



**HAL**  
open science

## Relation entre le risque de burn-out et le mode d'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute

Martial Baudry, Michele Briansoulet, Anaick Perrochon

### ► To cite this version:

Martial Baudry, Michele Briansoulet, Anaick Perrochon. Relation entre le risque de burn-out et le mode d'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute. *Kinésithérapie, la Revue*, 2020, 20, pp.3 - 9. 10.1016/j.kine.2020.02.013 . hal-03490954

**HAL Id: hal-03490954**

**<https://hal.science/hal-03490954>**

Submitted on 22 Aug 2022

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

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



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

**Relation entre le risque de *burn-out* et le mode d'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute**

*The relationship between burn-out and the mode of practice of physiotherapists*

M. Baudry<sup>1</sup>, M. Briansoulet<sup>1</sup>, A. Perrochon<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> ILFOMER, Institut Limousin de FOrmation aux MEtiers de la Réadaptation, F-87000 Limoges, France.

<sup>2</sup> Université de Limoges, HAVAE, EA 6310, F-87000 Limoges, France.

Adresse de correspondance : Anaick Perrochon

123 Avenue Albert Thomas

87 000 Limoges

0587080886

e-mail : [anaick.perrochon@unilim.fr](mailto:anaick.perrochon@unilim.fr)

M.B a rédigé le protocole, récolté les données et rédigé l'article

A.P. a effectué l'analyse statistique, co-rédigé l'article et a supervisé le projet

M.B. a co-supervisé le projet

Conflit d'intérêt : les auteurs ne déclarent pas de conflit d'intérêt

## **Résumé**

*Introduction.* - L'objectif de cette étude était de déterminer s'il existait un risque de survenue du *burn-out* chez les masseurs-kinésithérapeutes et si ce risque était associé au mode d'exercice (libéral ou salariat).

*Matériel et Méthode.* - Nous avons interrogé, à partir d'une enquête par un questionnaire en ligne qui intègre l'échelle *Maslach Burnout Inventory*, les masseurs-kinésithérapeutes en libéral et en salariat.

*Résultats.* - 919 masseurs-kinésithérapeutes ont été inclus dans l'étude (857 libéraux et 62 salariés). Sur l'ensemble de la population, 25% ont un risque élevé de survenue de *burn-out* dans au moins une dimension de l'échelle. Il n'existe pas de différence de risque de survenue du *burn-out* concernant les dimensions de la dépersonnalisation et de l'accomplissement personnel selon le mode d'exercice ( $P > 0.05$ ). L'exercice libéral entraîne un risque accru de *burn-out* selon l'échelle de l'épuisement émotionnel comparé à un exercice salarié ( $P < 0.05$ ).

*Discussion et Conclusion.* - Cette enquête révèle un risque élevé de *burn-out* pour l'ensemble des masseurs-kinésithérapeutes considérés avec un risque plus accru d'épuisement émotionnel pour l'exercice libéral, qui pourrait être expliqué par certaines conditions de travail.

**Mots-clés** : *Burn-out* ; Epuisement émotionnel ; Facteurs de risque ; Masseurs-kinésithérapeutes ; Stress

**Niveau de preuve** : 4

## **Abstract**

*Introduction.* - The aim of this study was to determine whether there is a risk of burn-out in physiotherapists and if this risk was associated with the mode of practice.

*Material and Method.* - We interviewed, private and public practitioners based on a survey with the Maslach Burnout Inventory (MBI) scale.

*Results.* - 919 physiotherapists were included in the study (857 private and 62 public practitioners). Of all physiotherapists, 25% have a high risk of burn-out in at least one dimension. There is no difference in the risk of burn-out occurring regarding the dimensions of depersonalization and personal achievement according to the mode of exercise ( $P > 0.05$ ). The liberal exercise leads to an increased risk of burn-out according to the scale of emotional exhaustion compared to employee practitioners ( $P < 0.05$ ).

*Discussion and Conclusion.* - This survey reveals a high risk of burn-out for the entire population of physiotherapists with a higher risk of emotional exhaustion for the self-employed exercise that could be explained by specific working conditions.

**Keywords:** Burnout; Emotional Exhaustion; Risk factors; Physiotherapists; Stress

**Level of evidence:** 4

## Introduction

D'après l'Organisation Mondiale de la Santé, *le burn-out* (BO) ou épuisement professionnel est considéré comme un phénomène lié au travail (WHO, 2017). Il a été démontré qu'une exposition prolongée à des facteurs de stress entraîne une usure mentale et une dégradation du rapport subjectif au travail [1]. Malgré des stratégies d'adaptation existantes, cette détérioration se transforme progressivement en un état de BO. Ainsi, le BO est un syndrome qui résulte d'un stress chronique au travail qui n'a pas été correctement géré. Il existe de nombreux facteurs de stress chronique au travail qui sont communs à tous les professionnels. Les facteurs les plus discriminants sont : i) les modalités particulières de management ; ii) les activités demandant une concentration soutenue ; iii) l'organisation, les horaires et la surcharge de travail ressentie ; iv) et la qualité relationnelle professionnelle [2].

Dans le domaine de la santé, le personnel soignant est particulièrement exposé au risque d'épuisement professionnel [3, 4]. En effet, le syndrome de BO chez des professionnels de santé (médecins, infirmiers, etc.) est associé à des facteurs de stress supplémentaires et spécifiques tels que la charge de travail, les exigences émotionnelles et le mauvais ajustement vie privée/vie professionnelle [5].

La prévalence et les déterminants du risque de BO ont largement été décrits chez les médecins [6] et les infirmières [7], mais il y a très peu d'études dans le domaine de la kinésithérapie [8, 9]. Deux études ont mis en évidence un risque élevé de BO chez les physiothérapeutes dans plusieurs pays tels que l'Espagne [9] et la Pologne [8], mais il n'existe pas à notre connaissance de littérature sur sa prévalence en France. **De plus, il semble que la kinésithérapie soit l'une des professions des sciences de la réadaptation la plus à risque de BO quand on la compare aux autres [10].** Parmi les nombreux facteurs liés au BO, l'environnement de travail semble jouer un rôle essentiel dans le risque du BO. Les masseur-kinésithérapeutes (MK) peuvent exercer leur profession selon différents modes d'exercice (i.e., libéral, salarié hospitalier, autre salarié ou mixte) avec des contraintes professionnelles différentes notamment au niveau de la charge de travail et de la supervision. Il a été démontré chez les infirmières que ces deux facteurs sont associés au syndrome de BO [11]. Aucune étude à notre connaissance n'a analysé l'impact du lieu d'exercice sur le risque de BO chez les MK.

Le BO affecte la bonne santé physique et mentale du soignant ce qui risque d'entraîner une diminution de la qualité de la prise en charge des patients. Afin de lutter contre ces risques, il

existe différentes stratégies de prévention à mettre en place pour les professionnels de santé, mais il convient en amont de mieux estimer ce syndrome d'épuisement professionnel chez les MK et de déterminer si le mode d'exercice est un déterminant du BO.

L'objectif principal de ce travail était d'étudier le risque de BO chez les MK en France. L'objectif secondaire était de déterminer s'il existait une relation entre le risque de BO et le mode d'exercice du MK. Nous pouvons supposer que la profession de MK est associée à un risque élevé de BO et qu'il n'existe pas de différence de risque de survenue d'un BO lié aux modes d'exercices (salariat vs libéral) de la masso-kinésithérapie. En effet, ces deux conditions de pratique ont des facteurs de stress spécifiques qui entraînent systématiquement une usure mentale.

## **Matériel et Méthode**

### *Design*

Il s'agit d'une étude transversale qui repose sur une méthode d'enquête basée sur un échantillon de la population des MK.

### *Population*

La population étudiée était l'ensemble des MK de France ayant un exercice exclusivement libéral ou salarié. Selon la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES), il y avait 86.459 MK diplômés d'Etat en 2016 dont 13.972 salariés hospitaliers et 68.402 libéraux (cabinet individuel, cabinet de groupe de professionnels de santé) [12]. Les critères d'inclusion étaient d'avoir complétés entièrement l'enquête et d'exercer exclusivement en libéral ou en salariat en France. Dans le cadre de cette étude non interventionnelle, basée sur une analyse des pratiques professionnelles, chaque participant a reçu une lettre d'information expliquant l'objectif global de l'étude. Cette enquête est réalisée anonymement et les données sont gardées confidentielles via un serveur sécurisé.

### *Questionnaire*

La conception de l'enquête a débuté en mai 2018 et a été réalisée avec le logiciel Sphinxonline (version 4.12). Cette enquête a été testée entre octobre et décembre 2018 par deux MK ayant une expertise dans le BO, par un méthodologiste et par cinq étudiants. Les corrections du questionnaire ont été réalisées après concertation entre les auteurs de cette étude. La diffusion réalisée par les réseaux sociaux de MK et par courriel à l'ensemble des MK inscrits dans le département de la Haute-Vienne s'est déroulée de décembre 2018 à fin mars 2019.

Cette enquête comprend trois parties : i) Avant-propos, ii) Questions descriptives de la population, iii) Questionnaire MBI (Maslach Burn-out Inventory).

La première partie permet de donner des indications sur la durée, le thème du questionnaire et les conditions de passation. Afin d'éviter un biais de réponses liés à une désirabilité sociale, nous n'avons pas précisé que le mode d'exercice constitue l'objectif secondaire de notre étude et qu'il était notre critère de stratification de la population.

La seconde partie concerne la description de la population et elle intègre l'évaluation de facteurs de risque de BO identifiés dans la littérature [5]. Elle comprend : i) les caractéristiques

sociodémographiques (i.e., genre, âge, etc.) ; ii) les variables socio-psychologiques (i.e., sensation de stress et d'épanouissement au travail, etc.) ; iii) les conditions de travail (i.e., nombres d'heures de travail hebdomadaire, nombre de patients journaliers, etc.) ; la rémunération (quantité de congés, cohérence activité /salaire, etc.) et la supervision.

La troisième partie évalue le risque de BO à partir de l'échelle MBI-HSS (*Maslach Burnout Inventory - Human Service Survey*) [13] dans sa version française validée [14]. Le MBI est composé de 22 items assortis d'une cotation en sept points (0 = jamais – 6 = tous les jours). Le MBI-HSS distingue trois dimensions du BO à savoir l'épuisement émotionnel (i.e., un sentiment de manque d'énergie ou d'épuisement), la dépersonnalisation (un retrait vis-à-vis du travail ou des sentiments de négativisme ou de cynisme liés au travail) et le sentiment de non-accomplissement personnel au travail (une perte d'efficacité professionnelle). Chaque dimension est évaluée séparément puisqu'elles ne peuvent pas être regroupées et quantifiées globalement.

L'enquête est principalement constituée de questions fermées (dichotomiques ou multichotomiques).

#### *Critères de jugement*

Chaque dimension (épuisement émotionnel, dépersonnalisation, réduction du sentiment d'accomplissement de soi) du MBI [13] est divisée en tertiles (niveau faible, modéré, élevé).

Le score lié à l'épuisement émotionnel se calcule sur 63 points :

- Un total inférieur à 17 : risque faible de BO
- Un total compris entre 18 et 29 : risque modéré de BO
- Un total supérieur à 30 : risque élevé de BO

Le score lié à la dépersonnalisation se calcule sur 35 points et :

- Un total inférieur à 5 : risque faible de BO
- Un total compris entre 6 et 11 : risque modéré de BO
- Un total supérieur à 12 : risque élevé de BO

Le score lié à l'accomplissement personnel se calcule sur 56 points et :

- Un total supérieur à 40 : risque faible de BO



- Un total compris entre 34 et 39 : risque modéré de BO
- Un total inférieur à 33 : risque élevé de BO

Le risque de BO est important lorsque les scores liés à l'épuisement émotionnel et à la dépersonnalisation sont élevés et que celui de l'accomplissement personnel est faible.

#### *Analyse des résultats*

Les résultats ont été traités par un tri à plat puis par un tri croisé. Le tri croisé, réalisé par le test du Khi2 ou le test de Fisher, a été utilisé pour étudier des potentielles relations entre les différentes dimensions du MBI et le mode d'exercice ou les conditions de travail des MK. L'analyse statistique a été réalisée avec le logiciel Sphinxonline (version 4.12) et une relation significative est retenue pour une valeur de  $P < 0,05$ .

## Résultats

Nous avons reçu 985 réponses entièrement complétées dont 66 ont été exclues en raison du mode d'exercice (i.e., activité mixte). L'échantillon final est composé de 919 MK qui inclut 62 salariés et 857 libéraux.

La répartition géographique des MK ayant répondu diffère de la répartition réelle des MK en France. Les régions Nouvelle-Aquitaine et Auvergne-Rhône-Alpes sont sur-représentées (respectivement 18,5% et 13,4% des réponses) alors que les régions Bourgogne-Franche-Comté, Centre-Val de Loire et Normandie sont sous-représentées (respectivement 2,3%, 2,1% et 3,3%).

Les caractéristiques socio-démographiques et les modalités de l'activité professionnelle sont présentées pour la population globale et selon le mode d'exercice (Tableau I). Il n'y a pas de différences liées au genre ou à la durée d'exercice. En revanche, nous observons des différences liées à l'âge. De plus, nous constatons qu'il y a des différences significatives de l'activité professionnelle selon le mode d'exercice (libéral, salariat). En effet, les salariés travaillent moins de 44 h, ils voient moins de 15 patients par jour et ont des durées de prise en soins plus longues (30 minutes). A l'inverse, la plupart des libéraux exercent plus de 45h par semaine et ont plus de 15 personnes par jour qu'ils prennent en charge entre 15 et 30 minutes. Concernant les congés, 85,5% des salariés se disent satisfaits du nombre de congés annuels alors que les libéraux ne sont que la moitié à partager cet avis (48%).

### Risque de BO chez les MK

Nous observons un risque élevé de BO pour plus d'un quart de la population globale dans chacune de ses dimensions du BO (Figure 1). En effet, ce risque est de 25,7% pour l'épuisement émotionnel, de 25,90% pour la dépersonnalisation et de 33,90% pour l'accomplissement personnel. Finalement, 7,6% des MK peuvent être classés comme ayant un risque complet de BO (risque élevé dans les trois dimensions) : 8,1% (soit 69/857) pour les MK libéraux et 1,6% (soit 1/62) pour les salariés.

### Risque de BO en fonction du mode d'exercice

Les résultats sont présentés selon le mode d'exercice pour chaque dimension du MBI (Tableau II). Il existe une relation significative entre le mode d'exercice et le risque de survenue de BO selon la dimension de l'épuisement émotionnel ( $P < 0,05$ ). L'exercice libéral (26,50%) entraîne

un risque plus élevé de survenue d'un BO par rapport à l'exercice salarié (14,50%) selon cette dimension (Tableau II). A l'inverse, les salariés (56,50%) risquent moins d'être touchés par ce syndrome que les libéraux (39,6%) selon cette dimension. Il n'existe aucune différence concernant le risque modéré.

Il n'existe pas de relation significative entre le mode d'exercice et le risque de survenue de BO selon la dimension de la dépersonnalisation ( $P > 0,05$ ) et dans l'accomplissement personnel ( $P > 0,05$ ). L'exercice libéral n'entraîne pas un risque plus élevé de survenue d'un BO par rapport à l'exercice salarié (25,90% des libéraux vs 25,80% des salariés pour la dépersonnalisation et de 34,30% des libéraux vs 29% des salariés pour l'accomplissement personnel, Tableau II).

### **L'épuisement émotionnel chez les kinésithérapeutes libéraux**

Le score de l'épuisement émotionnel dépend de nombreux facteurs liés aux conditions de travail des libéraux ( $n=857$ ) tels que le temps de travail (nombre d'heures par semaine), la durée des soins et le nombre de congés annuels ( $P < 0,01$ ). Au-delà de 55 heures travaillées par semaine le score est de  $25,6 \pm 10,6$  alors qu'il est de  $21,2 \pm 12,3$  lorsque que le temps de travail est inférieur ( $P < 0,01$  ; Fisher = 5,4). De même, le fait de voir les patients moins de 15 minutes en consultation augmente significativement le risque d'épuisement émotionnel comparé à une prise en soin plus longue (respectivement  $33,4 \pm 12,1$  vs  $21,6 \pm 11,6$  ;  $p < 0,01$  ; Fisher = 4,7). Une durée de congés de moins de 5 semaines/an est associée à un score de  $24,2 \pm 11,6$  alors qu'il est de  $19,8 \pm 11,4$  lorsque cette durée est supérieure ( $P < 0,01$  ; Fisher = 10,7). Ce résultat semble être confirmé par le fait que les professionnels qui considèrent que la durée des congés annuels est insuffisante ont un score de  $25,6 \pm 11,3$  comparé à ceux qui sont satisfaits de cette durée ( $17,7 \pm 10,7$ ) ( $P < 0,01$  ; Fisher = 109,2).

D'autres facteurs liés à l'état psychologique du MK (i.e., sentiment de stress, d'épanouissement, de fatigue physique et mentale) sont fortement associés à l'épuisement émotionnel ( $P < 0,01$ ). Les MK qui se sentent stressés ont un score élevé de risque de BO ( $26,3 \pm 10,7$ ) comparés aux autres ( $13,4 \pm 8,3$ ) ( $P < 0,01$  ; Fisher = 333,5). Parallèlement, ceux qui se sentent épanouis dans leurs activités ont un risque diminué par rapport à ceux qui ne sont pas satisfaits (respectivement  $19,0 \pm 10,3$  vs  $32,2 \pm 10,8$  ;  $P < 0,01$  ; Fisher = 323,9). Le sentiment d'éprouver des difficultés physiques et mentales est fortement lié au risque d'épuisement émotionnel ( $P < 0,01$ ).

## Discussion et conclusion

De nombreuses études se sont intéressées au risque de BO chez les professionnels de santé [4], mais il s'agit de la première étude en France chez les MK. **Le risque de BO semble être relativement fréquent dans la population globale des MK puisqu'un quart de la population étudiée présente un risque élevé dans au moins l'une des dimensions du BO.** Pour évoquer un syndrome d'épuisement professionnel, il faut prendre en compte l'approche tridimensionnelle du MBI. Ainsi, les stades de gravité du BO sont dépendants du nombre de dimensions concernées. Selon cette théorie, le degré de syndrome d'épuisement professionnel est dit : i) « léger » pour une seule atteinte ; ii) « modéré » pour deux atteintes sur trois; iii) « sévère » pour trois atteintes. En appliquant cette définition à nos résultats, nous constatons que 7,6% de notre échantillon est touché par un BO sévère, ce qui semble inférieure à la littérature (15,7%) et aux autres professions paramédicales (9,9% pour les orthophonistes et 15,5% pour les ergothérapeutes) [10]. Néanmoins, ces résultats sont supérieurs à ceux retrouvés dans les professions médicales (1 à 4%) [4, 15].

Il n'existe pas à notre connaissance d'étude sur la relation potentielle entre le mode d'exercice de la profession et les sous-dimensions du MBI. Nous avons démontré que seul le risque lié à la dimension de l'épuisement émotionnel est associé au mode d'exercice, avec un risque de BO plus élevé pour les MK libéraux que les salariés. L'épuisement émotionnel se caractérise comme le sentiment pour le salarié d'être « vidé », de subir émotionnellement le travail. C'est une dimension importante puisqu'elle constitue, avec la dépersonnalisation, le noyau dur du BO selon Maslach [1, 13]. Il a été démontré dans la littérature que les physiothérapeutes sont les professionnels les plus sensibles à cette dimension [16]. Les deux autres dimensions (i.e., la dépersonnalisation et l'accomplissement personnel) ne semblent pas être associées au mode d'exercice. L'absence de relation significative avec l'accomplissement personnel peut s'expliquer notamment par le fait que cette dimension reste encore très discutée dans la littérature et qu'elle atteint moins les professionnels de santé [17].

Dans notre étude, nous avons démontré que l'épuisement émotionnel des MK libéraux est associé à certaines modalités de la pratique professionnelle (conditions de travail, perception qu'ils ont de leurs activités). Ces résultats semblent être confirmés par une autre étude qui a démontré que travailler plus de 40h par semaine est spécifiquement associé à l'épuisement émotionnel chez les physiothérapeutes [9]. Ainsi, nous pouvons supposer que les conditions de

travail qui inclues le temps de travail (heures hebdomadaires, congés annuels), la durée des prises en charge sont des facteurs de stress importants pouvant conduire au BO.

Sur le plan clinique, ces résultats doivent nous amener à proposer des interventions de prévention adaptées, notamment pour les MK libéraux. Les campagnes préventives pourraient donc reposer sur les différentes modalités de l'activité professionnelle qui ont été identifiées dans cette étude comme participant au risque d'un épuisement. Parallèlement, la littérature montre de manière plus générale que les interventions de prévention et de prise en charge du BO les plus efficaces sont les thérapies cognitivo-comportementales, les approches éducatives et psychosociales et les stratégies de coping [4]. D'autres actions tels que la relaxation mentale et physique ont montré des effets bénéfiques sur la réduction du stress [18] et pourrait ainsi être envisagées pour ces professionnels.

Cette étude présente deux principales limites. Premièrement, malgré le nombre important de réponses, l'échantillon ayant répondu à cette enquête ne nous semble pas représentatif de la population générale. De même, la répartition géographique des régions d'exercices des participants ne suit pas la répartition géographique de l'ensemble des MK. Il a été rapporté une prévalence d'épuisement émotionnel qui semble variable chez les médecins selon les régions, pouvant dépasser 45 % dans certaines régions [19]. Nous pouvons supposer que ces variations inter-régionales se transposent également pour les MK. Malgré un résultat cohérent avec la littérature [3], la répartition géographique des personnes ayant répondu à notre questionnaire n'est pas homogène. Deuxièmement, le MBI présente quelques biais qu'il convient de connaître. « Le MBI est un outil de perception des conditions de travail, non de leur mesure objective. Ainsi, un médecin en BO répondant au questionnaire donnera une description négative de son environnement professionnel, les études transversales étant particulièrement sujettes à ce biais » [20]. De plus, la version française présente vraisemblablement un biais de désirabilité sociale [21]. Malgré ces limites, nous avons choisi cet outil d'évaluation car il permet une différenciation importante des trois dimensions du BO [1] et qu'il paraît adapté à la population étudiée. En effet, il existe de nombreuses échelles de mesure du BO telles que le « *Copenhagen Burnout Inventory* » (CBI), le « *Oldenburg Burnout Inventory* » (OLBI) ou le « *Shirom-Melamed Burnout Measure* » (SMBM), mais le MBI dans sa version HSS est la plus utilisée pour les professions d'aide à la personne (e.g., aide-soignant, infirmier, etc.) [22, 23].

L'une des principales perspectives serait de mener de nouvelles études expérimentales visant à réaliser une analyse individuelle en prenant en compte l'environnement réel du thérapeute afin d'avoir une analyse systémique de son activité (manifestations cliniques, informations complémentaires des conditions de travail et les caractéristiques individuelles de la personne).

En conclusion, il existe un risque élevé de survenue d'un BO chez les MK, notamment chez les libéraux. Ces derniers semblent particulièrement sensibles à l'épuisement émotionnel. Cette étude suggère qu'il faut évaluer le risque de BO spécifiquement dans cette population et proposer des interventions adaptées. Des plans de prévention de l'épuisement professionnel, en accordant une attention particulière aux supports sociaux, devraient être élaborés pour améliorer la qualité de vie des MK et les soins qu'ils dispensent.

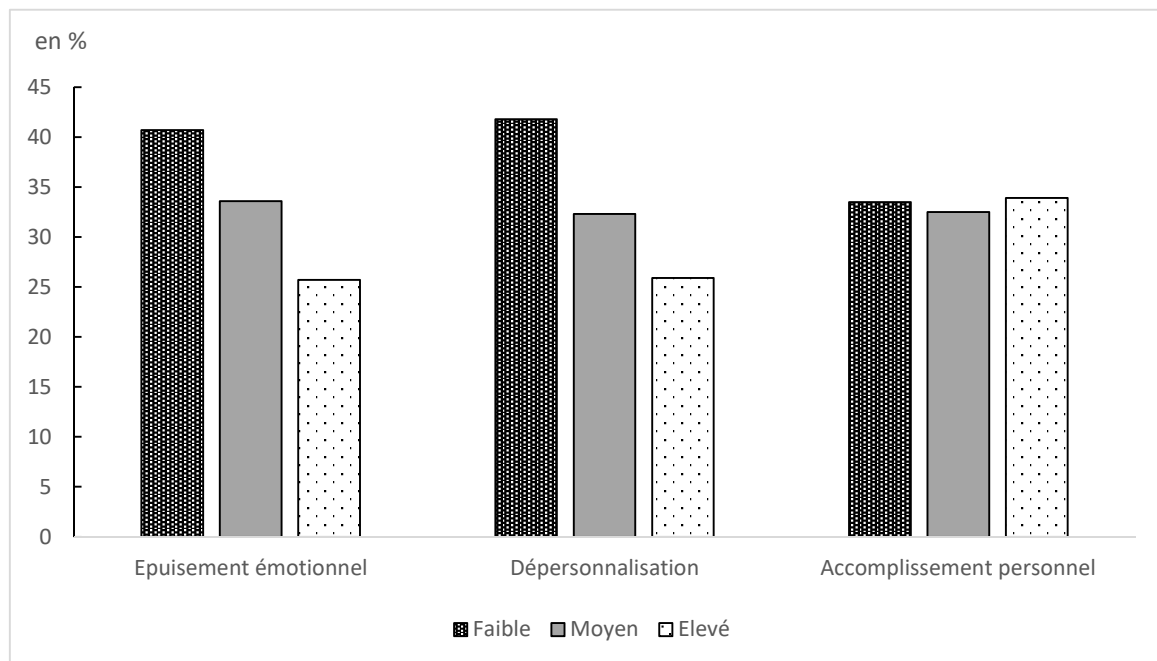
## Bibliographie

- [1] Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. Maslach Burnout Inventory Manual, 3rd éd. Menlo Park, CA: Consulting Psychologists Pr, 1996.
- [2] Olié JP, Bergeron P. Le burn-out, Académie Nationale de Médecine, févr. 2016.
- [3] Canoui P, Mauranges A, Florentin A. Le burn-out à l'hôpital 5ème édition. Elsevier 2015; 208p.
- [4] Boulanger M, Bauman F, Bergeret A, Choudat D, Durand-Moreau Q, Galam E et al., Repérage et prise en charge cliniques du syndrome d'épuisement professionnel ou burnout, Haute Autorité de Santé (HAS), Rapport d'élaboration d'une fiche mémo, mars 2017.
- [5] Bria M, Băban A, Dumitrașcu DL. Systematic review of burnout risk factors among European healthcare professionals, Cognition, Brain, Behavior. Interdisciplinary J 2012; 16: 423-52.
- [6] Doppia MA, Estryng-Béhar M, Fry C, Guetarni K, Lieutaud T. Enquête comparative sur le syndrome d'épuisement professionnel chez les anesthésistes réanimateurs et les autres praticiens des hôpitaux publics en France (enquête SESMAT). Ann Fr Anesth Reanim 2011; 30: 782-94.
- [7] Monsalve-Reyes CS, San Luis-Costas C, Gómez-Urquiza JL, Albendín-García L, Aguayo R, Cañadas-De la Fuente GA. Burnout syndrome and its prevalence in primary care nursing: a systematic review and meta-analysis. BMC Fam Pract 2018; 19: 59.
- [8] U. Pustułka-Piwnik, Z. J. Ryn, Ł. Krzywoszański, et J. Stożek, Burnout syndrome in physical therapists - demographic and organizational factors. Med Pr 2014; 65: 453-62.
- [9] González-Sánchez B, Lopez-Arza MVG, Montanero-Fernández J, Varela-Donoso E, Rodríguez-Mansilla J, Mingote-Adán JC. Burnout syndrome prevalence in physiotherapists. Rev Assoc Med Bras 2017; 63: 361-5.
- [10] Bruschini M, Carli A, Burla F. Burnout and work-related stress in Italian rehabilitation professionals: A comparison of physiotherapists, speech therapists and occupational therapists. Work 2018; 59: 121-9.
- [11] Weigl M, Stab N, Herms I, Angerer P, Hacker W, Glaser J. The associations of supervisor support and work overload with burnout and depression: a cross-sectional study in two nursing settings. J Adv Nurs 2016; 72: 1774-88.

- [12] Source : Répertoire ADELI-Drees, données au 1er janvier 2016, « Tableau 1. Effectifs des masseurs-kinésithérapeutes par zone d'activité principale, mode d'exercice global, sexe et tranche d'âge, DREES, janv. 2016.
- [13] Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *J Organ Behav* 1981; 2: 99-113.
- [14] Langevin V, Boini S, François M, Riou A. Risques psychosociaux : outils d'évaluation, Maslach Burn-out Inventory (MBI) 2012-09; 131: 157-9.
- [15] Wiertz R. Psychiatres et burnout ? : étude de la prévalence du syndrome d'épuisement professionnel auprès des psychiatres hospitaliers du Nord Pas De Calais. 2012.
- [16] Calzi L, Farinelli M, Ercolani M, Alianti V, Manigrasso V, Taroni AM. Physical rehabilitation and burnout: different aspects of the syndrome and comparison between healthcare professionals involved. *Eura Medicophys* 2006; 42: 27-36.
- [17] Lourel M, Gueguen N. Une méta-analyse de la mesure du burnout à l'aide de l'instrument MBI. *Encéphale* 2007; 33: 947-53.
- [18] Ruotsalainen JH, Verbeek JH, Marine A, Serra C. Preventing occupational stress in healthcare workers, in *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Cochrane Collaboration, Éd. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd, 2015.
- [19] Dusmesnil H, Saliba-Serre B, Régi JC, Leopold Y, Verger P. Épuisement professionnel chez les médecins généralistes de ville : prévalence et déterminants. *Santé Publique* 2009; 21: 355.
- [20] Veysier-Belot C. Le syndrome d'épuisement professionnel chez les médecins. *Rev Med Int* 2015; 36: 233-6.
- [21] Pezet-Langevin V, Rolland JP. Caractéristiques des situations de travail, Burnout, et Attitudes de retrait chez les Travailleurs Sociaux. *REV Europ Psychol Appliquée* 1999; 49: 239-48.
- [22] Truchot D. *Epuisement professionnel et burnout: concepts, modèles, interventions*. Paris: Dunod, 2004.
- [23] Lheureux F, Truchot D, Borteyroux X, Rasclé N. The Maslach burnout inventory – Human services survey (mbi-hss): factor structure, wording effect and psychometric qualities of known problematic items. *Travail Humain* 2017; 80: 161-86.



Figure 1. Risque de BO en pourcentage pour l'ensemble de l'échantillon en fonction des trois dimensions de Maslach



**Tableau I.** Présentation des caractéristiques sociodémographiques et des conditions des modalités de l'activité professionnelle pour la population globale et en fonction du mode d'exercice.

	Total (919)	Libéral (857)	Salarié (62)	
Sexe				
Homme	210 – 22.9 %	201 – 23.5 %	9 – 14.5 %	/
Femme	709 – 77.1 %	656 – 76.5 %	53 – 85.5 %	
Age (ans)				
< 30	352 – 38.3 %	326 – 38 %	26 – 41.9 %	<b>P = 0,02 ; Khi2 = 9,8</b>
[30 - 49]	489 – 53.2 %	<b>464 – 54.1 %</b>	<b>25 – 40.3 %</b>	
[50 - 67]	74 – 8.1 %	<b>64 – 7.5 %</b>	<b>10 – 16.1 %</b>	
> 67	4 – 0.4 %	3 – 0.4 %	1 – 1.6 %	
Durée d'exercice (ans)				
< 10	493 – 53.6 %	461 – 53.8 %	32 – 51.6 %	/
[10 - 19]	282 – 30.7 %	270 – 31.5 %	12 – 19.4 %	
[20 - 29]	90 – 9.8 %	80 – 9.3 %	10 – 16.1 %	
[30 - 39]	47 – 5.1 %	40 – 4.7 %	7 – 11.3 %	
> 40	7 – 0.8 %	6 – 0.7 %	1 – 1.6 %	
Zone d'exercice				
Rurale	491 – 53.4 %	<b>445 – 51.9 %</b>	<b>46 – 74.2 %</b>	<b>P &lt; 0,01 ; Khi2 = 11,6</b>
Urbaine	234 – 25.5 %	<b>226 – 26.4 %</b>	<b>8 – 12.9 %</b>	
Mixte	194 – 21.1 %	186 – 21.7 %	8 – 12.9 %	
Temps de travail hebdomadaire (heure)				
< 35 h	44 – 4.8 %	<b>33 – 3.9 %</b>	<b>11 – 17.7 %</b>	<b>P &lt; 0,01 ; Khi2 = 91,1</b>
[35 - 44]	363 – 39.5 %	<b>312 – 36.4 %</b>	<b>51 – 82.3 %</b>	
[45 - 55]	389 – 42.3 %	<b>389 – 45.4 %</b>	<b>0 – 0%</b>	
> 55	123 – 13.4 %	<b>123 – 14.4 %</b>	<b>0 – 0%</b>	
Nb de patients/jour				
< 15	74.4 – 8.1 %	<b>39 – 4.6 %</b>	<b>35 – 56.5 %</b>	<b>P &lt; 0,01 ; Khi2 = 211,2</b>
[15 - 30]	793 – 86.3 %	<b>766 – 89.4 %</b>	<b>27 – 43.5 %</b>	
> 30	52 – 5.7 %	<b>52 – 6.1 %</b>	<b>0 – 0 %</b>	
Temps par patient (min)				
< 15	13 – 1.4 %	<b>9 – 1.1 %</b>	<b>4 – 6.5 %</b>	<b>P &lt; 0,01 ; Khi2 = 59,3</b>
[15 - 30]	755 – 82.2 %	<b>726 – 84.7 %</b>	<b>29 – 46.8 %</b>	
> 30	151 – 16.4 %	<b>122 – 14.2 %</b>	<b>29 - 46.8 %</b>	
Difficulté à trouver un remplaçant				
Score /10	5.48	<b>5.6 ± 3.4</b>	<b>3.9 ± 4.4</b>	<b>P &lt; 0,01 ; Fisher</b>
Nb de semaines de congés				
< 5	300 – 32.6 %	<b>294 – 34.3 %</b>	<b>6 – 9.7 %</b>	<b>P &lt; 0,01 ; Khi2 = 26,8</b>
[5 - 8]	532 – 57.9 %	<b>491 – 57.3 %</b>	<b>41 – 66.1 %</b>	
> 8	87 – 9.5 %	<b>72 – 8.4 %</b>	<b>15 – 24.2 %</b>	
Satisfaction du nb de congés /an				
oui	464 – 50.5 %	<b>411 – 48 %</b>	<b>53 – 85.5 %</b>	<b>P &lt; 0,01 ; Khi2 = 32,6</b>
non	455 – 49.5 %	<b>446 – 52%</b>	<b>9 – 14.5 %</b>	
Satisfaction du salaire				
oui	249 – 27.1 %	234 – 27.3 %	15 – 24.2 %	/
non	670 – 72.9 %	623 – 72.7 %	47 – 75.8 %	

**Tableau II.** Relation entre le mode d'exercice et les trois dimensions du risque de BO (exprimé en %)

		Risque de BO		
		Faible	Moyen	Elevé
Epuisement émotionnel	MK libéral	<b>39,60*</b>	34	<b>26,50*</b>
	MK salarié	<b>56,50*</b>	29	<b>14,50*</b>
Dépersonnalisation	MK libéral	41,9	32,2	25,9
	MK salarié	40,3	33,9	25,8
Accomplissement personnel	MK libéral	27,40	32,90	34,30
	MK salarié	43,50	27,40	29

\*  $P < 0.05$