41 et 50 ans	23	16,08	9	14,52	14	17,28	
	Plus de 50 ans	11	7,69	4	6,45	7	8,64	
<b>Secteur d'activité</b>	Grossesses pathologiques	38	26,57	15	24,19	23	28,4	NS
	Salle de naissance/ Urgences gynécologiques	81	56,64	40	64,52	41	50,62	
	Suites de couche	24	16,78	7	11,29	17	20,99	
<b>Ancienneté dans la profession***</b>	Moins de 5 ans depuis l'obtention du diplôme	69	48,25	47	75,81	22	27,16	<b>p&lt;0,001</b>
	Plus de 5 ans depuis l'obtention du diplôme	74	51,75	15	24,19	59	72,84	

*Tableau 1 : caractéristiques démographiques de notre population.*

\*  $p < 10\%$  ; \*\*  $p < 5\%$  ; \*\*\*  $p < 1\%$

### *1.2. Hygiène de vie, bien être des soignants*

Nous avons regroupé les réponses correspondant aux questions sur l'addiction au tabac et la prise de traitement anti-dépresseur ou traitement du sommeil de façon à obtenir des effectifs plus conséquents en termes statistiques dans la mesure où la majorité des soignants qu'ils soient médecins ou sages-femmes sont non fumeurs et ne prennent ni

traitement anti dépresseur ni traitement du sommeil. Nous avons ainsi traité des réponses dichotomiques oui/non .

Les réponses concernant l'activité physique ont été également regroupées : « régulièrement » regroupe les réponses « chaque jour », « plusieurs fois par semaine » et « une fois par semaine » ; « occasionnellement » regroupe « quelques fois par mois » et « une fois par mois au moins » ; « rarement » regroupe « quelques fois par année » et « jamais ».

De la même façon, rares sont les personnes interrogées pour lesquelles il n'existe pas d'entourage. L'entourage amical ou familial a donc été évalué de façon dichotomique après regroupement des réponses « toujours », « la plupart du temps » et « souvent » sous le terme « oui » et les réponses « parfois » ou « jamais » sous le terme « non ».

Ce regroupement des réponses a par ailleurs été utilisé ensuite pour l'ensemble de nos analyses statistiques.

Le tableau 2 présente les éléments caractéristiques de l'hygiène de vie de notre population et la présence ou absence d'un entourage social ou familial.

On constate ici que notre population présente une hygiène de vie satisfaisante : 76% sont non fumeurs, ne prennent pas de traitement anti dépresseur dans 91% des cas, ni de traitement pour dormir dans 78% des cas. Le sport est pratiqué régulièrement par 50 % des soignants.

Une différence significative existe concernant le médecin traitant : 54% des médecins n'ont pas de médecin traitant autre qu'eux mêmes alors qu'ils sont 4% chez les sages-femmes ( $p < 0,001$ ).

		Effectif total		Médecins		Sages-femmes		p
		N=143	%	N= 62	%	N= 81	%	
<b>Médecin traitant ***</b>	Oui	106	74,13	28	45,16	78	96,30	<b>p&lt;0,001</b>
	Non	37	25,87	34	54,16	3	3,7	
<b>Activité Physique</b>	Rarement	37	25,87	15	24,19	22	27,16	NS
	Occasionnellement	35	24,48	17	27,42	18	22,22	
	Régulièrement	71	49,65	30	48,39	41	50,62	
<b>Traitement anti-dépresseur</b>	Oui	13	9,09	6	9,68	7	8,64	NS
	Non	130	90,91	56	90,32	74	91,36	
<b>Traitement pour dormir</b>	Oui	31	21,68	11	17,24	20	24,69	NS
	Non	112	78,32	51	82,26	61	75,31	
<b>Tabac</b>	Oui	34	23,78	11	17,74	23	28,4	NS
	Non	109	76,22	51	82,26	58	71,6	
<b>Entourage familial ou amical</b>	Présent	135	94,41	60	96,77	75	92,59	NS
	Absent	8	5,59	2	3,23	6	7,41	

*Tableau 2 : Hygiène de vie des soignants et entourage*

\*  $p < 10\%$  ; \*\*  $p < 5\%$  ; \*\*\*  $p < 1\%$

### 1.3. SF-12

Score SF-12 continu	Médecin		Sage-Femme		Test des rangs de Wilcoxon
	Médiane (Min - Max)	Moyenne (SD)	Médiane (Min - Max)	Moyenne (SD)	p-value
Score MCS	43.69 (23.33 - 57.92)	41.80 (9.62)	42.65 (16.68 - 59.87)	41.11 (11.06)	0.7646
Score PCS***	54.86 (40.33 - 62.48)	54.16 (5.07)	51.81 (29.30 - 64.99)	50.56 (7.71)	<b>0.0028</b>

*Tableau 3 : Qualité de vie liée à la santé*

\*  $p < 10\%$  ; \*\*  $p < 5\%$  ; \*\*\*  $p < 1\%$

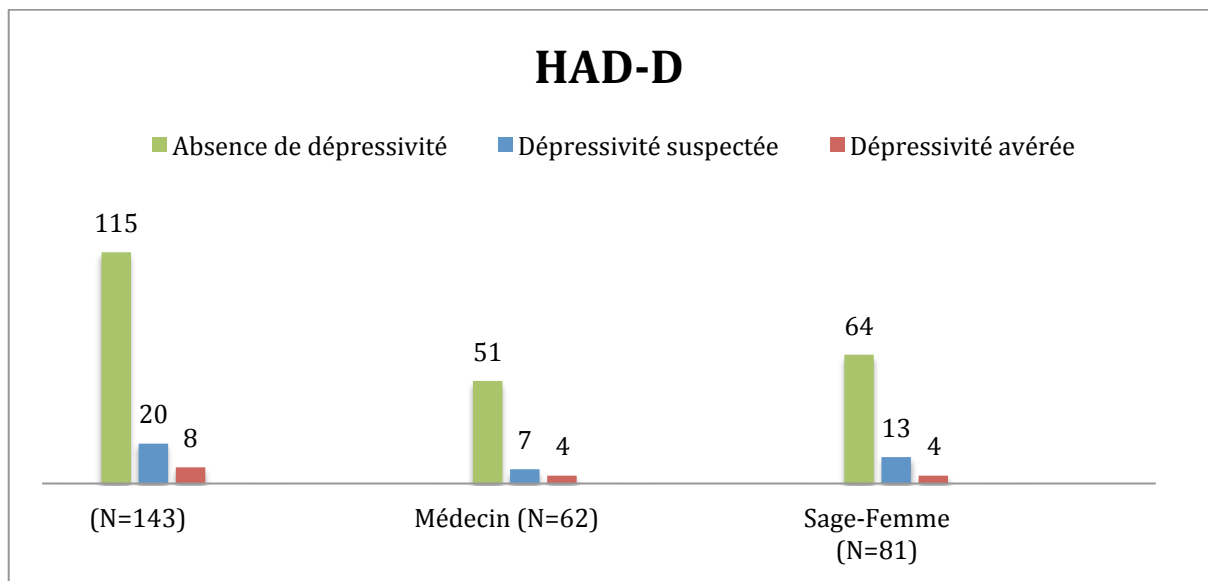
Le score de santé mentale (MCS) est inférieur au score de référence en population générale (inférieur à 50) chez la plupart des médecins et des sages-femmes avec un score médian de 43,69 chez les médecins et un score comparable de 42,65 chez les sages femmes.

Il existe une différence au niveau du score de santé physique (PCS) : les médecins avec un score médian de 54,86 ont significativement une meilleure forme physique que les sages-femmes (score médian de 51,81). Ce score reste au dessus de la moyenne en population générale dans les deux cas.

### 1.4. HAD

L'évaluation des symptômes dépressifs au sein de notre population ne retrouve aucune différence significative entre les scores de dépressivité des médecins et sages-femmes. Ce score est par ailleurs normal dans 80% des cas (Figure 2).





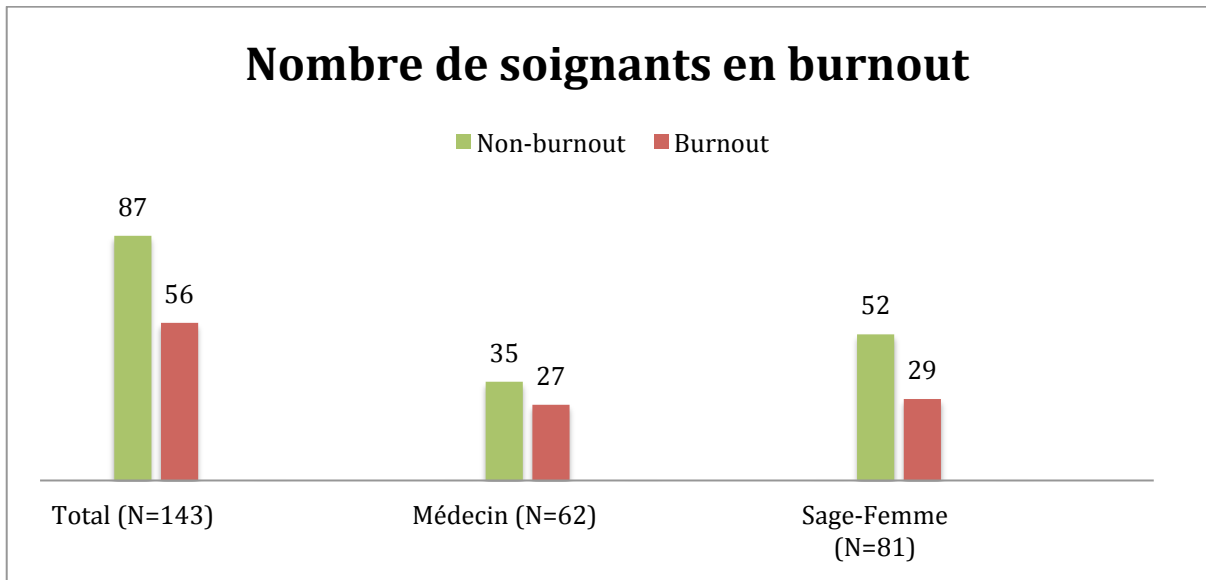
*Figure 2 : score HADS -D*

14% de notre population présente une dépressivité suspectée (20 soignants), 6% présente une dépressivité avérée (4 médecins et 4 sages-femmes). Les caractéristiques de ces 8 soignants présentant une dépressivité avérée seront reprises ultérieurement.

#### *1.5. Burnout*

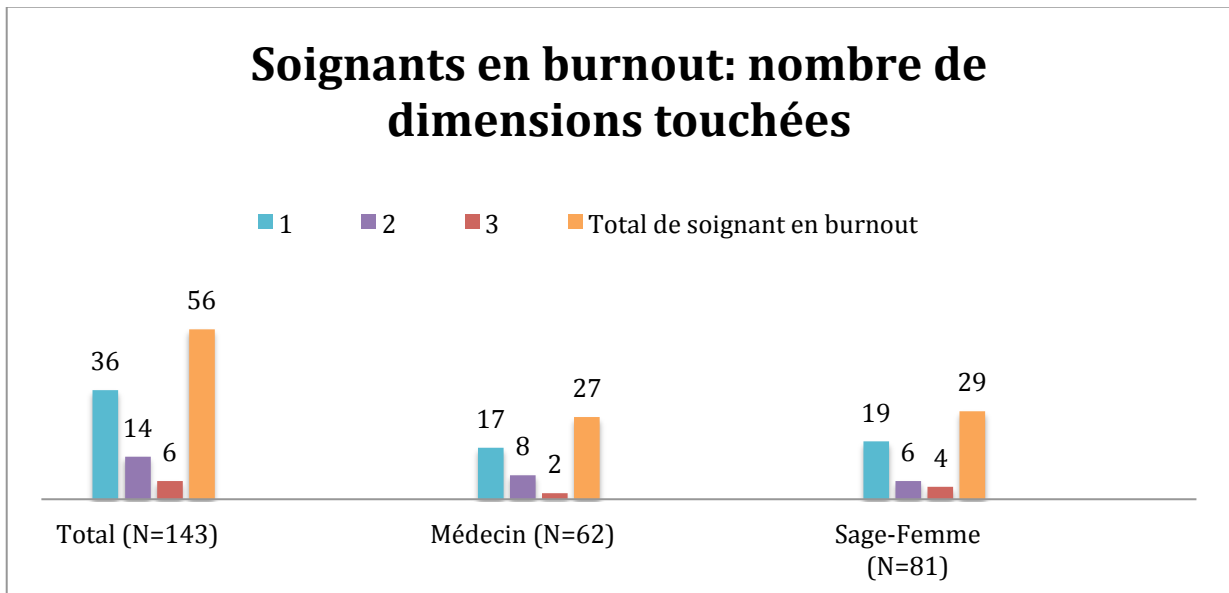
En prenant pour définition du burnout un score sévèrement touché dans une à trois dimensions telle que l'a décrite Maslach dans son échelle MBI, notre étude révèle au moment de l'enquête 56 soignants en burnout (soit 39%) au sein des secteurs étudiés de la maternité Paule de Viguié : 27 médecins et 29 sages-femmes.

Il n'existe pas de différence significative entre le pourcentage de médecins en burnout (44%) et celui des sages-femmes en burnout (36%) ( $p= 0,347$ ).



*Figure 3 : Nombre de soignants en burnout en fonction de la profession*

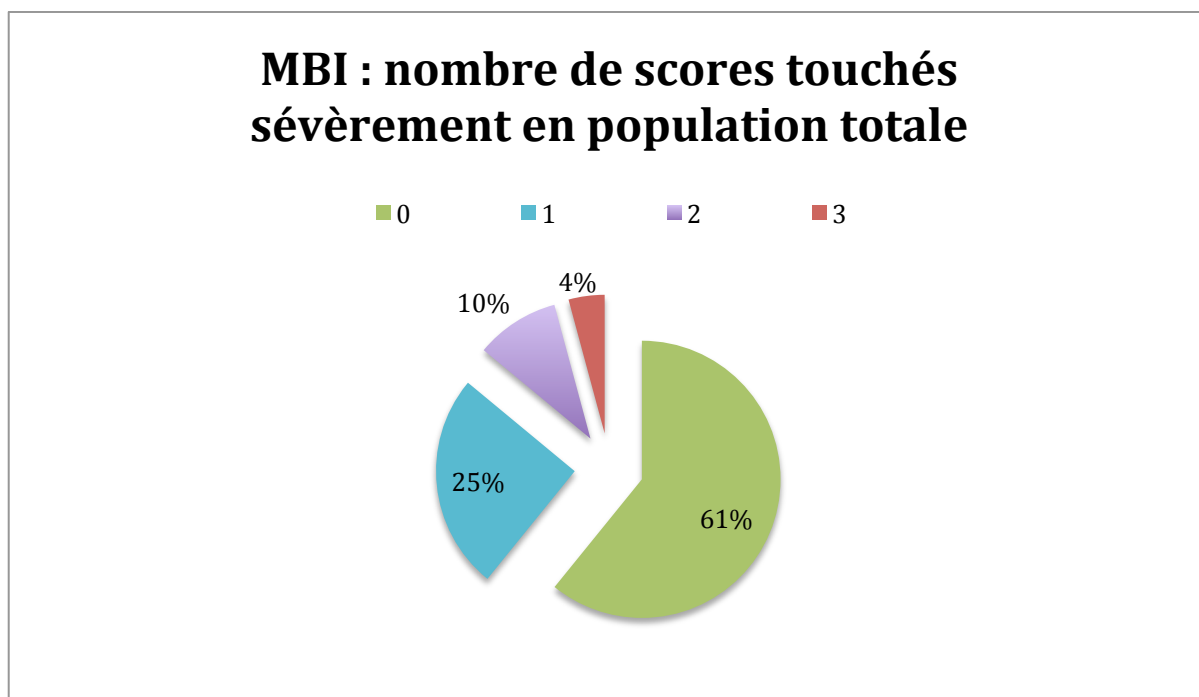
Nous avons voulu connaître ensuite chez ces 56 soignants en burnout le nombre d'entités du MBI touchées sévèrement (Figure 4).



*Figure 4 : Nombre de soignants en burnout avec une, deux ou trois dimensions touchées sévèrement en fonction de la profession*

Parmi les 56 soignants en burnout, 36 (64%) n'ont qu'une dimension touchée, 14 (25%) deux dimensions touchées et 6 (11%) présentent des scores sévèrement touchés dans les trois dimensions du MBI. Cette répartition n'est pas différente entre médecins et sages-femmes.

Rapportés en population totale ces soignants en burnout représentent respectivement 25%, 10% et 4% des soignants (Figure 5).



*Figure 5 : Pourcentage de soignants avec aucune, une, deux ou trois dimensions touchées sévèrement en population totale.*

Nous avons analysé ensuite le type de dimensions touchées : lorsqu'une seule dimension est touchée, il s'agit le plus souvent de l'accomplissement personnel (pour 15 soignants) tandis que lorsque deux dimensions sont touchées, l'association épuisement émotionnel

et dépersonnalisation est la plus fréquente (pour 8 soignants). Ces résultats sont détaillés dans le tableau 4. On constate que chez les médecins avec une seule dimension touchée il s'agit le plus souvent de la dépersonnalisation alors que chez les sages-femmes il s'agit de l'accomplissement personnel.

Nombre de dimension touchée	Type de dimension touchée	ALL (N=56)		Médecin (N=27)		Sage-Femme (N=29)	
		N	%	N	%	N	%
1 dimension	EE	9	16,07	3	11,11	6	20,69
	<b>DP</b>	12	21,43	<b>8</b>	29,63	4	13,79
	<b>AP</b>	<b>15</b>	26,79	6	22,22	<b>9</b>	31,03
2 dimensions	<b>EE / DP</b>	<b>8</b>	14,29	<b>5</b>	18,52	<b>3</b>	10,34
	EE / AP	2	3,57	1	3,70	1	3,45
	DP / AP	4	7,14	2	7,41	2	6,90
3 dimensions	EE / DP / AP	6	10,71	2	7,41	4	13,79

*Tableau 4 : Type de dimension touchée sévèrement chez les soignants en burnout.*

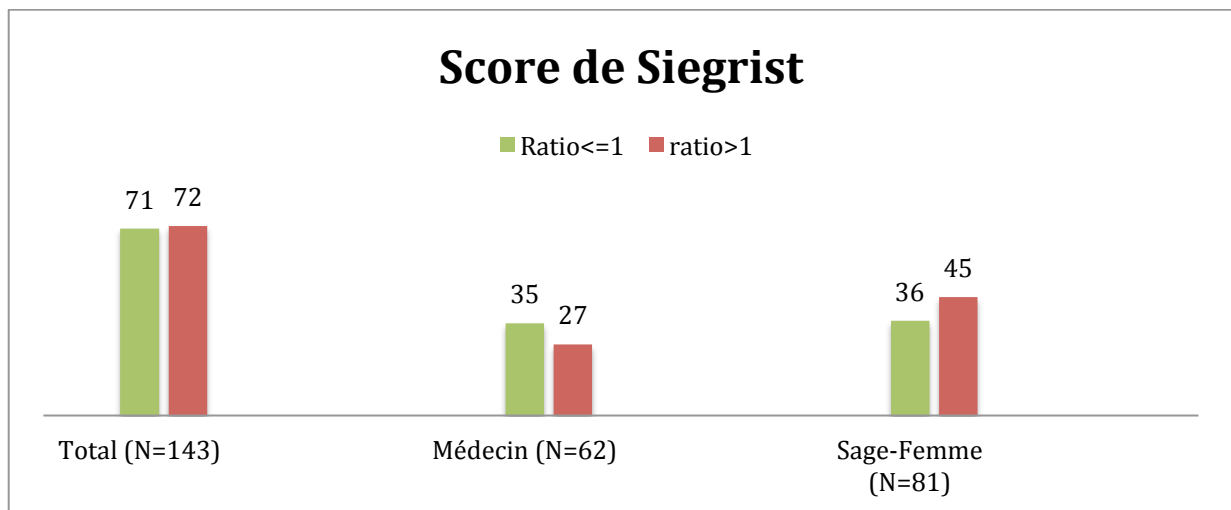
*EE : épuisement émotionnel, DP : dépersonnalisation, AP : accomplissement personnel.*

Nous détaillerons dans un deuxième temps les caractéristiques des 6 soignants présentant 3 domaines touchés sévèrement.

### *1.6. Siegrist*

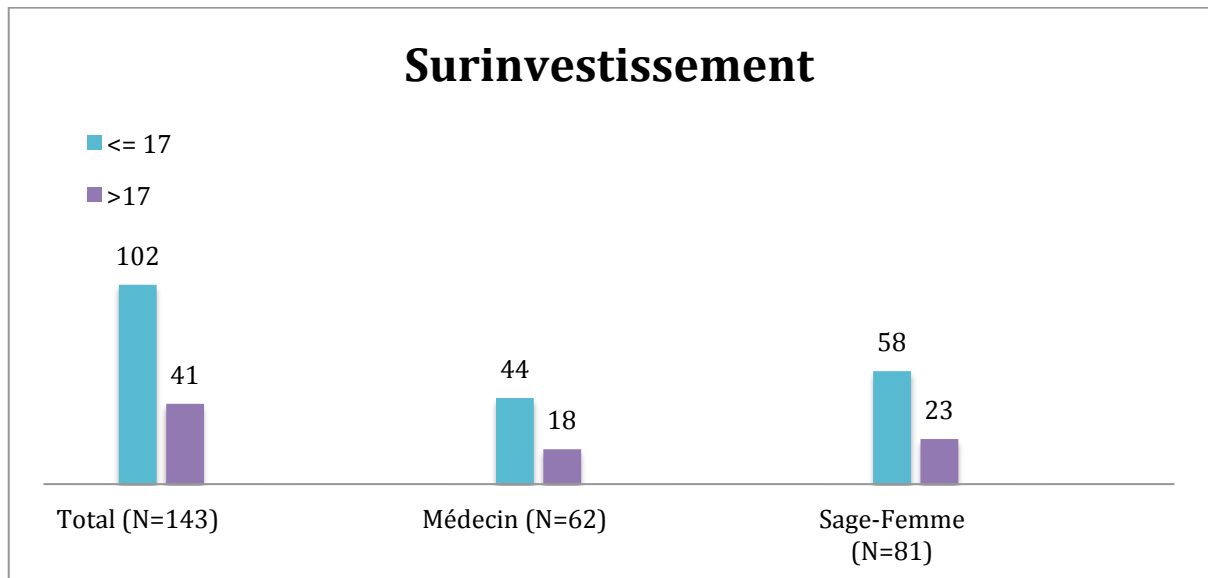
L'analyse du déséquilibre perçu entre les efforts fournis au travail et les récompenses obtenues est résumée par la figure 6. Ce ratio est déséquilibré (donc supérieur à 1) pour la moitié des soignants ayant répondu toute profession confondue. Il n'y a aucune

différence significative entre médecins et sages-femmes ( $p= 0,155$ ) même si plus de la moitié des sages- femmes présentent un déséquilibre de ce ratio (56%).



*Figure 6 : Pourcentage de soignants avec un ratio strictement supérieur à un en fonction de la profession*

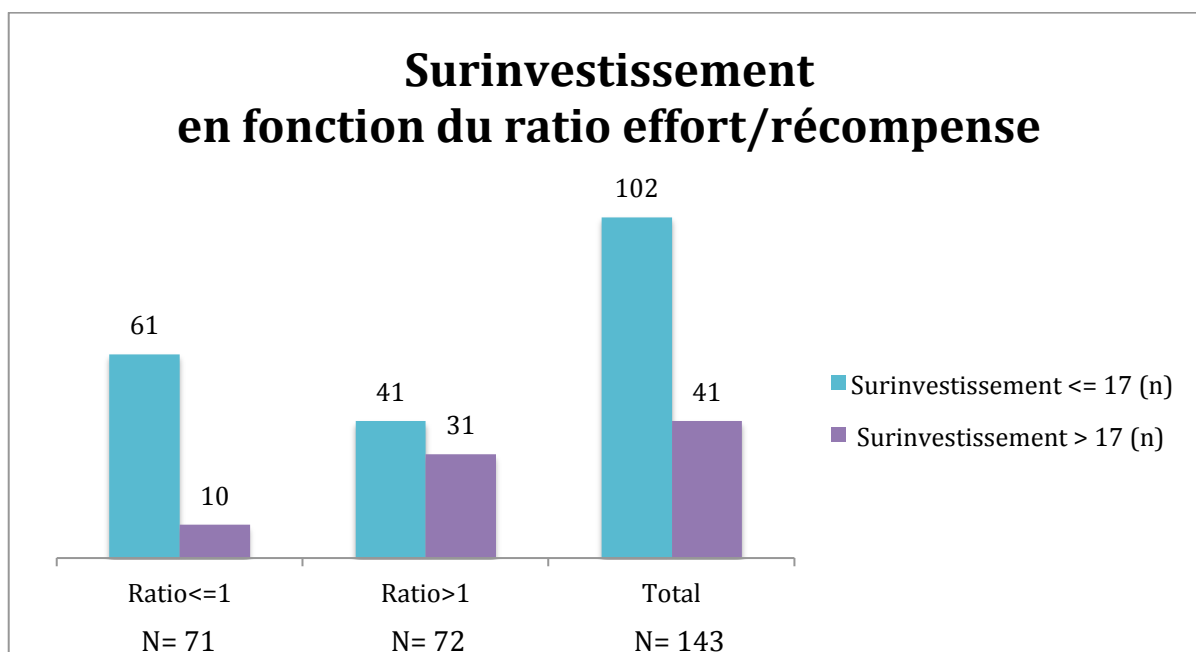
Dans notre population le tertile supérieur du score de surinvestissement étant à 17, les soignants dont le score est strictement supérieur à 17 sont qualifiés de surinvestis. La figure 7 représente le nombre de soignants surinvestis en fonction de leur statut de médecin ou sage-femme.



*Figure 7 : médecins et sages-femmes surinvestis*

Il n'y a pas de différence significative entre le pourcentage de médecins surinvestis (29%) et le pourcentage de sages-femmes surinvesties (28%).

La figure 8 représente le score de surinvestissement en fonction du ratio effort/récompense. On peut remarquer que parmi les 72 soignants dont le ratio est déséquilibré, 31 présentent un surinvestissement (soit 43%).



*Figure 8 : Nombre de soignants surinvestis en fonction de leur ratio effort/récompense.*

#### 1.7. Contexte professionnel

Le tableau 5 récapitule les réponses aux questions concernant le soignant dans son environnement de travail.

Nous avons réalisé à ce niveau des regroupements dans les réponses afin d'obtenir des effectifs davantage conséquents et donc intéressants d'un point de vue statistique.

Ainsi les réponses sur la fréquence des oublis et prises en charges incomplètes ont été regroupées : « jamais » « une fois » et « plusieurs fois mais moins d'une fois par an » correspondent à des oublis « rares » ; « quelque fois par année au moins » correspond à des oublis « occasionnels » et « une fois par mois et quelques fois par mois » à des oublis « réguliers ». De la même façon lorsque les conditions de travail sont tenues pour responsables de ces oublis « jamais » « parfois » ou « quelque fois » nous avons choisi de

les regrouper sous le terme de « rarement » ; les réponses « souvent » et « à chaque fois » correspondant à « régulièrement ».

Enfin les réponses en terme de fréquence sur les arrêts de travail pour épuisement survenus « jamais » ou « une fois » sont regroupées dans la réponse « non » et les réponses « plusieurs fois mais moins d'une fois par an », « quelque fois par an », « une fois par mois » et « quelques fois par mois » sous le terme « oui ».



		Médecins		Sages-femmes		Total		p
		N=62	%	N=81	%	N=143	%	
<b>Implication de l'administration dans le bien être des soignants</b>	D'accord	2	3,23	1	1,23	3	2,10	NS
	Pas d'accord	31	50,00	30	37,04	61	42,66	
	Pas du tout d'accord	29	46,77	50	61,73	79	55,24	
<b>Menace verbale ou physique**</b>	Non	25	40,32	23	28,4	48	33,57	p= 0,038
	Oui en étant peu ou pas perturbé	26	41,94	28	34,57	54	37,76	
	Oui en étant perturbé ou très perturbé	11	17,74	30	37,04	41	28,67	
<b>Conscience professionnelle Heurtée*</b>	Pas d'accord	44	70,97	43	53,09	87	60,84	p=0,080
	D'accord en étant peu ou pas perturbé	12	19,35	22	27,16	34	23,78	
	D'accord en étant perturbé ou très perturbé	6	9,68	16	19,75	22	15,38	
<b>Oubli</b>	Rare	32	51,61	51	62,96	83	58,04	NS
	Occasionnel	26	41,94	21	25,93	47	32,87	
	Régulier	4	6,45	9	11,11	13	9,09	
<b>Erreur liée aux conditions de travail***</b>	Rarement	45	72,58	33	40,74	78	54,55	p < 0,001
	Régulièrement	17	27,42	48	59,26	65	45,45	
<b>Arrêt de travail pour épuisement**</b>	Non	55	88,71	61	75,31	116	81,12	p= 0,042
	Oui	7	11,29	20	24,69	27	18,88	
<b>Opportunité d'emploi</b>	Non	47	75,81	49	60,49	96	67,13	NS
	Peut-être	13	20,97	24	29,63	37	25,87	
	Oui	2	3,23	8	9,88	10	6,99	
<b>Equilibre vie privée Vie professionnelle maintenu</b>	Autant que par le passé	18	29,03	32	39,51	50	34,97	NS
	Plus autant qu'avant	27	43,55	27	33,33	54	37,76	
	Vraiment moins qu'avant ou plus du tout	17	27,42	22	27,16	39	27,27	
<b>Connaissance de structures d'aide</b>	non	54	87,1	78	96,3	132	<b>92,31</b>	p= 0,057
	oui	8	12,9	3	3,7	11	7,69	

*Tableau 5 : Comparaison des médecins et sages-femmes dans leur contexte de travail*

\* p < 10% ; \*\* p < 5% ; \*\*\* p < 1%

Pour la majorité des soignants (97% des médecins et 99% des sages-femmes), l'administration ne se donne pas les moyens d'améliorer la situation des soignants.

On constate que 58 sages-femmes rapportent avoir été menacées physiquement ou verbalement par des patientes contre 37 médecins. Il existe une différence significative dans le vécu de ces agressions : 37% des sages-femmes se disent perturbées ou très perturbées contre 18% des médecins ( $p= 0,038$ ).

29% des médecins estiment devoir travailler d'une façon qui heurte leur conscience professionnelle contre 47% des sages-femmes, soit une différence non significative.

Il n'y a pas de différence significative entre médecins et sages-femmes concernant la fréquence des oublis ou des prises en charge incomplètes rapportées. Par contre, 59% des sages-femmes rapportent régulièrement des erreurs liées à leurs conditions de travail contre 27% chez les médecins ( $p < 0,001$ ).

25% des sages-femmes estiment avoir été en arrêt de travail au moins une fois pour épuisement, ils sont 11% chez les médecins, cette différence est là aussi significative ( $p= 0,042$ ).

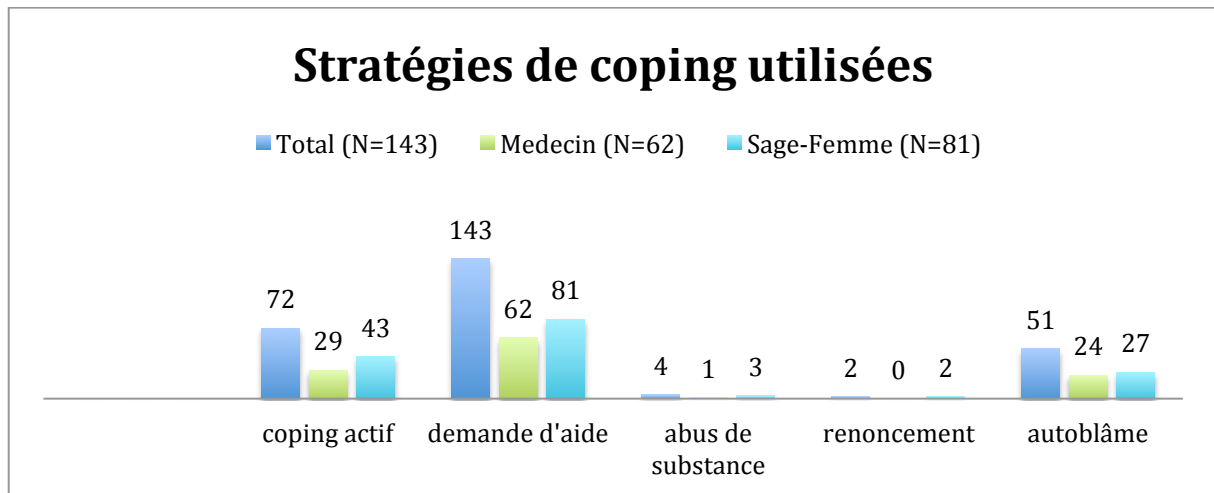
26% de notre population totale envisage peut être un changement d'emploi si l'opportunité se présente, 7% l'envisage avec certitude. Il n'y a pas de différence significative entre sages-femmes et médecins sur cette question ( $p= 0,108$ ) même si les

sages-femmes sont plus nombreuses à envisager peut être (30%) ou certainement (10%) ce changement par rapport aux médecins (respectivement 21% et 3%).

44% des médecins estiment que leur activité ne leur permet plus autant qu'avant de préserver un équilibre entre vie privée et vie professionnelle contre 33% des sages-femmes. 27% des médecins estiment que cette activité leur permet vraiment moins qu'avant de maintenir cet équilibre, ce taux est identique chez les sages-femmes.

Les structures d'aide contre l'épuisement sont connues de 8% (n= 11) des soignants, davantage par les médecins (n= 8) que par les sages-femmes (n= 3) (p= 0,057).

L'analyse de la communication entre collègues révèle très peu de réponses relatant des difficultés de communication que ce soit chez les médecins ou les sages-femmes, ils ne sont que 3 à penser le contraire. L'évaluation des réactions face à un événement stressant (stratégies de coping) présente là encore des réponses similaires entre médecins et sages femmes et très peu de réponses de type abus de substance ou renoncement (figure 9). Les réponses sous représentées n'ont donc pas été prises en compte dans notre analyse statistique.



*Figure 9 : stratégies de coping utilisées en réponse à un événement stressant au travail*

#### *1.8. Cas particulier des six soignants en burnout dans les trois dimensions*

Quatre sages-femmes et deux médecins présentent des scores de MBI sévères dans les trois dimensions (Figure 4). Nous avons choisi d'analyser ces personnes de façon globale et non pas individuellement afin de respecter leur anonymat.

L'analyse des caractéristiques de ces soignants retrouve 5 femmes pour un homme, les différentes classes d'âge sont toutes représentées et les trois secteurs d'activité sont retrouvés à part égale. Deux d'entre eux ont moins de cinq ans d'ancienneté dans leur profession. Aucun ne fume ni ne prend de traitement antidépresseur, une seule personne prend un traitement pour le sommeil occasionnellement. Tous ont un entourage social ou familial présent.

Chacun présente un score de santé mentale bas (inférieur à 32) et inférieur à la médiane de notre population (médiane= 42,65), trois d'entre eux ont une dépressivité suspectée, un soignant a une dépressivité avérée. Le ratio effort/récompense est déséquilibré pour 4 de ces soignants, 4 présentent un surinvestissement.

L'analyse de ces soignants dans leur environnement professionnel permet de constater que 5 de ces soignants estiment travailler d'une façon qui heurte leur conscience professionnelle. Ils sont 3 à envisager un changement de poste. Tous déclarent ne plus parvenir à maintenir un équilibre entre leur vie privée et leur vie professionnelle par rapport à leur situation antérieure.

Ces soignants touchés sévèrement par le burnout dans les trois domaines du MBI présentent donc une bonne hygiène de vie mais des scores de santé mentale bas. Leur ratio effort/récompense est déséquilibré et ils ont le sentiment de travailler d'une façon qui heurte leur conscience professionnelle. Enfin le dernier élément marquant est l'altération de l'équilibre entre la vie privée et professionnelle, tous témoignent d'une dégradation de cet équilibre avec le temps.

### *1.9. Cas particulier des huit soignants en dépressivité avérée*

Huit soignants présentent des scores élevés de dépressivité. Il s'agit de quatre sages-femmes et quatre médecins, de sexe féminin et d'âge moyen de plus de 41 ans. Les différents secteurs d'activité sont là encore représentés, six d'entre elles ont plus de 5 ans d'ancienneté dans leur profession. Deux de ces soignantes prennent chaque jour un traitement antidépresseur et un traitement pour les troubles du sommeil. L'analyse de leur hygiène de vie ne relève pas d'élément caractéristique.

Le score de santé mentale pour ces huit soignantes est faible, inférieur à 31, cinq d'entre elles sont en burnout. Sept ont un déséquilibre du ratio effort/ récompense, cinq présentent un surinvestissement.

Six de ces soignantes disent avoir été perturbées par l'agressivité d'un patient, six attribuent régulièrement leurs erreurs à leurs conditions de travail. Trois d'entre elles envisagent de changer d'emploi éventuellement, 4 autres l'envisagent avec certitude.

Elles sont 7 à témoigner d'un déséquilibre entre vies privée et professionnelle s'aggravant avec le temps.

Nous avons pu constater qu'il y a donc peu de différences concernant les données démographiques entre médecins et sages- femmes. Notre population générale est plutôt en bonne santé physique avec une hygiène de vie satisfaisante.

Malgré ces résultats, le taux de burnout est de 39%, sans qu'il y ait de différence significative de ces taux entre médecins et sages- femmes.

## 2. Etude des soignants en burnout versus non burnout

Nous avons donc recherché les caractéristiques de ces soignants en burnout, qu'ils soient médecins ou sages-femmes afin de dégager des facteurs associés de façon significative.

Nous allons développer ici les résultats de l'analyse univariée des soignants en burnout versus non burnout.

## *2.1. Caractéristiques démographiques et hygiène de vie des soignants en burnout versus non burnout*

Le tableau 6 récapitule les données démographiques et les caractéristiques de l'hygiène de vie des soignants en burnout ou non en burnout.

La seule différence significative est notée sur la prise d'un traitement antidépresseur : 16 % des soignants en burnout prennent ou ont pris un traitement antidépresseur (soit 9 personnes) contre 5% chez les non burnout (soit 4 personnes).

Il n'y a pas de différence significative entre soignants en burnout et non en burnout concernant le sexe, l'âge, la profession, le secteur d'activité, ou encore l'ancienneté dans la profession. Les critères évaluant l'hygiène de vie et le bien être (présence d'un médecin traitant, pratique du sport, tabagisme, traitement pour le sommeil, présence d'un entourage) sont également comparables.

		Non-Burnout		Burnout		Total		p
		N (=87)	%	N (= 56)	%	N (=143)	%	
<b>Sexe</b>	Homme	9	10,34	8	14,29	17	11,89	NS
	Femme	78	89,66	48	85,71	126	88,11	
<b>Age</b>	Entre 20 et 30 ans	36	41,38	23	41,07	59	41,26	NS
	Entre 31 et 40 ans	32	36,78	18	32,14	50	34,97	
	Plus de 40 ans	19	21,84	15	26,79	34	23,78	
<b>Profession</b>	Medecin	35	40,23	27	48,21	62	43,36	NS
	Sage-Femme	52	59,77	29	51,79	81	56,64	
<b>Secteur</b>	Salle de naissance/ Urgences	54	62,07	27	48,21	81	56,64	NS
	Grossesses pathologiques	18	20,69	20	35,71	38	26,57	
	Suites de couche	15	17,24	9	16,07	24	16,78	
<b>Ancienneté profession- nelle</b>	Moins de 5 ans	42	48,28	27	48,21	69	48,25	NS
	Plus de 5 ans	45	51,72	29	51,79	74	51,75	
<b>Médecin traitant</b>	Non	20	22,99	17	30,36	37	25,87	NS
	Oui	67	77,01	39	69,64	106	74,13	
<b>Sport</b>	Rare	21	24,14	16	28,57	37	25,87	NS
	Occasionnel	22	25,29	13	23,21	35	24,48	
	Régulier	44	50,57	27	48,21	71	49,65	
<b>Anti- dépresseur **</b>	Non	83	95,4	47	83,93	130	90,91	p=0,034
	Oui	4	4,6	9	16,07	13	9,09	
<b>Traitement sommeil</b>	Non	72	82,76	40	71,43	112	78,32	NS
	Oui	15	17,24	16	28,57	31	21,68	
<b>Tabac</b>	Non	68	78,16	41	73,21	109	76,22	NS
	Oui	19	21,84	15	26,79	34	23,78	
<b>Entourage</b>	Non	3	3,45	5	8,93	8	5,59	NS
	Oui	84	96,55	51	91,07	135	94,41	

*Tableau 6 : caractéristiques démographiques et hygiène de vie des soignants en burnout versus non burnout.*

\* p < 10% ; \*\* p < 5% ; \*\*\* p < 1%



## 2.2. Résultats des échelles SF-12, Siegrist, HAD-D chez les soignants en burnout

### 2.2.1. SF-12

Le score de qualité de vie lié à la santé mentale et sociale est significativement plus faible chez les soignants en burnout (médiane= 36) que chez les soignants non en burnout (médiane= 47) comme décrit dans le tableau 7.

	Non-Burnout (N=87)		Burnout (N=56)		Total (N=143)		Test des rangs de Wilcoxon
	Mediane (Min - Max)	Moyenne (SD)	Mediane (Min - Max)	Moyenne (SD)	Mediane (Min-Max)	Moyenne (SD)	Valeur p
<b>Score SF-12 continu (Test de Student)</b>							
<b>Score MCS</b>	47,23 (19,62 - 59,87)	44,28 (9,81)	35,96 (16,68 - 56,58)	36,96 (9,86)	42,65 (16,68- 59,87)	41,41 (10,43)	<0,0001
<b>Score PCS</b>	53,97 (29,30 - 62,39)	52,64 (6,66)	51,90 (30,95 - 64,99)	51,30 (7,27)	53,57 (49,27- 64,99)	52,12 (6,91)	0,1678

*Tableau 7 : comparaison des scores MCS et PCS chez les soignants en burnout versus non-burnout.*

### 2.2.2. Siegrist et HAD

Le tableau 8 répertorie les résultats des échelles de Siegrist et HAD.

Les soignants en burnout sont significativement plus nombreux à avoir un ratio efforts/récompenses déséquilibré : 63% des soignants en burnout contre 43% des soignants non en burnout.

Un surinvestissement est présent chez 40% des soignants en burnout contre 22% des soignants non en burnout, cette différence est là aussi significative.

L'analyse des résultats de l'échelle HAD-D retrouve 25% de dépressivité suspectée et 9% de dépressivité avérée chez les soignants en burnout contre 7% de dépressivité suspectée et 3% de dépressivité avérée chez les soignants non en burnout. Cette différence est significative.

		Non-Burnout		Burnout		Total		p
		N= 87	%	N= 56	%	N= 143	%	
<b>Ratio Efforts / Récompenses **</b>	Ratio<=1	50	57,47	21	37,5	71	49,65	<b>p = 0,020</b>
	Ratio>1	37	<b>42,53</b>	35	<b>62,50</b>	72	50,35	
<b>Surinvestissement**</b>	<=17	68	78,16	34	60,71	102	71,33	<b>p = 0,024</b>
	>17	19	<b>21,84</b>	22	<b>39,29</b>	41	28,67	
<b>HAD-D**</b>	Absence de dépressivité	78	89,66	37	66,07	115	80,42	<b>p= 0,002</b>
	Dépressivité suspectée	6	<b>6,90</b>	14	<b>25,00</b>	20	13,99	
	Dépressivité avérée	3	<b>3,45</b>	5	<b>8,93</b>	8	5,59	

*Tableau 8 : Comparaison des réponses aux échelles Siegrist et HAD entre soignants en burnout et non en burnout.*

\* p< 10% ; \*\* p< 5% ; \*\*\* p< 1%

### *2.3. Comparaison des soignants en burnout versus non burnout dans leur contexte de travail*

Le tableau 7 résume les réponses aux questions concernant le soignant dans son environnement de travail : l'implication perçue de l'administration dans le bien être des

soignants, le vécu de l'agressivité de certains patients, la communication entre collègues, la conscience professionnelle, les oublis et prises en charges incomplètes, le rôle perçu des conditions de travail dans les erreurs, les arrêts de travail, l'opportunité d'un changement d'emploi, le maintien de l'équilibre entre vie privée et vie professionnelle et enfin la connaissance de structures d'aide contre l'épuisement professionnel.

Qu'ils soient en burnout ou non, la grande majorité des soignants considèrent que l'administration ne se donne pas les moyens d'améliorer la situation des soignants. Ils sont 3 soignants à penser le contraire. Il n'y pas de différence significative à ce niveau entre soignants en burnout et non en burnout.

Il n'existe pas de différence significative dans le vécu de l'agressivité des patients entre soignants en burnout ou non en burnout. 41% des soignants en burnout menacés physiquement ou verbalement n'ont pas été perturbés par cette menace ou peu contre 36% des soignants non en burnout. 34% des soignants en burnout menacés ont été perturbés ou très perturbés contre 25% des soignants non en burnout.

La majorité des soignants qu'ils soient en burnout ou non, considère qu'ils peuvent échanger avec un collègue sur la conduite à tenir pour un patient. Seules 3 personnes considèrent ne pas pouvoir échanger avec leurs collègues, ces trois personnes sont par ailleurs en burnout. Il n'existe pas de différence significative à ce niveau.

50% des soignants en burnout estiment travailler d'une façon qui heurte leur conscience professionnelle ce qui est significativement plus important que chez les soignants non en burnout où ils sont 32% à penser de la sorte.

Il existe une différence significative entre soignants en burnout et non en burnout concernant la fréquence des « oublis et prises en charge incomplètes vis à vis de patient » : 14% des soignants en burnout déclarent avoir fait des oublis ou avoir été incomplets dans la prise en charge d'un patient de façon régulière contre 6% des soignants non en burnout. Concernant toujours la fréquence de ces oublis ou prises en charges incomplètes, les soignants en burnout estiment que la survenue de ces oublis est moins souvent « rare », selon notre regroupement de réponses, par rapport aux soignants non en burnout (soit 43 % de ceux en burnout comparativement à 68% des soignants non en burnout), autrement dit la jugent plus fréquente. Cette différence est significative dans les deux cas.

Concernant maintenant l'attribution de leurs erreurs à leurs conditions de travail, il n'existe pas de différence significative entre soignants en burnout et non en burnout. Ils sont 55% de soignants en burnout à attribuer régulièrement ces erreurs à leurs conditions de travail contre 39% chez les soignants non en burnout.

23% des soignants en burnout estiment avoir été arrêté au moins une fois au cours de leur carrière à cause de leur épuisement contre 16% des soignants non en burnout. Cette différence n'est pas significative.

11% des soignants en burnout envisagent de changer d'emploi avec certitude et 27% des soignants en burnout l'envisagent éventuellement contre respectivement 5% et 25% des soignants non en burnout. Cette différence n'est pas significative.

Les soignants en burnout sont significativement moins nombreux (21%) à penser que leur activité professionnelle leur permet de maintenir un équilibre entre vie professionnelle et vie privée autant que par le passé par rapport aux soignants non touchés par le burnout (44%). 41% des soignants en burnout estiment que cet équilibre est vraiment moins voire plus du tout maintenu contre 18% des soignants non en burnout.

Les soignants en burnout sont significativement plus nombreux à connaître l'existence de structures d'aide contre l'épuisement professionnel (14%) par rapport aux soignants non en burnout (3%).

		Non-Burnout		Burnout		Total		p
		N= 87	%	N= 56	%	N= 143	%	
Implication de l'administration dans le bien être des soignants	D'accord	2	2.30	1	1.79	3	2.10	
	Pas d'accord	36	41.38	25	44.64	61	42.66	
	Pas du tout d'accord	49	56.32	30	53.57	79	55.24	
Menace verbale ou physique	Non	34	39,08	14	25	48	33,57	
	Oui et cela ne m'a pas ou peu perturbé	31	35,63	23	41,07	54	37,76	
	Oui et cela m'a perturbé	22	25,29	19	33,93	41	28,67	
Conscience professionnelle heurtée**	Pas d'accord	59	67,82	28	50	87	60,84	p = 0,025
	D'accord et je ne suis pas ou peu perturbé	20	22,99	14	25	34	23,78	
	D'accord et je suis perturbé	8	9,2	14	25	22	15,38	
Oubli, prise en charge incomplète***	Rare	59	67,82	24	42,86	83	58,04	p = 0,009
	Occasionnel	23	26,44	24	42,86	47	32,87	
	Régulier	5	5,75	8	14,29	13	9,09	
Erreur liée aux conditions de travail*	Rarement	53	60,92	25	44,64	78	54,55	p = 0,056
	Régulièrement	34	39,08	31	55,36	65	45,45	
Arrêt de travail pour épuisement	Non	73	83,91	43	76,79	116	81,12	
	Oui	14	16,09	13	23,21	27	18,88	
Changement d'emploi envisagé	Non	61	70,11	35	62,5	96	67,13	
	Peut-être	22	25,29	15	26,79	37	25,87	
	Oui	4	4,6	6	10,71	10	6,99	
Equilibre vie privée vie professionnelle maintenu***	Autant que par le passé	38	43,68	12	21,43	50	34,97	p = 0,004
	Plus autant qu'avant	33	37,93	21	37,5	54	37,76	
	Vraiment moins qu'avant ou plus du tout	16	18,39	23	41,07	39	27,27	
Connaissance d'une structure d'aide**	Non	84	96,55	48	85,71	132	92,31	p = 0,024
	Oui	3	3,45	8	14,29	11	7,69	

*Tableau 9 : Comparaison des soignants en burnout versus non burnout dans leur contexte de travail. \* p< 10% ; \*\* p< 5% ; \*\*\* p< 1%*

### 3. Analyse multivariée

Nous avons réalisé une analyse multivariée à partir des éléments de l'analyse bivariée portant sur la comparaison des soignants en burnout/ non-burnout. Les éléments retenus sont repris dans le tableau 8. Il s'agit des éléments suivants : le ratio effort/récompense, le surinvestissement, les scores de santé mentale (MCS) et physique (PCS), la prise d'un traitement antidépresseur ou d'un traitement des troubles du sommeil, la conscience professionnelle, l'attribution des erreurs aux conditions de travail, la fréquence des oublis et prises en charge incomplètes, le maintien d'un équilibre entre vie privée et vie professionnelle, la connaissance de structures d'aide contre l'épuisement professionnel et le secteur d'activité. Afin de ne pas omettre de facteurs de confusion, nous avons retenu les facteurs associés aux burnout avec une valeur de p inférieure à 20%.

		Odds Ratio Univariée	p	Intervalle de confiance à 95%	
Siegrist	Ratio efforts/recompenses > 1	2.252252	0.021	1.131945	4.481349
	Surinvestissement (> 17)	2.315789	0.026	1.105889	4.849383
SF- 12	Score MCS	.9301306	0.000	.897227	.9642408
	Score PCS	.972293	0.257	.9261514	1.020734
Traitements	Traitement antidépresseur au moins une fois	3.973404	0.028	1.160307	13.60669
	Traitement pour dormir au moins une fois	1.377657	0.065	.9807915	1.935111
Attribution des erreurs conditions de travail	Régulièrement	1.390303	0.058	.9893431	1.953762
Connaissance des structures d'aide	Oui	4.666667	0.028	1.18172	18.42888
Conscience professionnelle heurtée	D'accord en étant peu ou pas perturbé	1.475	0.352	.6510792	3.341567
	D'accord en étant perturbé	3.6875	0.009	1.386452	9.80752
Oublis/ prises en charge incomplète	Occasionnels	2.565217	0.013	1.220069	5.393417
	Réguliers	3.933333	0.027	1.1683	13.24241
Equilibre vie privée/ vie professionnelle	Plus autant qu'avant	2.015152	0.106	.8622966	4.709326
	Vraiment moins qu'avant/ plus du tout	4.552083	0.001	1.832099	11.31023
Secteur d'activité	Grossesses pathologiques	2.222222	0.047	1.011875	4.88032
	Suites de couche	1.2	0.706	.4655988	3.092792

*Tableau 10 : Eléments pris en compte dans l'analyse multivariée*

Les résultats de l'analyse multivariée finale sont présentés par le tableau 9.

Les facteurs significativement associés au burnout de façon indépendante sont donc :

- **le score de santé mentale MCS** avec un Odds ratio (OR) ajusté à 0,94 [0,91 ; 0,98].



- **faire des oublis ou être incomplet dans la prise en charge d'un patient** de façon occasionnelle ou régulière avec un OR ajusté à 2,62 [1,16 ; 5,89] et 3,96 [1,08 ; 14,47] respectivement.
- **Maintenir un équilibre entre vie privée et vie professionnelle vraiment moins qu'avant ou plus du tout** avec un OR ajusté à 2,43 [1,03 ; 5,69].

	Odds Ratio	p	Intervalle de confiance à 95%	
Score MCS	<b>0,9409165</b>	0,002	0,9050017	0,9782566
Oubli occasionnel	<b>2,617248</b>	0,02	1,162756	5,891161
Oubli régulier	<b>3,958018</b>	0,038	1,082458	14,47253
Maintien de l'équilibre avec la vie privée vraiment moins qu'avant/plus du tout	<b>2,425301</b>	0,042	1,032983	5,694272

*Tableau 11 : Analyse multivariée*

### Résumé des résultats :

143 réponses obtenues soit un **taux de participation de 85%**.

Les médecins et sages femmes présentent peu de différences significatives en terme de caractéristiques démographiques, hygiène de vie, qualité de vie liée à la santé, de dépressivité.

**39% des soignants sont en burnout**, 27 médecins et 29 sages femmes.

Il n'y a pas de différence significative entre les taux de burnout des médecins et sages femmes.

L'analyse multivariée révèle que les soignants en burnout

- Présentent des **scores de santé mentale** inférieurs aux scores des soignants non en burnout (OR ajusté à 0,94 [0,91 ; 0,98]).
- déclarent davantage **faire des oublis et être incomplets dans la prise en charge de leurs patients** de façon occasionnelle ou régulière (OR ajusté à 2,62 [1,16 ; 5,89] et 3,96 [1,08 ; 14,47] respectivement).
- **ne parviennent plus à maintenir un équilibre entre vie professionnelle et vie privé** (OR ajusté à 2,43 [1,03 ; 5,69]).

## Discussion

L'analyse de nos résultats nous a permis dans un premier temps de décrire les soignants de la maternité Paule de Viguier, notamment les similitudes et différences entre médecins et sages-femmes.

Dans un deuxième temps nous avons concentré notre analyse sur le burnout des soignants, son estimation, ses facteurs associés.

Nous allons à présent confronter ces résultats aux données de la littérature.

### 1. Les forces de notre étude

#### *1.1. Etude parmi les obstétriciens et sages-femmes*

Les données de la littérature sur le burnout des soignants concernent les différentes spécialités médicales mais particulièrement le milieu de l'anesthésie réanimation qui le premier s'est intéressé à cette pathologie du soignant (2-4).

En milieu obstétrical, les études sont rares et disparates dans leur définition du burnout et leur méthodologie (24, 25). Pourtant pour Martini, les internes en obstétriques présentent le taux de burnout le plus élevé (de l'ordre de 75%) comparativement aux autres spécialités (3).

Les études sur les sages-femmes sont elles encore plus rares et concernent pour l'essentiel les pays d'Europe du Nord pionniers en la matière (26-28).

Des études autour d'une unité de lieu existent dans la littérature mais elles concernent souvent les différences entre médecins et infirmières ou entre les différentes spécialités médicales intervenant au sein d'une même unité de fonctionnement (2, 29).

Notre travail est donc original dans le choix du milieu obstétrical comme lieu d'étude (la maternité de niveau III Paule de Viguier) et surtout dans le choix d'étudier le burnout des médecins spécialistes et sages-femmes autour d'une unité de fonctionnement (la salle de naissance et les différents secteurs qui s'y rapportent).

### *1.2. Taux de participation*

86% des soignants interrogés ont renvoyé leur questionnaire complété. Cet excellent taux de participation peut s'expliquer d'abord par l'intérêt que les soignants ont manifesté à l'égard de leur santé et de leur environnement de travail, ensuite par l'unité de lieu qui a facilité la communication entre soignants à ce sujet et donc la diffusion du questionnaire, enfin par le choix du support informatique permettant d'envoyer des messages de rappel et le recueil des réponses de façon anonyme sur internet.

### *1.3. Le choix des échelles*

Nous avons utilisé des échelles validées dans la littérature, dans leur formulation originale et complète en respectant leur cotation et leurs critères d'interprétation.

#### *1.4. Etude du soignant dans son contexte de travail*

Notre recherche ne s'est pas limitée à évaluer le soignant à l'échelle individuelle (les critères de personnalité par exemple, largement critiqués dans la littérature n'ont pas été étudiés ici), nous avons cherché à analyser les relations entre collègues (via l'étude de la communication entre collègues par exemple), les contraintes organisationnelles et le vécu du stress au travail (Siegrist).

## 2. Les limites de notre étude

### *2.1. Le questionnaire*

Nous avons choisi de recueillir nos données via la diffusion d'un auto questionnaire anonyme par internet.

L'anonymat s'il a pu mettre en confiance les soignants et favoriser le taux de participation est aussi une limite à deux niveaux : d'abord il ne permet pas de connaître l'identité des personnes qui n'ont pas répondu. On peut se demander si ces personnes là ne sont pas les plus touchées par le burnout ce qui représenterait une perte de données. Ensuite l'absence d'information sur les personnes ayant répondu n'a pas permis d'écartier d'éventuels doublons de réponse.

Le choix d'un auto questionnaire (et par là même une auto-évaluation) implique un biais de confusion dans les réponses : une personne déprimée s'auto-déprécie davantage et a tendance à se sentir en burnout plus facilement par rapport aux personnes non

déprimées. Les soignants déprimés déclarent par ailleurs être responsables de plus d'erreurs (22, 40) par rapport aux personnes non déprimées. L'auto déclaration est donc modulée par l'état émotionnel de la personne interrogée, contrairement à une évaluation extérieure par un tiers.

Le questionnaire a par ailleurs été adressé par mail aux différents soignants concernés, sans exigence sur le contexte où les réponses devaient être fournies (par exemple seul, ou à plusieurs...): les réponses n'ont donc pas été récoltées dans un cadre défini mais avec possibilités d'échanger avec un collègue, l'entourage, sur les réponses à donner.

Une réponse était obligatoire pour chaque question sans quoi il était impossible de poursuivre ni d'envoyer les réponses. Il n'y avait aucune question comportant de réponse neutre de type «ne se prononce pas», là encore la réponse était forcée et le soignant devait fournir une réponse tranchée parmi plusieurs propositions. Ceci a pu induire des réponses peut être plus marquées que n'auraient voulu certains.

## *2.2. Effectifs*

Malgré un bon taux de participation, l'effectif total de soignants est de 143 personnes soit un petit effectif. L'analyse de certaines réponses a justifié de ce fait des regroupements de plusieurs items proches afin d'obtenir des effectifs statistiquement interprétables.

### 2.3. Période de recueil

Nous avons interrogé les soignants de l'hôpital Paule de Viguier à un moment donné, pendant la saison d'hiver où il est prouvé qu'il y a davantage de dépression saisonnière. Au moment de notre recueil de données avait également lieu un mouvement de grèves dans le service des suites de couche pour réclamer davantage de personnel soignant.

Le burnout est un processus qui s'analyse dans le temps afin d'en connaître l'évolution : la notion de durée d'exposition fait partie de son analyse (25, 51). Nous avons bien conscience d'avoir réalisé dans notre travail un instantané de la situation des soignants.

### 3. Discussion autour de la mesure du burnout

La littérature sur le burnout fait état d'une grande disparité dans la mesure de ce dernier : les dimensions étudiées diffèrent d'une étude à l'autre ainsi que les seuils utilisés.

Nous avons vu précédemment que la mesure du burnout la plus utilisée, de Maslach et Jackson, se base sur une évaluation de trois dimensions (épuisement émotionnel, dépersonnalisation et accomplissement personnel) dont les scores s'évaluent de façon indépendante (8). Lourel dans une revue de la littérature sur l'instrument de mesure du burnout, le MBI, résume que l'épuisement émotionnel est lié à la dépersonnalisation et que ces deux dimensions sont davantage associées à la tension psychologique d'un individu(7). En effet, un soignant va peu à peu mettre une distance vis à vis des patients pour se protéger de l'épuisement émotionnel. Le lien entre l'accomplissement personnel

et les deux autres dimensions est lui beaucoup moins net (7, 8). Ainsi certains auteurs considèrent une mesure du burnout à seulement deux dimensions : épuisement émotionnel et dépersonnalisation (24, 51, 52). D'autres utilisent des versions courtes créées par leurs soins en sélectionnant les items de chaque dimension les plus fortement corrélés au burnout (22, 25).

On trouve également dans la littérature une disparité dans l'analyse des scores obtenus et des seuils de définition. Certains auteurs analysent un score global de burnout correspondant à la moyenne des scores obtenus dans chaque dimension (29), d'autres comparent des scores moyens d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et d'accomplissement personnel (28), d'autres encore définissent de façon plus stricte le burnout à partir de scores sévères dans les trois dimensions à la fois.

#### 4. Discussion autour du burnout en milieu obstétrical

Nous avons émis les hypothèses que notre population d'étude présenterait un taux de burnout de 30 à 40 % par analogie avec la littérature sur ce sujet (19) et que cette incidence serait différente selon les catégories professionnelles (c'est à dire entre médecins et sages-femmes) (29) et l'ancienneté dans la profession (28, 29).

##### 4.1. Des études disparates

En utilisant comme définition du burnout un score élevé dans une à trois dimensions à partir des valeurs seuils établies par Maslach, notre étude révèle un taux de burnout de 39%. Ce taux ne représente pas pour autant une mesure de la prévalence du burnout au



sein de la maternité Paule de Viguier mais plutôt une estimation de cette prévalence dans la mesure où notre recueil de données s'est effectué parmi les soignants en activité à ce moment là. On sait en effet que le burnout s'accompagne d'une augmentation des arrêts de travail et changement de poste. Les soignants qui n'ont pas répondu ou ne travaillaient pas à ce moment là étaient peut être en burnout. Il pourrait donc y avoir un biais par l'effet de « travailleur en bonne santé ».

Les données concernant le burnout en milieu obstétrical retrouvent des taux allant de 50 à 75% de burnout parmi les obstétriciens (3, 24, 25) soit des taux plus élevés que celui retrouvé dans notre étude : 44% de burnout parmi les médecins interrogés. Cette différence peut s'expliquer par les différences de définitions et de mesure du burnout comme nous avons pu le voir précédemment et surtout par les populations interrogées puisque notre population de médecins se compose d'anesthésistes-réanimateurs, pédiatres et obstétriciens. Si l'on compare à présent au taux de burnout retrouvé en anesthésie réanimation, ce taux est de 30 à 62,3% en fonction des études (2, 4, 5). Le taux de burnout parmi les internes de pédiatrie est de 74% pour Fahrenkopf (40).

#### *4.2. Particularités des études chez les sages-femmes*

Concernant les sages-femmes, notre étude révèle un taux de burnout de 36%. Les données de la littérature sur le burnout des sages-femmes sont rares et les études retrouvées ont été réalisées à partir de scores moyens dans chaque dimension du burnout (26, 28), non comparables avec nos données.

La rareté de ces études peut s'expliquer par le statut particulier des sages-femmes. Bakker réalise une étude parmi les sages-femmes en Allemagne, qu'elles travaillent en structure hospitalière ou en cabinet libéral (26). Les sages-femmes allemandes installées en libéral pratiquent en majorité les accouchements à domicile et sont en ce sens pour Bakker des praticiens indépendants en terme d'autonomie et de responsabilités. Mais les sages-femmes sont limitées dans leur qualification médicale, comme le sont des infirmières. Devant ce statut professionnel particulier, Bakker choisit donc de comparer les taux de burnout dans chaque dimension avec les taux de burnout des médecins généralistes et des infirmières. Il conclut à un épuisement émotionnel plus élevé chez les sages-femmes que chez les infirmières, une dépersonnalisation plus élevée chez les médecins que chez les sages-femmes. L'accomplissement personnel des sages-femmes est plus élevé que celui des médecins généralistes et des infirmières.

Ces différences s'expliqueraient pour les auteurs par le statut particulier de chacun. Les sages-femmes ont davantage d'autonomie que des infirmières et un domaine de compétences bien défini. Elles auraient en ce sens un accomplissement personnel plus élevé qu'un médecin généraliste qui est confronté au cours de sa carrière à des situations plus diverses ou qu'il n'a jamais rencontré avant, remettant en questions ses compétences à chaque fois.

#### *4.3. Discussion autour des dimensions touchées par le burnout*

Si l'on s'intéresse à présent au nombre de dimensions touchées chez les soignants identifiés en burnout dans notre étude, l'analyse révèle une majorité de soignants avec une seule dimension touchée (Figure 4). Les scores sévères dans les trois dimensions ne

concernent en fait que six soignants soit 4% de notre population totale. Gabbe dans une étude auprès des professeurs en gynécologie obstétrique retrouve le même taux de burnout sévère(25). Bon nombre d'études qualifient ainsi des burnout léger (une seule dimension touchée), modéré (deux dimensions) et sévères (trois dimensions) (2, 25).

Par ailleurs, lorsqu'une seule dimension est touchée sévèrement, nos résultats montrent que cette dimension unique est l'accomplissement personnel dans 27% des cas de burnout toute profession confondue. Si l'on regarde par catégorie professionnelle, les sages-femmes en burnout présentant une seule dimension touchée ont le plus souvent une baisse de l'accomplissement personnel. Les médecins en burnout avec une seule dimension touchée ont eux davantage de dépersonnalisation. Ces résultats concordent avec l'analyse de Bakker.

Ce résultat peut s'expliquer par la composition de notre population : la majorité des soignants en burnout de notre étude a entre 20 et 31 ans, soit une population jeune de soignants en début de carrière. Hyman retrouve une association entre l'âge et une augmentation de la dépersonnalisation ou une baisse de l'accomplissement personnel(29). Un soignant en début de carrière a moins de compétences, de ressources et de connaissances vis à vis des stratégies de « coping » pour faire face aux changements et évènements stressant de sa vie professionnelle (28, 53). Gabbe retrouve des taux de burnout plus élevé dans les cinq premières années d'agrégation. Avec l'expérience professionnelle, la dépersonnalisation diminue et l'accomplissement personnel augmente (25).

#### *4.4. Discussion autour de l'expérience professionnelle*

Nous avons vu que l'expérience professionnelle pouvait expliquer l'évolution des trois dimensions dans le processus de burnout ; elle expliquerait également une partie des différences de taux de burnout entre jeunes soignants et soignants expérimentés.

Notre étude n'a pourtant pas révélé une telle différence des taux de burnout entre jeunes soignants et soignants expérimentés. Cette discordance avec la littérature peut s'expliquer par nos petits effectifs mais aussi par le seuil à 5 ans que nous avons choisi en se basant sur la durée de l'internat de gynécologie obstétrique en France et sur les études révélant le plus fort taux de burnout pendant l'internat (29). Gabbe décrit dans son étude trois phases dans la carrière d'un agrégé (« espérer » « s'adapter » « déprimer ») durant approximativement 5 ans chacune (25). Ripp évalue une augmentation du burnout chez des internes entre la première année puis la cinquième et dernière année d'internat (51). L'étude de Mollart chez les sages-femmes révèle des scores de burnout moins élevés avec l'augmentation des années d'expérience professionnelle (28).

Cette différence de taux de burnout en fonction de l'ancienneté professionnelle peut aussi s'expliquer par la « sélection » des praticiens qui s'effectue au cours du temps. Choisir d'être obstétricien, anesthésiste, pédiatre ou sage-femme en maternité de niveau III c'est choisir d'être confronté à l'imprévu, aux situations émotionnellement stressantes. On compare d'ailleurs les spécialités confrontées au début de vie et à la fin de vie (oncologue). Les soignants qui ne supportent pas ces situations, les soignants en burnout également, ont tendance à changer de poste, de travail. On peut donc penser que les médecins spécialistes ou sages-femmes qui poursuivent leur carrière ont davantage de ressources pour faire face et s'adapter aux changements de situation.

#### *4.5. Discussion des taux de burnout en fonction des catégories professionnelles*

Notre étude n'a pas révélé de différence des taux de burnout entre médecins spécialistes intervenant en salle de naissance (qu'ils soient anesthésistes obstétriciens ou pédiatres) et sages femmes. Hyman lui trouve une différence entre médecins et infirmières, concordant avec les données de la littérature sur ces deux catégories de soignants (29). Bakker en comparant les médecins généralistes et les sages-femmes trouve une différence dans l'analyse des taux de burnout pour chaque dimension avec des taux plus élevés de dépersonnalisation et d'épuisement émotionnel chez les médecins (26).

Nous n'avons pas retrouvé d'étude récente dans la littérature comparant le burnout des obstétriciens et des sages- femmes, ni d'étude comme la notre autour de la salle de naissance et de ses différents spécialistes. Galanakis étudie le burnout parmi les obstétriciens et sages femmes grecques mais sans distinction entre ces deux catégories professionnelles (54).

Les sages-femmes nous l'avons vu ont un statut professionnel particulier : elles possèdent une autonomie dans un domaine limité de l'obstétrique et de la pédiatrie. Elles sont responsables de l'eutocie en salle de naissance, des premiers soins et de l'examen du nouveau né, du suivi de grossesses normales, du suivi des suites de couche non compliquées. Les médecins intervenant en salle de naissance sont eux présents dans tous les autres cas et font donc face à des situations plus vastes et plus graves puisqu'ils sont reponsables de la gestion des complications et urgences.

Les contraintes professionnelles, organisationnelles des médecins et sages-femmes ne sont pas les mêmes et pourtant aucune différence n'est notée concernant leur taux de burnout, ni leur vécu du stress au travail (score de Siegrist). Par contre, si on analyse les dimensions touchées par le burnout chez les médecins et sages-femmes, une différence apparaît alors.

Dans notre étude, les dimensions les plus touchées chez les médecins sont la dépersonnalisation et l'épuisement émotionnel ; chez les sages femmes, il s'agit de l'accomplissement personnel et de l'épuisement émotionnel. On peut donc émettre l'hypothèse que les contraintes organisationnelles des médecins et sages-femmes agissent de façon différente sur les composantes du burnout. Une action de prévention du burnout doit donc tenir compte de ces différences et mériterait une étude précise de ces contraintes et de leur lien avec les dimensions du burnout pour mieux adapter la prise en charge par catégorie professionnelle.

## 5. Analyse des éléments associés au burnout à l'échelle individuelle

L'analyse des données démographiques de notre étude ne retrouve pas de différence de sexe ni d'âge entre les populations en burnout et non en burnout contrairement aux données de la littérature où les femmes et les jeunes soignants sont davantage à risque (10, 29). Il est probable que le petit effectif de notre étude en terme d'homme n'ait pas permis d'aborder ce point.

Il n'y a pas non plus de différence concernant le tabac et l'hygiène de vie des soignants en burnout à l'exception de la prise d'un traitement antidépresseur, plus fréquente chez les soignants en burnout ; nous y reviendrons un peu plus loin.

Les données de la littérature associent fréquemment burnout et abus de substance (9), comme en témoignent les différentes études recherchant une addiction chez les soignants, que ce soit à l'alcool, au tabac ou aux drogues(16). Mion dans son étude chez les anesthésistes retrouve une association significative entre la prise de drogues, l'alcoolodépendance et le burnout(2). Il est probable que le petit effectif de soignants ayant répondu avoir un problème avec des addictions dans notre étude n'ait pas permis d'aborder ce point. Ensuite ces addictions des soignants sont essentiellement décrites parmi les anesthésistes réanimateurs (du fait de l'accessibilité aux substances) or notre population de soignants est mixte, composée de sages-femmes, obstétriciens, pédiatres(55). Notre population est aussi essentiellement féminine or les addictions sont davantage décrites chez les hommes(56).

Concernant la santé mentale et sociale des soignants interrogés dans notre étude, on constate trois éléments concordant en faveur d'une altération de la santé mentale chez les soignants en burnout et ce de façon significative :

- Le score MCS de santé mentale et sociale de l'échelle SF-12 est significativement plus bas chez les soignants en burnout (médiane à 36).
- Les soignants en burnout sont plus nombreux à prendre des traitements antidépresseurs
- Le score HAD-D témoigne d'une dépressivité suspectée ou avérée plus fréquente chez les soignants en burnout.

Nos résultats concordent avec la notion connue d'une association entre l'épuisement émotionnel du burnout et dépressivité (8).

## 6. Analyse des éléments associés au burnout à l'échelle interindividuelle

L'analyse de la communication entre collègues de travail révèle que la majorité des soignants considère pouvoir échanger avec un collègue concernant la conduite à tenir pour un patient. Seules trois personnes considèrent le contraire, il s'agit d'ailleurs de trois soignants en burnout. Cette association n'est pas significative ( $p=0,058$ ) mais témoigne de l'altération de la communication des soignants en burnout avec leurs collègues. Pour Wallace, la qualité des contacts avec les collègues de travail peut contribuer à créer un climat de collaboration qui favorise l'implication, l'estime de soi (33). Inversement le sentiment d'indifférence de la part des collègues produit un sentiment de produire des efforts non reconnus et peut donc conduire au burnout.

L'agressivité des patients, si elle concerne surtout les sages-femmes n'est pas davantage associée au burnout dans notre étude. Les conduites d'harcèlement des patients, leur agressivité, sont associées au burnout dans la littérature (57). Un patient agressif va en effet utiliser davantage de ressources du soignant et conduire par là à son épuisement.

Une fois encore, nous pouvons émettre l'hypothèse que cette différence avec les données de la littérature s'explique par la composition de notre population de soignants et surtout par leur ancienneté dans la profession. Les soignants interrogés sont jeunes, en début de carrière professionnelle pour la plupart. La dégradation de la relation avec les



patients, l'agressivité des patients, vont puiser dans les ressources du soignant tout au long de son parcours professionnel et peuvent mener chez certains à un épuisement émotionnel surtout en fin de carrière comme nous l'avons vu précédemment. Les jeunes soignants de notre étude ont peut être été eux moins exposés à ces agressions ou du moins depuis moins longtemps, ce qui expliquerait qu'ils ont encore des ressources pour y faire face et ne pas se sentir perturbés vis à vis de ces agressions.

Dans notre étude, les soignants qu'ils soient ou non en burnout, estiment de façon similaire avoir un entourage familial ou social présent. Les données de la littérature décrivent le rôle essentiel du soutien social: le fait d'être en couple ou entouré socialement est représenté comme un élément protecteur du burnout (2, 29, 33). Nous ne retrouvons pas de différence d'entourage dans notre étude entre soignants en burnout ou non, peut être parce que nous n'avons pas recherché le statut marital des soignants mais plutôt leur entourage au sens large (social et familial).

Là où nos résultats concordent avec la littérature, c'est quand on regarde l'équilibre entre vie privée et vie professionnelle : Comparativement à ceux indemnes du burnout, beaucoup plus de soignants en burnout estiment ne plus parvenir autant qu'avant, voir plus du tout, à maintenir un équilibre entre vie privée et vie professionnelle, de façon significative (OR= 2,43 [1,32 ; 5,69]). Le soignant puise dans ses ressources personnelles, familiales et c'est en cela que le burnout devient contagieux à la sphère privée du soignant (20).

## 7. Analyse des éléments organisationnels associés au burnout

50% des soignants en burnout estiment travailler d'une façon qui heurte leur conscience professionnelle contre 32% des soignants non en burnout. L'évolution des conditions d'exercices où le « toujours plus d'efficacité » règne, où les effectifs sont parfois de plus en plus réduits, à charge de travail égal, augmentent la quantité d'efforts fournis par les soignants. Quand les ressources d'un individu sont atteintes pour faire face à ces changements, son épuisement émotionnel augmente (47).

Le ratio efforts/ récompenses est déséquilibré pour 63% des soignants en burnout de notre étude comparativement aux soignants non en burnout. Par ailleurs, ces soignants en burnout présentent davantage de surinvestissement que les soignants non en burnout.

Ces résultats concordent avec l'analyse de Siegrist selon laquelle l'épuisement émotionnel est associé à un déséquilibre du ratio effort/récompense. Le surinvestissement dans la mesure où il conduit le soignant à un sur-engagement et donc une aggravation du déséquilibre entre des efforts encore plus importants et des récompenses perçues faibles, contribuent de façon indépendante à augmenter l'épuisement émotionnel du soignant (30, 47).

Dans notre étude, les personnes en burnout ne déclarent pas plus d'arrêts de travail en raison de leur épuisement que les soignants non touchés par le burnout. De même, ces soignants en burnout n'envisagent pas plus un changement de travail que les soignants non en burnout. Ces éléments sont discordants avec les données de la littérature sur le

sujet. Cathébras dans une enquête auprès de médecins généralistes décrit chez 4% des soignants en burnout l'intention de quitter leur poste dans l'année et chez 32,5% de le faire sans préciser de date (16). Gabbe décrit un tiers de professeurs agrégés susceptibles de se retirer de leur poste dans les deux ans à venir par excès de stress perçu et manque de soutien dans leur position (25).

Nos résultats peuvent une fois de plus s'expliquer par la composition de notre population de jeunes soignants et ses attentes de promotion de carrière. Siegrist constate que certains soignants malgré un déséquilibre entre leurs efforts fournis et leurs récompenses perçues n'envisagent pas de changer de travail mais poursuivent leurs efforts dans les situations où un déséquilibre peut être accepté temporairement pour des motifs stratégiques de carrière. Les soignants poursuivent leurs efforts en vue d'une récompense ultérieure. On peut émettre l'hypothèse que cette situation est reproduite à l'hôpital Paule de Viguier où un jeune médecin acceptera dans l'attente d'un clinicat ou d'un poste de praticien hospitalier, de poursuivre ses efforts. Une sage-femme de la même façon en vue d'un emploi avec un contrat à durée indéterminée dans la seule maternité de niveau III de la région Midi-Pyrénées fera de même.

## 8. Discussion autour de l'association entre erreur et burnout

Les soignants en burnout dans notre étude sont significativement plus nombreux à déclarer être moins complet ou faire des oublis occasionnels ou réguliers dans la prise en charge d'un patient. L'association entre burnout et déclaration des ces oublis

réguliers présente un odds ratio de 3,96 (IC à 95% [1,16 ; 5,89]) en analyse multivariée. Lorsqu'il s'agit d'oublis occasionnels l'OR est de 2,43 [1,32 ; 5,69].

Ces prises en charge incomplètes ou oublis dans la prise en charge d'un patient sont sans doute constitués d'éléments parfois anodins, mais on peut faire l'hypothèse que certaines conséquences pourraient être graves. Comme dans notre étude, les soignants en burnout dans la littérature déclarent davantage faire des oublis dans la prise en charge de leur patient, d'autant plus si ces soignants sont déprimés : burnout et dépression augmentent le taux de déclaration de ces prises en charge suboptimales (22, 23, 40, 52).

On peut émettre deux hypothèses sur ce lien entre burnout et prises en charge sous optimales : un soignant en burnout présente une baisse de son accomplissement personnel c'est à dire de l'estimation qu'il fait lui même de ses compétences. Autrement dit, un soignant un burnout aura tendance à s'autodéprécier donc à déclarer plus d'oublis. L'autre hypothèse pourrait être en lien avec l'accumulation d'oublis responsables de la baisse de l'accomplissement personnel entraînant peu à peu chez le soignant un burnout.

Etudier l'erreur est difficile : l'essentiel des études se basent sur des auto questionnaires. Or on sait que la dépression et le burnout sont associés à une baisse de l'accomplissement personnel du soignant, c'est à dire à son auto estimation de ses compétences, pratiques. Fahrenkopf dans une étude parmi des internes de pédiatrie effectue une double enquête : d'une part une analyse des taux de burnout et des scores de dépression, d'autre part, une enquête sur les erreurs ou évènements indésirables à partir d'une analyse quotidienne des dossiers par des infirmières et médecins

expérimentés objectivant ces erreurs. L'analyse des résultats témoigne d'une différence significative entre internes déprimés (six fois plus d'erreurs par internes et par mois) et internes non déprimés. L'auteur ne retrouve pas d'association significative entre le burnout des internes et une augmentation de leur taux d'erreurs objectivé (40).

Notre analyse multivariée retrouve un lien significatif entre les prises en charge sous optimales déclarées et le burnout. Il serait donc intéressant d'analyser objectivement ces erreurs afin de confirmer le lien entre burnout et erreurs de prises en charge. Une telle constatation aurait des conséquences médico légales et médico économiques. L'HAS a recensé en France 9000 évènements porteurs de risque en 2011 rapportés par les médecins volontaires participant à une démarche d'accréditation (58). Aux Etats-Unis, Kohn publie dans son rapport « To err is human » une estimation de 98000 décès par an dus aux erreurs médicales et souligne que la gestion de ces erreurs médicales, avérées ou potentielles, doit être une préoccupation majeure (59).

## 9. Perspectives d'amélioration

La première prévention du burnout, c'est d'en parler. Comme en témoignent nos résultats, les structures d'aide contre l'épuisement professionnel ne sont connues que de 14% des soignants en burnout. Cela représente un effectif de 8 personnes seulement, 8 personnes déjà en burnout de surcroît.

Mais comme l'intitule le SFAR dans son éditorial en 2013, « savoir ne suffit pas, encore faut-il appliquer »(60).

Mettre en place des démarches d'amélioration des pratiques nécessite, en plus d'une définition rigoureuse du burnout, la recherche de ses facteurs associés afin d'en dégager des actions d'amélioration ciblées à l'échelle individuelle, interindividuelle et organisationnelle.

Pour Galam, le burnout est d'abord une pathologie de la relation qui pose le problème éthique de la relation d'aide : quelle distance établir pour apporter l'aide tout en étant respectueux et ne pas se consumer soi-même ?(61)

La prise en charge du burnout repose souvent sur des démarches individuelles où le soignant consulte à titre personnel pour apprendre à s'adapter, gérer le stress professionnel, identifier les stressseurs et apprendre des stratégies de coping (62).

Isaksson réalise une approche globale en suivant pendant un an des médecins généralistes en Norvège avec réunions une fois par semaine par groupe de médecins pour discuter de la situation des soignants, leur analyse de cette situation, leurs besoins. L'auteur constate une diminution de l'épuisement émotionnel des participants au bout d'un an et une diminution de 1,6h de la durée de leur travail hebdomadaire (63). Awa dans une revue de la littérature sur les programmes de prise en charge du burnout rapportent dans 68% des cas une approche individuelle du burnout, dans 8% des cas une approche organisationnelle et enfin dans 24% des cas une approche combinée. Les approches individuelles permettent une réduction du burnout à court terme tandis que les approches organisationnelles ont des effets bénéfiques sur plus d'un an. Une réduction du burnout est observée au total dans 84% des cas, témoignant de l'efficacité de ces programmes de prévention (62).

## Conclusion

L'objectif de ce travail était d'étudier le burnout parmi les soignants, médecins et sages-femmes, travaillant autour d'une unité de lieu, la salle de naissance d'une maternité de niveau III.

Notre étude descriptive a permis de trouver une population de soignants jeunes et en bonne santé parmi lesquels 39% sont pourtant en burnout, sans qu'il y ait de différence significative des taux de burnout en fonction de l'ancienneté dans la profession ni en fonction de la catégorie professionnelle.

L'analyse comparative des soignants en burnout et des soignants non en burnout a permis de dégager trois éléments associés de façon significative au burnout (sur la base d'une analyse multivariée) : le score de santé mentale bas, la perte de l'équilibre entre vie privée et vie professionnelle et enfin une plus grande fréquence déclarative des oublis ou prises en charge non optimales des patients .

Ainsi, il apparaît dans notre étude que le burnout peut frapper chaque soignant, quelque soit son ancienneté professionnelle, son état de santé ou sa catégorie professionnelle. L'association du burnout à la fréquence des oublis et prises en charge incomplètes est un argument médico légal et économique pour mettre en œuvre des changements de l'organisation du travail afin de diminuer le burnout. Une attention particulière devra être portée sur la reconnaissance du besoin de concilier vie professionnelle et vie privée.

## Références bibliographiques

1. Shanafelt TD, Balch CM, Dyrbye L, Bechamps G, Russell T, Satele D, et al. Special report: suicidal ideation among American surgeons. *Archives of surgery*. 2011;146(1):54.
2. Mion G, Libert N, Journois D. [Burnout-associated factors in anesthesia and intensive care medicine. 2009 survey of the French Society of anesthesiology and intensive care]. *Annales francaises d'anesthesie et de reanimation*. 2013;32(3):175-88.
3. Martini S, Arfken CL, Churchill A, Balon R. Burnout comparison among residents in different medical specialties. *Academic Psychiatry*. 2004;28(3):240-2.
4. Shanafelt T. Burnout in anesthesiology: a call to action. *Anesthesiology*. 2011;114(1):1-2.
5. De Oliveira Jr GS, Ahmad S, Stock MC, Harter RL, Almeida MD, Fitzgerald PC, et al. High incidence of burnout in academic chairpersons of anesthesiology: Should we be taking better care of our leaders? *Anesthesiology*. 2011;114(1):181-93.
6. Ke D-S. Overwork, Stroke, and Karoshi-death from Overwork. *Acta neurologica Taiwanica*. 2012;21(2):54-5921.
7. Lourel M, Gueguen N. Une méta-analyse de la mesure du burnout à l'aide de l'instrument MBI. *L'Encéphale*. 2007;33(6):947-53.
8. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annual review of psychology*. 2001;52:397-422.
9. Schaufeli W. *Professional burnout*: CRC Press; 1993.
10. Truchot D. *Epuisement professionnel et burnout: Concepts, modèles, interventions*: Dunod; 2011.
11. Leiter MP, Durup J. The discriminant validity of burnout and depression: a confirmatory factor analytic study. *Anxiety, stress, and coping*. 1994;7(4):357-73.
12. Bakker AB, Schaufeli WB, Demerouti E, Janssen PPM, Van Der Hulst R, Brouwer J. Using equity theory to examine the difference between burnout and depression. 2000.
13. Maslach C, Leiter MP. *The truth about burnout: How organizations cause personal stress and what to do about it*: John Wiley & Sons; 2008.
14. Shirom A, Melamed S. *Burnout and health: Current Knowledge and Future Research Directions*.



15. Melamed S, Shirom A, Toker S, Berliner S, Shapira I. Burnout and risk of cardiovascular disease: evidence, possible causal paths, and promising research directions. *Psychological bulletin*. 2006;132(3):327.
16. Cathébras P, Begon A, Laporte S, Bois C, Truchot D. Épuisement professionnel chez les médecins généralistes. *La presse médicale*. 2004;33(22):1569-74.
17. Bakker AB. The crossover of burnout and its relation to partner health. *Stress and Health*. 2009;25(4):343-53.
18. Jackson SE, Schwab RL, Schuler RS. Toward an understanding of the burnout phenomenon. *Journal of applied psychology*. 1986;71(4):630.
19. Wallace JE, Lemaire JB, Ghali WA. Physician wellness: a missing quality indicator . *Lancet*. 2009;374:1714-21.
20. Burke RJ, Greenglass ER. Hospital restructuring, work-family conflict and psychological burnout among nursing staff. *Psychology & health*. 2001;16(5):583-94.
21. Galam E. L'erreur médicale, le burn-out et le soignant, de la seconde victime au premier acteur. Universitaire, editor2012. 250 p.
22. West CP, Tan AD, Habermann TM, Sloan JA, Shanafelt TD. Association of resident fatigue and distress with perceived medical errors. *JAMA : the journal of the American Medical Association*. 2009;302(12):1294-300.
23. Shanafelt TD, Bradley KA, Wipf JE, Back AL. Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Annals of internal medicine*. 2002;136(5):358-67.
24. Castelo - Branco C, Figueras F, Eixarch E, Quereda F, Cancelo MJ, Gonzalez S, et al. Stress symptoms and burnout in obstetric and gynaecology residents. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2007;114(1):94-8.
25. Gabbe SG, Melville J, Mandel L, Walker E. Burnout in chairs of obstetrics and gynecology: diagnosis, treatment, and prevention. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2002;186(4):601-12.
26. Bakker RH, Groenewegen PP, Jabaaij L, Meijer W, Sixma H, de Veer A. 'Burnout' among Dutch midwives. *Midwifery*. 1996;12(4):174-81.
27. Deery R. An action-research study exploring midwives' support needs and the affect of group clinical supervision. *Midwifery*. 2005;21(2):161-76.
28. Mollart L, Skinner VM, Newing C, Foureur M. Factors that may influence midwives work-related stress and burnout. *Women and birth : journal of the Australian College of Midwives*. 2013;26(1):26-32.

29. Hyman SA, Michaels DR, Berry JM, Schildcrout JS, Mercaldo ND, Weinger MB. Risk of burnout in perioperative clinicians: a survey study and literature review. *Anesthesiology*. 2011;114(1):194-204.
30. Siegrist J. Effort-reward imbalance at work and health. *Research in occupational stress and well-being*. 2002;2:261-91.
31. Ware J, Jr., Kosinski M, Keller SD. A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Medical care*. 1996;34(3):220-33.
32. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatrica Scandinavica*. 1983;67(6):361-70.
33. Wallace JE, Lemaire J. On physician well being—you'll get by with a little help from your friends. *Social Science & Medicine*. 2007;64(12):2565-77.
34. Ware JE, Jr., Gandek B, Kosinski M, Aaronson NK, Apolone G, Brazier J, et al. The equivalence of SF-36 summary health scores estimated using standard and country-specific algorithms in 10 countries: results from the IQOLA Project. *International Quality of Life Assessment. Journal of clinical epidemiology*. 1998;51(11):1167-70.
35. Ware JE, Jr., Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical care*. 1992;30(6):473-83.
36. Gandek B, Ware JE, Aaronson NK, Apolone G, Bjorner JB, Brazier JE, et al. Cross-validation of item selection and scoring for the SF-12 Health Survey in nine countries: results from the IQOLA Project. *International Quality of Life Assessment. Journal of clinical epidemiology*. 1998;51(11):1171-8.
37. Community TS. The SF-12: An even shorter Health Survey [cited 2000]. Available from: <http://www.sf-36.org/tools/sf12.shtml>.
38. Apolone G. Questionario sullo stato di salute SF-12 Versione italiana. 2005.
39. Ware JE, Kosinski M, Keller SD. How to score the SF12 Physical and Mental Health Summary Scales. Boston. The Health Institute. 1995.
40. Fahrenkopf AM, Sectish TC, Barger LK, Sharek PJ, Lewin D, Chiang VW, et al. Rates of medication errors among depressed and burnt out residents: prospective cohort study. *BMJ: British Medical Journal*. 2008;336(7642):488.
41. Lepine JP, Godchau M, Brun P, Lemperiere T. [Evaluation of anxiety and depression among patients hospitalized on an internal medicine service]. *Annales medico-psychologiques*. 1985;143(2):175-89.
42. Friedman S, Samuelian JC, Lancrenon S, Even C, Chiarelli P. Three-dimensional structure of the Hospital Anxiety and Depression Scale in a large French primary care population suffering from major depression. *Psychiatry research*. 2001;104(3):247-57.

43. Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, Neckelmann D. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. *Journal of psychosomatic research*. 2002;52(2):69-77.
44. American Psychiatric A. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR®*: American Psychiatric Pub; 2000.
45. Siegrist J, Starke D, Chandola T, Godin I, Marmot M, Niedhammer I, et al. The measurement of effort-reward imbalance at work: European comparisons. *Social science & medicine* (1982). 2004;58(8):1483-99.
46. Niedhammer I, Siegrist J. Facteurs psychosociaux au travail et maladies cardiovasculaires: l'apport du modèle du Déséquilibre Efforts/Récompenses. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*. 1998;46(5):398-410.
47. Preckel D, von Kanel R, Kudielka BM, Fischer JE. Overcommitment to work is associated with vital exhaustion. *International archives of occupational and environmental health*. 2005;78(2):117-22.
48. Niedhammer I, Tek M-L, Starke D, Siegrist J. Effort-reward imbalance model and self-reported health: cross-sectional and prospective findings from the GAZEL cohort. *Social science & medicine*. 2004;58(8):1531-41.
49. Trichard A, Vignaud MC, Herin F, Gabinski P, Broessel N, Druet-Cabanac PM, et al. Contraintes psychologiques et organisationnelles chez les soignants (CPO): présentation de l'étude ORSOSA. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*. 2009;70(1):28-35.
50. Carver CS. You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the brief cope. *International journal of behavioral medicine*. 1997;4(1):92-100.
51. Ripp J, Babyatsky M, Fallar R, Bazari H, Bellini L, Kapadia C, et al. The incidence and predictors of job burnout in first-year internal medicine residents: a five-institution study. *Academic Medicine*. 2011;86(10):1304-10.
52. Dyrbye LN, Massie Jr FS, Eacker A, Harper W, Power D, Durning SJ, et al. Relationship between burnout and professional conduct and attitudes among US medical students. *JAMA: the journal of the American Medical Association*. 2010;304(11):1173-80.
53. Magnavita N, Fileni A, Magnavita G, Mammi F, Mirk P, Rocca K, et al. Work stress in radiologists. A pilot study. *La radiologia medica*. 2008;113(3):329-46.
54. Galanakis M, Moraitou M, Garivaldis FJ, Stalikas A. Factorial structure and psychometric properties of the maslach burnout inventory (MBI) in Greek midwives. *Europe's Journal of Psychology*. 2009;5(4):52-70.
55. Gastfriend DR. Physician substance abuse and recovery. *JAMA: the journal of the American Medical Association*. 2005;293(12):1513-5.

56. Frank E, Elon L, Naimi T, Brewer R. Alcohol consumption and alcohol counselling behaviour among US medical students: cohort study. *BMJ: British Medical Journal*. 2008;337.
57. Truchot D, editor *Le burn-out des médecins généralistes: influence de l'iniquité perçue et de l'orientation communautaire*. *Annales medico-psychologiques*; 2009.
58. HAS. Sécurité des patients- erreurs médicales: 6 ans après sa mise en place, l'accréditation, premier dispositif français d'analyse des événements indésirables, monte en puissance 2013.
59. Kohn L. *To err is human*, Committee on Quality of Health Care in America. 1999.
60. Doppia MA, editor *Savoir ne suffit pas, encore faut-il appliquer*. *Annales françaises d'anesthésie et de réanimation*; 2013: Elsevier.
61. Galam E. *Burnout. L'erreur médicale, le burnout et le soignant, de la seconde victime au premier acteur*. *Psychologie sociale: Dunod*; 2012.
62. Awa Wendy L. PM, Walter Ulla. *Burnout prevention: a review of intervention programs*. *Patient Education and Counseling*. 2009;78:184-90.
63. Rø KEI, Gude T, Tyssen R, Aasland OG. *Counselling for burnout in Norwegian doctors: one year cohort study*. *BMJ: British Medical Journal*. 2008;337.

## Annexes

### **Annexe 1 : Questionnaire utilisé pour l'enquête Santé de Paule de Viguiet.**

#### **Santé de Paule de Viguiet**

Dans le cadre de ma thèse, je m'intéresse à l'épuisement professionnel à Paule de Viguiet. Ce questionnaire porte sur votre degré d'épuisement ainsi que sur votre vécu au travail et ses répercussions en termes de santé. Il ne vous prendra que quelques minutes.

Vos réponses sont ANONYMES, les questions ont été choisies de façon à ne pas pouvoir vous identifier @validé. Il n'y a pas de bonne ni de mauvaise réponse.

Attention: Il ne faut répondre qu'une seule fois à cette enquête afin de ne pas en fausser les résultats.

#### Données démographiques : questions 1 à 5

##### **1) Vous êtes \***

- Un homme
- Une femme

##### **2) Quel âge avez-vous? \***

- Entre 20 ans et 30 ans
- Entre 31 ans et 40 ans
- Entre 41 ans et 50 ans
- Plus de 50 ans

##### **3) Quelle est votre fonction? \***

- Interne/ CCA/ Assistant
- PH/PUPH
- Sage-femme/ Cadre sage-femme

##### **4) Quel est votre secteur d'activité principal au sein de la maternité Paule de Viguiet? \***

*Le secteur dans lequel vous travaillez le plus souvent*

- Salle de naissance/ Urgences
- Grossesses pathologiques
- Suites de couche

##### **5) Quelle est votre ancienneté dans la profession? \***

*Le diplôme de sage femme, la thèse.*

- Moins de 5 ans depuis l'obtention du diplôme
- Plus de 5 ans depuis l'obtention du diplôme

#### **Votre Santé**

Les questions qui suivent portent sur votre santé, telle que vous la ressentez. Ces informations nous permettront de mieux savoir comment vous vous sentez dans votre vie de tous les jours, pas seulement au travail mais aussi dans votre vie personnelle, familiale. Si vous ne savez pas très bien comment répondre, choisissez la réponse la plus proche de votre situation.

#### Questions propres à notre enquête: bien être des soignants: questions 6 à 11

##### **6) Avez- vous un médecin traitant autre que vous même? \***

- Oui
- Non

**7) Pratiquez-vous une activité physique? \***

- 0 Jamais
- 1 Quelques fois par année au moins
- 2 Une fois par mois au moins
- 3 Quelque fois par mois
- 4 Une fois par semaine
- 5 Quelques fois par semaine
- 6 Chaque jour

**8) Prenez-vous un traitement antidépresseur ou anxiolytique? \***

- 0 Jamais
- 1 Quelques fois par année au moins
- 2 Une fois par mois au moins
- 3 Quelque fois par mois
- 4 Une fois par semaine
- 5 Quelques fois par semaine
- 6 Chaque jour

**9) Prenez-vous un traitement pour dormir? \***

- 0 Jamais
- 1 Quelques fois par année au moins
- 2 Une fois par mois au moins
- 3 Quelques fois par mois
- 4 Une fois par semaine
- 5 Quelques fois par semaine
- 6 Chaque jour

**10) Êtes-vous fumeur? \***

- Non
- Oui et je fume plus qu'avant
- Oui et je fume autant qu'avant
- Oui et je fume moins qu'avant

**11) Autour de vous, avez-vous un entourage familial et/ou amical proche sur lequel vous pouvez compter? \***

- Toujours
- La plupart du temps
- Souvent
- Parfois
- Jamais

Echelle de qualité de vie liée à la santé SF12 : questions 12 à 23

**12) Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est \***

- 1 Excellente
- 2 Très bonne
- 3 Bonne
- 4 Médiocre
- 5 Mauvaise

**Voici une liste d'activités que vous pouvez avoir à faire dans votre vie de tous les jours. Pour chacune d'entre elles, indiquez si vous êtes gêné(e) en raison de votre état de santé actuel**

*Question 13 et 14*

**13) Efforts physiques modérés tels que déplacer une table, passer l'aspirateur... \***

- 1 Oui beaucoup gêné(e)
- 2 Oui un peu gêné(e)
- 3 Non pas du tout gêné(e)

**14) Monter plusieurs étages par l'escalier \***

- 1 Oui beaucoup gêné(e)
- 2 Oui un peu gêné(e)
- 3 Non pas du tout gêné(e)

**15) Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état physique, avez-vous fait moins de choses que ce que vous auriez souhaité ? \***

- 1 Oui
- 2 Non

**16) Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état physique, avez-vous dû arrêter de faire certaines choses ? \***

- 1 Oui
- 2 Non

**Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état émotionnel (vous sentir triste, nerveux(se) ou déprimé(e))**

*Questions 17 et 18*

**17) Avez-vous fait moins de choses que ce que vous auriez souhaité? \***

- 1 Oui
- 2 Non

**18) Avez-vous eu des difficultés à faire ce que vous aviez à faire avec autant de soin et d'attention que d'habitude? \***

- 1 Oui
- 2 Non

**19) Au cours de ces quatre dernières semaines, est-ce que vos douleurs physiques vous ont gêné(e) dans votre travail ou vos activités domestiques ? \***

- 1 Pas du tout
- 2 Un petit peu
- 3 Moyennement
- 4 Beaucoup
- 5 Enormément

**20) Au cours de ces 4 dernières semaines y a-t-il eu des moments où votre état de santé, physique ou émotionnel, vous a gêné(e) dans votre vie ou vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances ? \***

- 1) Tout le temps
- 2) Une bonne partie du temps
- 3) De temps en temps
- 4) Rarement
- 5) Jamais

**Les questions qui suivent portent sur comment vous vous êtes senti(e) au cours de ces 4 dernières semaines. Pour chaque question merci d'indiquer la réponse qui vous semble la plus appropriée.**

**Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où :**

*Questions 21 à 23*

**21) Vous vous êtes senti(e) calme et détendu(e) ? \***

- 1 En permanence
- 2 Très souvent
- 3 Souvent
- 4 Quelques fois
- 5 Rarement
- 6 Jamais

**22) Vous vous êtes senti(e) débordant(e) d'énergie ? \***

- 1 En permanence
- 2 Très souvent
- 3 Souvent
- 4 Quelques fois
- 5 Rarement
- 6 Jamais

**23) Vous vous êtes senti(e) triste et abattu(e) ? \***

- 1 En permanence
- 2 Très souvent
- 3 Souvent
- 4 Quelque fois
- 5 Rarement
- 6 Jamais

**Votre état émotionnel**

Il s'agit de savoir comment vous vous sentez. Cochez la réponse qui s'adapte le mieux à vous la semaine passée. Votre réponse ne doit pas être trop réfléchie mais rapide.

Echelle HAD items relatifs à la dépressivité: questions 24 à 30

**24) Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois \***

- 0 Oui, tout autant
- 1 Pas autant
- 2 Un peu seulement
- 3 Presque plus

**25) Je ris facilement et vois le bon côté des choses \***

- 0 Autant que par le passé
- 1 Plus autant qu'avant
- 2 Vraiment moins qu'avant
- 3 Plus du tout

**26) Je suis de bonne humeur \***

- 3 Jamais
- 2 Rarement
- 1 Assez souvent
- 0 La plupart du temps

**27) J'ai l'impression de fonctionner au ralenti \***

- 3 Presque toujours
- 2 Très souvent
- 1 Parfois
- 0 Jamais

**28) Je ne m'intéresse plus à mon apparence \***

- 3 Plus du tout
- 2 Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais
- 1 Il se peut que je n'y fasse plus autant attention
- 0 J'y prête autant d'attention que par le passé

**29) Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses \***

- 0 Autant qu'avant
- 1 Un peu moins qu'avant
- 2 Bien moins qu'avant
- 3 Presque jamais



**30) Je peux prendre plaisir à un bon livre ou une bonne émission de radio ou de télévision \***

- 0 Souvent
- 1 Parfois
- 2 Rarement
- 3 Très rarement

### **Vie professionnelle**

Maslach Burnout Inventory : questions 31 à 52

**31) Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail \***

- 0 Jamais
- 1 Quelques fois par année au moins
- 2 Une fois par mois au moins
- 3 Quelque fois par mois
- 4 Une fois par semaine
- 5 Quelques fois par semaine
- 6 Chaque jour

**32) Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail \***

- 0 Jamais
- 1 Quelques fois par année au moins
- 2 Une fois par mois au moins
- 3 Quelque fois par mois
- 4 Une fois par semaine
- 5 Quelques fois par semaine
- 6 Chaque jour

**33) Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une nouvelle journée de travail \***

- 0 Jamais
- 1 Quelques fois par année au moins
- 2 Une fois par mois au moins
- 3 Quelque fois par mois
- 4 Une fois par semaine
- 5 Quelques fois par semaine
- 6 Chaque jour

**34) Je peux comprendre facilement ce que mes malades ressentent \***

- 0 Jamais
- 1 Quelques fois par année au moins
- 2 Une fois par mois au moins
- 3 Quelque fois par mois
- 4 Une fois par semaine
- 5 Quelques fois par semaine
- 6 Chaque jour

**35) Je sens que je m'occupe de certains malades de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets \***

- 0 Jamais
- 1 Quelques fois par année au moins
- 2 Une fois par mois au moins
- 3 Quelque fois par mois
- 4 Une fois par semaine
- 5 Quelques fois par semaine
- 6 Chaque jour

**36) Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'efforts \***

- 0 Jamais
- 1 Quelques fois par année au moins
- 2 Une fois par mois au moins
- 3 Quelque fois par mois
- 4 Une fois par semaine
- 5 Quelques fois par semaine
- 6 Chaque jour

**37) Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes malades \***

- 0 Jamais
- 1 Quelques fois par année au moins
- 2 Une fois par mois au moins
- 3 Quelque fois par mois
- 4 Une fois par semaine
- 5 Quelques fois par semaine
- 6 Chaque jour

**38) Je sens que je craque à cause de mon travail \***

- 0 Jamais
- 1 Quelques fois par année au moins
- 2 Une fois par mois au moins
- 3 Quelque fois par mois
- 4 Une fois par semaine
- 5 Quelques fois par semaine
- 6 Chaque jour

**39) J'ai l'impression à travers mon travail d'avoir une influence positive sur les gens \***

- 0 Jamais
- 1 Quelques fois par année au moins
- 2 Une fois par mois au moins
- 3 Quelque fois par mois
- 4 Une fois par semaine
- 5 Quelques fois par semaine
- 6 Chaque jour

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

- 0 Jamais
- 1 Quelques fois par année au moins
- 2 Une fois par mois au moins
- 3 Quelque fois par mois
- 4 Une fois par semaine
- 5 Quelques fois par semaine
- 6 Chaque jour

**41) Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement \***

- 0 Jamais
- 1 Quelques fois par année au moins
- 2 Une fois par mois au moins
- 3 Quelque fois par mois
- 4 Une fois par semaine
- 5 Quelques fois par semaine
- 6 Chaque jour

**42) Je me sens plein(e) d'énergie \***

- 0 Jamais
- 1 Quelques fois par année au moins
- 2 Une fois par mois au moins
- 3 Quelque fois par mois
- 4 Une fois par semaine

- 5 Quelques fois par semaine
- 6 Chaque jour

**43) Je me sens frustré(e) par mon travail \***

- 0 Jamais
- 1 Quelques fois par année au moins
- 2 Une fois par mois au moins
- 3 Quelque fois par mois
- 4 Une fois par semaine
- 5 Quelques fois par semaine
- 6 Chaque jour

**44) Je sens que je travaille "trop dur" dans mon travail \***

- 0 Jamais
- 1 Quelques fois par année au moins
- 2 Une fois par mois au moins
- 3 Quelque fois par mois
- 4 Une fois par semaine
- 5 Quelques fois par semaine
- 6 Chaque jour

**45) Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes malades \***

- 0 Jamais
- 1 Quelques fois par année au moins
- 2 Une fois par mois au moins
- 3 Quelque fois par mois
- 4 Une fois par semaine
- 5 Quelques fois par semaine
- 6 Chaque jour

**46) Travailler au contact direct avec les gens me stresse trop \***

- 0 Jamais
- 1 Quelques fois par année au moins
- 2 Une fois par mois au moins
- 3 Quelque fois par mois
- 4 Une fois par semaine
- 5 Quelques fois par semaine
- 6 Chaque jour

**47) J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes malades \***

- 0 Jamais
- 1 Quelques fois par année au moins
- 2 Une fois par mois au moins
- 3 Quelque fois par mois
- 4 Une fois par semaine
- 5 Quelques fois par semaine
- 6 Chaque jour

**48) Je me sens ragaillardi(e) lorsque dans mon travail, j'ai été proche de mes malades \***

- 0 Jamais
- 1 Quelques fois par année au moins
- 2 Une fois par mois au moins
- 3 Quelque fois par mois
- 4 Une fois par semaine
- 5 Quelques fois par semaine
- 6 Chaque jour

**49) J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail \***

- 0 Jamais

- 1 Quelques fois par année au moins
- 2 Une fois par mois au moins
- 3 Quelque fois par mois
- 4 Une fois par semaine
- 5 Quelques fois par semaine
- 6 Chaque jour

**50) Je me sens au bout du rouleau \***

- 0 Jamais
- 1 Quelques fois par année au moins
- 2 Une fois par mois au moins
- 3 Quelque fois par mois
- 4 Une fois par semaine
- 5 Quelques fois par semaine
- 6 Chaque jour

**51) Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement \***

- 0 Jamais
- 1 Quelques fois par année au moins
- 2 Une fois par mois au moins
- 3 Quelque fois par mois
- 4 Une fois par semaine
- 5 Quelques fois par semaine
- 6 Chaque jour

**52) J'ai l'impression que mes malades me rendent responsable de certains de leurs problèmes \***

- 0 Jamais
- 1 Quelques fois par année au moins
- 2 Une fois par mois au moins
- 3 Quelque fois par mois
- 4 Une fois par semaine
- 5 Quelques fois par semaine
- 6 Chaque jour

**Votre vécu au travail**

Les questions suivantes concernent différentes situations auxquelles vous pouvez être confronté(e)s dans votre service. Pour chaque question, décrivez votre vécu de la situation.

Echelle de Siegrist : questions 53 à 75

Effort : questions 53 à 58

**53) Je suis constamment pressé(e) par le temps à cause d'une forte charge de travail \***

- Pas d'accord
- D'accord et je ne suis pas du tout perturbé(e)
- D'accord et je suis un peu perturbé(e)
- D'accord et je suis perturbé(e)
- D'accord et je suis très perturbé(e)

**54) Je suis fréquemment interrompu(e) et dérangé(e) dans mon travail \***

- Pas d'accord
- D'accord et je ne suis pas du tout perturbé(e)
- D'accord et je suis un peu perturbé(e)
- D'accord et je suis perturbé(e)
- D'accord et je suis très perturbé(e)

**55) J'ai beaucoup de responsabilités à mon travail \***

- Pas d'accord

D'accord et je ne suis pas du tout perturbé(e)  
D'accord et je suis un peu perturbé(e)  
D'accord et je suis perturbé(e)  
D'accord et je suis très perturbé(e)

**56) Je suis souvent contraint(e) à faire des heures supplémentaires \***

Pas d'accord  
D'accord et je ne suis pas du tout perturbé(e)  
D'accord et je suis un peu perturbé(e)  
D'accord et je suis perturbé(e)  
D'accord et je suis très perturbé(e)

**57) Mon travail exige des efforts physiques \***

Pas d'accord  
D'accord et je ne suis pas du tout perturbé(e)  
D'accord et je suis un peu perturbé(e)  
D'accord et je suis perturbé(e)  
D'accord et je suis très perturbé(e)

**58) Au cours des dernières années, mon travail est devenu de plus en plus exigeant \***

Pas d'accord  
D'accord et je ne suis pas du tout perturbé(e)  
D'accord et je suis un peu perturbé(e)  
D'accord et je suis perturbé(e)  
D'accord et je suis très perturbé(e)

Récompenses : questions 59 à 69

**59) Je reçois le respect que je mérite de mes supérieurs \***

D'accord  
Pas d'accord et je ne suis pas du tout perturbé(e)  
Pas d'accord et je suis un peu perturbé(e)  
Pas d'accord et je suis perturbé(e)  
Pas d'accord et je suis très perturbé(e)

**60) Je reçois le respect que je mérite de mes collègues \***

D'accord  
Pas d'accord et je ne suis pas du tout perturbé(e)  
Pas d'accord et je suis un peu perturbé(e)  
Pas d'accord et je suis perturbé(e)  
Pas d'accord et je suis très perturbé(e)

**61) Au travail je bénéficie d'un soutien satisfaisant dans les situations difficiles \***

D'accord  
Pas d'accord et je ne suis pas du tout perturbé(e)  
Pas d'accord et je suis un peu perturbé(e)  
Pas d'accord et je suis perturbé(e)  
Pas d'accord et je suis très perturbé(e)

**62) On me traite injustement dans mon travail \***

Pas d'accord  
D'accord et je ne suis pas du tout perturbé(e)  
D'accord et je suis un peu perturbé(e)  
D'accord et je suis perturbé(e)  
D'accord et je suis très perturbé(e)

**63) Vu tous mes efforts, je reçois le respect et l'estime que je mérite à mon travail \***

D'accord  
Pas d'accord et je ne suis pas du tout perturbé(e)

Pas d'accord et je suis un peu perturbé(e)  
Pas d'accord et je suis perturbé(e)  
Pas d'accord et je suis très perturbé(e)

**64) Je suis en train de vivre ou je m'attends à vivre un changement indésirable dans ma situation de travail \***

Pas d'accord  
D'accord et je ne suis pas du tout perturbé(e)  
D'accord et je suis un peu perturbé(e)  
D'accord et je suis perturbé(e)  
D'accord et je suis très perturbé(e)

**65) Mes perspectives de promotion sont faibles \***

Pas d'accord  
D'accord et je ne suis pas du tout perturbé(e)  
D'accord et je suis un peu perturbé(e)  
D'accord et je suis perturbé(e)  
D'accord et je suis très perturbé(e)

**66) Ma sécurité d'emploi est menacée \***

Pas d'accord  
D'accord et je ne suis pas du tout perturbé(e)  
D'accord et je suis un peu perturbé(e)  
D'accord et je suis perturbé(e)  
D'accord et je suis très perturbé(e)

**67) Ma position professionnelle actuelle correspond bien à ma formation \***

D'accord  
Pas d'accord et je ne suis pas du tout perturbé(e)  
Pas d'accord et je suis un peu perturbé(e)  
Pas d'accord et je suis perturbé(e)  
Pas d'accord et je suis très perturbé(e)

**68) Vu tous mes efforts, mes perspectives de promotion sont satisfaisantes \***

D'accord  
Pas d'accord et je ne suis pas du tout perturbé(e)  
Pas d'accord et je suis un peu perturbé(e)  
Pas d'accord et je suis perturbé(e)  
Pas d'accord et je suis très perturbé(e)

**69) Vu tous mes efforts mon salaire est satisfaisant \***

D'accord  
Pas d'accord et je ne suis pas du tout perturbé(e)  
Pas d'accord et je suis un peu perturbé(e)  
Pas d'accord et je suis perturbé(e)  
Pas d'accord et je suis très perturbé(e)

Surinvestissement : questions 70 à 75

**70) Au travail, il m'arrive fréquemment d'être pressé par le temps \***

Pas du tout d'accord  
Pas d'accord  
D'accord  
Tout à fait d'accord

**71) Je commence à penser à des problèmes au travail dès que je me lève le matin \***

Pas du tout d'accord  
Pas d'accord  
D'accord

Tout à fait d'accord

**72) Quand je rentre à la maison, j'arrive facilement à me décontracter et à oublier tout ce qui concerne mon travail \***

Pas du tout d'accord  
Pas d'accord  
D'accord  
Tout à fait d'accord

**73) Mes proches disent que je me sacrifie trop pour mon travail \***

Pas du tout d'accord  
Pas d'accord  
D'accord  
Tout à fait d'accord

**74) Le travail me trotte encore dans la tête quand je vais au lit \***

Pas du tout d'accord  
Pas d'accord  
D'accord  
Tout à fait d'accord

**75) Quand je remets à plus tard quelque chose que je devrais faire le jour même, j'ai du mal à dormir le soir \***

Pas du tout d'accord  
Pas d'accord  
D'accord  
Tout à fait d'accord

Questionnaire propre à l'étude : recherche de facteurs associés : questions 76 à 86

**76) L'administration se donne les moyens d'améliorer la situation des soignants \***

Pas du tout d'accord  
Pas d'accord  
D'accord  
Tout à fait d'accord

**77) dans le cadre de mon travail, j'ai été menacé(e) verbalement ou physiquement \***

Non  
Oui et cela ne m'a pas du tout perturbé(e)  
Oui et cela m'a un peu perturbé(e)  
Oui et cela m'a perturbé(e)  
Oui et cela m'a beaucoup perturbé(e)

**78) Je peux échanger avec un collègue sur la conduite à tenir pour un patient \***

D'accord  
Pas d'accord et je ne suis pas du tout perturbé(e)  
Pas d'accord et je suis un peu perturbé(e)  
Pas d'accord et je suis perturbé(e)  
Pas d'accord et je suis très perturbé(e)

**79) Je dois travailler d'une façon qui heurte ma conscience professionnelle \***

Pas d'accord  
D'accord et je ne suis pas du tout perturbé  
D'accord et je suis un peu perturbé(e)  
D'accord et je suis perturbé(e)  
D'accord de je suis très perturbé(e)

**80) Il m'est arrivé de faire des oublis ou d'être incomplet dans la prise en charge d'un patient \***

0 Jamais

- 1 Une fois
- 2 Plusieurs fois mais moins d'une fois par an
- 3 Quelques fois par année au moins
- 4 Une fois par mois
- 5 Quelques fois par mois

**81) Pensez vous que vos conditions de travail soient responsables de certaines de ces erreurs? \***

- 0 Jamais
- 1 Parfois
- 2 Quelque fois
- 3 Souvent
- 4 A chaque fois

**82) En repensant à un évènement difficile ou stressant dans votre vie professionnelle, comment avez vous réagi? \***

*Plusieurs réponses possibles*

- 1 J'ai concentré mes efforts pour résoudre la situation
- 2 J'ai recherché des conseils auprès d' autres personnes
- 3 J'ai utilisé l'alcool ou les drogues pour me sentir mieux
- 4 J'ai renoncé à essayer de résoudre la situation
- 5 Je me suis reproché(e) les choses qui arrivaient

**83) Au cours de votre carrière, selon vous, avez vous déjà été arrêté(e) à cause de votre épuisement? \***

- 0 Jamais
- 1 Une fois
- 2 Plusieurs fois mais moins d'une fois par an
- 3 Quelques fois par an
- 4 Une fois par mois
- 5 Quelques fois par mois

**84) Si l'opportunité d'un autre emploi s'offrait à vous dans les années à venir, changeriez vous de métier? \***

- Non, certainement pas
- Non, probablement pas
- Oui, peut être
- Oui, certainement
- J'ai déjà un projet précis

**85) Pensez vous que votre activité vous permette de préserver un équilibre entre vie professionnelle et vie privée? \***

- 1 Autant que par le passé
- 2 Plus autant qu'avant
- 3 Vraiment moins qu'avant
- 4 Plus du tout

**86) Connaissez-vous l'existence de structures d'aide contre l'épuisement professionnel? \***

- Oui
- Non



**Annexe 2 : Maslach Burnout Inventory : répartition des 22 questions**

(le numéro de chaque item correspond à son numéro au sein de notre formulaire)

Pour chaque question, une réponse à choisir parmi :

Jamais : **0**

Une fois par semaine : **4**

Quelques fois par année au moins : **1**

Quelques fois par semaine : **5**

Une fois par mois au moins : **2**

Chaque jour : **6**

Quelques fois par mois : **3**

**Épuisement émotionnel**

Degré d'épuisement émotionnel **inférieur à 17** : bas ; **entre 18 et 29** : modéré ;  
**supérieur à 30** : élevé

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

32) Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail

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

36) Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'efforts

38) Je sens que je craque à cause de mon travail

43) Je me sens frustré(e) par mon travail

44) Je sens que je travaille "trop dur" dans mon travail

46) Travailler au contact direct avec les gens me stresse trop

50) Je me sens au bout du rouleau

**Dépersonnalisation**

Degré de dépersonnalisation **inférieur à 5** : bas ; **entre 6 et 11** : modéré ; **supérieur à 12** : élevé

35) Je sens que je m'occupe de certains malades de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets

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

41) Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement

45) Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes malades

52) J'ai l'impression que mes malades me rendent responsable de certains de leurs problèmes

### **Accomplissement personnel**

Degré d'accomplissement personnel **inférieur à 34** : bas; **entre 34 et 39** : modéré ; **supérieur à 40** : élevé.

34) Je peux comprendre facilement ce que mes malades ressentent

37) Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes malades

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

42) Je me sens plein(e) d'énergie

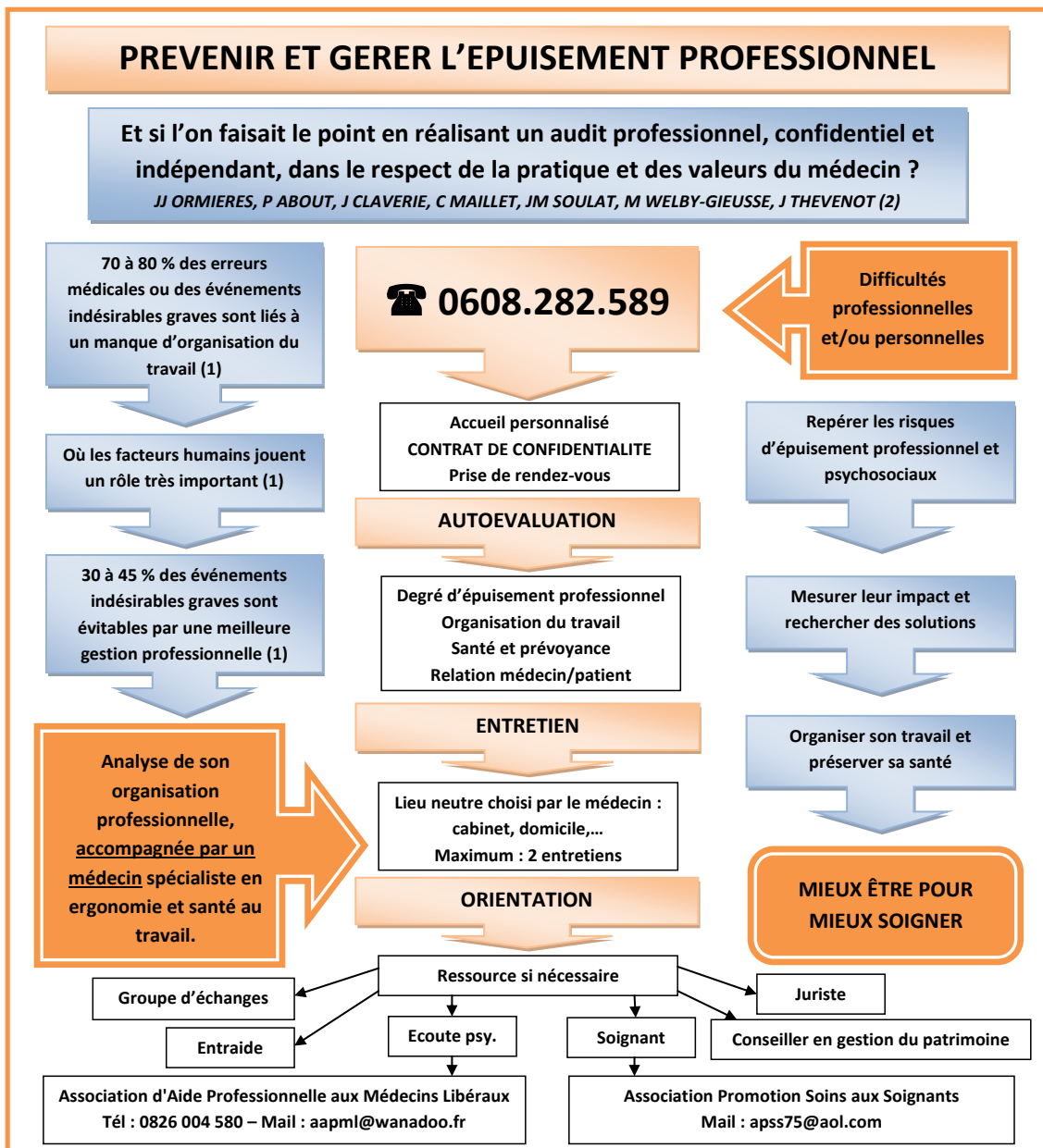
47) J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes malades

48) Je me sens ragaillard(e) lorsque dans mon travail, j'ai été proche de mes malades

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

51) Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement

### Annexe 3 : Association MOTS, brochure d'information



(1) : J BRAMI et R AMALBERTI. La sécurité du patient en médecine générale. Springer, Paris 2010.

(2) : MOTS, organisation du travail et santé du médecin. Maison des professions de santé, 9 avenue Jean GONORD, 31500-TOULOUSE.

## **BURNOUT EN MATERNITE DE NIVEAU III : ETUDE DES SOIGNANTS DE LA MATERNITE PAULE DE VIGUIER**

Thèse soutenue à Toulouse, le 26 septembre 2013

---

**Objectifs** : Evaluer le taux de burnout parmi les médecins et sages-femmes autour d'une unité de lieu et dégager des facteurs associés au burnout.

**Méthode** : Un auto questionnaire a été adressé par internet à l'ensemble des médecins obstétriciens, anesthésistes, pédiatres et aux sages-femmes travaillant en lien avec la salle de naissance. Les échelles utilisées comprenaient le Maslach Burnout inventory, l'échelle SF-12, HAD-D, le questionnaire de Siegrist et des questions propres à notre étude y compris sur l'auto-déclaration des erreurs.

**Résultats** : 39% de soignants sont en burnout. Il n'y a pas de différence significative entre médecins et sages-femmes ni de différence en fonction de l'ancienneté dans la profession. Un moins bon score de santé mentale, une fréquence augmentée de prises en charge suboptimales déclarées et l'altération de l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée sont significativement associés au burnout.

**Conclusion** : Le burnout peut toucher chaque soignant quelque soit sa catégorie professionnelle et son ancienneté dans la profession. L'association du burnout à la fréquence augmentée de prises en charge non optimales est un argument médico-légal et économique pour mettre en place des mesures de prévention du burnout.

---

TITRE EN ANGLAIS : Burnout in third level maternity unit of a University Hospital, study about health care professionals from Paule de Viguiier Hospital

---

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Médecine spécialisée clinique

---

MOTS-CLES : burnout, sages-femmes, obstétriciens, salle de naissance.

---

INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :

Université Toulouse III-Paul Sabatier

Faculté de médecine Toulouse-Purpan, 35 Allées Jules Guesde BP 7202 31073  
Toulouse Cedex 7

---

Directeur de thèse : Béatrice GUYARD BOILEAU