UNIL | Université de Lausanne
Faculté de biologie
et de médecine

Centre hospitalier
universitaire vaudois

Mémoire de Maîtrise en médecine

Evaluation de la prévalence du burnout chez les médecins du CHUV

(Evaluation of the prevalence of burnout among physicians of CHUV)

Etudiant
Diserens Raphael

Tuteur
Bonsack Charles
Dpt de psychiatrie

Co-tuteur
Besse Christine
Dpt de psychiatrie

Expert
Danuser Brigitta
Dpt de Médecine du Travail

Lausanne, 19.11.2017

Table des matières

1. Introduction 3
1.1 Problématique actuelle 3
1.2 Cadre de référence : Burn-out 3
1.2.1 Définition du burnout 3
1.2.2 Facteurs d'influence du burnout 4
1.2.3 Echelles de mesure de l'épuisement professionnel (burnout) 7
2. Buts 8
3. Méthode 8
3.1 Design 8
3.2 Procédure de recueil des données 8
3.3 Echantillon: Echantillon global / Echantillon médecin 10
3.4 Mesure du burnout : description de l'instrument et de ses items 10
3.5 Analyse statistiques 11
4. Résultats 12
4.1 Première partie : Analyse descriptive de l'échantillon. 12
4.1.1 Échantillon global 12
4.1.2 Echantillon « médecins » 12
4.2 Deuxième partie : Niveau d'épuisement professionnel par rapport aux variables sociodémographiques 13
4.2.1 Analyses sur l'échantillon global faire un paragraphe 13
4.2.2 Analyses sur la population de médecins de l'échantillon 14
4.3 Troisième partie : Niveau d'épuisement professionnel selon la qualité perçue de l'environnement de travail 15
5. Discussion 17
5.1 Niveau d'épuisement professionnel des médecins/ensemble des collaborateurs 17
5.2 Facteurs liés à l'épuisement professionnel chez les médecins 18
5.3 Relations entre épuisement professionnel et environnement de travail 21
5.4 Limitations 21
5.4.1 Limites liées à l'échantillon 21
5.4.2 Limites liées à l'analyse statistique 22
5.4.3 Limites liées à la mesure du burnout 23
5.5 Recherche future 24
5.5.1 Pistes individuelles 24
5.5.2 Pistes institutionnelles 25
6. Conclusion 28
7. Remerciements 28
8. Bibliographie 28
9. Annexes 33

Travail Master 2017 : Evaluation de la prévalence du burnout chez les médecins du CHUV

1. Introduction

1.1 Problématique actuelle

Le burnout a été défini pour la première fois par Bradley(1) en 1969, puis repris par Freudenberger en 1974(2) et Maslach en 1976(3), comme étant une forme extrême et durable de fatigue psychique en lien avec l'activité professionnelle. Il est aujourd'hui un problème fréquent, plus précisément dans le milieu des soins(4). A titre d'illustration, entre 1974 et 1989, plus de 2500 articles ont été rédigés sur cette thématique, et deux cinquièmes ciblent les professions d'aide (santé, social, etc.) et environ un tiers concerne les professions de l'enseignement (professeur, éducateur, etc.)(5). Cependant, il n'y a à ce jour que peu de mesures préventives mises en place et le sujet semble être encore délicat chez les soignants où demander de l'aide serait révélateur de ses propres faiblesses(4) (…*le médecin, porté par un fantasme d'invulnérabilité, nie sa fatigue et refuse l'idée même de maladie*(6)…). Une étude suisse, réalisée par primary-care (espace indépendant sur le plan rédactionnel, destiné à l'échange d'information, à la formation continue et à la communication pour les membres de "Médecins de famille et de l'enfance suisse"(7)) parue en 2004, conclut qu'en Suisse vingt pour-cent des médecins de premiers recours présentent des symptômes de burnout(8).

En somme, chez les médecins, le phénomène ne semble pas limité à une discipline ni à un environnement. Il mérite une attention particulière et individualisée dans chaque domaine, chaque environnement, indépendamment du niveau hiérarchique. Relevons que les niveaux hiérarchiques supérieurs sont une source de stress plus grande, de par l'importance des responsabilités assumées. Plusieurs articles montrent, en effet, une incidence d'épuisement professionnel presque doublée pour les cadres, tous métiers confondus(9).

Alors que nous vivons une nouvelle ère de la « ruée vers l'or » version mondialisée, où les mouvements s'accélèrent avec l'apparition des transactions électroniques, des flux d'informations, ainsi que la vague d'hyperconnectivité, certaines personnes en subissent soit les conséquences, soit le conditionnement (à savoir l'induction d'une réponse réflexe non naturelle face à un stimulus, comme, par exemple, la déhiérarchisassion de nos priorités, suite à un évènement sans importance mais inattendu (un mail, un message, une requête quelconque)), dans une époque qui se targue volontiers de respecter les libertés individuelles et l'égalité pour tous. Ce travail va nous emmener dans l'univers des soins et du stress quotidien qui y règne souvent, afin de s'intéresser de plus près au phénomène de l'épuisement, mieux connu sous son nom anglophone de burnout.

1.2 Cadre de référence : Burn-out

1.2.1 Définition du burnout

Le burnout ou syndrome d'épuisement professionnel est une pathologie relativement récente. Les premiers à s'être penchés sur la thématique du syndrome d'épuisement professionnel sont Harold B. Bradley en 1969(1), Freudenberger (psychanalyste américain) en 1974(2) et enfin Maslach (chercheuse en psychologie sociale) en 1976(3). Par la suite, bien d'autres s'y sont intéressés. Chacun a donné sa propre définition du phénomène suite à divers travaux, au fil du temps. Cependant, à l'heure actuelle, toutes les définitions existantes aboutissent à un même consensus : l'apparition d'un état d'épuisement professionnel sur un plan psychique, émotionnel et physique. Il est un processus progressif qui peut être lié au stress, à une dépression et également à des problèmes de l'adaptation. Il est le résultat d'un dysfonctionnement entre, d'une part l'individu dans

son activité professionnel et d'autre part, le contexte (personnel et collectif) dans lequel cette activité professionnelle s'exerce.(10)
Maslach décrit la complexité du burnout en le caractérisant selon trois dimensions différentes, s'enchainant les unes aux autres, tel un processus en trois étapes progressives :

- Un épuisement physique et/ou émotionnel.
- Une dépersonnalisation (détachement, empathie diminuée)/déshumanisation (de la relation à l'autre : on soigne l'organe et non la personne). Cette dimension est le point central dans le burnout chez les soignants car il touche une population dont le travail a pour objectif l'aide et les soins à la personne. Or le désinvestissement, résultant de cet aspect de déshumanisation des relations, impose de la distance entre les soignants et les soignés.(5)Il est la conséquence de la première dimension (épuisement physico émotionnel).
- Un manque d'accomplissement personnel (cercle vicieux, conséquence des deux première dimensions ci-dessus : épuisement → efficacité diminuée → échec → démotivation et dévalorisation de l'estime de soi)(3)

En revanche, sur un plan somatique, les signes cliniques sont d'allures variées et non spécifiques, raison pour laquelle ils n'entrent pas dans la définition.
Le burnout n'est pas une pathologie psychiatrique (code F) reconnue dans les classifications internationales psychiatriques comme le CIM-10 ou le DSM 5, mais on le retrouve comme facteur contextuel (code Z(11)). Certains estiment qu'il devrait être considérer comme une maladie professionnelle(12).

Dans ce qui va suivre, nous allons tenter de dégager les facteurs d'influence, pouvant mener à un état d'épuisement professionnel.

1.2.2 Facteurs d'influence du burnout

Comme décrit dans le sous chapitre "définition", le burnout peut être rattaché au stress, à une dépression et également à des maladies de l'adaptation. Dans ce travail, nous avons choisi de rester focaliser sur le stress qui semble être la variable dominante du risque d'épuisement professionnel chez un individu lambda, dans une institution hospitalière.
Il y a plusieurs regards possibles que l'on peut porter sur la notion de stress au travail. Aussi bien une approche sociologique, psychiatrique, psychanalytique qu'une approche par la théorie du stress. Chacune de ces approches contribue, à sa manière, à cerner ce phénomène de stress puis, secondairement, de burnout. En effet, le stress vécu de façon chronique (un à cinq ans) est au cœur de la construction du burnout(5).
Avant d'entrer plus en détails dans les facteurs influençant l'état de stress (et par conséquent l'état d'épuisement), il est important d'éclaircir la notion de « stress » utilisée dans la littérature actuelle portant sur le burnout.
On distingue d'une part les modèles de compréhension « biologiques » (réponses physiologiques face à un stresseur/rééquilibre de l'homéostasie menacée via les systèmes neurohormonaux, à savoir : le système sympathique et le système hypotalamo-hypophyso-surrénalien), des modèles dits « transactionnels » (le stress est la résultante de l'interaction entre, d'une part, l'environnement, et de l'autre, l'individu), autrement dit : le modèle bio-psycho-social.(5)
On peut donc résumer ce syndrome de burnout de la manière suivante : d'une part, il découle d'un stress prolongé, de l'autre d'une réaction inadaptée de la personne soumise au stress (comportement observé, stratégie d'adaptation).

La suite du travail va détailler les facteurs d'influence générateurs et responsables du stress et de son ressenti, à savoir les facteurs personnels puis professionnels et, enfin, les stratégies adoptées pour faire face au stress et s'y adapter. Nous fermerons la parenthèse dédiée au stress avec un ultime onglet portant sur les conséquences du stress suivi des quelques moyens de préventions, avant de revenir au cœur du travail, à savoir le burnout.

a) Facteurs personnels de stress :

La littérature se contredit au sujet des variables sociodémographiques et de leurs influences relatives à l'état d'épuisement professionnel. Seul l'âge semble aboutir à un consensus, particulièrement au niveau des deux premières dimensions définies par les travaux de C. Maslach (épuisement émotionnel et déshumanisation). Les jeunes ressortent, à un niveau statistique, plus vulnérables que les plus âgés. Alors que le sexe, l'état civil, le nombre d'enfants et la situation familiale semblent ne pas jouer un rôle sur cet état d'épuisement professionnel(5). De plus, nous pouvons ajouter l'influence des traits de personnalités résultant en diverses stratégies de coping, dont nous aborderons la thématique plus loin dans ce travail. (plus de détails en Annexe : Tableau 22(12).)

b) Facteurs professionnels de stress :

Appelés risques psychosociaux (RPS), les facteurs professionnels du stress sont des risques liés à une **organisation** insuffisante (sollicitation excessive par exemple) ainsi qu'à un **environnement** inadéquat (conditions de travail et environnementales) au sein du milieu professionnel, influent sur la santé des travailleurs via des mécanismes physiques, psychiques et sociaux.

Tout ce qui suit, détaille ces risques psychosociaux afin de mieux les comprendre :

1) Facteurs relatifs à l'**ORGANISATION DU TRAVAIL :**

- Interruption des tâches : les imprévus dans le milieu hospitalier sont constants et quotidiens, ce qui engendre une parcellisation du travail. Les conséquences se répercutent sur la relation soignant-malade qui se voit être réduite par l'interruption de l'échange suite à une urgence.(5)
- Ambiguïté des rôles : l'obligation pour une personne de tenir un rôle autre que celui pour lequel elle a été formée ou engagée, bien souvent lorsqu'il manque de ressource humaine (du personnel par exemple).(5)

2) Facteurs relatifs aux **CONDITIONS DE TRAVAIL** :

- La relation d'aide : est aux racines mêmes de la profession et se retrouve souvent comme motivation première lors du choix d'un avenir professionnel. L'empathie, l'écoute, le soutien, etc. sont l'essence même de cette relation d'aide. Cependant, au travers de sa relation d'aide avec le soigné, le soignant se voit confronter à deux choses : d'une part ce qu'on peut appeler la distance entre médecins et patients (à savoir les barrières culturelles, les représentations respectives de chaque « camps » ou des identifications anxiogènes projetées sur soi) et de l'autre, la confrontation à la souffrance et à la mort (l'hôpital est lieu de souffrance et de mort).(5)
- Le manque de soutien (au sein de l'équipe médicale) : est très fortement corrélé à une perception élevée du stress régnant. Ne pas être reconnu dans son travail par ses supérieurs ou lors d'échec ou d'impuissance, le manque de soutien donne naissance à un sentiment de fatalité que le soignant doit alors endosser. Un second facteur peut être ajouté : celui du cloisonnement au sein de l'équipe médicale. La rupture de communication entre les différents grades hiérarchiques et les non-dits viennent alourdir l'atmosphère, engendrant une communication défectueuse et de ce fait, créent un isolement qui contribue au sentiment d'épuisement. (5)
- La technologie : tend à faire oublier le cycle de la vie, de la naissance à la mort, à déshumaniser la relation soignant-soigné et à faire germer des fantasmes de « toute puissance salvatrice» susceptibles d'induire de l'acharnement thérapeutique.
- L'impact de la maladie : joue un rôle essentiel dans le ressenti du médecin au sein des différents départements et services. Cependant, la carence d'étude à ce sujet ne laisse place qu'à la spéculation. On peut bien supposer qu'au sein du service d'urgence, ou de celui d'oncologie (où les urgences et la mort y sont quasi une constante), le niveau de burnout soit plus élevé qu'au sein des cabinets de médecine générale ; néanmoins, cette hypothèse mériterait d'être vérifiée.(14)

3) Facteurs relatifs aux **STRESSEURS ENVIRONNEMENTAUX**

- Le milieu : spécifique à chaque service, le milieu (aération, éclairage, nombre de lits par chambre, température, etc.) et son architecture sont sous la responsabilité de l'institution. Elle peut par

exemple augmenter le confort du soignant et du soigné (lit automatisé/chambre individuelle) mais également diminuer ce dernier. C'est souvent le cumul de petites choses « sans influence »(prises séparément) qui, au final, a un impact sur le stress auquel le soignant doit faire face dans sa pratique quotidienne.(5)

- Le matériel : d'importance primordiale car d'une part, il nécessite un certain temps, que ce soit lié à l'apprentissage de son utilisation ou à son utilisation en soi (y compris nettoyage entretien etc.), et d'autre part, parce qu'il génère un stress relatif à son hypothétique défaillance aux conséquences multiples sur la sécurité et l'organisme du soignant.
- Main d'œuvre : suffisante et qualifiée pour le poste

Pour résumer les causes de stress et donc indirectement d'épuisement professionnel, on peut procéder au récapitulatif suivant : les difficultés à communiquer et les conflits (au sein d'une équipe ou dans la relation soignant-soigné) ajoutés aux types de pathologies traitées (cohabitation quotidienne avec la souffrance et la mort, parfois « biologiquement injuste ») ainsi qu'à une charge de travail élevée (au niveau quantitatif comme qualitatif (mauvaise ambiance, contexte négatif)) sont les principales causes responsables de l'augmentation du stress et, par conséquent, de l'émergence progressive du phénomène de burnout observé au sein de l'institution hospitalière.

c) Stratégies d'adaptation face au stress

Qu'elles soient **individuelles** ou **collectives**, elles cherchent à répondre aux situations de stress de façon à s'en protéger(5,15–17).

1) Stratégies d'adaptation **PERSONNELLE**(5) **(COPING)** :

- Passives : elles se caractérisent par des attitudes d'évitement et de fuite. Ce sont des mécanismes de défense (distanciation, isolement) qui dominent dans un but de diminution de l'angoisse, souvent révélatrice de ses propres malaises. Par exemple, plus on se donne au travail, plus on a de travail, ce qui permet à l'esprit d'esquiver la réflexion et ainsi, de bloquer ses émotions (évitement de ses propres angoisses), pour ne se concentrer que sur l'action (qui est vue comme efficace et productive en milieu médical). L'exemple de l'immédiateté et de l'urgence au sein du quotidien d'un hôpital est illustrateur : l'urgence et les impératifs deviennent alors un mécanisme de défense sur lequel le soignant se repose et décharge ainsi, de manière inconsciente, ses angoisses refoulées sans s'offrir la possibilité de les extérioriser. (5)
- Actives : elles se caractérisent par l'expression verbale de ses émotions avec autrui. Il se crée ainsi, inconsciemment, un support social (définit par le partage, entre collègues, d'expériences, de conseils, de ressentis, etc.) et une souplesse d'adaptation. De plus, les croyances (religieuses ou non) viennent renforcer cette adaptation au stress.

Il convient de relever que la personne concernée n'agit pas spécifiquement selon l'une ou l'autre des stratégies exposées ci-dessus, mais tend plutôt à adapter sa stratégie en fonction d'une situation donnée, le but étant constamment de dominer et de contrôler sa souffrance. C'est un processus dynamique en constante adaptation.

2) Stratégies d'adaptation **COLLECTIVES :**

Ces stratégies sont le résultat d'une action collective mais la souffrance reste propre à chacun. Le but de cette stratégie de groupe est de s'unir face aux difficultés, bien que le processus se fasse souvent de façon spontanée et inconsciente(19). Par exemple (liste non exhaustive) (5,15–17) :

- Le déni : de la réalité
- La coopération : au sein de l'équipe comme facteur unificateur, permet une amélioration de l'organisation du travail.
- La collision : d'une personne tierce à l'équipe (jeune nouveau), qui n'adhère pas aux règles précédemment fixées et admises comme « gold standard » par l'équipe en place.

- Le changement de statut : observé lors des pauses, entre collègues qui tournent en dérision des situations de souffrance de leurs patients, comme une échappatoire inconsciente qui soigne des vulnérabilités individuelles.(5)

d) Conséquences du stress

1) Sur l'entreprise : premièrement, l'augmentation de l'absentéisme est à mettre en avant. Le milieu professionnel n'étant plus perçu comme source d'équilibre, on l'évite. A cela s'ajoute les pratiques dangereuses et une augmentation des accidents du travail. Un second point est une diminution de la motivation des employés auquel s'ajoute une influence négative pour le recrutement au sein de l'entreprise ainsi qu'une baisse de productivité et une péjoration de l'image au sein de la société.(6,20). De plus, l'employeur, qui est aussi atteint mais indirectement (perte de rendement), est dans l'obligation de protéger ses employés face à ce stress et aux risques qui en découlent, et l'inspection du travail s'assure que des mesures sont mises en place à cet effet(21).

2) Sur la santé personnelle : La nuisance peut être directe ou indirecte, en fonction de l'aspect chronologique. Une atteinte directe (ou aigue) est liée à une exposition à des conditions de travail difficiles ou à des substances dangereuses, ce qui augmente le risque d'accidents de toutes sortes et les conséquences en découlant. L'atteinte indirecte (ou chronique) est, elle, une insatisfaction quotidienne, une détresse psychologique, de la frustration, des habitudes à risques (par exemple une consommation chronique d'alcool ou d'autres drogues) et enfin, une stratégie d'adaptation inadaptée pouvant ainsi mener à des phénomènes d'épuisement professionnel.(6)

e) Moyens de prévention du stress

Au niveau de la **prévention primaire**, il existe deux mesures principales pour prévenir une mauvaise gestion du stress. La première relève d'actions individuelles : soit l'individu est amené à changer la relation qu'il a avec son milieu professionnel et sa manière de les mener, soit il peut développer ou accroitre ses ressources personnelles afin d'augmenter sa résistance face au stress. La seconde mesure est de l'ordre de l'organisation de l'entreprise (paradoxalement, celle-ci est moins développée que la première citée). L'organisation de l'institution peut être améliorée aux travers de neuf aspect différents, à savoir *: la charge de travail, le contrôle, le système de récompense et de reconnaissance; le support social et cohésion d'équipe; l'équité au travail et les conflits de valeur, la valeur perçue du travail; la formation; les interruptions*(6).

De plus, le soutien interne des équipes est un levier de l'épuisement. Il est important que le type de soutien dont manque l'équipe cible (le type de soutien diffère d'une équipe à l'autre en fonction du service et du type de stress auquel il est soumis) soit identifié et que des mesures soient prises afin de combler ce manque. Ce soutien interne peut notamment être augmenté grâce aux équipes de psychiatrie de liaison, se déplaçant d'un service à l'autre, en fonction du besoin de l'équipe.

Au niveau de la **prévention secondaire**, une institution hospitalière dispose, en général, d'un service de médecine du personnel qui peut prendre en charge les cas à risque de burnout. Au CHUV, il existe également une structure d'écoute et de médiation : l'espace collaborateurs (pour tous les collaborateurs qui rencontrent des difficultés dans leurs relations au travail). En Suisse, les médecins de l'ISFM/FMH ont la possibilité de prendre contact avec le réseau de soutien ReMed, en situation de crise ou d'épuisement.(22)

1.2.3 Echelles de mesure de l'épuisement professionnel (burnout)

Plusieurs échelles de mesure existent sur le burnout (par exemple Maslach Burnout Inventory (MBI), la plus utilisée(21) (tridimensionnelle, reprenant les trois dimensions développées dans le chapitre « définition »), cependant, d'autres outils d'évaluation existent comme l'échelle du Copenhagen Burnout Inventory (CBI). Dans ce travail, c'est cette échelle qui sera utilisée dont l'explication détaillée se trouve dans la chapitre « méthode ». Avant d'aller plus loin, il est important de rappeler que le burnout, n'est pas un diagnostic psychiatrique précis. Il n'y a donc pas, comme pour d'autres diagnostics, une liste de critères à remplir pour, qu'une fois remplie, l'on soit en mesure de poser le

diagnostic de telle ou telle maladie (DSM-5/CIM-10). Seules ces échelles d'évaluation permettent une estimation du niveau d'épuisement professionnel. Ces échelles sont dimensionnelles : elles mesurent la dimension d'épuisement professionnel et non la présence ou l'absence d'un état d'épuisement professionnel (échelle catégorielle). C'est la raison pour laquelle le terme « prévalence » utilisé dans le titre de ce travail devrait être reconsidéré, au vu de l'absence de seuil (Cut off) permettant de déclarer précisément un diagnostic de burnout. Les notions sont donc plus subjectives et engendrent une approche plus personnalisée.

2. Buts

Le principal objectif de ce travail est d'évaluer et d'analyser la prévalence du « burnout » parmi les médecins dans un hôpital universitaire.

3. Méthode

3.1 Design

Pour réaliser ce travail, nous basons notre stratégie d'investigation sur les résultats d'un questionnaire de satisfaction réalisé au CHUV en 2013 duquel nous avons obtenu l'accès à divers items ciblés sur la thématique de l'épuisement lié au travail, eux-mêmes, initialement repris d'une des trois échelles du Copenhagen Burnout Inventory (CBI). Nous évoquerons plus bas la base de données en détails ainsi que l'instrument de mesure (CBI). Dans un premier temps, nous ferons une mesure globale de la prévalence du burnout parmi toute la population étudiée (à savoir toute personne ayant répondu au questionnaire de satisfaction en 2013 = l'échantillon global). Cet échantillon, considéré comme représentatif, sera la matière de base à partir de laquelle nous comparerons les résultats relatifs à la sous-catégorie des médecins (échantillon des médecins extraits de l'échantillon global). Dans un second temps, nous les comparerons aux résultats issus de la littérature nationale et internationale.

Pour ce faire, l'accès à trois catégories d'items, contenu dans le questionnaire, a été obtenu : premièrement, des variables sociodémographiques (objectives), deuxièmement, des items ciblé sur la thématique de l'épuisement professionnel et troisièmement, les items mesurant l'épuisement professionnel, à savoir une des trois échelles de l'instrument de mesure CBI. Ce qui suit va détailler l'ensemble de la matière utilisée.

Avant d'aller plus loin, nous pensons que le fait d'extraire certains items ciblant le burnout d'un questionnaire plus général, pourrait permettre de contourner, en partie tout du moins, la réticence des soignants à rapporter un état d'épuisement professionnel.

3.2 Procédure de recueil des données

La base de données est préexistante. Elle a été créée en 2013, à l'occasion d'un questionnaire de satisfaction destiné au personnel du CHUV. L'enquête était adressée à l'ensemble des collaboratrices et collaborateurs du CHUV, répartis en deux catégories : les cadres d'une part, et les collaborateurs/trices non cadres, de l'autre (défini par la Direction des Ressources Humaines, définition plus bas).

Le questionnaire est large et n'est pas centré sur l'épuisement professionnel, mais reprend une partie de ce thème, auquel l'accès nous a été autorisé. De plus, nous avons demandé l'accès à 7 variables sociodémographiques (objectives, qu'on ne peut pas influencer, appelée en statistique variables indépendantes invoquées ou étiquettes) ainsi qu'à 11 dimensions subjective (définies par les créateurs du questionnaire de satisfaction et sur lesquelles une action serait envisageable, à l'inverse des 7 variables sociodémographiques évoquées ci-dessus (on ne pourrait pas changer de sexe par exemple))(23). Chacune de ces dimensions est une variable composée de la somme des

scores de diverses questions (auxquelles nous avions également accès). Nous avons fait le choix de retenir les dimensions qui figuraient comme les plus importantes en termes d'impact sur le niveau d'épuisement professionnel, selon la revue de littérature effectuée en début de travail, que vous retrouvez dans la partie « annexe », située à la fin de ce travail (Tableau 1). Ce qui va suivre présente les 11 items et dimensions, et les 7 variables sociodémographiques. En sus de ces diverses dimensions, items et variables, nous avons bien évidemment calculé celui qui est au cœur de ce travail, à savoir l'épuisement professionnel (somme des questions Q27→Q33 du questionnaire de satisfaction, le total donnant un score CBI, représentatif du niveau d'épuisement).
Cette partie du questionnaire portante sur l'épuisement est détaillée, plus loin, dans : *mesure du burnout : description de l'instrument et de ses items*.

Les dimensions et items repris dans ce travail sont les suivants :

1) Environnement de travail (sommes des items Q1a→Q1e)
2) Adéquation de la charge de travail (Q11+Q12+Q17)
   La construction d'un indicateur d'adéquation de la charge de travail est basée sur le sentiment d'une suffisance de temps pour un travail donné (Q11), sur une répartition équitable de la charge de travail au sein d'une équipe(Q12), et enfin sur le sentiment de conciliation entre vie professionnelle et vie privée(Q17).
3) Epanouissement au travail (Q22+Q10)
4) Santé au travail (Q23)
5) Encadrement (somme des items Q9a→Q9g)
6) Organisation de travail (Q5+Q13)
7) Satisfaction générale (Q45)
8) Perspective de carrière (Q36+Q37)
9) Intention de rester(Q38)
10) Identification à l'institution (Q39+Q43)
11) Cohésion de l'équipe (Q20+Q21)

Les différentes variables sociodémographiques (objectives) sont les suivantes :

1) Age
2) Sexe
3) Type de département *
4) Catégorie professionnelle **
5) Niveau hiérarchique (Cadre VS Non-Cadre) ***
6) Ancienneté
7) Taux d'activité

***Type de département :**
Médicaux (y compris oncologie); Chirurgicaux; Médico-chirurgicaux; Psychiatriques (y compris Gimel); Laboratoires et radio; Administratifs (y compris Médecine et santé communautaire (DUMSC)); Logistique
Ceci est un regroupement grossier en 7 types de département, effectué par les réalisateurs de l'enquête de satisfaction 2013 lors de la transmission des données, à des fins pratiques pour le traitement des données, et de « confidentialité » ou simplement un rempart à toutes polémiques (le nombre initial de type de département étant 20, donc permettant un ciblage plus précis)
**** Catégorie professionnelle :**
Médecins (y compris médecins assistants); Soins (y compris aides-soignants); Médico-techniques (y compris physio/ergo-thérapeute, diététiciens, techniciens en imagerie, laborantins); Administratifs (y compris informaticiens et secrétaires); Chercheurs universitaires non médecins (y compris biologistes, épidémiologues, statisticiens, psychologues chercheurs); Logistiques (y compris employés de maison, de bâtiment et de sécurité); Psycho-social (y compris aumônier)
*****Définition du cadre, selon la direction des ressources humaines du CHUV :**

Il n'y a pas de définition officielle du CHUV ; cependant, nous en avons récolté la définition au sein de la direction des ressources humaines : , ce qui peut être défini comme cadre est : toutes fonctions auxquelles sont rattachées des responsabilités de conduite, de direction de collaborateurs et de gestion de structures et d'infrastructures (simples ou complexes), auxquels sont assignés des objectifs de résultats (de différentes natures d'ailleurs) et pour lesquels le cadre responsable doit répondre personnellement(24). Il y a les cadres de conduite et de direction, ainsi que les cadres de proximité. Autrement dit, tous les médecins, à l'exception des assistants et de certains chefs de clinique (car en fonction du département, ils peuvent avoir le rôle d'un cadre de proximité).

3.3 Echantillon: Echantillon global / Echantillon médecin

Le collectif de base compte 10'838 collaboratrices et collaborateurs dont 1'010 cadres. Aucun critère d'exclusion n'a été appliqué. 4'978 (soit 45.9% de la population totale du CHUV) ont répondu au questionnaire. Au vu du taux de réponses élevé, nous postulons que nous avons un échantillon représentatif de la population étudiée. L'hypothèse mériterait d'être analysée mais elle suppose un travail conséquent qui ne pouvait pas être conduit dans le présent projet.
Au sein de cet échantillon global, on retrouve l'échantillon des médecins qui représente 12.8% de l'échantillon global, avec 615 médecins (cadres et non-cadres confondus) ayant répondu au questionnaire. La description détaillée de l'échantillon par variables sociodémographiques se retrouve plus loin, dans la première partie des résultats.

3.4 Mesure du burnout : description de l'instrument et de ses items

Nous nous basons sur une partie de l'échelle analytique prédéfinie (CBI, Copenhagen Burnout Inventory, dimension mesurant l'état d'épuisement professionnel) au sein de données récoltées dans le cadre d'une enquête de satisfaction des collaborateurs du CHUV, soignants et non soignants, datée de 2013.
Le questionnaire CBI est constitué de trois sous-échelles analytiques et porte sur un total de 19 items. L'une concerne l'épuisement personnel (6 items), la deuxième, l'épuisement lié au travail (7 items, ceux utilisés dans l'enquête de satisfaction du CHUV et repris dans ce travail afin d'évaluer le niveau d'épuisement professionnel) et enfin, la troisième est liée à la relation d'aide (6 items). Les auteurs du CBI estiment que ces trois sous- échelles peuvent s'utiliser indépendamment les unes des autres, en fonction du milieu professionnel étudié, bien que les réponses des trois échelles soient fortement corrélées(19). Nous n'exposons ici que les sept items utilisés dans l'enquête de satisfaction de 2013 et reprises dans ce travail (donc l'une des trois sous-échelles, portant sur l'épuisement lié au travail, composante de l'instrument de mesure CBI, et non l'ensemble du questionnaire CBI)(23) :

1) Vous sentez-vous vidé.e à la fin d'une journée de travail ?
2) Vous sentez-vous déjà fatigué.e à l'idée d'entamer une autre journée de travail ?
3) Avez-vous l'impression que chaque heure de travail vous fatigue ?
4) Avez-vous suffisamment d'énergie pour votre famille et vos amis pendant votre temps libre ?
5) Votre travail est-il épuisant émotionellement ?
6) Vous sentez-vous épuisé.e à cause de votre travail ?
7) Votre travail suscite-t-il chez vous un sentiment de frustration ?

Les réponses valent toutes entre 1 et 5 points, en fonction de la fréquence auxquelles elles correspondent (1=jamais et 5= toujours). La somme est ensuite calculée. Un maximum de 35 points reflète un épuisement professionnel élevé, alors qu'un minimum de 7 points correspond à l'absence d'épuisement professionnel. Pour mémoire, ces échelles sont dimensionnelles : elles mesurent les dimensions de l'épuisement professionnel et non la présence ou l'absence d'un état d'épuisement professionnel (échelle catégorielle).

3.5 Analyse statistiques

Nous avons distingué 3 parties :

- 1ère partie : description de l'échantillon global et celui des médecins par variables sociodémographiques (sexe, départements, etc.)
- 2ème partie : Niveau d'épuisement professionnel en fonction de/par rapport aux variables sociodémographiques, pour l'ensemble de l'échantillon puis pour l'ensemble des médecins de l'échantillon (comparaisons de moyennes de niveaux d'épuisements professionnels).
- 3ème partie : Niveau d'épuisement professionnel en fonction des/par rapport aux 11 dimensions sélectionnées (dimensions 1) à 11) décrites ci-dessus). Par la suite, les corrélations saillantes mises en exergue dans cette 3ème partie expliquant au moins 25% de la variance (r=.50 ou plus→forte corrélation selon Cohen 1988(24)), seront discutées pour la sous-population des médecins. Le but étant de mettre en lumière des facteurs de risque/protecteur institutionnels de l'épuisement professionnel afin de dégager, par la suite, quelques pistes de prévention.

Pour ce faire, les outils statistiques utilisés sont les suivant :
Comparaisons de moyennes entre différents groupes : ANOVA et T-Test. Une Anova (ou analyse de variance) est un test statistique paramétrique qui permet de comparer des moyennes et de déterminer si ces moyennes diffèrent significativement(25).
Pour l'étude de la relation entre deux variables continues : coefficient de corrélation r de Pearson. Lorsqu'une ou deux des variables était de nature ordinale, nous avons opté pour des coefficients de corrélation Rho de Spearman. Lorsque nous disposions de plusieurs variables indépendantes, nous avons utilisé des modèles de régression linéaire multiple de manière à étudier leur impact sur la variable dépendante.
De plus, le seuil de la p-valeur a été défini suite à un consensus entre experts en statistique et se retrouve être le standard de 0.05, qui reste majoritairement utilisé dans notre domaine médical.

4. Résultats

4.1 Première partie : Analyse descriptive de l'échantillon.

Variables sociodémographiques		Global	Médecins
Sexe % (n)	Homme	32 (1517)	52 (318)
	Femme	68 (3263)	48 (294)
Niveau hiérarchique % (n)	Cadre	11 (545)	22 (137)
	Collaborateur	89 (4252)	78 (477)
Age % (n)	moins de 30 ans	19 (898)	14 (84)
	30-39 ans	32 (1526)	48 (294)
	40-49 ans	24 (1176)	22 (134)
	50 et plus	25 (1179)	16 (97)
Ancienneté % (n)	0-2 ans	20 (976)	27 (165)
	3-5 ans	23 (1112)	26 (161)
	6-10 ans	21 (978)	21 (129)
	11 ans et plus	36 (1710)	26 (156)
Taux d'activité % (n)	0-50%	9 (425)	5 (34)
	51-80%	27 (1273)	12 (73)
	81-100%	64 (3079)	83 (507)
Type de département % (n)	Médicaux	15 (673)	26 (149)
	Médico-chirurgicaux	21 (938)	23 (133)
	Chirurgicaux	17 (751)	21 (120)
	Psychiatrie	15 (681)	19 (109)
	Administratif	16 (731)	5 (33)
	Logistiques	6 (285)	0 (0)
	Laboratoires et radio	10 (442)	6 (37)
Catégorie professionnelle % (n)	Médecins (y.c. méd assistants)	13 (615)	100 (615)
	Soins (y.c aides)	35 (1690)	
	Médico-techniques (y.c physio-ergo, TRM)	13 (624)	
	Administratifs	21 (1016)	
	Chercheurs uni. Non médecin	6 (271)	
	Logistiques	8 (388)	
	Psycho-social	4 (194)	

4.1.1 Échantillon global

Dans l'analyse relative au **sexe** nous constatons une répartition à prédominance féminine, dans un ordre de grandeur 1/3 Homme (32%) et 2/3 Femme (68%). Nous prendrons cela en compte plus tard dans les analyses respectives liées à l'épuisement professionnel afin de voir l'impact du sexe sur ce dernier. Les **cadres** sont en infériorité numérique (11%), mais ce petit collectif sera suffisant pour les futures comparaisons. En moyenne, nous avons 9 avis de collaborateur pour un seul cadre, ce qui implique une meilleure représentation du groupe « collaborateurs ». Quant à la **classe d'âge**, on retrouve une prédominance de la tranche 30-39 ans (32%), mais globalement, chaque classe d'âge est représentée de manière équilibrée (environ ¼ pour chaque classe d'âge). La **classe d'ancienneté**, quant à elle, montre une répartition relativement équilibrée des diverses classes d'ancienneté nous assure une représentation homogène de chaque groupe au sein de notre échantillon. La catégorie dominante étant les 11 ans et plus (36%). Face au **taux d'activité**, nous relevons que la catégorie travaillant entre 80 et 100% est de loin prédominante (64%). Au niveau des **départements**, nous constatons qu'une très large majorité de l'échantillon relève du milieu des soins (67.6%), qui est l'objet de notre travail, contre une proportion plus faible de secteurs « hors soins » (32.4%). Cela nous assure une bonne matière à comparaison. Enfin, la **catégorie professionnelle** à très large majorité de l'échantillon relève des soins (autrement dit, du corps infirmier : 35%). Nous supposons que l'effectif de la catégorie professionnelle des médecins (13%) est statistiquement suffisamment grand pour être représentatif.

4.1.2 Echantillon « médecins »

Dans l'échantillon des médecins, nous constatons, relativement au **sexe**, une répartition à légère prédominance masculine, dans un ordre de grandeur moitié Homme (52%) et moitié Femme (48%).

Quant au **niveau hiérarchique**, les cadres sont en infériorité numérique (22%), mais ce petit collectif sera suffisant pour les futures comparaisons. En moyenne, nous avons 4 avis de collaborateur pour un seul cadre, ce qui implique une meilleure représentation du groupe « collaborateurs ». Dans la **classe d'âge**, il y a une prédominance de la tranche 30-39 ans (48%), mais globalement, chaque classe d'âge est représentée de manière équilibrée (environ ¼ pour chaque classe d'âge), à l'exception des plus jeunes qui sont légèrement moins représentés (14%). Face à la **classe d'ancienneté**, une répartition relativement équilibrée des diverses classes d'ancienneté nous assure une représentation homogène de chaque groupe au sein de notre échantillon. Quant au **taux d'activité**, nous relevons que la catégorie travaillant entre 80 et 100% est de loin prédominante (83%) et que ceux travaillant à un pourcentage moindre sont plus nombreux dans l'échantillon global que dans l'échantillon des médecins uniquement. Finalement, Au niveau des **types de départements**, nous constatons qu'une très large majorité de l'échantillon relève du milieu des soins (89%), qui est l'objet de notre travail, contre une proportion plus faible de secteurs « hors soins » (11%).

4.2 Deuxième partie : Niveau d'épuisement professionnel par rapport aux variables sociodémographiques

Dans un premier temps, cette analyse est effectuée pour l'ensemble de l'échantillon, puis, selon le sous-groupe professionnel des médecins.

Tableau : Niveau d'épuisement professionnel

Niveau d'épuisement professionnel global ainsi que par variables sociodémographiques, et satisfaction générale			
Variables sociodémographiques		Global	Médecins
Sexe	Homme	19.3	19.8
	Femme	19.7	21.3
Niveau hiérarchique	Cadre	18.9	19.3
	Collaborateur	19.6	20.9
Age	moins de 30 ans	20.1	21.1
	31-39 ans	20.1	21.2
	40-49 ans	19.3	20.2
	50 et plus	18.7	18.4
Ancienneté	0-2 ans	19.1	21.0
	3-5 ans	20.4	21.5
	6-10 ans	20.1	20.9
	11 ans et plus	18.9	18.5
Taux d'activité	0-50%	17.4	18.0
	51-80%	19.3	20.4
	81-100%	19.9	20.7
Type de département % (n)	Médicaux	20.1	19.4
	Médico-chirurgicaux	20	20.5
	Chirurgicaux	20.1	20.7
	Psychiatrie	19.1	22.0
	Administratif	18.1	17.3
	Logistiques	18.2	0.0
	Laboratoires et radio	19.6	20.2
Catégorie professionnelle	Médecins (y.c. méd assistants)	20.5	
	Soins (y.c aides)	20.3	
	Médico-techniques (y.c physio-ergo, TRM)	19.9	
	Administratifs	18.2	
	Chercheurs uni. Non médecin	18	
	Logistiques	18.3	
	Psycho-social	19.8	
Prévalence totale du burnout		19.5	20.5
Niveau de satisfaction générale		6.7	6.7

4.2.1 Analyses sur l'échantillon global faire un paragraphe

Face à **satisfaction générale et niveau d'épuisement professionnel** de l'échantillon, une distribution normale de l'échantillon ressort, avec une moyenne de 19.54 écart-type 5.12, avec un minimum de 7 et un maximum de 35. Le niveau d'épuisement professionnel en fonction du **sexe** montre un score de burnout chez les femmes (19.7 écart-type 5.1) est légèrement plus élevé que chez les hommes (19.3 écart-type 5.2). Cette différence est statistiquement significative (t(4671)=2.571, p = .010)). Le niveau d'épuisement professionnel en fonction du **niveau hiérarchique** expose un score de burnout chez le

collaborateur/trice (19.6 écart-type 5.1) relativement plus élevé que chez les cadres (18.9 écart-type 5.0). Cette différence est statistiquement significative (t(4687)=-2.950, p = .003)).
Face au niveau d'épuisement professionnel en fonction de la **classe d'âge**, les moyennes en fonction de la classe d'âge (moins de 30 ans=20.1 écart-type 5.2 ; 30-39 ans=20.1 écart-type 5.1 ; 40-49 ans=19.3 écart-type 5.0 ; 50 ans et plus=18.7 écart-type 5.0) sont significativement différentes F (3, 4667) = 21.872, p <.001. Une série de comparaisons post-hoc révèle que seules les moyennes des groupe de moins de 30 ans et 30-39 ans ne diffèrent pas ((moins de 30 ans) = (30-39 ans) > (40-49 ans) > (50 ans et plus)). Quant au niveau d'épuisement professionnel en fonction de l'**ancienneté** on constate que les moyennes sont significativement différentes F (3, 4665) = 24.895, p <.001. L'examen des comparaisons post-hoc permet de relever deux grandes catégories : d'une part le groupe d'ancienneté de 3-5 ans (20.4 écart-type 5.3), et de 6-10 ans (20.1 écart-type 4.7), avec des scores plus élevés et d'autre part le groupe 0-2 ans (19.1 écart-type 5.4) et 11 ans et plus (19.5 écart-type 5.1), avec des scores plus bas. En effet les scores du premier groupe ne diffèrent pas significativement les uns avec les autres, il en est de même avec les scores du second groupe.
Dans l'analyse du niveau d'épuisement professionnel en fonction du **taux d'activité**, on constate que les moyennes sont significativement différentes F (2, 4667) = 47.442, p <.001. L'examen des comparaisons post-hoc permet de relever que les scores de chaque groupe (0-50% (17.4 écart-type 5.0), 51-80% (19.3 écart-type 4.9), 81-100% (19.9 écart-type 5.1) diffèrent significativement les uns des autres.
Enfin, l'analyse du niveau d'épuisement professionnel en fonction de la **catégorie professionnelle** relève que les moyennes sont significativement différentes F (6, 4683) = 30.382, p <.001. L'examen des comparaisons post-hoc permet de relever deux grandes catégories : d'une part le groupe médecins (20.5 écart-type 5.6), soins (20.3 écart-type 4.8), médicotechniques (19.9 écart-type 5.2) et psycho-social (19.8 écart-type 4.4), avec des scores plus élevés ; d'autre part le groupe administratifs (18.2 écart-type 5.1), chercheurs universitaire non médecin (18.0 écart-type 5.0) et logistiques (18.3 écart-type 5.2), avec des scores plus bas. En effet les scores du premier groupe ne diffèrent pas les uns avec les autres, il en est de même avec les scores du second groupe.
Pour terminer, on constate, également, que les moyennes en fonction du **type de département** sont significativement différentes F (6, 3831) = 16.911, p <.001.

4.2.2 Analyses sur la population de médecins de l'échantillon

Face à la **satisfaction générale et le niveau d'épuisement professionnel chez les médecins**, on relève, en comparaison à l'échantillon entier, une distribution dans la sous-population de médecins légèrement décalée vers la droite, ce qui signifie que les scores ont tendance à être plus élevés et donc une légère augmentation du niveau de stress dans cette catégorie professionnelle (20.53 écart-type 5.58 avec un minimum de 7 et un maximum de 35).
Quant au niveau d'épuisement professionnel en fonction du **sexe**, le score de burnout chez les femmes (21.3 écart-type 5.5) est plus élevé que chez les hommes (19.7 écart-type 5.5). Cette différence est statistiquement significative (t(598)=3.404, p = .001)).
Ici, le score est plus élevé que dans l'échantillon global, mais avec une similarité : les femmes sont plus touchées que les hommes.
On constate que les moyennes du niveau d'épuisement professionnel en fonction de la **classe d'âge** (moins de 30 ans=21.1 écart-type 5.4 ; 30-39 ans=21.2 écart-type 5.4 ; 40-49 ans=20.2 écart-type 5.4 ; 50 ans et plus=18.4 écart-type 5.9) sont significativement différentes F (3, 593) = 6.840, p <.001. Une série de comparaisons post-hoc révèle que seules les moyennes des groupe de moins de 30 ans et de 30-39 ans ne diffèrent pas ((moins de 30 ans) = (30-39 ans) > (40-49 ans) > (50 ans et plus)).
Les scores chez les médecins sont plus élevés que chez le reste de l'échantillon, en revanche la répartition est exactement la même entre les classes d'âge.
L'analyse du niveau d'épuisement professionnel en fonction du **niveau hiérarchique** relève que le score de burnout chez le collaborateur/trice (20.9 écart-type 5.5) est relativement plus élevé que chez les cadres (19.3 écart-type 5.7). Cette différence est statistiquement significative (t(600)=-2.875, p = .004)).

Une fois encore, dans cette sous-population de l'échantillon (les médecins), on constate des scores plus faibles chez les cadres que chez les collaborateurs, cependant, on retrouve de manière générale des scores plus élevés dans la population des médecins que dans l'ensemble de l'échantillon.
De plus, on constate que les moyennes du niveau d'épuisement professionnel en fonction de l'**ancienneté** sont significativement différentes F (3, 595) = 9.029, p <.001. L'examen des comparaisons post-hoc permet de relever deux grandes catégories : d'une part le groupe d'ancienneté de 0-2 ans (21.0 écart-type 5.6), de 3-5 ans (21.5 écart-type 5.5) et 6-10 ans (20.9 écart-type 4.9), avec des scores plus élevés et d'autre part le groupe 11 ans et plus (18.5 écart-type 5.7), avec des scores plus bas. En effet les scores du premier groupe ne diffèrent pas significativement, il en est de même avec le score du second groupe.
Une fois encore, l'analyse et l'hypothèse reste la même qu'à l'échelle de l'entier de l'échantillon, avec, simplement, un niveau global de stress augmenté.
Enfin, l'analyse du niveau d'épuisement professionnel en fonction du **taux d'activité** relève que les moyennes sont significativement différentes F (2, 599) = 3.806, p =.023. L'examen des comparaisons post-hoc permet de relever que les scores du groupe (0-50% (18.0 écart-type 5.8) diffèrent significativement des scores des groupes 51-80% (20.4 écart-type 5.3) et 81-100% (20.7 écart-type 5.6). Une fois de plus, malgré une même analyse que celle effectuée à l'échelle de l'ensemble de l'échantillon, on peut relever que les scores moyens chez les médecins sont plus élevés que dans le reste de l'échantillon.
Pour terminer, l'analyse du niveau d'épuisement professionnel en fonction du **type de département** nous montre que les moyennes sont significativement différentes F (5, 569) = 5.052, p <.001 avec des scores légèrement plus élevés que dans l'échantillon global.
(Dans la partie « Annexe », on retrouve divers graphiques et tableaux relatifs aux résultats de ces deux premières parties (Tableau 2 à 21)

4.3 Troisième partie : Niveau d'épuisement professionnel selon la qualité perçue de l'environnement de travail

Ceci, pour l'ensemble de l'échantillon puis seulement pour l'ensemble des médecins de l'échantillon.
Tableau : Niveau d'épuisement professionnel selon la qualité perçue de l'environnement de travail.

Niveau d'épuisement professionnel selon la qualité perçue de l'environnement de travail				
Items et dimensions	**Echantillon**	**Corrélation (rho)**	**Variance (%)**	**p-value**
Environnement de travail	Global	-0.027	0.07	0.068
	Médecins	-0.027	0.07	0.068
Santé	Global	-0.45	20	<0.001
	Médecins	-0.5	25	<0.001
Organisation de travail	Global	-0.23	5.4	<0.001
	Médecins	-0.285	8.1	<0.001
Encadrement par les supérieurs	Global	-0.27	7.3	<0.001
	Médecins	-0.33	10.9	<0.001
Epanouissement professionnel	Global	-0.508	25.8	<0.001
	Médecins	-0.553	30.6	<0.001
Charge de travail	Global	-0.554	30.7	<0.001
	Médecins	-0.557	31	<0.001
Cohésion au sein de l'équipe	Global	-0.349	12.2	<0.001
	Médecins	-0.352	12.4	<0.001
Perspective de carrière	Global	-0.271	7.3	<0.001
	Médecins	-0.362	13.1	<0.001
Intention de rester	Global	-0.325	10.6	<0.001
	Médecins	-0.383	14.7	<0.001
Identification au CHUV	Global	-0.291	8.5	<0.001
	Médecins	-0.34	11.6	<0.001
Satisfaction générale	Global	-0.559	31.2	<0.001
	Médecins	-0.637	40.6	<0.001

Post analyses, ont été surlignées en jaune les corrélations saillantes expliquant au moins 25% de la variance (r=.50 ou plus→forte corrélation selon Cohen 1988(24)),entre le niveau de burnout et la

dimension étudiée, ciblant uniquement la population des médecins. Ces dimensions seront reprises plus loin dans la discussion des résultats, le but étant de mettre en lumière des facteurs de risque/protecteur institutionnels de l'épuisement professionnel afin de dégager, par la suite, quelques pistes de prévention.

La variable « **Environnement de travail** » (sommes des items Q1a→Q1e) n'a pas d'effet significatif sur le niveau de burnout (p=0.068). On révèle une très faible corrélation entre l'environnement de travail et le niveau de burnout (r = -0.027), n'expliquant ainsi que 0.07% de la variance. La même constatation est faite dans la sous-population des médecins de l'échantillon.
La dimension « **Santé** » (définie par l'item Q23 : sentiment de sécurité face aux mesures prises pour protéger sa propre santé au travail) est négativement corrélée au total burnout (ρ= -.45, p <.001). En effet, cette forte corrélation permet d'expliquer environ 20% de la variance. La même constatation a été faite dans la population des médecins, avec une corrélation légèrement plus élevée (ρ= -.50, p <.001) expliquant ainsi jusqu'à 25% de la variance.
L'analyse paramétrique révèle une corrélation négative moyenne entre l'**organisation de travail** (définie par la somme des items Q5+Q13) et le niveau de burnout (r = -0.232, p <.001), n'expliquant que 5.4% de la variance. La même constatation est faite dans la sous population des médecins de l'échantillon, avec une corrélation légèrement plus grande (r = -0.285, p <.001), soit 8.1% de la variance.
Une autre analyse paramétrique révèle une corrélation négative moyenne entre **l'encadrement par les supérieurs** (défini par la somme des items Q9a→Q9g) et le niveau de burnout (r = -0.27, p <.001), n'expliquant ainsi que 7.3% de la variance. La même constatation est faite dans la sous population des médecins de l'échantillon, avec une corrélation légèrement plus grande (r = -0.33, p <.001), soit 10.9% de la variance.
Face à la dimension de l'**épanouissement professionnel** (défini par la somme de l'item Q22 (le plaisir de travailler) et l'item Q10 (la possibilité d'utiliser ses aptitudes et connaissances), l'analyse paramétrique révèle une forte corrélation négative entre l'épanouissement au travail et le niveau de burnout (r = -0.508, p <.001), expliquant ainsi 25.8% de la variance. La même constatation est faite dans la sous population des médecins de l'échantillon, avec une corrélation légèrement plus grande (r = -0.553, p <.001), soit 30.6% de la variance.
De plus, nous pensons que la question Q22 mérite également d'être analysée seule, car la mesure du plaisir semble être en soi un bon indicateur de l'épanouissement professionnel.

- 5.1) Le plaisir à venir travailler (défini par l'item Q22)
  L'analyse non paramétrique révèle une haute corrélation négative entre le plaisir à travailler et le niveau de burnout (r = -0.537, p <.001), expliquant ainsi 28.8% de la variance. La même constatation est faite dans la sous population des médecins de l'échantillon, avec une corrélation légèrement plus grande (r = -0.592, p <.001), soit 35% de la variance.

Face à la dimension « **charge de travail** » (définie par la somme des items Q11 + Q12 + Q17) l'analyse paramétrique révèle une forte corrélation négative entre cette variable et le niveau de burnout (r = -0.554, p <.001), expliquant ainsi 30.7% de la variance. La même constatation est faite dans la sous population des médecins de l'échantillon, avec une corrélation légèrement plus grande (r = -0.557, p <.001), soit 31% de la variance.
Face à la dimension « **cohésion au sein de l'équipe** » (définie par la somme des items Q20 + Q21, basé sur des relations respectueuses au sein de l'équipe ainsi que le soutien entre collègues), l'analyse paramétrique révèle une moyenne corrélation négative entre la cohésion au travail et le niveau de burnout (r = -0.349, p <.001), n'expliquant ainsi que 12.2% de la variance. La même constatation est faite dans la sous-population des médecins de l'échantillon, avec une corrélation légèrement plus grande (r = -0.352, p <.001), soit 12.4% de la variance.
L'analyse paramétrique entre la dimension « **perspective de carrière** » (définie par la somme des items Q36 + Q37) et le niveau de burnout révèle une moyenne corrélation négative (r = -0.271, p <.001), n'expliquant ainsi que 7.3% de la variance. La même constatation est faite dans la sous-

population des médecins de l'échantillon, avec une corrélation légèrement plus grande (r = -0.362, p <.001), soit 13.1% de la variance.
L'analyse non paramétrique révèle une moyenne corrélation négative entre **l'intention de rester** (définie par l'item Q38) et le niveau de burnout (r = -0.325, p <.001), n'expliquant ainsi que 10.6% de la variance. La même constatation est faite dans la sous-population des médecins de l'échantillon, avec une corrélation légèrement plus grande (r = -0.383, p <.001), soit 14.7% de la variance.
Quant à la dimension « **identification au CHUV** » (définie par la somme de l'item Q39 (fierté de travailler au CHUV) et l'item Q43 (sentiment d'utilité), l'analyse paramétrique révèle une moyenne corrélation négative entre l'identification à l'institution (CHUV) et le niveau de burnout (r = -0.291, p <.001), n'expliquant ainsi que 8.5% de la variance. La même constatation est faite dans la sous-population des médecins de l'échantillon, avec une corrélation légèrement plus grande (r = -0.340, p <.001), soit 11.6% de la variance.
Finalement, l'analyse non paramétrique entre l'item « **satisfaction générale** » (défini par l'item Q45) et le niveau de burnout révèle une forte corrélation négative (r = -0.559, p <.001), expliquant ainsi 31.2% de la variance. La même constatation est faite dans la sous-population des médecins de l'échantillon, avec une corrélation légèrement plus grande (r = -0.637, p <.001), soit 40.6% de la variance.

En termes de recherche d'importance des quatre dimensions retenues (expliquant au moins 25% de la variance entre le niveau de burnout et la dimension étudiée), une régression linéaire multiple avec une procédure d'introduction des variables pas-à-pas nous confirme l'ordre d'importance de chacune des quatre variables relevées dans les analyses bilatérales :
Satisfaction générale > Charge de travail > Epanouissement au travail > Santé au travail. Alors que la régression linéaire multiple met en évidence l'importance significative des 4 variables F (4, 4423) = 960.013, p <.001. L'ensemble de ces 4 variables ci-dessus explique 45.5% (r=0.682) de la variance relative au niveau de burnout dans ce travail d'analyse. La même constatation est faite dans la sous-population « médecins » de l'échantillon analysé :
Une régression linéaire multiple met en évidence l'importance significative des 4 variables F (4, 563) = 140.391, p <.001. L'ensemble de ces 4 variables expliquant cette fois-ci 49.9% de la variance (r=0.707).

5. Discussion

5.1 Niveau d'épuisement professionnel des médecins/ensemble des collaborateurs

De manière générale, l'analyse des données des **médecins** nous permet d'affirmer, relativement au niveau de burnout, que les médecins du CHUV constituent la catégorie professionnelle la plus touchée, avec un score moyen sur l'échelle CBI de 20.5 (sur un maximum de 35 et un minimum de 7). Au niveau des variables sociodémographiques (objectives), notre analyse démontre que les femmes sont plus touchées que les hommes (21.3), que les collaborateurs sont plus à risque que les cadres (20.9), que la tranche d'âge la plus sévèrement atteinte est celle des 30 à 40 ans (21.2) avec un taux d'activité de 100% (20.7) et une ancienneté n'excédant pas 5 années au sein de l'institution. On relève que la classe d'âge et l'ancienneté sont des variables importantes et concordent avec les conclusions de la littérature générale et spécifique relative au burnout. Ici, les jeunes (entre 27 et 40 ans) sont plus atteints que les moins jeunes, de plus que ceux dont les années d'expériences au sein de l'institution (CHUV) dépassent les 5 ans sont moins à risques.
Quant aux 11 items et dimensions analysées sur la base du questionnaire de satisfaction (variables subjectives), seuls 4 ont été retenus, expliquant au minimum 25% de la variance. Ces 4 dimensions/domaines retenus sont 1) la santé (le sentiment de sécurité face à l'exposition quotidienne), 2) l'épanouissement professionnel, 3) l'adéquation de la charge de travail et

finalement 4) la satisfaction générale. De ces domaines, nous pouvons dire que la relation existante entre eux et le niveau de burnout est forte, pour l'entier de l'échantillon et l'est encore plus avec l'échantillon des médecins uniquement. Ces domaines peuvent être perçus tels des facteurs de risque ou protecteurs, sur lesquelles nous pourrions agir afin d'apporter quelques pistes de prévention primaire.
Concernant les **collaborateurs non-médecins**, on relève que les scores mesurés sont également élevés dans toutes nos analyses, bien que cela s'avère être dans une mesure légèrement moindre que les scores obtenus dans l'échantillon des médecins uniquement.
Ceci qui nous permet d'aboutir à la conclusion que le burnout est une manifestation face à laquelle nous réagissons tous différemment en fonction de nos aptitudes à faire face au stress chronique qui est une caractéristique des milieux hospitalier actuels, mais que la population la plus vulnérable est celle en phase d'adaptation, autrement dit, les plus jeunes et les moins expérimentés. Ils ne connaissent ni leurs limites, ni leurs stratégies personnelles pour ne pas répondre négativement à cet environnement stressant. Le travail de prévention primaire devra donc être réalisé sur cette population cible plutôt qu'à l'ensemble du personnel, bien qu'aussi utile, pour des raisons d'efficience. Nous y reviendrons plus tard dans ce travail.

5.2 Facteurs liés à l'épuisement professionnel chez les médecins

Nous retrouvons une légère différence entre les ***sexes***, mais peu marquée. La littérature se contredit à ce sujet mais d'autres études effectuées en France(26) et en Allemagne en 2011(27), dans le cadre de milieux hospitaliers, semblent également appuyer l'hypothèse que les femmes seraient légèrement plus sujettes à l'épuisement professionnel (37,2% pour les hommes et 46% pour les femmes)(27), tout comme nos résultats dans ce travail. Une autre étude irlandaise datée de 2013 ne relève, quant à elle, pas de différence significative entre les sexes(28).

L'***âge*** est, selon la littérature, la seule variable sociodémographique à l'influence marquée (statistiquement significatif) (5) : comme le relève une étude française réalisée en 2015 à Dakar, les jeunes médecins (moins de 30 ans) sont plus à risque de burnout(29) tout comme le montre également une autre étude réalisée aux Etats-Unis en 2010(30) soulignant que les jeunes médecins sont plus à même d'épuisement professionnel. Dans un même registre, une étude suisse datée de 2011 portant sur l'influence des variables sociodémographiques sur le burnout, dans le cadre du service d'urgence, avance que les facteurs de risque relevés dans le cadre de l'étude sont : ne pas avoir d'enfant, être un homme (vient contredire la constatation faite dans notre travail), être un assistant et avoir moins de 40 ans (ce qui vient appuyer nos résultats).(31)
Une seconde hypothèse avancée dans la littérature française est la suivant : *« Chez les jeunes, l'écart entre leurs attentes idéalisées et la réalité quotidienne joue un rôle essentiel dans l'apparition du burnout. Au début de la vie professionnelle, l'enthousiasme est élevé mais il peut être déçu. La perte de la passion pour son travail constitue la première étape vers l'épuisement professionnel. »*(6) Ces propos sont très pertinents, et particulièrement dans le milieu médical où le décalage entre la projection utopique du médecin humaniste et la réalité de l'exercice du métier (impliquant également la cohabitation de divers natures humaines), est important. L'auteure de ces propos décrit qu'après cette période d'enthousiasme, s'ensuit une phase de stagnation : émergence d'un sentiment de mécontentement, non gratifiant, suite à un investissement exclusivement professionnel ; une sorte de prise de conscience que la vie comporte d'autres facettes que celle professionnelle uniquement (sentimentale, loisir, etc.), et qu'elle les a négligées. C'est alors que l'illusion du Bonheur au travers du travail s'effondre et laisse place à la frustration, phase marquée par l'irritabilité de la personne envers ses collègues ou avec les patients. La personne entre peu à peu, au travers d'un cercle vicieux, dans une ultime phase, celle de l'apathie. C'est ici que débute le processus de dépersonnalisation, où la personne ne se reconnait plus. Elle ne va au travail qu'à titre de présentéisme.(6)

Enfin, il est important de mettre en lumière l'impact générationnel, et les attentes respectives des différentes générations qui se côtoient dans les murs d'un milieu hospitalier et qui peuvent ainsi engendrer des difficultés d'adaptation pour chaque génération dans sa relation au travail avec une autre. On retrouve premièrement, parmi les plus anciens, et souvent dans les cadres, les baby-boomers. Cette catégorie peut résumer ses objectifs au travers de la réalisation personnelle dans le travail. Ils sont centrés sur la valorisation sociale liée à la carrière et respectent l'autorité et la hiérarchie avec un sentiment d'appartenance à l'entreprise. Or, face à cette génération, s'oppose les générations X, Y, et Z (en émergence dans les couloirs de l'hôpital, âgées de 15 à 40 ans), qui sont toutes différentes les unes des autres, mais qui, face au travail, ou à la contrainte, ne ressentent pas une totale source de réalisation personnelle et de ce fait, n'accordent pas autant d'importance à la sphère professionnel que ne l'accordaient les générations plus anciennes(32). Ils ne sont donc peut-être pas prêts à faire les mêmes sacrifices personnels pour se réaliser sur le plan professionnel que l'a fait la génération « baby boomer ». Les conséquences découlant de ce manque d'harmonisation des attentes professionnelles au sein d'un même service résultent en des difficultés supplémentaires dans la communication et l'organisation entre nouvelles générations et plus anciennes, ralentissant ainsi le processus d'adaptation nécessaire aux plus jeunes pour pouvoir affronter de manière saine le stress quotidien des divers milieux hospitaliers.

« On vit une époque passionnante où l'on constate le passage d'une réalité verticale à une réalité horizontale. La communication, jusque-là fondée sur un mode hiérarchisé et presque militaire, évolue davantage vers des échanges d'égal à égal. Ce besoin d'horizontalité s'exprime aussi dans l'architecture qui « s'aplanit ». »(33)

Concernant le ***niveau hiérarchique***, une étude française datée de 2014 montre une incidence d'épuisement professionnel presque doublée pour les cadres, tous métiers confondus.(9) Ceci pouvant hypothétiquement se comprendre par une croissance proportionnelle du stress à mesure que les responsabilités augmentent (en s'élevant dans la hiérarchie avec ce que cela engendre : augmentation de la charge de travail, difficultés à se détacher du travail le weekend, négociations avec la direction, plus de peine à récupérer d'une journée à l'autre, etc). D'autres hypothèses encore pourraient venir tenter d'expliquer ce phénomène. Cependant, un autre rapport réalisé par les fondateurs de l'échelle CBI en 2005(34) met en lumière un niveau d'épuisement presque diminué de moitié pour les cadres hiérarchiques du milieu sanitaire (médecin-chef, infirmière cheffe, superviseurs) comparé à celui des collaborateurs (médecins, infirmières, sages-femmes, etc.).

L'analyse dégagée de ce travail vient corroborer la seconde étude, et nous l'expliquons avec le même phénomène observé dans l'analyse de la variable âge, à savoir : la sélection naturelle amène les plus forts à s'adapter et survivre face au stress chronique, ces mêmes individus se retrouvent, avec les années, dans une fonction de cadre.

Une autre hypothèse serait celle d'une diminution du stress chez les cadres soit via une charge de travail réduite notamment grâce à des possibilités de délégation, soit par habitude du milieu, soit via des plages horaires mieux adaptées à la conciliation vie privée/vie professionnelle. Enfin, une dernière piste serait celle d'une rémunération plus juste pour un niveau de stress et de responsabilités qui l'accompagnent : un retour (financier) sur investissement (personnel). La difficulté, dans ce travail, émane essentiellement du fait que la définition du « cadre » au sein de l'institution du CHUV est floue et ne permet pas de bien catégoriser toute la population entre cadre et collaborateurs. Nous reviendrons plus tard (dans la partie « limitations ») sur cette problématique et les biais potentiels qu'elle engendre.

Concernant la ***catégorie professionnelle*** ainsi que le ***type de département***, à notre connaissance, il n'existe pas d'études comparatives des diverses catégories professionnelles ou types de département au sein d'un hôpital universitaire ; en lieu et place, la plupart des études mesurent le niveau de burnout par domaine spécialisé, ce à quoi nous n'avons pas eu accès pour des raisons politiques (éviter de soulever des polémiques en comparant différentes spécialités par exemple) ainsi que pour faciliter l'aspect statistique de ce travail.

Cependant, il est clairement constaté que le milieu des soins, ainsi que le milieu psycho-social sont des catégories professionnelles lourdement impactées par l'épuisement au travail, ce qui intuitivement fait sens (on retrouve un classement de divers métiers selon l'échelle CBI, dans le document explicatif de cette échelle, réalisé par les auteurs de cette échelle CBI.)(34). A l'inverse, l'administratif, la recherche et la logistique ayant des horaires réguliers, avec des niveaux de stress relativement constants, sans trop de pics, et éloigné des relations soignant-soigné avec ce que cela engendre, sont, eux, plus abrités d'impacts néfastes liés aux stress(35). Une étude réalisée au Canada en 2000 (36)compare, au sein d'un service d'oncologie, l'état d'épuisement entre médecins, personnel soignant et le « support staff », en mettant en évidence une plus forte atteinte des médecins que des deux autres catégories. Nous pourrions aussi aborder la discussion des différents profils d'individus, en fonction de leur choix de domaines d'activité, cependant nous y reviendrons plus loin dans ce travail.

Face à ***l'ancienneté***, nous pouvons relever une certaine fidélité des répondants à l'enquête de satisfaction à l'institution du CHUV avec une prédominance des collaborateurs appartenant à la catégorie 11 ans et plus. Cependant, c'est aussi ce dernier groupe qui prend certainement plus le soin de participer à ce genre de questionnaire de satisfaction, y voyant un certain intérêt dans l'amélioration au long cours, alors que d'autres groupes qui seraient plus « de passage » ne consacrent pas forcément du temps à ce type de questionnaire, n'y ayant pas un réel intérêt, au vu de leur court temps de passage au sein du CHUV.
Une étude espagnole, datée de 2007 et ciblée sur le corps infirmier(37) constate que les plus jeunes dans le domaine ainsi que ceux ayant le moins d'ancienneté dans leur propre carrière (et non dans l'institution analysée) sont les plus vulnérables face au danger du stress chronique.
Dans notre travail, la difficulté est d'estimer ici quelle est la part de biais sur la mesure du burnout car l'ancienneté mesurée l'est au sein d'une même institution (comment assurer que le groupe 0-2 ans sont ceux avec le moins d'expérience ? Peut-être viennent-ils d'un autre centre où ils auraient déjà acquis plusieurs années de métier, et l'adaptation qui va avec). Cependant, la constatation faite dans l'exemple de ce travail confirme ce que la littérature avance relativement à l'âge, à savoir : les plus âgés sont moins à risque, car ils se sont adaptés. Ici, on peut imaginer que les « 11 ans et plus » ont minimum 11 ans d'expérience professionnelle, nous assurant qu'ils ont su adapter leur stratégie du « faire face », pour passer par-dessus la vague du stress accumulé. On retrouve ce même principe dans les groupes d'âges ainsi que les deux groupes hiérarchiques (cadre vs non-cadre). En conclusion, les plus anciens se sont déjà adaptés et sont moins vulnérables, ou ont quitté l'institution. Les plus anciens se retrouvent chez les plus âgés ainsi que chez les cadres. Des analyses précédentes, nous pouvons mettre en lumière la récurrence de deux variables : la classe d'âge ainsi que l'ancienneté. On peut donc dégager une « période de sensibilité » face à la gestion du stress qui se situerait entre 30 et 40 ans ainsi qu'un lien avec 3 à 5 ans d'ancienneté au sein d'une institution donnée. Si nous transférons ces résultats à l'entier de la population des médecins du CHUV, nous aurions comme population cible les médecins assistants « ainés » ainsi que les chefs de clinique (qu'ils soient ou non cadres de proximité). Or, l'analyse relative à la hiérarchie (ci-dessus) montre que les cadres ont, en effet, un niveau d'épuisement plus bas que les collaborateurs (médecins assistants et chefs de clinique), ce qui corrobore avec notre hypothèse et les résultats obtenus. Ces faits analytiques récurrents pourraient être une première étape dans le processus de dégagement de pistes préventives. De plus, cela montre, une fois encore, que le burnout est un phénomène qui nécessite une exposition CHRONIQUE (2 ans et plus) au stress, dans une même institution.

Concernant le ***taux d'activité***, la grande majorité de l'échantillon travaille entre 80 et 100%, ce qui va dans le sens de notre recherche car nous évaluons l'épuisement professionnel, et présupposons que pour ce faire, nous cherchons une population qui passe la majorité de son temps au travail, et non dans d'autres milieux (qui ne sont pas forcément source de détente ou de bien être, attention!). Ceci dans le but de rester ciblé, et d'éviter toute introduction de quelconques biais qui ferait que notre

échantillon ne serait pas représentatif car, selon la littérature, il y a d'avantage de burnout chez ceux travaillant à temps plein (plus de 40 heures par semaines(38,39)).
Une étude réalisée au Portugal, analysant le niveau de burnout du corps infirmier ainsi que des médecins, conclut que les contrats de travail temporaire étaient un facteur de risque face au risque d'épuisement professionnel. Cependant, le fait de travailler pour un autre service de la même institution de soins agit comme un facteur de protection.(40)
Nous relevons également qu'au travers de la comparaison entre les deux échantillons, les médecins ne travaillent que peu à temps partielle (83% des médecins de l'échantillon travaillent à plus que 80% contre 64% dans l'échantillon global). Ceci amène à penser que le travail à temps partiel semble être plus difficile d'accès pour les médecins. Or la partialité du temps de travail pourrait-être une solution pour lutter contre un environnement trop stressant. Nous reviendront plus loin dans ce travail sur cet aspect.
De plus, il existe un lien entre travail à temps partiel et charge familiale (nombre d'enfant à domicile par exemple). Dans ce travail, nous n'avons pas eu accès à l'information relative au nombre d'enfant ni à la situation familiale (en couple/célibataire), nous empêchant ainsi toute analyse relative à cette thématique. Or cet aspect influence, selon la littérature, les niveaux de burnout mesurés, s'avérant être une source de facteur protecteur ou de stress. La littérature décrit les enfants et la famille comme facteur protecteur face à l'épuisement professionnel(29). Alors que le célibat, sans enfant serait un facteur de risque(29). Dans une étude française(9) en revanche, il ressort que le couple est un facteur protecteur alors que les enfants sont, eux, un facteur de risque d'épuisement, le pire étant célibataire, avec la garde d'enfants.

5.3 Relations entre épuisement professionnel et environnement de travail

Dans cette dernière partie, nous n'avons retenus que 4 domaines relevant, ceux expliquant au moins 25% de la variance du niveau d'épuisement professionnel. Ces 4 domaines sont la santé, l'épanouissement professionnel, la satisfaction professionnel et enfin la charge de travail. Nous faisons l'hypothèse que la relation de causalité entre ces trois premiers domaines d'une part et le niveau d'épuisement professionnel d'autre part, peut être réciproque : ces domaines influencent le niveau d'épuisement, tout comme ce dernier peut également avoir une influence sur l'évaluation de ces domaines à son tour. Pour la charge de travail en revanche, il nous parait peu vraisemblable que le niveau d'épuisement professionnel ait un effet sur cette dernière. On considère donc que c'est davantage la charge de travail qui influencerait l'épuisement professionnel que la proposition inverse. De plus, chacun de ces domaines peut être perçus comme étant un facteur protecteur ou à risque, sur lequel nous pourrions agir pour obtenir des pistes d'améliorations au niveau institutionnel, alors que les résultats dégagés des variables sociodémographiques nous apportent plus un profil à risque (les jeunes avec peu d'expérience au sein de l'institution), sur lequel nous pourrions axer nos actions de prévention primaire. Nous pourrions, par exemple, offrir l'accès à des centres de bien-être/fitness pour encourager l'entretien de sa propre santé, ce qui, selon nos résultats (relatifs à l'item « santé »), pourrait nous abriter ou du moins nous protéger en partie face au risque d'épuisement professionnel. La balance cout/bénéfice mériterait d'être mesurée, particulièrement au sein des jeunes de l'institution, afin d'explorer des solutions réalistes. D'autres hypothèses sont exposées plus loin dans le chapitre : « Recherche future ».

5.4 Limitations

Les limites de cette analyse sont de diverses natures : la première, liée à l'échantillon, la seconde, liée à l'analyse statistique et enfin, la troisième, liée à la mesure du burnout.

5.4.1 Limites liées à l'échantillon

- Limites liées à la base de données (propos recueillis directement de l'enquête de satisfaction de 2013 sur laquelle nous nous sommes appuyés pour réaliser ce travail) :

L'identification des répondants/tes cadres : pour cette édition encore certaines personnes se sont plaintes de ne pas avoir reçu le questionnaire cadre alors qu'elles avaient une charge de cadre attribuée par leurs départements. De fait, les listes établies par les départements diffèrent sensiblement de celles établies par l'administration ce qui pose la question de la définition du groupe « cadre » et reste problématique pour la validité des analyses réalisées sur la distinction cadres – collaborateurs/trices. Par ailleurs, nous rappelons que, pour des raisons logistiques, le questionnaire papier « non cadres » est envoyé à tous les salariés du CHUV cadres ou non cadres. Malgré les dispositions prises pour éviter les confusions nous ne pouvons exclure la possibilité que des cadres aient pu répondre au questionnaire non cadre(23).

De plus, l'inverse est tout aussi impossible à exclure : que les non-cadres (selon la direction des ressources humaines) aient répondu en tant que cadre (car ils sont possiblement considérer comme étant cadre au sein de leur département). Ceci influence beaucoup l'analyse des résultats car nous ne pouvons être clairs dans le ciblage de la population à risque (le profil type), au vu de ce flou distinctif.

Les données manquantes ou erronées (nom de département non compatible avec nom de service) pour les départements et services. Le taux de données manquantes pour le département est de 6.5%, il est de 17.7% pour les services. Ceci combiné à un taux de participation parfois bas limite la restitution des résultats au niveau des services.

- *La validité des tests statistiques :* comme l'a souligné l'auteur du rapport sur la satisfaction du personnel du CHUV sur ces mêmes données *: l'enquête est réalisée sur de grands échantillons et sur des groupes de répondants d'effectifs souvent inégaux. Ces particularités réduisent la validité des tests statistiques et notamment des tests de comparaison de moyennes (t-test, ANOVA).* (23)
- Le regroupement des divers départements en grandes catégories de départements nous a empêché d'approfondir avec plus de détails quel secteur est le plus touché par ce phénomène. D'une part, cela protège l'institution de toutes polémiques, et d'autre part, cela permet une simplification dans le traitement des données, au niveau statistique. Cependant, cela entrave également toutes actions ciblées dans les lieux où les besoins seraient les plus élevés
- Au niveau statistique, la taille de l'échantillon était suffisante pour généraliser nos résultats à la population globale (du CHUV), cependant, au niveau de chaque sous-catégorie, cela a pu engendrer quelques biais. Par exemple, l'analyse faite au niveau des médecins pourrait véhiculer une mauvaise représentation de la réalité. Le nombre d'individus par catégorie serait peut-être trop faible et ferait que l'échantillon serait une limitation potentielle (nous n'avons pas vérifié, aux travers de tests statistiques si cela aurait été ou non un biais) à la généralisation de nos résultats pour l'ensemble de la population du CHUV. De plus, il ne faut pas oublier que le burnout est un épuisement professionnel. Or, les sources d'un épuisement qui se reflètent lors du travail peuvent provenir d'un autre environnement que le professionnel. La famille, les activités de loisirs, l'organisation générale de la vie en dehors du monde du travail peuvent toutes être des sources d'épuisement qui viendraient s'ajouter aux contraintes du stress en milieu professionnel. Dans ce travail, cette facette on ne peut plus importante, n'a pas du tout pu être prise en considération car la base de données ne contenait pas les informations nécessaires à cet effet, comme, par exemple, le nombre d'enfant à charge, etc. Nous n'avons pas les moyens d'y répondre dans ce travail et les pistes issues de cette réflexion sont à prendre comme source de biais potentiel.
- Enfin, au niveau de la variable « ancienneté », nous ne pouvions pas savoir si ceux avec peu d'ancienneté au sein de l'institution avait peu d'ancienneté dans la profession, ce qui est à considérer comme source de biais potentiel dans l'interprétation de nos résultats.

5.4.2 Limites liées à l'analyse statistique

- Mes compétences dans le domaine de l'analyse statistique. J'ai personnellement dû faire une mise à niveau rapide de mes connaissances en statistique pour être en mesure de traiter, à l'aide d'un programme informatique, une telle base de données et d'être capable de comprendre et d'analyser les résultats ressortant des différents tests utilisés à cet effet. De plus, la construction des variables subjectives repose sur la somme de questions qu'après délibération entre experts en statistiques et d'autres du domaine clinique de la santé au travail, avons décidé d'additionner ainsi, et non sur

l'ensemble des questions tel que défini au sein du questionnaire de satisfaction antérieurement (2013) réalisé. L'exemple du type de département est très révélateur : nous avons eu accès au type de département de manière très vaguement catégorisée ; alors que le questionnaire de base parle de 20 départements distincts, nous avons eu l'accès à 7 départements résultant d'un regroupement des 20 cités ci-dessus. Evidemment, cela a facilité les analyses, mais c'est aussi une barrière dans l'approfondissement des questions qui ressortent de nos analyses et hypothèses respectives.

- La subjectivité des réponses de chaque répondant. Evaluer sur une échelle numéraire son sentiment face à une situation (que ce soit la satisfaction, le sentiment de sécurité, etc.) n'est pas évident ni très fiable. A l'inverse, toutes les questions (ainsi que variables utilisées) objectives, de type psychosocial sont bien plus fiables, malgré qu'elles ne mesurent en rien le niveau de burnout (questions relatives au score CBI = 100% subjectives). Nous ressortons avec un premier biais lié à la méthode auto-évaluatrice.
- Le choix personnel de ne retenir que les items (4 au total) expliquant au minimum 25% de la variable, est basé sur des éléments chiffrés (24), et non sur les éléments subjectifs, tels que ceux reconnus dans la littérature. Ce choix avait pour but de rester centré sur l'essentiel et non de se perdre dans de trop vagues et vastes investigations, car avec une telle base de données, les possibilités d'analyses étaient quasi infinies. Ce choix a peut-être produit un biais, en excluant d'autres variables (items) dont l'impact sur la variance était inférieur à 25%, mais tout de même important (par exemple l'item « cohésion au sein de l'équipe » expliquant environ 12% de la variance dans ce travail, mais reconnu comme important dans les stratégies d'adaptation que décrit la littérature).
- Parfois, nous nous sommes retrouvés avec un si petit groupe analysé, qu'il ne pouvait prétendre représenter l'ensemble d'une population et pouvait, de ce fait, introduire un biais en termes de représentativité.
- Le choix de l'échelle pour représenter le niveau de burnout au travers du score CBI sur les graphiques a été fait exprès pour ne pas introduire de biais de représentation, dans l'analyse des données et ainsi éviter l'effet pervers de la transformation des données. En revanche, les différences entre variables/catégories ne sont pas visuellement très flagrantes, bien qu'elles soient statistiquement significatives.
- Enfin, il faudrait ajouter que le taux de réponses au questionnaire de satisfaction est certes assez élevé mais on ne sait pas si, parmi celles et ceux qui n'ont pas répondu, on aurait trouvé des personnes moins satisfaites dont l'exposition au risque du burnout pourrait être supérieur, en moyenne, à celle des personnes qui ont répondu. Autrement dit, nous ne pouvons pas exclure un important biais de sélection et de désirabilité.

5.4.3 Limites liées à la mesure du burnout

- Tout d'abord, le sujet : le burnout. Ce mot, dans le milieu médical, est synonyme de faiblesse or le médecin, selon mon opinion, fantasmé par lui-même et souvent par ses patients, se doit d'être infaillible, robuste, éclairé, toujours prêt. Parler de ses fragilités, c'est déjà se les avouer à soi-même et briser cette image du fort, cultivée inconsciemment ou non, tout au long de son propre parcours médical. L'interroger sur ses états limites, ses épuisements, c'est le pousser à la malhonnêteté envers lui-même, et ainsi biaiser nos résultats. Or, dans ce travail, nous avons pu « by-passer » cette difficulté car nous nous appuyons sur une étude de satisfaction effectuée en 2013, ce qui permet d'obtenir des résultats plus justes car noyés dans une multitude de questions de tous ordres. Le médecin ne se sent plus interroger sur ses possibles fragilités, mais sur sa globalité, le rendant naturellement plus honnête dans la réponse qu'il donne lors de cette évaluation.
- Un second problème rencontré fut celui de l'infinie quantité d'informations existantes au sujet du burnout. Beaucoup d'études se contredisent au sujet des facteurs de risque (l'exemple du genre est révélateur), de plus la multitude d'études a été réalisée dans de multiples contextes socio-culturels et géographiques, impliquant une variation totale de culture et de perception (relation au travail, etc.) Si nous parcourions la revue de littérature annexée, nous aurions l'occasion de constater ces diverses approches et regards sur le travail, et le stress qui peut en découler. Dans ce travail, seules

les études « occidentales » ont été retenues, afin de pouvoir avancer des éléments comparatifs, dans un même référentiel culturel.

- Un dernier point mérite d'être mis en lumière : la question du seuil de l'échelle d'évaluation utilisée dans ce travail, le CBI. Nous l'avons déjà évoqué avant, le burnout n'est pas un diagnostic psychiatrique à proprement parler (présence de critères diagnostiques dans un livre de références psychiatrique, comme par exemple le DSM-5), et aucune échelle n'a de seuil décisionnel à partir duquel le burnout est décrété. Cette échelle relève d'une approche dimensionnelle et non catégorielle. Nous ne pouvions donc pas mesurer la prévalence du burnout à proprement parler (sans une valeur seuil), mais plutôt le niveau de stress vécu, exprimant le niveau, plus ou moins élevé, d'épuisement professionnel (burnout).
  A cela, s'ajoute le problème de l'utilisation d'une seule des trois parties de l'échelle CBI. Bien que ses auteurs affirment pouvoir utiliser chacune des trois parties de manières indépendantes les unes des autres, il aurait été beaucoup plus précis de travailler avec les trois parties du questionnaire. Nous aurions pu voir de manière plus précise quelle « facette » est plus affectée en fonction de nos variables analysées. Cependant, dans la mesure où nous avons repris des données préexistantes (elles-mêmes appartenant à un questionnaire de satisfaction et non un questionnaire porté directement sur le burnout), nous avons analysé ce que nous pouvions, avec ce que nous avions, et cela a permis une bonne évaluation globale du niveau de stress dans le milieu professionnel médical, ce qui est le but de ce travail.
  Enfin, la très grande majorité des études travaillent avec un questionnaire « Maslach Burnout Inventory » et non le CBI utilisé dans ce travail, car il est, également, celui utilisé dans l'étude de satisfaction de 2013, notre base de données (il nous a donc été imposé). Autrement dit, ce n'était pas toujours évident de faire de précises comparaisons (chiffrées) car ces deux échelles sont différentes, mais les conclusions tirées des divers travaux sont, elles, utilisables et nous nous sommes essentiellement basés là-dessus.

5.5 Recherche future

5.5.1 Pistes individuelles

L'idée est de souligner ce qui ressort de ce travail et de l'utiliser en vue de proposer des pistes d'amélioration de la situation actuelle. Ce que nous pouvons affirmer à partir de nos résultats en vertu de leur récurrence, c'est que les plus exposés (et donc les plus atteints) sont les jeunes et ceux dont l'ancienneté au sein du CHUV est inférieur à 5 années. Des actions de prévention devraient être dirigées sur cette population cible, quel que soit le département. Une étude polonaise relève qu'une évaluation des stratégies d'adaptation au début de la formation pourrait être considérée comme un instrument diagnostique pour identifier une tendance au développement de burnout dans sa profession de soignant.(18) A cela, une méta-analyse réalisée en 2016 chez les infirmiers/infirmières a révélé qu'une stratégie d'amélioration du coping sur une année pourrait être une clé dans l'autogestion du stress environnant, diminuant ainsi le taux de burnout. Malheureusement, cette méta-analyse n'entre pas en détails dans les types de stratégies de coping, mais relève l'efficacité de certains mécanismes de coping adaptés dans la prévention primaire.(41) De plus, une autre étude, datée de 2015 et réalisée en Espagne(42), identifiant diverses facteurs de risques sociodémographiques de l'épuisement professionnel, tels que le genre, etc., met surtout l'accent sur les différents traits de personnalité ressortant du « Five Factor Model » (un modèle de psychologie basé sur *cinq traits centraux de la personnalité empiriquement proposé par Goldberg (1981*(43)*). Ces cinq traits définissant une personnalité sont :* ***1) Ouverture*** *= appréciation de l'art, de l'émotion, de l'aventure, des idées peu communes, curiosité et imagination et ouverture aux autres,* ***2) Conscienciosité*** *= autodiscipline, respect des obligations, organisation plutôt que spontanéité ; orienté vers des buts* ***3) Extraversion*** *= énergie, émotions positives, tendance à chercher la stimulation et la compagnie des autres,* ***4) Agréabilité*** *= une tendance à être compatissant et coopératif plutôt que soupçonneux et antagonique envers les autres,* ***5) Neuroticisme ou névrosisme*** *= contraire de stabilité émotionnelle : tendance à éprouver facilement des émotions désagréables*

comme la colère, l'inquiétude ou la dépression, vulnérabilité(43).) En effet, cette étude conclu qu'à mesure que l'épuisement augmente, la névrose (neurotiscisme) augmente également alors que l'ouverture, l'extraversion, l'agréabilité et la conscienciosité diminuent, et que ces traits de personnalités seraient plus à prendre en considération dans l'évaluation du risque de burnout que les variables sociodémographiques, bien qu'elles soient aussi associées.(42)
Plusieurs chercheurs ont essayé de faire le lien entre ces traits de personnalités et une identité figée ou un profil-type, plus à risque face aux phénomènes d'épuisement professionnel. Cependant, les traits de personnalité ne représentent pas un comportement constant et varient d'une situation à l'autre. Nous n'avons pas trouvé dans la littérature de méta-analyse ou autre type d'étude portant sur un/des profils-types. La littérature expose différentes théories mais sur aucune, la collectivité n'arrive à s'accorder (*locus of control, hardiness, type A*, etc.), dans la mesure où ces traits dépendent de l'environnement et ne sont pas stables et constants.(44)
Cependant, dans une littérature plus générique(45), on a retrouvé certains profils de personnalité qui seraient plus enclin à faire un burnout chez les médecins : le **samaritain** (qui anticipe en priorité les besoins de son entourage, mais tait les siens, en permanence responsable des autres), le **surdoué**, l'**hyperactif** (toujours occupé, a de la peine à se dégager du temps libre, en permanente compétition) et le **perfectionniste** (Adepte de l'objection, hyper compétitif, aux exigences abusives). Il serait donc intéressant de faire un « screening » chez les jeunes médecins (moins de 40 ans) ainsi que les « nouveaux arrivés » dont l'ancienneté ne dépasse pas les cinq années au sein du CHUV, en se basant, d'une part, sur les cinq traits de personnalités cités ci-dessus et, d'autre part, sur les profils dégagés, afin de mesurer lesquels sont plus à risque de faire un burnout et entamer avec eux un processus préventif basé sur l'amélioration de leurs propres stratégies de coping. Ceci permettrait de prendre le mal à sa racine, et non d'attendre que le médecin subisse un niveau de stress trop élevé et qu'on tente, par la suite, de réparer le mal au travers d'une prévention secondaire (médecine du personnel) voir l'arrêt maladie.

5.5.2 Pistes institutionnelles

Au-delà des mesures personnelles, l'institution devrait mettre en œuvre des moyens organisationnels pour réduire le stress. Plus haut dans ce travail, nous avons constaté que ressortaient de nos résultats 4 domaines parmi d'autres, également retrouvés dans la littérature, qui pourraient agir comme facteur protecteur/de risque et sur lesquelles nous pourrions envisager quelques pistes préventives. Par exemple, il serait possible en diminuant les charges de travail (ce qui reviendrait à augmenter les effectifs), en délestant les médecins de tâches que d'autres professionnels pourraient assumer, en opérant le « reengineering »(46,47) de divers processus-clé propres aux activités médicales, en améliorant la reconnaissance du travail effectué (ce qui augmenterait le sentiment de gratitude d'une personne qui se donne à son métier), en développant la cohésion au sein de l'équipe (aux travers de moments libres de partages et d'échanges), en créant des espaces de délibération sur les valeurs et les conflits de valeurs au sein d'un même métier, en minimisant le poids de la hiérarchie pour laisser place à une communication plus horizontale, interdisciplinaire, constructive et franche, sur le fonctionnement interne de l'équipe. Enfin, il serait adéquat d'organiser des rencontres interactives sur le sujet pour déstigmatiser les faiblesses humaines, particulièrement une fois que le médecin a enfilé sa blouse blanche, emblème du « super-héros », où ni l'erreur, ni la faiblesse ne sont autorisées(48). La culture propre au système qualité qui favorise l'expression des difficultés ressenties et l'annonce des incidents critiques sans punition ni menace de punition devrait être encore plus encouragée qu'elle ne l'est à ce jour. Il serait judicieux d'adopter une gestion systémique plutôt qu'individuelle dans la gestion des erreurs médicales car en amont des erreurs, il y a un système dans lequel certaines conditions favorisent la survenue d'erreurs. En mettant en lumière les failles d'un système, nous pouvons l'améliorer en corrigeant les causes racines des erreurs liées à ses failles et ainsi renforcer l'ensemble du système :
« … dans un contexte culturel où la médecine semble toute puissante et infaillible, les dysfonctionnements sont plus volontiers perçus comme générés par un mauvais médecin que par une médecine imparfaite. »(10)

Il convient maintenant d'examiner certaines pistes susceptibles de solutionner ou du moins proposer une once d'amélioration à la situation actuelle :

a) *Une première piste*

Elle pourrait consister en un **suivi de l'évolution du bien-être des employés**. Certaines entreprises du secteur privé font aussi face à de hauts niveaux de stress et à des charges de travail très lourdes. L'une d'entre elles (Boston Consulting Group, entreprise de conseil en stratégie) a développé un système de suivi qui prend fin au terme de chaque projet, afin d'évaluer trois aspect : PTO (prévisibilité, teaming et communication ouverte). Cela s'entend comme une feuille de route détaillée avec, de surcroit, un forum pour constater et partager les progrès et les besoins des membres de l'équipe. Tout cela est analysé par un responsable qui en a la tâche. Après l'adoption et la mise en œuvre du projet PTO, l'entreprise a enregistré des améliorations exceptionnelles de la satisfaction personnelle ainsi que des performances : une augmentation moyenne de 35% du travail d'équipe et de la collaboration, une augmentation de 35% de la valeur livrée aux clients et une augmentation de l'efficacité de l'équipe de 100%.(49)

Ceci n'est qu'un exemple de piste d'amélioration transposable également dans le milieu médical public, particulièrement confronté en permanence au souci des déficits. Bien que le travail d'un médecin soit souvent réparti sur plusieurs projets à la fois (plusieurs patients), l'idée d'un suivi ou d'un espace de partage pour constater les améliorations ou, a contrario, les besoins persistants pourrait être une idée de progression face à la problématique de l'épuisement. Evidemment, cela engendre du temps ainsi qu'un cout supplémentaire à l'entreprise. Mais l'investissement d'une meilleure prévention serait peut-être en mesure de diminuer les couts globaux qu'engendre le stress au travail. L'hypothèse mériterait d'être vérifiée.

Face à l'impact financier engendré par le stress, le Secrétariat d'Etat à l'Economie (SECO) publie, déjà dans les années 2000(50), ce qui suit :

(Attention, le burnout n'est pas une maladie professionnelle ni un accident du travail, mais une maladie **liée** au travail, et n'est donc pas soumise aux mêmes exigences légales(51) (plus de détails en annexe : tableau 28.)

« Les coûts monétaires du stress s'élèvent à 4,2 milliards de francs environ, soit à 1,2% du PIB. Ils comprennent 1,4 milliards de francs de frais médicaux, 348 millions de francs de frais d'automédication contre le stress et 2,4 milliards de francs liés aux absences et pertes de production. Si l'on ajoute aux coûts imputables au stress ceux des accidents du travail et des maladies professionnelles, on obtient un montant de près de 8 milliards de francs ou 2,3% du PIB. Cette somme représente les coûts des atteintes à la santé liées au travail. »(50)

b) *Une deuxième piste*

Elle peut-être celle proposée par le Bureau International du Travail (BIT), situé à Genève, qui a édité une brochure consacrée à la prévention du stress au travail, ainsi que les points de contrôles. Ceux-ci s'énoncent de la façon suivante(52) :

1) Le leadership et la justice au travail
2) Les exigences liées au travail
3) Le contrôle du travail
4) Le soutien social
5) L'environnement physique
6) La conciliation travail-vie privée et le temps de travail
7) La reconnaissance au travail
8) La protection contre les comportements offensants
9) La sécurité de l'emploi
10) L'information et la communication

Chacune de ces dimensions, qu'on retrouve sous le terme des risques psychosociaux (RPS), sont, dans les plupart des cas déjà pris en considération pour la mise en œuvre d'actions préventives, à des fins d'amélioration, sans pour autant déstabiliser le budget global de l'hôpital.

c) *Une troisième piste*

Il pourrait-être intéressant de tester de travailler à 100% mais de n'être payé qu'à 90% et recevoir la compensation en vacances supplémentaires. Ce qui ne poserait pas de problèmes d'adaptation des horaires médicaux, à conditions de respecter un calendrier préalablement organisé. Le temps partiel présente un fort potentiel d'amélioration de la qualité de vie ainsi que le respect des nouvelles aspirations des générations X, Y et Z. Il est, depuis les vingt dernières années, de plus en plus pratiqué, également chez la gente masculine, avec le nouveau mouvement du « jobsharing » (qui consiste à partager un poste à hautes responsabilités plutôt que de rester confiné dans des postes peu stimulants)(53). Pourquoi ne pas penser une organisation du travail selon un horaire de 60%. Il faudrait évidemment augmenter les effectifs et donc les dépenses, mais le gain économisé lié à la réduction des accidents liés au travail (maladies professionnelles (définies par la LAA) ainsi que les maladies liées au travail) serait peut-être compensatoire. De plus, il pourrait être judicieux de revoir les dépenses par secteur, d'accepter les éventuelles erreurs et de faire preuve d'honnêteté intellectuelle. Il en va du combat contre sa propre nature humaine : réduire certaine qualité de vie déjà bien élevée, pour en rehausser d'autres qui paient les conséquences d'un système élaboré bien avant les technologies actuelles.
Il serait aussi possible de soutenir les projets personnels liés aux valeurs et motivations premières de pratiquer la médecine (aider les gens, sauver des vies, par exemple) et assurer une sécurité de l'emploi par la suite (3 mois), une fois les projets personnels réalisés.

d) *Une quatrième piste*

Le timbrage pourrait être instauré afin d'avoir un réel contrôle sur les heures effectuées, à titre de transparence et d'amélioration. D'une part, cela assurerait le respect de la loi du travail de 50 heures par semaine (datant de 2005), ce qui n'est pas toujours pas le cas pour la majorité des médecins(54), et d'autre part, cela ferait office de preuve lors de la comptabilisation des heures supplémentaires. Pour illustrer le fait que la loi des 50 heures n'est toujours pas respectée et qu'une pression persiste afin de ne pas comptabiliser les heures effectives, l'Association des médecins assistants et chefs de clinique publie en début d'année 2017 :
« Les témoignages recueillis par l'ASMAC le prouvent: il n'est pas rare que des médecins chefs de service invitent leurs assistants à ne pas comptabiliser leurs heures supplémentaires. La grande dépendance des médecins en formation envers leur patron pour la poursuite de leur carrière les fait renoncer à faire valoir leur droit. »(54)
Quant au niveau technologique, le dossier électronique du patient ne devrait pas se limiter à l'institution, mais l'ensemble des acteurs de santé devrait pouvoir y avoir accès dans l'exercice de leur fonction, à l'échelle nationale. Cela augmenterait la qualité de la communication, diminuerait les répétions des tâches et donc ferait gagner du temps en évitant d'en perdre inutilement, dans un souci d'efficience. Depuis l'entrée en vigueur de la loi fédérale sur le dossier électronique en avril 2017, une réelle avancée dans la transmission d'informations et de communication a été faite et devrait entrée en fonction dès juin 2018(55).
Enfin, l'aspect administratif du quotidien d'un médecin à beaucoup augmenté. A l'heure actuelle, au sein de l'institution du CHUV, le temps d'un médecin assistant passé auprès de ses patients s'élève à 114 minutes en moyenne par jour(56,57). Le reste relève de tâches administratives, pour lesquelles les médecins n'ont, au niveau académique, pas reçu de formation. Il serait donc envisageable de déléguer une grande partie de cet aspect à des assistantes médicales, qui certes pourrait peut-être augmenter les couts dans un premier temps, mais une fois encore, le gain de qualité de vie, réduirait l'absentéisme et les pertes que celui-ci engendre pour l'institution. En parallèle, et sans avoir fait de calculs, nous pouvons imaginer que les couts horaires d'un médecin coutent davantage que ceux d'une assistante médicale. Ceci permettrait probablement une optimisation des couts, mais accentuerait la séquentialité des tâches, et donc les niveaux de transmissions et les risques de bug

engendrés ainsi que les conséquences en termes de perte de temps. On le voit bien, la solution n'est pas toute simple.

6. Conclusion

Ce travail nous aura permis de mettre en évidence la relation existante entre diverses variables sociodémographiques et le niveau de burnout au sein de l'institution du CHUV. De cela, nous avons pu mettre en lumière que le profil de médecins le plus touché est celui des jeunes médecins (27 à 40 ans), n'ayant que peu d'expérience au sein de l'institution (moins de 5 ans), mais tout de même suffisamment pour subir l'aspect récurent et chronique (au moins 2 ans) des situations à stress élevé Ce qui corrobore avec la littérature à ce sujet. De plus, il nous aura également permis d'étudier les relations existantes entre certain domaine (tel que la santé ou la charge de travail, par exemple) et le niveau d'épuisement professionnel. Nous avons ainsi pu dégager certain facteur de risque ou protecteur sur lesquelles nous pourrions envisager quelques pistes d'améliorations en plus de ce qui est déjà mis en place à l'heure actuelle pour lutter contre ce phénomène. Malheureusement, nous n'aurons pas pu explorer tous les éléments pouvant influencer la survenue d'un épuisement professionnel au sein d'une institution hospitalière, telle que la situation familiale et conjugale pour ne citer qu'un exemple. D'autres travaux mériteraient d'être menés afin d'explorer plus en profondeur les acteurs et sources responsables de cette problématique de l'épuisement professionnel.
Ce qui est sûr, c'est que les institutions ne peuvent ni négliger ce danger, ni le passer sous silence car il en va de la qualité de ses prestations et de la préservation de ses ressources humaines ainsi que de la réduction des coûts induits par un burnout suivi d'un arrêt de travail au niveau du système social global.

7. Remerciements

La Doctoresse Christine Besse, qui m'aura suivi du début jusqu'à la fin. Sans elle ainsi que toutes ses démarches organisationnelles et administratives, ce travail n'aurait pu voir le jour.
Le Docteur Philippe Golay, qui m'a formé et supervisé pour le traitement de la base de données, avec toute la patience que cela demande.
Le Professeur Charles Bonsack, qui a accepté d'être mon mentor et tuteur officiel.
Ma famille qui m'a soutenu depuis le premier jour et avec laquelle j'ai eu d'intéressants échanges à ce sujet.
Mon colocataire et mes amis, avec qui débattre est toujours un plaisir et qui, sans le savoir, auront enrichi ma réflexion sur ce phénomène.

8. Bibliographie

1. H. Bradley. Community-Based Treatment for Young Adult Offenders. 1969. 359-70 p. (Crime and Delinquency).

2. Freudenberger HJ. Staff Burn-Out. J Soc Issues. 1 janv 1974;30(1):159‑65.

3. Maslach C, Michael P. Leiter 1947-, Gourdon V, Leiter MP. Burn-out: Le syndrome d'épuisement professionnel [Internet]. Editions Les Arènes; 2011. Disponible sur: https://books.google.ch/books?id=hhJDYgEACAAJ

4. M.Robbe-Kernen et R. Kehtari. Revue Médicale Suisse: Les professionnels de la santé face au burnout. 2014;(443):1787.

5. Canouï P, Mauranges A. Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants: de l'analyse du burn out aux réponses. Masson; 2001. 224 p.

6. Élisabeth Grebot. Stress et burnout au travail : identifier, prévenir, guérir. Paris: Groupe Eyrolles; 2008.

7. Qui sommes-nous – Médecins de famille [Internet]. 2017 [cité 11 juill 2017]. Disponible sur: http://www.medecinsdefamille.ch/qui-sommes-nous/

8. Primary Care. 2004;(38):716.

9. J-C Delgènes. Le syndrome d'épuisement : une maladie professionnelle. Technologia; 2014.

10. GALAM E. L'erreur médicale, le burn-out et le soignant. Springer Science & Business Media; 2012. 322 p.

11. Traitements des troubles psychiatriques selon le DSM-5 et la CIM-10. De Boeck Superieur; 2016. 1418 p.

12. Agnès Martineau-Arbes, Magali Giné, Prisca Grosdemouge, Rémi Bernad. LE SYNDROME D'EPUISEMENT, UNE MALADIE PROFESSIONNELLE étude pour la reconnaissance du syndrome d'épuisement professionnel au tableau des maladies professionnelles. 2014.

13. Kobasa SC. Personality and resistance to illness. Am J Community Psychol. 1 août 1979;7(4):413‑23.

14. Roberts DL, Cannon KJ, Wellik KE, Wu Q, Budavari AI. Burnout in inpatient-based versus outpatient-based physicians: a systematic review and meta-analysis. J Hosp Med. nov 2013;8(11):653‑64.

15. Snyder CR. Coping: The Psychology of What Works. Oxford University Press; 1999. 367 p.

16. Guelfi J-D, Despland J-N, Hanin B, Perry JC. Mécanismes de défense : principes et échelles d'évaluation. Elsevier Masson; 2011. 188 p.

17. Ionescu S, Jacquet M-M, Lhote C. Les mécanismes de défense: Théorie et clinique. Armand Colin; 2012. 263 p.

18. Małgorzata Tartas, Maciej Walkiewicz. The coping strategies during medical education predict style of success in medical career: a 10-year longitudinal study [Internet]. Pologne; 2016 [cité 20 déc 2016]. Disponible sur: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4957329/

19. Dejours C. Travail, usure mentale: essai de psychopathologie du travail. Bayard; 2000. 280 p.

20. OECD. Sick on the Job? [Internet]. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2012 [cité 22 juill 2017]. Disponible sur: http://www.oecd-ilibrary.org/;jsessionid=99knltxe5bt5.x-oecd-live-03content/book/9789264124523-en

21. V. Langevin, S. Boini, M. François, A. Riou. Références en santé au travail, Risques psychosociaux : outils d'évaluation. 2014;(118).

22. ReMed [Internet]. [cité 11 avr 2017]. Disponible sur: http://www.fmh.ch/fr/rem/remed.html

23. Ingrid Gilles. ENQUETE 2013 DE SATISFACTION PROFESSIONNELLE DES COLLABORATEURS ET DES CADRES DU CHUV. 2013.

24. J. Cohen. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd éd. Hillsdale, NJ: Erlbaum; 1988.

25. J.-B. Légal. Rappel Methodologique concernant la méthode expérimentale. Université Paris Ouest-Nanterre;

26. Doppia M-A, Estryn-Béhar M, Fry C, Guetarni K, Lieutaud T, comité de pilotage de l'enquête SESMAT. [Burnout in French doctors: a comparative study among anaesthesiologists and other specialists in French hospitals (SESMAT study)]. Ann Fr Anesth Reanim. nov 2011;30(11):782‑94.

27. Heinke W, Dunkel P, Brähler E, Nübling M, Riedel-Heller S, Kaisers UX. [Burnout in anesthesiology and intensive care : is there a problem in Germany?]. Anaesthesist. déc 2011;60(12):1109‑18.

28. Nason GJ, Liddy S, Murphy T, Doherty EM. A cross-sectional observation of burnout in a sample of Irish junior doctors. Ir J Med Sci. déc 2013;182(4):595‑9.

29. Guèye M., Moreira P.M.,. Burn-out syndrome among students in training at Dakar teaching hospital in Senegal. 2015;

30. Ripp J, Fallar R, Babyatsky M, David R, Reich L, Korenstein D. Prevalence of resident burnout at the start of training. Teach Learn Med. juill 2010;22(3):172‑5.

31. Merlani P, Verdon M, Businger A, Domenighetti G, Pargger H, Ricou B, et al. Burnout in ICU caregivers: a multicenter study of factors associated to centers. Am J Respir Crit Care Med. 15 nov 2011;184(10):1140‑6.

32. Michèle Laliberté. Seniors, baby-boomers, générations X et Y - des clients, mais aussi des employés. UQAM; 2005.

33. Zameczkowski A, Prins C. #FANS: Comprendre la nouvelle génération hyper-connectée sur YouTube, Twitter, Instagram, Vine... Editions Kawa; 2016. 188 p.

34. Kristensen TS, Borritz M, Villadsen E, Christensen KB. The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. Work Stress. 1 juill 2005;19(3):192‑207.

35. Du H1, Qin L. Relationship between job burnout and cognitive function and influencing factors of job burn out among medical staff. 2015;

36. Grunfeld E, Whelan TJ, Zitzelsberger L, Willan AR, Montesanto B, Evans WK. Cancer care workers in Ontario: prevalence of burnout, job stress and job satisfaction. CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Medicale Can. 25 juill 2000;163(2):166‑9.

37. Soto-Rodríguez A, Pérez-Fernandez MR. [BURNOUT SYNDROME AND STRESS OF NURSING STAFF IN A OURENSE HOSPITAL]. [Internet]. 2015 [cité 19 déc 2016]. Disponible sur: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26521425

38. Wang Z, Xie Z, Dai J, Zhang L, Huang Y, Chen B. Physician burnout and its associated factors: a cross-sectional study in Shanghai. J Occup Health. 2014;56(1):73‑83.

39. Demirci S, Yildirim YK, Ozsaran Z, Uslu R, Yalman D, Aras AB. Evaluation of burnout syndrome in oncology employees. Med Oncol Northwood Lond Engl. sept 2010;27(3):968‑74.

40. Teixeira C. Burnout in intensive care units - a consideration of the possible prevalence and frequency of new risk factors: a descriptive correlational multicenter study [Internet]. 2013 [cité 20 déc 2016]. Disponible sur: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24172172

41. Lee H-F, Kuo C-C, Chien T-W, Wang Y-R. A Meta-Analysis of the Effects of Coping Strategies on Reducing Nurse Burnout. Appl Nurs Res ANR. août 2016;31:100‑10.

42. Cañadas-De la Fuente GA, Vargas C, San Luis C, García I, Cañadas GR, De la Fuente EI. Risk factors and prevalence of burnout syndrome in the nursing profession. Int J Nurs Stud. janv 2015;52(1):240‑9.

43. Modèle des Big Five (psychologie). In: Wikipédia [Internet]. 2016 [cité 27 févr 2017]. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Mod%C3%A8le_des_Big_Five_(psychologie)&oldid=126040419

44. Patrick Bovier, Martine Bouvier Gallacchi, Catherine Goehring. Santé conjuguée : Burnout : Quand s'ouvre les portes du vide. Santé des médecins de premier recours en Suisse. Résultats de la première enquête nationale. Page 86-87. Santée conjuguée; 2005.

45. Suzanne Peters &, Dr. Patrick Mesters. Vaincre l'épuisement professionnel. Toutes les clés pour compren dre le burnout. Robert Laffon. 2007. 70-76 p.

46. Champy J, Greenspun H. Reengineering Health Care: A Manifesto for Radically Rethinking Health Care Delivery. FT Press; 2010. 241 p.

47. Low L. Economics of Information Technology and the Media. World Scientific; 2000. 358 (p. 185).

48. S. Motamed. Revue Médicale Suisse : Tout en enfilant sa blouse blanche, on s'interroge. 2006 [cité 24 juill 2017];2. Disponible sur: https://www.revmed.ch/RMS/2006/RMS-85/2338

49. A Better Way to Work - PTO - Predictability, Teaming, & Open Communication [Internet]. [cité 29 mars 2017]. Disponible sur: https://www.bcg.com/careers/path/consulting/better-way-to-work.aspx

50. Daniel Ramaciotti, Julien Perriard. SECO: Les coûts du stress en Suisse. Genève; 2000.

51. Hygiene GM&. Le burnout est-il une «maladie professionnelle»? [Internet]. Le burnout est-il une «maladie professionnelle»? - Planete sante. [cité 27 juill 2017]. Disponible sur: /Magazine/Ethique-politique-et-droit/Caisse-et-assurance-maladie/Le-burnout-est-il-une-maladie-professionnelle

52. La prévention du stress au travail, liste des points de contrôle. Bureau International du Travail; 2013.

53. De plus en plus d'hommes optent pour le temps partiel [Internet]. [cité 26 juill 2017]. Disponible sur: https://www.letemps.ch/economie/2017/07/25/plus-plus-dhommes-optent-temps-partiel

54. Modoux F. Le surmenage reste la règle à l'hôpital. 24Heures, VQH [Internet]. [cité 11 avr 2017]; Disponible sur: http://www.24heures.ch/suisse/surmenage-reste-regle-hopital/story/16860725

55. FMCH : Bienvenue dans l'ère de la cybersanté [Internet]. [cité 25 juill 2017]. Disponible sur: https://www.infonlinemed.ch/bilder_allgemein/bilder_artikel/swissdoxdokument54.pdf

56. AG/VD: 94 Minutes pour les patients - Infonlinemed [Internet]. [cité 27 juill 2017]. Disponible sur: https://app.infonlinemed.ch/article/?action=readonly&aoid=270882&langId=1&sendId=276335&u=E5B0B33D8C91EFDBB2E7E25DC67D2C7A232F74007155599B5E10939F3DF6FF82

57. Au CHUV, les médecins passent trois fois plus de temps devant leur écran qu'avec leurs patients [Internet]. [cité 27 juill 2017]. Disponible sur: https://www.letemps.ch/sciences/2017/02/03/chuv-medecins-passent-trois-plus-temps-devant-ecran-quavec-leurs-patients