



Identification des facteurs de risque de burn out chez le masseur kinésithérapeute exerçant en libéral

Sonia Arzur

► To cite this version:

Sonia Arzur. Identification des facteurs de risque de burn out chez le masseur kinésithérapeute exerçant en libéral. Sciences du Vivant [q-bio]. 2022. dumas-03783414

HAL Id: dumas-03783414

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03783414>

Submitted on 22 Sep 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 - NoDerivatives 4.0 International License



Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie

22, Avenue Camille Desmoulins

29238 Brest CEDEX 3

Identification des facteurs de risque de Burn Out chez le masseur kinésithérapeute exerçant en libéral

ARZUR Sonia

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Masseur

Kinésithérapeute

Promotion 2018-2022

Session « Juin 2022 »

REMERCIEMENTS

Mes remerciements vont à toutes les personnes qui m'ont accompagnée et soutenue lors de la réalisation de ce travail et tout particulièrement à :

- mon directeur de mémoire, Marc Le Roy, pour ses conseils avisés, sa patience et sa disponibilité ;
- l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'IFMK pour leurs enseignements ;
- l'ensemble de mes tuteurs de stage, et particulièrement Nolwenn et Maxime, pour leur accompagnement pédagogique et leurs bons conseils durant ces deux dernières années ;
- l'ensemble des professionnels qui ont accepté de me donner de leur temps pour répondre aux entretiens et questionnaire ;
- Axelle, ma coloc, et Yann, mon conjoint pour leurs soutiens sans faille et leurs encouragements à chaque étape de ma scolarité ;
- ma famille qui me soutient depuis des années dans mon projet professionnel ;
- Estelle pour son œil affuté face à ces 99 pages d'orthographe.

Sommaire

I	Introduction	1
II	Cadre conceptuel	2
II.1	Le Burn out	2
II.1.1	Définition	2
II.1.2	Historique	3
II.1.3	Les symptômes	4
II.1.4	Les trois dimensions du BO	5
II.1.5	Les causes et facteurs de risque du BO	6
II.1.6	L'évolution du Burn out	8
II.1.7	Outils d'évaluation	9
II.2	Le BO chez les soignants	10
II.2.1	Le burn out : un syndrome qui touche tous les soignants	10
II.2.2	Le BO chez les infirmières	11
II.2.3	Le BO chez les médecins	12
II.2.4	Le BO chez les MK et justification de l'étude	13
II.3	Les particularités de la profession de MK	14
II.3.1	La pratique du MK en structure	14
II.3.2	La pratique MK en libéral en France	15
III	Problématique	17
IV	Hypothèses	18
V	Matériel et méthode	19
V.1	Choix de la méthode de recherche	19
V.2	Les entretiens semi-directifs	19
V.2.1	Contenu du guide d'entretien	19
V.2.2	Population cible	20

V.2.3	Réalisation des entretiens	21
V.2.4	Analyse des entretiens	22
V.3	Le questionnaire	22
V.3.1	Réalisation du questionnaire	22
V.3.2	Contenu	22
V.3.3	Population cible.....	25
V.3.4	Finalisation du questionnaire	26
V.3.5	Moyens de diffusion.....	27
V.3.6	Collecte et codage des données	27
V.3.7	Analyse des résultats	28
VI	Résultats	31
VI.1	Caractéristiques socio-professionnelles des participants	31
VI.2	Identification du risque de BO des participants	33
VI.3	Identification des facteurs de risque de BO	36
VII	Discussion	50
VII.1	Présentation générale des caractéristiques de la population	50
VII.2	Rappel des éléments principaux et interprétations.....	51
VII.2.1	Etudes comparatives sur le BO des MK en France	51
VII.2.2	Identification du risque de BO dans l'échantillon	52
VII.2.3	Les facteurs de risque organisationnels	54
VII.2.4	Les facteurs de risque interpersonnels.....	56
VII.3	Proposition de plan de prévention.....	59
VII.3.1	Informier et former les MK	59
VII.3.2	Veiller à la charge de travail	59
VII.3.3	Garantir un soutien social solide	60
VII.3.4	Préserver l'autonomie du MK	60
VII.3.5	Assurer une juste reconnaissance du travail	61

VII.4	Forces et limites de l'étude	62
VIII	Conclusion.....	64
IX	Bibliographie.....	65
X	Annexe	70

Tables des Abréviations

- **BIT** : Bureau International du Travail
- **BO** : Burn Out
- **CARPIMKO** : Caisse autonome de retraite et de prévoyance des auxiliaires médicaux
- **CIM-10** : 10ème révision de la Classification Internationale des Maladies
- **CNIL** : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
- **HAS** : Haute Autorité de Santé
- **MBI** : Maslach Burnout Inventory
- **MK** : Masseur Kinésithérapeute
- **OMS** : organisation mondiale de la santé
- **RGPD** : Règlement Général de Protections des Données
- **RPS** : Risques Psycho Sociaux

Index des tables

• Tableau 1 : Caractéristiques de l'échantillon ayant répondu au questionnaire	31
• Tableau 2 : degré de sévérité des différentes dimensions du BO dans la population générale	34
• Tableau 3 : degré de sévérité des dimensions du BO dans le groupe 2	35
• Tableau 4 : degré de sévérité des dimensions du BO dans le groupe 1	35
• Tableau 5 : score moyen de chacune des dimensions dans les différents groupes	36
• Tableau 6 : relation entre les caractéristiques socio-professionnelles et le risque de BO	37
• Tableau 7 : relation entre les caractéristiques intrapersonnels et le risque de BO	38
• Tableau 8 : relation entre les jours de repos et travailler le weekend avec le risque de BO	39
• Tableau 9 : relation entre la marche d'autonomie du MK et le risque de BO	43
• Tableau 10 : relation entre le type de pathologie prise en charge et le risque de BO	43

Index des graphiques

• Graphique 1 : degré de sévérité du risque de BO dans le groupe 1	33
• Graphique 2 : relation entre le nombre de semaine de vacances par an et le risque de BO	40
• Graphique 3 : relation entre avoir du retard dans les rendez-vous et le risque de BO	40
• Graphique 4 : relation entre le temps de travail hebdomadaire et le risque de BO	41
• Graphique 5 : relation entre la durée des séances par patient et le risque de BO	41
• Graphique 6 : relation entre la durée de pause méridienne et le risque de BO	42
• Graphique 7 : relation entre avoir une aide administrative et le risque de BO	42
• Graphique 8 : relation entre la prise en charge de patients souffrants de pathologies chroniques et le risque de BO	44
• Graphique 9 : relation entre la prise en charge de patients souffrants de pathologies urologiques et le risque de BO	45
• Graphique 10 : relation entre le nombre de patients journaliers et le risque de BO	45
• Graphique 11 : relation entre la balance vie professionnelle /vie personnelle et le risque de BO	46
• Graphique 12 : impact de la pression financière sur le risque de BO	46

- **Graphique 13** : relation entre le temps moyen du contrat de travail et le risque de BO
47
- **Graphique 14** : relation entre les échanges avec les autres professionnels et le risque
de BO 48
- **Graphique 15** : impact de la relation avec les collègues de travail et le risque de BO 48
- **Graphique 16** : influence des relations conflictuelles avec les patients sur le risque de
BO 49

I Introduction

Depuis plusieurs années, la notion de bien-être est devenue un enjeu majeur dans notre société, et plus particulièrement dans notre environnement professionnel. Ce bien-être peut-être lié à différents facteurs tels que la santé, la réussite professionnelle ou encore l'harmonie avec les autres (1). En parallèle, cela a permis d'identifier certains syndromes, en lien avec le travail, comme l'épuisement professionnel.

Durant mes vacances scolaires, j'ai pu travailler au sein de différents services de psychiatrie du CHRU de Brest dans lesquels j'ai été amenée à prendre en charge des patients hospitalisés pour cause d'épuisement professionnel. Nombreux sont les patients, pratiquaient une activité libérale.

Un article publié en Février 2020 dans *kiné la revue* qui s'intitule « *relation entre le risque de burn-out et le mode d'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute* » a révélé un risque de Burn out (BO) pour l'ensemble des MK. Cet article montre d'autre part un risque plus accru d'épuisement émotionnel pour les professionnels exerçant en libéral et ceci pourrait être expliqué par certaines conditions de travail (2). De plus, les confinements liés à la Covid 19 et particulièrement le premier confinement ont eu un impact majeur sur la pratique professionnelle des MK exerçant en libéral du fait de leur inactivité professionnelle.

Ce sont ces différentes situations qui m'ont amenée à choisir mon sujet de mémoire, en l'occurrence : le risque de BO chez les MK exerçant en libéral. En effet, l'un des éléments qui est important lorsqu'on travaille dans le milieu de la santé est qu'il est difficile de bien soigner, si nous même ne sommes pas en bonne santé. Il paraît important d'identifier les risques qui pourraient nuire aux bonnes pratiques professionnelles, notamment en termes de condition de travail. Ce sont des facteurs, aussi vastes et modifiables qu'ils soient, qui doivent être, dans un premier temps, identifiés afin de pourvoir, par la suite, les modifier ou dans le cas échéant trouver des moyens de compensation à ces désagréments.

Ainsi, face à ce constat, quels sont les éléments spécifiques au MK exerçant en libéral, qui ont un impact sur le risque de BO ?

II Cadre conceptuel

Dans cette première partie seront décrits les concepts proposés par la littérature sur le BO de la population en générale, puis ceux sur le BO des professionnels de santé et plus précisément des MK. Enfin, une dernière partie sera dédiée à la description des spécificités de la pratique du MK en libéral.

La première question qui se pose est donc « qu'est-ce que le BO ? »

II.1 Le Burn out

II.1.1 Définition

Il existe de nombreuses définitions du BO aussi bien centrées sur les relations employeur – employé que sur la perception qu'a l'individu de lui. Nous retiendrons que le syndrome d'épuisement professionnel, traduit du mot anglais « *burn out* », représente un état de fatigue physique et psychique intense ainsi qu'un désinvestissement envers l'activité professionnelle, lié à un sentiment d'échec et d'incompétence dans cette dernière (3). Il peut, également, être défini comme étant le résultat d'un trouble de l'adaptation face à un stress professionnel chronique (4).

Cette pathologie est différente de la dépression du fait du rôle majeur que joue le travail dans son origine à l'inverse de la dépression où, dans ce cas, le travail est un facteur aggravant. Toutefois, il est important de préciser qu'il existe un lien entre ces deux syndromes puisque le BO peut conduire à une dépression et l'existence d'un état dépressif dans les antécédents d'un individu représente un facteur de vulnérabilité au BO (5).

Ainsi la compréhension de ce phénomène nécessite de revenir sur ses différentes évolutions depuis le début de son apparition dans la littérature.

II.1.2 Historique

II.1.2.1 De l'épuisement professionnel au BO

Le syndrome d'épuisement professionnel est introduit en 1959 par le psychiatre français Claude Veil. Il le décrit ainsi : *« l'état d'épuisement est le fruit de la rencontre d'un individu et d'une situation. L'un et l'autre sont complexes, et l'on doit se garder des simplifications abusives. Ce n'est pas simplement la faute à telle ou telle condition de milieu, pas plus que ce n'est la faute du sujet »* (6).

Selon lui, cet épuisement apparaît quand il y a *« franchissement d'un seuil »*. *« Tout se passe comme à la banque : tant qu'il y a une provision, les chèques sont honorés sans difficulté, quel que soit leur montant. Mais dès qu'on se trouve à découvert, le tirage, si petit soit-il, devient impossible. Chaque individu possède ainsi un certain capital, une marge d'adaptation, plus ou moins large, et qui lui appartient en propre. Tant qu'il reste à l'intérieur, en homéostasie, il peut en jouer indéfiniment. S'il vient à la saturer, la fatigue (le relevé de compte) l'en avertit ; s'il continue, même le plus petit effort supplémentaire va le conduire à la faillite, il se désadapte. »* (6).

La conceptualisation du terme de BO chez le professionnel revient au médecin psychanalyste Herbert J. Freudenberger qui introduit ce terme dans les années quatre-vingts afin de décrire les manifestations que révélaient des jeunes bénévoles exerçant, depuis au moins un an, dans des centres pour toxicomanes. Il décrit alors ce syndrome comme *« un état de fatigue, de dépression et de frustration apporté par la dévotion à une cause, un mode de vie ou à une relation à l'autre qui échoue à produire les récompenses attendues et conduit en fin de compte à diminuer l'implication et l'accomplissement au travail »* (7).

II.1.2.2 Reconnaissance du burn-out dans le monde du travail

Dans les années soixante-dix, le monde du travail a connu de grands progrès en termes de pénibilité : les nouvelles technologies ont remplacé les hommes dans les tâches éprouvantes. Malgré cela, dans les années 90, le Bureau International du Travail (BIT), estimait que le travail était devenu l'un des plus graves problèmes de santé de notre temps et que cela serait lié

au stress, au harcèlement moral mais aussi au BO qui était, alors, de plus en plus souvent, invoqué comme étant un facteur de risque pour la santé des travailleurs (7).

En France, la prise de conscience d'un possible impact, que peuvent avoir les conditions de travail sur la santé et donc la lutte contre le stress au travail et la prévention des Risques Psycho Sociaux (RPS), sont arrivés tardivement en comparaison des autres états de l'union Européenne. En effet, ce n'est qu'après la constatation de plusieurs cas de harcèlements moraux recensés par des psychiatres sur leurs patients atteints de dépression et les nombreux cas de suicides constatés chez France Telecom dans les années deux mille, qu'une loi (en 2002) réprimant le harcèlement moral au travail et d'autre part un plan d'urgence de prévention des RPS avaient été mis en place (7).

II.1.3 Les symptômes

Les symptômes et les signes cliniques du syndrome d'épuisement professionnel sont identiques à ceux retrouvés dans les épisodes dépressifs ; ce qui représente une difficulté pour le diagnostic différentiel entre ces deux syndromes. Du fait du chevauchement important entre leurs symptômes, le BO ne peut pour l'heure être reconnu comme une entité médicale à part entière.

De ce fait, le BO ne fait actuellement l'objet d'aucun diagnostic officiel, et ne figure dans aucune des classifications des troubles mentaux (8). Il n'est pas dans le DSM-V (5ème édition du Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux) de l'American Psychiatric Association (APA) (9) et dans la 10ème révision de la Classification Internationale des Maladies (CIM-10) de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

Cependant, dans ce dernier référentiel, il est inscrit dans la catégorie « *Facteurs influants sur l'état de santé ou sur les motifs de recours aux services de santé* », à défaut d'être classé parmi les maladies (10). Il ne s'agit donc pas d'une maladie caractérisée, mais bel et bien d'un ensemble syndromique (11).

Les symptômes sont classés en 3 catégories (12) :

- manifestations physiques touchant de nombreux appareils du corps : troubles digestifs, nausées, lombalgies, céphalées chroniques, problèmes de peau, infections virales persistantes, insomnies, hypertension, perte de poids..

- manifestations émotionnelles : irritabilité, cynisme, impatience, désespoir, sentiment d'abandon, négativité, anxiété, culpabilité, colère, agressivité, méfiance, diminution des capacités à communiquer...
- manifestations cognitives : perte de mémoire, distraction, incapacité à exécuter des opérations simples comme le calcul mental, difficultés de jugements, indécision, sentiment de confusion, difficultés de concentration...

On retrouve donc des troubles variés représentés par des symptômes physiques multiples, variables dans le temps, mais qui ne sont liés à aucune lésion somatique objectivable.

II.1.4 Les trois dimensions du BO

Au-delà de l'ensemble de ces symptômes, les travaux de Christina Maslach, psychologue américaine, ont permis de décrire le BO comme étant un syndrome s'exprimant à travers trois dimensions fondamentales (13).

La première dimension, qui représente également la première manifestation du BO est l'épuisement émotionnel. Elle est liée à une exposition continue de facteurs de RPS très prégnants et face auxquels les temps de repos habituels du professionnel ne suffisent plus à soulager cette fatigue qui devient alors chronique. La personne se sent fatiguée physiquement mais aussi psychologiquement.

La seconde dimension est la dépersonnalisation ou encore le cynisme. Elle représente la dimension interpersonnelle qui se caractérise par une attitude de distanciation, d'indifférence, de désengagement de l'individu par rapport à son travail, ses collègues ou encore ses patients.

La dernière dimension que l'on retrouve dans le syndrome d'épuisement professionnel est celle de la diminution de l'accomplissement personnel. Dans la littérature, elle est décrite comme étant la dimension de l'auto-évaluation du syndrome : l'individu se sent incompétent, culpabilise, se dévalorise et présente un doute sur sa valeur professionnelle.

Finalement, le stress que perçoit l'individu provoque dans un premier temps soit une diminution de l'accomplissement personnel soit un épuisement émotionnel qui ensuite entraîne le cynisme et aboutit à la réduction de l'accomplissement personnel.

Cet épuisement est de plus en plus présent dans la société et semble n'épargner aucune profession, ni tranche d'âge ni sexe. La question suivante est donc de savoir quelles sont les causes d'épuisement professionnel dans la population générale (13).

II.1.5 Les causes et facteurs de risque du BO

A travers les différents éléments cités précédemment, il paraît légitime d'introduire l'idée que l'environnement professionnel et / ou personnel favorise le développement du BO mais ils ne sont pas les seuls éléments interférents.

De nombreuses études ont permis de définir un certain nombre de facteurs favorisant ce syndrome et relevant de domaines différents (7). On retrouve :

- les variables socio démographiques : l'âge, le sexe féminin, le célibat ou la séparation ;
- le type de métier : les métiers nécessitant des contacts interpersonnels importants et particulièrement les métiers où l'on doit faire preuve d'empathie, et où l'on doit contenir ses émotions ;
- les facteurs psychosociaux liés au métier que l'on peut également subdiviser en 6 catégories (14) :
 - les exigences au travail : surcharge de tâches à réaliser, le rythme, la pression temporelle, les horaires allongés et parfois imprévisibles, le travail standardisé, les objectifs irréalistes ou mal définis. Elle inclut aussi les difficultés à concilier vie professionnelle et vie personnelle ;
 - les exigences émotionnelles : elle concerne principalement les métiers en contact avec la population. Ce sont des métiers qui nécessitent de maîtriser ses émotions, d'afficher une attitude positive ou encore qui sont en contact avec la souffrance humaine ;
 - le manque d'autonomie : elle comprend les marges de manœuvre ou encore la participation concernant la prise de décision en lien avec son activité ;
 - les rapports sociaux au travail dégradés : ce sont les relations avec les collègues ou la hiérarchie, la reconnaissance des efforts, l'adéquation de la tâche à effectuer avec les aptitudes de la personne etc ;
 - les conflits de valeurs : ce sont les conflits intrapsychiques liés à une inéquation entre les valeurs personnelles ou professionnelles du travailleur et le travail attendu de ce dernier ;

- l'insécurité de l'emploi. : elle correspond à la crainte de perdre son emploi, de ne pas maintenir son niveau de revenu ou encore la précarité d'un contrat etc.

Finalement, nous pouvons répartir ces causes en trois groupes : organisationnelles, interindividuelles et intra individuelles.

Dans ce premier groupe, nous retrouvons les causes organisationnelles qui représentent les causes liées au contenu et au contexte de l'activité professionnelle. On y retrouve notamment l'environnement de travail, les exigences au travail, les exigences émotionnelles, le manque d'autonomie ainsi que l'insécurité de l'emploi. Ils sont externes à l'individu et il est possible d'agir sur eux en prévention. L'assemblée nationale écrit dans son rapport d'information sur le BO que « *l'organisation du travail est la cause principale de ce syndrome* » (8) .

Nous décrivons ensuite les causes inter-individuelles, qui sont : le manque de soutien social autant de la part des collègues que des supérieurs hiérarchiques, le manque de communication entre ces derniers, ou encore la présence de relations déséquilibrées. Ce sont également les relations avec les patients, la confrontation avec la misère.

Mais alors comment se fait-il que pour ces mêmes conditions de travail, un individu développera un syndrome de BO alors qu'un autre n'en montrera aucun signe ? En effet, il a été montré que ces deux types facteurs ne représentent que 60 % des causes de développement d'un BO. Le reste serait lié aux facteurs individuels (15).

Ces derniers comprennent les caractéristiques socio-démographiques : la prévalence du burnout semble être plus importante chez les individus plus jeunes (16) ainsi que chez les individus célibataires ou séparés (17).

On retrouve aussi les facteurs liés aux caractères personnels qui peuvent, notamment, être les valeurs de la personne mais également une tendance à éprouver des émotions négatives ou encore à présenter des troubles tels que l'anxiété et la dépression (17).

Nous pouvons également y décrire des attitudes spécifiques de l'individu face au travail comme le fait d'avoir un idéal élevé de ses performances et de réussite à atteindre, de lier l'estime de soi à ses performances, de s'imposer des objectifs difficiles. Nous décrivons aussi

les extrêmes des caractéristiques suivantes : perfectionniste, sens des responsabilités, recherche d'admiration, besoin de contrôle, d'autonomie.

De plus, nous retiendrons l'importance accordée au travail par l'individu comme un risque notable de BO. En effet, il y a un risque de sur engagement car c'est au travers de son travail que l'individu se sent utile, qu'il s'accomplit (8) (13).

Ainsi, le BO provient de la rencontre entre un individu engagé dans son métier et un environnement de travail généralement dégradé, face à laquelle les ressources mobilisées par ce dernier ne suffisent pas (7).

II.1.6 L'évolution du Burn out

Les différentes causes décrites précédemment n'interfèrent pas simultanément dans l'apparition du syndrome : le BO résulte d'un processus évoluant sur un temps plus ou moins important durant lequel chacun de ces facteurs peuvent intervenir.

Selon, le docteur Herbert Freudenberger, l'état de BO résulte d'un processus évolutif que l'on peut subdiviser en 12 étapes majeures (11).

La première constitue le désir obsessionnel de réussite [1] à la suite duquel on observe une inaptitude à déléguer des tâches [2]. Afin d'assurer sa réussite dans ces dernières, l'individu se prive de ses besoins personnels par risque qu'ils le limitent dans son travail [3].

Du fait de cette privation, des symptômes physiques et notamment de fatigue apparaissent, mais sont volontairement ignorés par l'individu. C'est à ce quatrième stade, qu'on observe un changement de comportement qui traduit l'atteinte du syndrome [4]. Lors de la phase 5 du syndrome, on note une déformation des priorités associée à un repli de la personne sur elle-même [5] à la suite de laquelle, il y a accentuation du déni par la personne. [6]

Il s'ensuit un isolement de la personne avec une crainte de la population extérieure [7]. Puis l'entourage remarque des changements de comportement de la personne, qui, se dévalorise à ce huitième stade [8].

Le 9^{ème} stade constitue la dépersonnalisation, puis vient le moment critique où parfois la personne tombe dans des comportements d'addiction, qu'on pourrait considérer comme étant similaires à de l'automédication pour la personne [9]. En effet, l'objectif de cette 10^{ème} étape

est de remplir ce vide intérieur qu'elle ressent. L'avant dernier stade est celui de la dépression avec parfois des idées suicidaires, et une absence de motivation totale [11]. Enfin, le stade ultime représente l'épuisement physique et psychique maximum [12].

A la différence de la dépression, l'évolution du BO est d'abord ascendante : la personne tente de mieux faire, d'atteindre ses objectifs malgré la difficulté, sa fatigue et son mal-être. Alors que le dépressif rentrera dans une spirale descendante dès le départ. D'une manière générale, on peut dire que, au départ, l'individu atteint de BO oublie ses limites et tente d'avancer malgré tout, alors que la personne atteinte de dépression est paralysée par celle-ci.

II.1.7 Outils d'évaluation

De nombreux moyens ont été élaborés afin d'évaluer l'épuisement professionnel tel que le *Cherniss Burnout Measure* de Burke et Deszca en 1986, le *Energy Depletion Index* de Garden en 1985, le *Job Burnout Inventory* de Ford, Murphy et Edwards en 1983 ou encore le test *d'inventaire d'épuisement professionnel* (MBI) élaboré par Jackson et Maslach en 1986. Ce dernier se distingue des autres par sa fréquence d'utilisation. En effet, de nombreuses études scientifiques ont montré que cette évaluation avait de riches qualités psychométriques en termes de validité et fidélité (18). Il en existe différentes versions spécifiques à certaines professions. Ainsi, il en existe une dédiée aux professionnels de la santé : le MBI-HSS (Human Service Survey). Seule cette version est à ce jour publiée en français.

Cette échelle ne permet pas de diagnostiquer un BO mais peut cependant identifier son risque de survenu en le classifiant de risque « faible », « modéré » ou « élevé » dans chacune des dimensions du BO. Ainsi, un score faible dans la dimension de l'accomplissement personnel et/ou un score élevé dans une des deux autres dimensions permet d'identifier la personne comme présentant un risque de BO. D'autre part, cette échelle peut être utilisée pour réaliser des comparaisons entre les différents individus (19).

Ainsi, le BO est un syndrome résultant d'un processus évolutif lié à de multiples causes et ayant des conséquences sur le plan physique et psychique de la personne. L'ensemble des professions est touché par ce phénomène, toutefois il apparaît que le BO chez les professionnels de santé semblent présenter des caractéristiques différentes.

II.2 Le BO chez les soignants

Il a été montré précédemment, que les métiers qui nécessitent des contacts interpersonnels importants et particulièrement les métiers nécessitant des exigences émotionnelles supplémentaires où l'on doit faire preuve d'empathie, et où l'on doit réprimer les émotions sont particulièrement sujets à des risques de BO. Une grande partie de ces professions sont celles des soignants.

En effet, une étude menée en 2016 par Molina-Canales et al. a montré que ce secteur est le plus représenté (13,4 %) parmi 404 cas de BO alors que le secteur financier représentait 5,9 % et celui de l'administration 5,7 % (20).

II.2.1 Le burn out : un syndrome qui touche tous les soignants

De nombreux travaux ont été réalisés sur ce sujet montrant ainsi que ces professions seraient plus sujettes à cette pathologie du fait de la relation à l'autre et de l'investissement personnel qu'elle implique (21). Ainsi toutes les catégories professionnelles peuvent être touchées ; que ce soient les aides-soignants, les infirmiers, les psychologues, les médecins, les kinésithérapeutes ou encore les sage-femmes.

D'une manière générale, et selon l'HAS (Haute Autorité de Santé), les soignants représentent « *une population à risque historiquement identifiée et objet de nombreuses études récentes montrant une morbidité particulièrement élevée, les professionnels de santé en activité ou en formation sont exposés au risque d'épuisement professionnel, étant donné la pénibilité de leur travail que ce soit pour des causes intrinsèques liées à la nature même de l'activité médicale (confrontation avec la souffrance et la mort, prises en charge impliquant l'entrée dans l'intimité des patients, etc.) ou des causes extrinsèques (charge et organisation du travail, etc.)* » (21).

De plus, les soignants français semblent être plus particulièrement touchés par ce phénomène. Une étude de l'HIMSS (Healthcare Information and Management Systems Society) et Nuances Communications portant sur le syndrome d'épuisement professionnel chez les soignants montre que la France est en tête vis à vis des 10 pays étudiés : 67 % des médecins et infirmiers exerçant en France indiquent ressentir des signes d'épuisement professionnel (22) .

Il apparaît ainsi que différents facteurs rendent les professionnels de santé particulièrement vulnérables au risque de BO. On retrouve ainsi, en plus de l'exigence émotionnelle : le manque de cohésion au sein de l'équipe, le manque de reconnaissance, la charge de travail importante, les dispositifs de soins complexes, les tensions démographiques, la confrontation avec la souffrance et la mort, l'intimité dans les prises en charge, la nécessité de devoir maintenir l'image du soignant « infailible », les valeurs d'engagement et d'abnégation, l'insécurité de l'emploi etc (21).

D'autre part, selon une étude du professeur Truchot, le taux de BO chez les infirmiers libéraux et chez les médecins généralistes est plus élevé que chez les autres professionnels paramédicaux (23). Ainsi, il paraît pertinent de s'intéresser plus particulièrement à ces deux types de professions afin d'en comprendre les causes.

II.2.2 Le BO chez les infirmières

Truchot montre que le taux de BO est plus important chez les infirmières libérales travaillant seules plutôt que chez celles qui sont associées. Ceci s'explique notamment par le temps de travail plus conséquent que doivent effectuer les non-associées. L'environnement de travail peut s'avérer également contraignant comme par exemple les difficultés de transport, ou encore la réalisation de soins dans des logements non adaptés. Dans ces éléments organisationnels, se rajoute la réalisation de services qui ne sont pas du ressort de l'infirmière ou encore le manque de temps de repos. D'autres difficultés, cette fois-ci d'ordre interpersonnel, s'ajoutent comme les relations conflictuelles avec les patients et avec les collègues, ou encore les demandes excessives de la part des patients et de leur famille (23).

Une autre étude concernant les infirmières exerçant en fonction hospitalière a permis d'identifier d'autres facteurs comme les exigences croissantes cumulées à une diminution des moyens ou la tendance actuelle qui voudrait faire de l'hôpital un simple plateau technique, laissant l'aspect humain de côté (22).

D'autre part, en Octobre 2020, une enquête de l'ordre national des infirmiers a montré que près de 57 % de ces derniers seraient en situation d'épuisement professionnel. C'est deux fois plus qu'avant la crise sanitaire de la Covid-19. En effet à ce jour, deux tiers des infirmiers

déclarent que depuis le début de cette crise, les conditions de travail se sont détériorées et par ces conditions 43% d'eux ne savent pas s'ils seront toujours infirmiers dans 5 ans (24).

Toutefois, il est important de préciser que le docteur Truchot a montré que finalement la dimension émotionnelle qu'exige ce métier semble elle, protéger du BO (23).

II.2.3 Le BO chez les médecins

Qu'ils exercent à l'hôpital ou en libéral, les médecins ne sont pas épargnés par le syndrome d'épuisement professionnel. En effet, près d'un médecin sur deux serait en BO. Les différentes études réalisées sur ce sujet stipulent que ce n'est pas le grand volume d'heures de travail hebdomadaire qui serait en cause mais plutôt : les nombreuses tâches administratives, les sollicitations permanentes durant la journée, les temps de pauses insuffisants, les temps de consultations trop courts (25).

Une autre recherche sur les médecins urgentistes a montré que ces derniers ont un risque plus élevé de BO qui pourrait être expliqué par : les variations des horaires, les journées à rallonge laissant peu de place à l'organisation d'une vie socio-familiale (26).

De plus, il semblerait que les médecins généralistes soient plus touchés par ce phénomène : près de 61 % de taux de burn out pour ces derniers contre 53 % pour l'ensemble des médecins (25).

D'une manière générale, les médecins témoignent un sentiment de ne pas pouvoir faire leur travail correctement et de ne pas évoluer. L'impact sur la qualité du travail est non négligeable, pouvant aller jusqu'à la maltraitance ou l'erreur médicale. Ils représentent une population à risque mais n'en sont rarement conscients (25) .

Ainsi, l'ensemble des professionnels de santé ont pu faire l'objet d'évaluation permettant d'apporter des précisions sur leur risque de BO. Qu'en est-il des MK ?

II.2.4 Le BO chez les MK et justification de l'étude

Selon l'étude sur la relation entre le risque de BO et le mode d'exercice de la profession de MK, publié dans *kiné la revue* en mai 2020, il existe un risque élevé de BO pour l'ensemble des MK. En effet, sur l'ensemble des 919 MK ayant répondu à l'enquête, 25 % présentent un risque élevé de survenue de BO dans au moins une des dimensions du BO décrites précédemment (2).

Toutefois, selon cette même étude, il apparaît que les MK exerçant en libéral présentent un risque plus important d'épuisement émotionnel. Ceci pourrait s'expliquer par certaines conditions de travail (2).

La Caisse autonome de retraite et de prévoyance des auxiliaires médicaux (CARPIMKO) a également mené une étude entre juin et octobre 2020 sur la pénibilité de l'exercice professionnel des praticiens de santé affiliés à la CARPIMKO. L'étude montre que 52,8% des MK présentent des manifestations de BO et 32% présentent un niveau d'Hyperstress (27).

Cette étude ainsi qu'une autre étude plus ancienne de la CARPIMKO a permis d'identifier les différentes contraintes à l'exercice libéral de la profession (27) (28) :

- La surcharge de travail : 91% des MK libéraux indiquent travailler plus de 10 heures par jour et prennent en charge en moyenne 22 patients par jour au cabinet et 5 à domicile. Ils évoquent également le manque de temps pour s'occuper convenablement de chaque patient et 82 % d'entre eux déclarent d'ailleurs refuser des patients de ce fait ;
- La pénibilité physique et mentale du travail : 77% MK interrogés estiment leurs conditions de travail épuisantes en termes de charge mentale et 87% décrivent des efforts ou tâches physiquement pénibles du fait de la position debout prolongée, des transferts des patients etc ;
- 36% déclarent ne pas arriver à concilier vie professionnelle et vie personnelle du fait des horaires et des imprévus.

D'autres pays comme le Maroc ont, eux montré que l'ancienneté, le rythme de travail ou encore les facteurs de stress peuvent influencer le niveau du BO chez le MK (29). En Belgique, une étude sur le déséquilibre effort – récompense du MK, montre, par exemple, que la spécialité en neurologie tend vers ce déséquilibre (30).

Alors que de nombreuses études se sont intéressées au risque de BO chez les professionnels de santé, il n'en existe que très peu concernant les MK. Nous ne connaissons donc pas exactement à ce jour les facteurs pouvant intervenir dans l'apparition du BO chez le MK en France. Or ceci paraît important, puisque nous connaissons les conséquences dramatiques que cela peut avoir, aussi bien sur le MK que sur sa pratique professionnelle.

L'exercice de cette profession est aussi très diverse et présente donc des caractéristiques qui nécessitent d'être précisées car elles pourraient jouer un rôle sur le risque d'épuisement professionnel.

II.3 Les particularités de la profession de MK

Le MK peut exercer en libéral, en tant que salarié ou bien en activité mixte. Bien que, dans cette étude, nous nous intéressons qu'aux praticiens exerçant en libéral, il semble pertinent de décrire également les spécificités de la pratique en salariat afin d'avoir un visuel des différences existantes entre ces deux types d'exercices.

II.3.1 La pratique du MK en structure

Il est possible d'être salarié dans des institutions médicales (hôpitaux privés ou publics, centre de rééducation fonctionnelle, cliniques etc...) ou dans le domaine non médical (club sportif, cabinet d'esthétique). Les domaines d'exercices sont variés allant du secteur pédiatrique au secteur gériatrique en passant par les services de rééducation fonctionnelle mais aussi de réanimation etc.

Le salariat offre une rémunération pouvant aller de 1200 euros à 2400 euros en moyenne pour un temps réglementé à 35 heures. Le MK travaille le plus souvent du lundi au vendredi. Dans ce cadre, il existe différentes conventions collectives qui diffèrent selon l'employeur ; incluant donc des salaires et avantages sociaux différents. D'autre part, les charges dues par le MK en lien avec sa profession sont directement déduites de son salaire. De plus, ce mode d'exercice assure la sécurité de l'emploi.

Durant sa journée de travail, le MK suit un planning défini et peut être amené à s'occuper de patients de spécialités différentes. Le MK est libre du choix de ses actes mais doit toutefois élaborer des transmissions quotidiennement pour chaque patient.

On retrouve assez souvent une activité mixte entre le secteur privé, public où dans des établissements sociaux (31).

II.3.2 La pratique MK en libéral en France

Le choix d'exercer en libéral se fait souvent pour : la diversité de la patientèle, l'attractivité financière (comparativement au salariat), et l'indépendance dans la gestion de son activité (32).

La pratique en libéral est souvent, dite, généraliste mais l'orientation dans un domaine particulier comme par exemple la pédiatrie ou le domaine sportif est également possible. Les MK peuvent travailler seuls dans leur cabinet mais peuvent aussi se regrouper entre eux, ou avec d'autres professionnels dans des maisons de santé par exemple.

Le quotidien d'un MK exerçant en libéral peut être différent en fonction de sa localisation, mais d'une manière générale, l'exercice inclut une alternance entre visites à domicile et séances au cabinet (31). Il existe d'autres modalités de l'activité qui diffèrent en fonction : du temps de travail hebdomadaire, du nombre de patients par jour, du temps par patient, du nombre de semaine de congés.

On retrouve également différentes variantes du mode libéral ; en effet le MK peut exercer en tant que remplaçant, assistant ou encore en tant que collaborateur. Il existe également des cadres de rémunération différents.

II.3.2.1 Les différents modes d'exercice dans le libéral

Remplaçant

Le praticien effectue des remplacements chez des confrères MK. Le titulaire remplacé ne peut pas délivrer de soins pendant la période correspondante au contrat établi avec le remplaçant. Le remplaçant doit travailler sous le même régime et les mêmes conditions que le titulaire et doit

reverser un pourcentage des honoraires reçus au titulaire du cabinet. Ce mode de travail est le plus souvent retrouvé chez les nouveaux diplômés.

Associé

Le praticien s'installe ou reprend un cabinet seul, ou avec un confrère MK ou autres professionnels libéraux. Ils deviennent alors associés et peuvent alors représenter soit une société civile de moyens, dans ce cas seuls les moyens d'exercice sont mis en commun ; soit une société civile professionnelle dans laquelle les honoraires sont également mis en commun. L'ensemble des charges du cabinet sont à leurs frais.

Collaborateur ou assistant

Le praticien n'est pas propriétaire du lieu où il exerce, il assiste le titulaire en réalisant une partie du travail. Le praticien est donc locataire des lieux mais à la différence du remplaçant, il est indépendant dans son exercice et n'a aucun lien de subordination avec le MK titulaire du cabinet.

Cependant, outre, des charges personnelles (URSSAF, Taxe etc), le MK doit reverser un pourcentage de ses honoraires perçus, ceci représentant les frais de location des locaux du cabinet dans lequel il est collaborateur. Le plus souvent ces frais correspondent à 25 % des actes perçus.

II.3.2.2 Le cadre conventionnel avec la sécurité sociale

En libéral, le MK peut exercer sa profession dans un cadre conventionnel lié aux caisses d'assurance maladie ; la tarification est alors imposée avec respect des dispositions de la nomenclature des actes professionnels. Cela permet un remboursement effectif des soins aux patients.

A travers ce cadre, ils bénéficient également d'avantages sociaux tels que la prise en charge des cotisations sociales d'assurance maladie, de la cotisation pour la retraite ainsi qu'une participation à la formation continue des praticiens. Ceci leur permet donc de limiter le coût de certains frais supplémentaires.

La quasi-totalité des MK travaillent dans ce cadre mais il est également possible d'exercer dans un cadre non conventionné où : les tarifs sont fixés librement par les MK. Cependant, le remboursement des assurés sociaux se fait au tarif d'autorité ; de plus les praticiens ne bénéficient pas des avantages sociaux décrits précédemment (33).

III Problématique

Le syndrome de BO touche une grande partie des professionnels de santé. Ainsi, les MK ne sont pas épargnés. En effet, outre les facteurs de risque décrits dans la population générale, les MK exerçant en libéral présentent des facteurs de risque supplémentaires. Ceci s'explique notamment par leur diversité de statuts et modes d'exercices leur offrant des avantages mais aussi des inconvénients.

Le libéral est majoritairement attractif pour la liberté, la variété de prise en charge mais en contrepartie les heures de travail sont souvent importantes, les semaines de vacances moins nombreuses si l'on compare aux salariés (34).

Face à ce constat, la problématique de cette étude est : « Quels sont, chez le masseur kinésithérapeute exerçant en libéral, en France, les facteurs qui influencent le risque de syndrome d'épuisement professionnel ? »

IV Hypothèses

Cette problématique s'appuie sur des hypothèses de travail qui seront testées dans le cadre de ce travail de recherche :

- H 1 : des facteurs intrapersonnels comme les caractéristiques sociodémographiques (sexe, âge, ancienneté, situation familiale) ou comme les caractéristiques psychologiques et relationnelles, augmentent le risque de BO ;
- H 2 : des facteurs de risques organisationnels comme les modalités d'exercices du MK majorent le risque de BO (charge de travail, statut du MK, nombre de semaines de vacances par an, zone d'exercice, autonomie dans la profession), la prise en charge de certaines pathologies ou encore l'insécurité économique, majorent le risque de BO ;
- H 3 : des facteurs interpersonnels comme les relations avec les patients ou les autres professionnels de santé ont un impact sur le risque de BO.

Afin de répondre à ces différentes hypothèses, l'objectif de l'étude est de déterminer le lien entre ces différents facteurs et le risque de BO.

V Matériel et méthode

L'enquête réalisée est une étude observationnelle transversale à travers une méthodologie mixte composée d'une part d'entretiens semi-directifs puis d'autre part d'un questionnaire. Ce type de méthodologie est validée scientifiquement (35).

V.1 Choix de la méthode de recherche

La première méthode de recherche est à visée exploratoire, c'est à dire dans le but d'obtenir des données supplémentaires sur d'éventuels facteurs de risque de BO spécifiques aux MK qui ne sont pas décrits dans la littérature.

En effet, l'entretien semi-directif individuel est une approche exploratoire qualitative permettant d'obtenir des informations concernant les connaissances, expériences, pensées ou encore représentations du sujet (36).

Le questionnaire permet dans un second temps, d'identifier, de quantifier et de hiérarchiser les facteurs pouvant mener au BO. En effet, le questionnaire étant court et facilement diffusable, il permet d'obtenir rapidement un grand nombre de réponses auprès d'un grand nombre d'individus (37). Ceci permettant d'obtenir des résultats représentatifs de la population ciblée.

V.2 Les entretiens semi-directifs

V.2.1 Contenu du guide d'entretien

Le guide d'entretien est disponible en annexe 1.

Il est composé de 7 parties et ne contient que des questions ouvertes offrant une liberté d'expression à la personne interrogée et ainsi permettre l'obtention d'une richesse d'informations (38). De plus, les mots employés dans chaque partie ont été définis avec précision afin qu'ils n'orientent pas les réponses des personnes interrogées ou pouvant créer un manque de spontanéité dans le discours de ces dernières.

Pour chaque partie, des questions de relance ou des aides à la compréhension sont proposées.

La première partie est une présentation générale du professionnel. Afin d'obtenir des informations concernant sa pratique professionnelle, le sujet présente son parcours depuis l'obtention de son diplôme ainsi que son lieu d'exercice actuel.

La deuxième partie porte sur les connaissances générales de la personne sur le BO. Il est demandé à la personne de donner une définition du BO. Cette question a pour but de vérifier les connaissances du participant sur ce phénomène et ainsi cadrer la suite de l'entretien. En effet, si la réponse de la personne ne correspond pas à une définition générale du BO, alors l'enquêteur lui transmet une définition plus précise et l'entretien peut se poursuivre.

Les troisièmes, quatrièmes et cinquièmes parties portent respectivement sur : l'identification des facteurs de risques intra-personnels, l'identification des facteurs de risques organisationnels et l'identification des facteurs de risque interpersonnels qui pourraient favoriser l'apparition d'un BO chez le MK. L'objectif de ce questionnement est de récolter à travers les expériences et connaissances professionnelles des sujets interrogés, des éléments qui ne figurent pas dans la littérature. Eléments qui seront ensuite intégrés au questionnaire.

La sixième partie est une évaluation du bien-être au travail de la personne. Elle permet d'évaluer l'état psychologique des personnes et ainsi obtenir un premier avis sur la satisfaction personnelle du MK dans son travail.

Enfin la dernière partie, est une question ouverte où le sujet est amené, s'il le souhaite, à partager d'autres éléments qui ne lui auraient pas été demandés au préalable ou qu'il aurait oublié de mentionner dans les questions précédentes.

V.2.2 Population cible

L'objectif de cette première phase d'étude est de rechercher une multitude de facteurs de risque. Ainsi, il semble intéressant de récolter des informations supplémentaires auprès de l'ensemble de la population soignante.

L'éligibilité des sujets est définie par :

- critères d'inclusion : être un professionnel de santé
- critères de non inclusion : ne pas présenter un des critères d'inclusion.

Les sujets sont ensuite sélectionnés de manière à obtenir une diversité de profils, de lieu d'exercice, d'ancienneté et de fonction. Ainsi, trois personnes ont été retenues. Afin de garantir leur anonymat, leurs identités ont été remplacées par des lettres :

A : MK libéral exerçant en tant qu'assistante en Normandie dans une maison médicale en zone urbaine ;

B : MK libéral exerçant en tant qu'associée en Bretagne dans un cabinet en zone rurale ;

C : Cadre de Santé en centre hospitalier dans un service de psychiatrie en Bretagne, ancienne infirmière en oncologie et gériatrie.

V.2.3 Réalisation des entretiens

Le guide d'entretien est testé au préalable via un entretien pré-exploratoire auprès d'une MK exerçant en libéral ainsi qu'auprès d'une infirmière exerçant dans un service de psychiatrie. L'objectif de ce premier test est de vérifier la compréhension des questions. Aucune modification n'a été jugée nécessaire.

La prise de contact avec les sujets est réalisée de manière directe par contact téléphonique. Les entretiens ont ensuite été réalisés entre le 26 Août 2021 et le 13 Septembre 2021, en présentiel. L'organisation des entretiens est fixée par les sujets eux-mêmes, en fonction de leur disponibilité et sur un créneau où ils n'étaient pas pressés par le temps. Ils ont eu lieu à leur domicile afin qu'ils se sentent en confiance.

Avant la réalisation de chaque entretien, un formulaire de consentement, disponible en annexe 2, sur l'utilisation des données a été réalisé à partir du guide de Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) (39) puis transmis à l'interviewer dans le cadre du Règlement Général de Protections des Données (RGPD) (40). Les entretiens ont été enregistrés via l'application dictaphone du téléphone de l'enquêteur.

Avant le début de chaque entretien, il était présenté au sujet : les objectifs de l'étude, le temps prévu pour l'entretien, son droit d'arrêter l'entretien ou encore son droit d'arrêter l'enregistrement.

V.2.4 Analyse des entretiens

La retranscription est faite de manière manuelle et de manière non exhaustive, c'est à dire que seuls les éléments pouvant être utiles pour la suite de l'étude sont retranscrits. Chaque entretien est ainsi répertorié dans un tableau disponible en annexe 3.

Ils sont ensuite étudiés individuellement afin de sélectionner les données pertinentes. Ainsi, les éléments, et notamment les potentiels facteurs de risque qui ne sont pas décrits dans la littérature sont ajoutés dans le questionnaire.

V.3 Le questionnaire

V.3.1 Réalisation du questionnaire

Le questionnaire est réalisé à partir des éléments décrits dans la littérature comme étant de potentiels facteurs de risque dans la population générale et à partir des entretiens semi-directifs. Ainsi, les facteurs potentiels non décrits dans la population générale sont ajoutés au questionnaire. Ce sont : le durée de pause méridienne, la pression économique, la durée d'une séance, l'aide administrative, le nombre conséquent de jours travaillés par semaine, le nombre de semaines de vacances, la prise en charge de patients de pathologies différentes, le choix des pathologies prises en charge.

V.3.2 Contenu

Le questionnaire est disponible en annexe n°4.

Afin de rédiger ce questionnaire, les conditions de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) ont été respectées. En effet, elle stipule que la collecte de données personnelles doit être accompagnée d'informations claires et précises sur « *l'identité du responsable du traitement, de la finalité poursuivie par le traitement auquel les données sont*

destinées, du caractère obligatoire ou facultatif des réponses, des conséquences éventuelles d'un défaut de réponse ou encore des destinataires des données » (38). Ces conditions étant décrites sur la première page du questionnaire.

Ainsi, le questionnaire comporte une introduction présentant l'objectif de la recherche et les droits des sujets y participant comme le respect de l'anonymat ou encore le droit d'obtenir le résultat de l'étude à laquelle ils ont participé.

Le questionnaire se compose de 56 questions divisées en 7 parties allant de A à G et contient majoritairement des questions fermées à choix unique ou multiples. Ce type de questions permet la collecte de réponses simples à partir de réponses déjà formulées et invite ainsi à faire réfléchir le sujet en répondant pour ou contre un élément. Ceci limite les réponses superficielles et facilite l'analyse des résultats. Seules 2 questions étaient ouvertes ; permettant aux participants de s'exprimer librement (37). Cette modalité était uniquement choisie pour les variables numériques non étendues c'est à dire le nombre d'enfant à charge et le nombres de professionnels travaillant dans les mêmes locaux que la personne interrogée.

La partie A, nommée *Inclusion à l'étude* contient une unique question qui permet d'exclure les participants ne répondant pas aux critères d'inclusion de l'étude. Si la réponse est négative à la question « Exercez-vous une activité libérale ? » alors l'ensemble des réponses de cette personne ne seront pas prises en compte dans l'enquête.

La Partie B, *Facteurs de risque individuels*, est composée de 9 questions dont l'objectif est de caractériser l'échantillon mais aussi de répondre aux hypothèses concernant certains éléments propres aux MK qui pourraient augmenter le risque de BO. Ce sont notamment les données socio-géographiques (âge, sexe, ancienneté dans la profession...), les pathologies psychiatriques ou caractéristiques psychologiques. Nous retrouvons également dans cette partie certains éléments décrits comme étant de possibles facteurs de risque intra-personnels dans la population générale tels que : les conflits de valeurs avec la profession, la capacité à gérer les exigences émotionnelles, la capacité de la personne à montrer une attitude positive auprès de ses patients. Ces éléments sont décrits dans la partie II.1.5.

La partie C, *Facteurs de risque organisationnels*, s'intéresse à travers 17 questions aux modalités de pratiques du MK en libéral. Le but est ici de répondre aux hypothèses concernant le statut du MK, l'environnement de travail (zone d'exercice), les exigences au travail (temps

de travail par semaine), le manque d'autonomie, l'insécurité de l'emploi (charge financière), la charge de travail (nombre de patients par jour, charges administratives) etc.

De plus, si la personne a répondu « remplaçant » à la question portant sur le statut du MK alors une question sur la durée moyenne de ses contrats est ajoutée. Cette dernière question permet de savoir si l'insécurité de l'emploi (en termes de durée contractuelle) a également un impact sur l'apparition du BO chez les remplaçants.

La partie D, *Facteurs de risque interpersonnels*, composée de 3 questions a pour objectif de déterminer si des rapports sociaux dégradés au travail augmentent le risque de BO chez le MK. Elle s'intéresse ainsi aux relations entre le praticien et ses collègues, avec les autres professionnels prenant en charge le patient ou encore avec le patient lui-même.

Les parties E, F, G concernent l'échelle Maslach Burnout Inventory MBI. Cet outil d'évaluation est un questionnaire scientifiquement validé et le plus utilisé aujourd'hui pour évaluer le risque de BO (41). Nous utilisons ici, sa traduction française car elle s'adresse plus spécifiquement aux professions aidantes (sociales, médico-sociales et enseignantes) (18) (42).

Le MBI comporte 22 questions qui explorent les 3 dimensions du BO :

- l'épuisement émotionnel à travers 9 questions ;
- la dépersonnalisation à travers 5 questions ;
- l'accomplissement personnel au travail par 8 questions.

Pour chaque question, les sujets doivent répondre à chacune de ces questions par une des 7 propositions. Elles correspondent aux fréquences à laquelle la personne est confrontée au phénomène décrit. Chaque fréquence est ainsi notée de 0 à 6 : Jamais (0 pt), quelques fois par an (1 pt), une fois par mois (2 pts), quelques fois par mois (3 pts), une fois par semaine (4 pts), quelques fois par semaine (5 pts), ou chaque jour (6 pts). Il s'agit donc d'une échelle de fréquence (43).

Ceci permet de donner indépendamment un score à chaque dimension en additionnant les points de chaque question. Ensuite selon le score obtenu, on classe chaque dimension avec un score faible, modéré ou élevé. Ainsi :

- Pour l'épuisement Émotionnel : un score inférieur à ou égal à 17 indique un degré faible de BO, un score compris entre 18 et 29 indique un degré modéré, et un score supérieur ou égal à 30 indique un degré élevé de BO ;
- Pour la dépersonnalisation : un score total inférieur ou égal à 5 indique un degré faible de burnout, un score compris entre 6 et 11 indique un degré modéré, et un score supérieur ou égal à 12 indique un degré élevé de BO ;
- Pour l'accomplissement personnel : un score inférieur ou égal à 33 indique un degré élevé de BO, un score compris entre 34 et 39 indique un degré modéré de BO, et un score supérieur ou égal à 40 indique un degré faible de BO (41).

Ainsi, un score élevé dans les deux premières dimensions ou un score faible dans la dimension de l'accomplissement personnel permet d'identifier la personne comme présentant un risque de BO. D'autre part, on peut y associer un degré de gravité différent selon l'importance des dimensions atteintes. De ce fait, le risque global de BO est :

- faible : dans le cas où une seule des trois dimensions est associée à un degré élevé ;
- modéré : dans le cas où 2 dimensions sont associées à un degré élevé ;
- élevé : dans le cas où les 3 dimensions sont associées à un degré élevé (41).

Pour finir, le questionnaire se termine par des remerciements ainsi que par l'adresse email de l'enquêteur dans le cas où le sujet serait intéressé par les résultats de l'étude ou aurait d'autres remarques à formuler.

V.3.3 Population cible

Le questionnaire est ouvert à tous les MK diplômés d'état exerçant en France (DOM TOM inclus) et ayant une activité partielle ou totale en libéral.

Les critères d'inclusion sont donc :

- être MK diplômé d'état
- exercer en France métropolitaine ou dans les DOM TOM
- travailler en libéral à temps partiel ou total

Les critères de non-inclusion sont : ne pas présenter un des critères d'inclusion.

V.3.4 Finalisation du questionnaire

Avant sa diffusion, le questionnaire est d'abord testé par deux MK afin de savoir si les questions sont compréhensibles et pertinentes vis-à-vis des objectifs. Aucune modification n'a été apportée.

Enfin, une infirmière ainsi que 3 autres MK ont répondu au questionnaire en ligne afin de connaître le temps nécessaire pour répondre à ce dernier. Le temps de réponse étant trop long (17 min), la partie du questionnaire portant sur le bien-être au travail ainsi que 4 questions portant sur des facteurs de risque individuel ont été supprimées. Ces questions sont jugées non essentielles à l'objectif de l'étude. Leur suppression permet d'obtenir un temps de réponse de 9 min.

D'autres part, certaines questions comprenant des variables discrètes ont dû être modifiées comme, l'âge, l'ancienneté, ou encore la durée de pause méridienne ; du fait de l'étendue des valeurs possibles, l'analyse de ces résultats aurait été plus complexe. De plus, le fait de laisser la personne répondre elle-même augmente le risque d'erreur de transcription. Les variables discrètes ont donc été remplacées par des tranches d'âge, d'ancienneté ou temps de pause.

L'objectif de ces tests est de limiter certains biais qui pourraient engendrer une mauvaise compréhension ou encore un temps de réponse trop long et qui induirait une perte de concentration du sujet ou mènerait à un taux de réponse complète insuffisant. D'autre part, ceci permet de vérifier si le type de réponse du questionnaire convient à une analyse statistique permettant une interprétation facile.

Aucune des réponses à ces pré-tests n'ont été comptabilisées dans l'étude car d'une part, toutes les personnes ne correspondaient pas aux critères d'inclusion et d'autre part, des modifications ont été apportées.

V.3.5 Moyens de diffusion

Le questionnaire a été créé sur la plateforme en ligne *Limesurvey* permettant une diffusion et un recueil des données de manière informatisée (44). Elle permet également aux sujets de modifier leurs réponses précédentes, limitant ainsi les erreurs de retranscription. De plus, il est possible de rendre obligatoire toutes les questions de manière à limiter les réponses incomplètes. D'autre part, les réponses sont anonymes et chaque réponse est identifiée par un code.

Le questionnaire a été, dans un premier temps, mis en ligne pour la première fois le 12 octobre 2021, sur le réseau social Facebook. Il fut publié sur plusieurs groupes privés de kinésithérapie via le compte personnel de l'enquêteur. Ce réseau social permet aux utilisateurs de venir apporter des remarques au sujet du questionnaire à travers l'espace commentaire de la publication.

Une demande de diffusion auprès de l'ordre des masseurs kinésithérapeutes de France (45) fut ensuite faite mais cette dernière n'a reçu aucune réponse.

Une relance sur le réseau social Facebook fut faite le 4 Novembre 2021. Cette nouvelle publication a pour objectif de réduire au maximum le taux de non-réponse.

Les conditions de clôture du questionnaire étaient de dépasser la taille minimale idéale de l'échantillon estimée à 383 sur *surveymonkey* (46) (pour un intervalle de confiance de 95 % et une marge d'erreur de 5 %) ou dépasser un temps de diffusion du questionnaire de 2 mois.

V.3.6 Collecte et codage des données

La plateforme en ligne *Limesurvey* transmet automatiquement un tableur Excel comprenant les résultats, ce qui facilite son utilisation. Ainsi, nous obtenons un tableur où une ligne correspond à l'ensemble des réponses d'un même individu tandis que les colonnes recensent toutes les réponses obtenues à une même question.

Dans un premier temps, les réponses incomplètes ont été extraites du tableur. Puis, les individus ayant répondu « non » à la première question ont été retirés, car ne correspondant pas aux critères d'inclusion.

Par la suite, nous avons effectué des statistiques descriptives afin de décrire notre échantillon, ce qui correspond aux premières questions de la partie B. Ces résultats ont ensuite été retranscrits en pourcentage. Ces éléments descriptifs ont été déterminés via le logiciel Microsoft Excel.

Il a ensuite fallu définir les scores au MBI de chaque participant, et ceci dans chaque dimension. Pour cela, via l'outil Excel, chaque fréquence a d'abord été remplacée par sa valeur numérique correspondant au barème décrit dans l'échelle (jamais = 0, quelques fois par an = 1, une fois par mois = 2, quelques fois par mois = 3, une fois par semaine = 4, quelques fois par semaine = 5, chaque jour = 6). Ensuite, les questions correspondantes à chaque dimension ont été additionnées afin de donner un score à ces dernières. Pour finir, un score global de risque de BO est attribué à chaque personne en fonction du score des dimensions : risque inexistant, faible, modéré, ou élevé.

V.3.7 Analyse des résultats

Afin de déterminer les éventuels facteurs agissant sur le risque de BO, l'échantillon a été divisé en deux groupes :

- Groupe 1 : ceux étant exposés à un risque de BO, c'est-à-dire ceux ayant au moins une dimension au risque élevé. Ce groupe est ensuite subdivisé en 3 catégories en fonction de leur niveau de risque de BO déterminé selon le nombre de dimensions affectées ;
- Groupe 2 : ceux pour qui aucun risque n'a été détecté, c'est-à-dire ceux n'ayant eu aucune dimension importante.

Chaque question des parties B, C, et D, correspondantes aux potentiels facteurs de risque intra-personnel, organisationnel et interpersonnel ont, ensuite, été comparées à ces 2 groupes. Ainsi, l'objectif de cette comparaison est de déterminer si les variables des parties B, C et D influent sur le risque de BO. Un facteur de risque potentiel étant considéré comme une variable.

Pour cela, différents tests statistiques ont été réalisés à l'aide du logiciel en ligne pvalue.io. Ce logiciel permet de déterminer les tests statistiques les plus appropriés en fonction des données recueillies pour chaque variable :

- Test X^2 de Pearson : pour les variables qualitatives d'échelles catégorielles. Les variables éligibles à ce test sont : les pathologies prises en charge, « l'âge », « avoir une aide administrative », « l'ancienneté », « le fait d'avoir des antécédents psychiatriques ou psychologiques », « avoir des difficultés pour montrer une attitude positive », « avoir le choix concernant ses horaires » , « avoir le choix concernant ses patients », « échanges avec les autres professionnels prenant en charge le même patient », « avoir un ou plusieurs enfants à charge », « avoir deux jours de repos consécutifs », « nombre de patient par jour », « ressentir une pression financière », « difficulté à prendre du recul vis-à-vis de situations particulières rencontrées dans le cadre du travail », « relations avec les autres professionnelles exerçant dans le même établissement », « avoir du retard dans ses rendez-vous », « le genre », « statut professionnel », « temps de pause le midi », « temps de travail par semaine », « travailler le week-end », « correspondance entre valeurs personnelles et travail », « zone d'exercice » ;
- Tests de Fisher : pour les variables qualitatives d'échelles catégorielles où les conditions d'application du test de X^2 de Pearson ne sont pas respectées c'est-à-dire lorsque l'effectif théorique est trop faible. Les variables éligibles à ce test sont : lorsque le participant répond une autre pathologie qui n'est pas décrite dans les propositions ainsi que les variables « conjugaison vie professionnelle et vie personnelle », « durée des contrats » pour les remplaçants, « nombre de semaines de vacances par an », « rencontrer des situations conflictuelles avec ses patients », « statut familial », « temps par séance avec le patient »
- Test t de Welch : pour les variables quantitatives comme « nombre de professionnels travaillant dans le même établissement »

L'analyse statistique se divise en deux étapes. Dans un premier temps, chaque test statistique donne une valeur-p (p), qui permet de savoir s'il existe une différence significative entre les deux groupes et la variable dans le but de déterminer si cette variable influe sur le risque de BO. La différence est considérée comme significative si $p < 0,05$.

Dans un second temps, lorsqu'une différence significative est identifiée entre le groupe avec BO et le groupe sans BO une analyse visuelle est réalisée : soit à l'aide d'un tableur, soit à l'aide de diagramme. Cette dernière étape a pour objectif de préciser quelle valeur, au sein de la variable, influence le plus le risque de BO. Pour cela, nous regardons pour quelle valeur la différence de pourcentage entre le groupe 1 et le groupe 2 est la plus grande.

VI Résultats

La diffusion du questionnaire en ligne a permis d'obtenir 675 réponses complètes ($n = 657$). Aucune de ces réponses ont été exclues : l'ensemble des participants répondaient aux critères d'inclusion et aucune réponse incohérente n'a été détectée. L'échantillon obtenu représente ainsi la population cible avec un taux de confiance de 99% et une marge d'erreur de 5%.

Après la description des caractéristiques socio-professionnelles de l'échantillon, nous trouverons l'identification du risque de BO, son degré de sévérité ainsi que le degré de sévérité dans chacune de ces dimensions. Enfin, nous répondrons aux différentes hypothèses proposées dans cette étude qui sont : les facteurs intrapersonnels, interpersonnels et organisationnels.

Pour la suite de l'étude, nous définissons le groupe avec un risque de BO comme étant le « groupe 1 » et celui avec aucun risque de BO comme le « groupe 2 ».

VI.1 Caractéristiques socio-professionnelles des participants

Les caractéristiques des répondants sont regroupées dans le tableau 1.

Tableau 1 : *Caractéristiques de l'échantillon ayant répondu au questionnaire*

	Effectif	%
Genre		
Féminin	463	69
Masculin	212	31
Age		
< 30 ans	222	33
30 – 40 ans	262	39
40 – 50 ans	125	19
>50 ans	66	9,8
Statut matrimonial		
Marié(e)	238	35
Conjoint(e)	289	43
Célibataire	106	16

Séparé(e)/Divorcé(e)	39	5,8
Veuf/Veuve	3	0,44
Enfant(s) à charge		
Oui	338	50
Non	337	50
Statut professionnel		
Associé(e)	404	60
Assistant(e) / Collaborateur	226	33
Remplaçant(e)	45	6,7
Ancienneté		
<5 ans	181	27
5-15 ans	281	42
15-30 ans	171	25
>30ans	42	6,2
Zone d'exercice		
Sous-dotée	128	19
Normale	409	60
Sur-dotée	139	21

Nous pouvons voir que d'une manière générale l'échantillon comporte une majorité de femmes car il contient plus de deux tiers de femmes. On remarque également que deux tiers de la population de l'échantillon sont âgés de moins de 40 ans. Concernant le statut marital, plus de trois quarts de l'échantillon vivent en couple et la moitié de l'échantillon a des enfants à charge. Nous pouvons observer aussi que 60% des personnes ayant répondu au questionnaire sont titulaires de leur cabinet et près de 70% exerce le métier de MK depuis moins de 15 ans. Enfin, la majorité des MK exerce dans une zone dite « normale ».

VI.2 Identification du risque de BO des participants

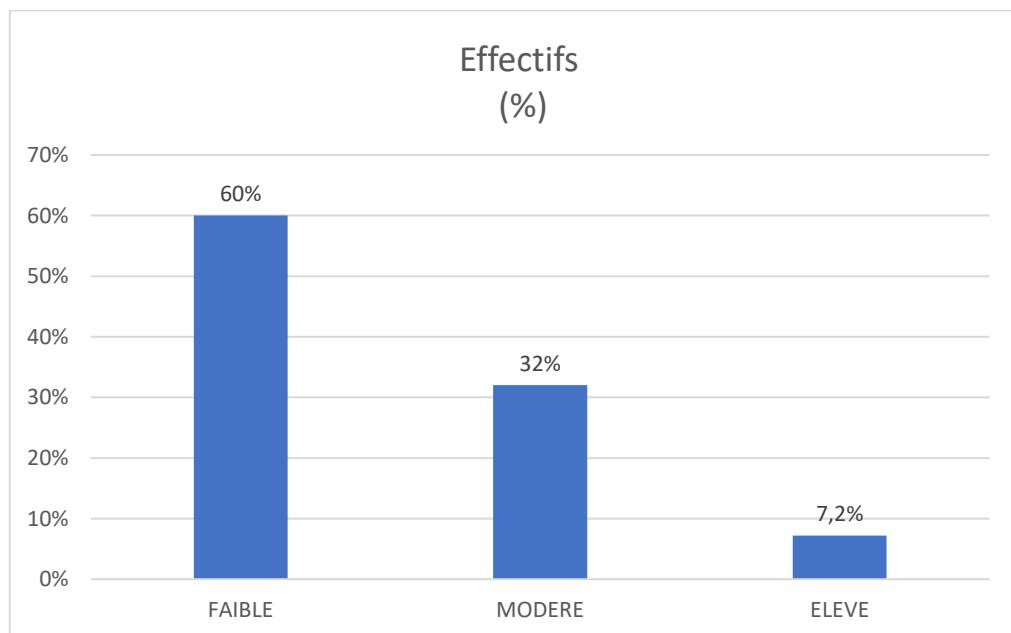
Pour rappel, le BO est composé de 3 dimensions (l'accomplissement personnel, la dépersonnalisation et l'épuisement émotionnel) auxquelles on attribue un degré de sévérité : faible, modéré ou élevé en fonction du score obtenu au questionnaire.

Un score élevé dans l'une des deux premières dimensions ou un score faible dans la dimension de l'accomplissement personnel permet d'identifier la personne comme présentant un risque de BO. On peut également associer un degré de sévérité à ce risque de BO selon l'importance des dimensions atteintes. Ainsi le risque global de BO est :

- faible : dans le cas où une seule des trois dimensions est associée à un degré élevé
- modéré : dans le cas où 2 dimensions sont associées à un degré élevé
- élevé : dans le cas où les 3 dimensions sont associées à un degré élevé (41).

L'évaluation du risque de BO a été réalisée à partir de l'échelle MBI située dans la dernière partie du questionnaire. L'échelle a ainsi permis de montrer que 235 individus (soit 35%) de la population étudiée présentent un syndrome de BO parmi les 675 MK de l'échantillon. La sévérité du risque de BO pour ces 235 individus est visible dans le graphique 1.

Graphique 1 : degré de sévérité du risque BO dans le groupe 1



On peut observer que près de 40% du groupe 1 de la population présentent un degré modéré voir élevé de risque BO.

Nous retrouvons ensuite le degré de sévérité de chaque dimension dans la population générale puis dans le groupe 2 et le groupe 1 (tableaux 2, 3 et 4). Nous rappelons que contrairement aux autres dimensions, un degré faible dans la dimension de l'accomplissement personnel entraine un risque élevé de BO.

Tableau 2 : degré de sévérité des différentes dimensions du BO dans la population générale

Accomplissement personnel	FAIBLE	97 (14%)
	MODERE	187 (28%)
	ELEVE	391 (58%)
Dépersonnalisation	FAIBLE	439 (65%)
	MODERE	133 (20%)
	ELEVE	103 (15%)
Epuisement émotionnel	FAIBLE	350 (52%)
	MODERE	183 (27%)
	ELEVE	142 (21%)

L'analyse des résultats de l'échelle MBI nous indique que le risque de BO des MK libéraux en France est surtout présent par l'épuisement émotionnel. En effet, 21% de l'ensemble des participants (groupes 1 et 2 compris) présentent un degré élevé dans cette dimension alors que 15% d'entre eux présentent un degré élevé de dépersonnalisation et 14 % indiquent un degré faible d'accomplissement personnel au travail, soit un risque élevé de BO pour cette dimension (tableau 2).

Le tableau 3 ci-dessous compare les différents degrés de sévérité des différentes dimensions chez les individus ne présentant pas de risque de BO uniquement.

Tableau 3 : degré de sévérité des différentes dimensions du BO dans le groupe 2

Accomplissement personnel	FAIBLE	0 (0%)
	MODERE	124 (28%)
	ELEVE	316 (72%)
Dépersonnalisation	FAIBLE	363 (82%)
	MODERE	77 (18%)
	ELEVE	0 (0%)
Epuisement émotionnel	FAIBLE	311 (71%)
	MODERE	129 (29%)
	ELEVE	0 (0%)

Le tableau 4 ci-dessous compare les différents degrés de sévérité des différentes dimensions chez les individus présentant un risque de BO uniquement.

Tableau 4 : degré de sévérité des dimensions du BO dans le groupe 1

Accomplissement personnel	FAIBLE	97 (41 %)
	MODERE	63 (27%)
	ELEVE	75 (32%)
Dépersonnalisation	FAIBLE	76 (32%)
	MODERE	56 (24%)
	ELEVE	103 (44%)
Epuisement émotionnel	FAIBLE	39 (17%)
	MODERE	54 (23%)
	ELEVE	142 (60%)

Le tableau 5 ci-dessous compare les degrés moyens de sévérité des différentes dimensions entre toute la population, le groupe 1 et le groupe 2. Il met également en relation le degré de sévérité correspondant à ce score moyen selon l'échelle MBI.

Tableau 5 : score moyen de chacune des dimensions dans les différents groupes

		Score moyen (écart type)	Degré moyen de sévérité
Accomplissement personnel	Population générale	39,7 (2,8)	modéré
	Groupe 1	34,8 (2,2)	modéré
	Groupe 2	42,2 (2,8)	élevé
Dépersonnalisation	Population générale	5,5 (2,8)	faible
	Groupe 1	10,2 (6,3)	modéré
	Groupe 2	3,1 (2,8)	faible
Epuisement émotionnel	Population générale	19,6 (13,4)	modéré
	Groupe 1	31,2 (7,2)	élevé
	Groupe 2	13,4 (13,4)	faible

Nous pouvons observer que dans la population générale l'épuisement émotionnel et l'accomplissement personnel présentent un degré modéré de BO selon ces dimensions. Le groupe 2 n'a que des scores étant identifiés comme des risques faibles pour le BO.

D'autre part, dans le groupe 1, la dimension qui semble la plus impactée le risque de BO chez les personnes à risque est l'épuisement émotionnel puisque c'est la seule dimension dans ce groupe qui présente en moyenne un degré de sévérité élevé.

VI.3 Identification des facteurs de risque de BO

L'objectif de cette étude est d'identifier les facteurs pouvant influencer l'apparition d'un syndrome de BO chez le MK exerçant en libéral. Nous avons ainsi posé trois hypothèses, qui étaient que des facteurs intrapersonnels, organisationnels et interpersonnels peuvent augmenter le risque de BO.

Le facteur est considéré comme positif si la valeur-p (p) < 0,05

VI.3.1 Impact des facteurs intrapersonnels sur le risque de BO

Parmi les facteurs intrapersonnels du MK nous retrouvons les caractéristiques socio-professionnelles que sont : le sexe, l'âge, le statut matrimonial, les enfants à charge, la zone d'exercice ainsi que le statut professionnel et l'ancienneté (tableau 6).

Tableau 6 : relation entre les caractéristiques socio-professionnelles et le risque de BO

		PAS DE BO (n = 440)	BO (n = 235)	Ensemble (n = 675)	p
Genre	femme	305 (69%)	158 (67%)	463	0.58
	homme	135 (31%)	77 (33%)	212	-
Age	< 30 ans	141 (32%)	81 (34%)	222	0.9
	30 - 40 ans	175 (40%)	87 (37%)	262	-
	40 - 50 ans	81 (18%)	44 (19%)	125	-
	> 50 ans	43 (9.8%)	23 (9.8%)	66	-
Enfant(s) à charge	oui	227 (52%)	111 (47%)	338	0.28
	non	213 (48%)	124 (53%)	337	-
Statut matrimonial	marié(e)	159 (36%)	79 (34%)	238	0.56
	conjoint(e)	182 (41%)	107 (46%)	289	-
	célibataire	73 (17%)	33 (14%)	106	-
	séparé(e)	25 (5.7%)	14 (6%)	39	-
	veuf/veuve	1 (0.23%)	2 (0.85%)	3	-
Zone d'exercice	sous-dotée	80 (18%)	48 (20%)	128	0.17
	normale	277 (63%)	131 (56%)	408	-
	sur-dotée	83 (19%)	56 (24%)	139	-
Statut professionnel	titulaire du cabinet	265 (60%)	139 (59%)	404	0.77
	assistant	144 (33%)	82 (35%)	226	-
	remplaçant	31 (7%)	14 (6%)	45	-

Ancienneté	< 5 ans	116 (26%)	65 (28%)	181	0.66
	5 - 15 ans	186 (42%)	95 (40%)	281	-
	15 - 30 ans	114 (26%)	57 (24%)	171	-

Le tableau montre qu'il n'existe pas de différences significatives entre les deux groupes. Les caractéristiques socio-professionnelles ne sont donc pas des facteurs de risque pour le BO.

D'autres facteurs de risque intrapersonnels ont été recherchés tels que la facilité à prendre du recul vis-à-vis de situations difficiles dans le cadre du travail, la difficulté à montrer une attitude positive, le fait d'avoir des antécédents de pathologies psychologiques ou psychiatriques ou encore la correspondance entre les valeurs personnelles et la profession. (Tableau 7).

Tableau 7 : relation entre les caractéristiques intrapersonnelles et le risque de BO

		PAS DE BO (n = 440)	BO (n = 235)	Ensemble (n = 675)	p
Faciliter à prendre du recul vis à vis de situations difficiles	oui	290 (66%)	114 (49%)	404	<0.001
	non	150 (34%)	121 (51%)	271	-
Antécédents de pathologies psychologiques ou psychiatriques	non	403 (92%)	210 (89%)	613	0.34
	oui	37 (8.4%)	25 (11%)	62	-
Difficultés pour montrer une attitude positive	non	421 (96%)	181 (77%)	602	<0.001
	oui	19 (4.3%)	54 (23%)	73	-
Correspondance valeurs personnelles et profession	oui	382 (87%)	154 (66%)	536	<0.001
	non	58 (13%)	81 (34%)	139	-

Il existe une différence significative entre les deux groupes concernant la correspondance entre les valeurs personnelles et professionnelles, la difficulté à montrer une attitude positive ainsi

que la facilité à prendre du recul vis-à-vis de situations difficiles ($p < 0,001$). Ce sont donc des facteurs augmentant le risque de BO.

Pour conclure sur cette première hypothèse, il apparaît donc que des facteurs intra-personnels au MK ont un impact sur le risque de BO. Ce sont : la non correspondance entre les valeurs personnelles et la profession, la difficulté à montrer une attitude positive et la facilité à prendre du recul vis-à-vis de situations difficiles.

VI.3.2 Impact des facteurs organisationnels sur le risque de BO

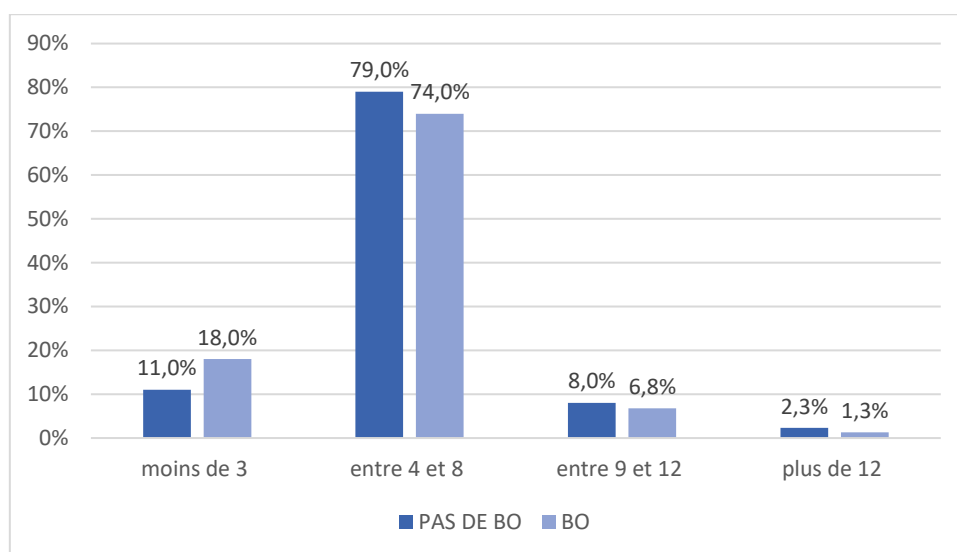
Les facteurs de risque organisationnels recherchés dans cette étude sont : ne pas avoir deux jours consécutifs de repos, travailler le weekend (tableau 8), le nombre de semaines de vacances par an (graphique 2), le retard dans les rendez-vous (graphique 3), le temps de travail hebdomadaire (graphique 4), la durée de séance avec le patient (graphique 5), la durée de pause méridienne (graphique 6), avoir une aide administrative (graphique 7), la marge d'autonomie (tableau 9), les pathologies prises en charge (tableau 10), le nombre de patients journalier (graphique 10), la difficulté du MK à conjuguer vie professionnelle et vie personnelle (graphique 11), la pression financière ressentie par le MK (graphique 12), la durée moyenne du contrat de travail chez les MK remplaçants (graphique 13) ainsi que le nombre de professionnels de santé exerçant dans le même bâtiment.

Tableau 8 : *relation entre les jours de repos et travailler le weekend avec le risque de BO.*

		PAS DE BO (n = 440)	BO (n = 235)	n	p
Deux jours de repos consécutifs	oui	406 (92%)	200 (85%)	606	<0.01
	non	34 (7.7%)	35 (15%)	69	-
Travail le week-end	non	396 (90%)	198 (84%)	594	0.029
	oui	44 (10%)	37 (16%)	81	-

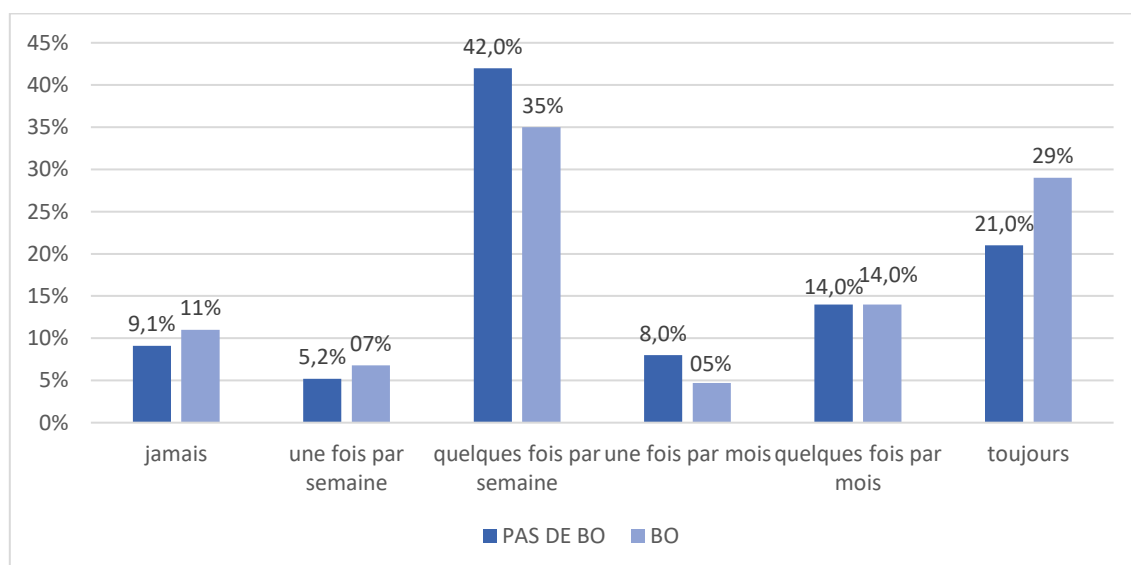
Il apparaît que le fait de ne pas avoir deux jours consécutifs de repos ($p < 0,01$), de travailler le week-end ($p = 0,029$) augmentent le risque de BO puisqu'il existe une différence significative entre les deux groupes.

Graphique 2 : relation entre le nombre de semaines de vacances par an et le risque de BO



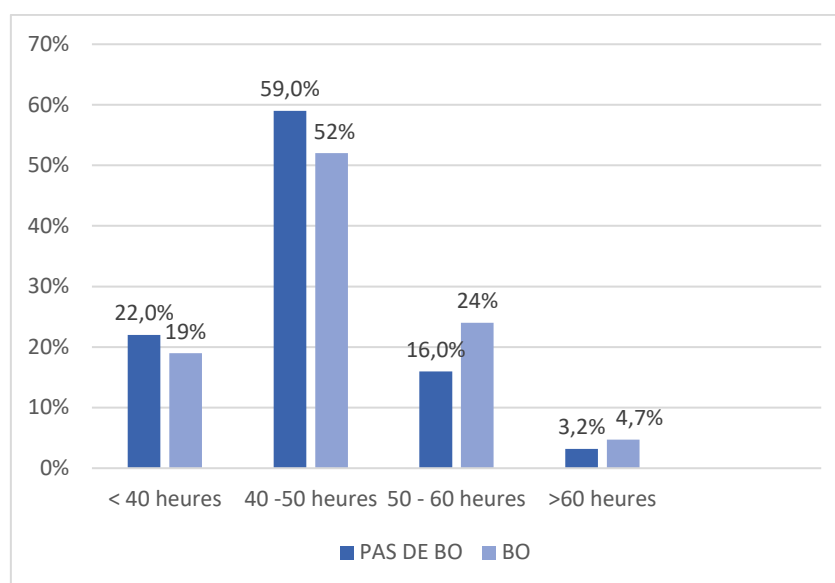
Le nombre de semaines de vacances par an majore également le risque de BO ($p = 0,045$). En effet, nous pouvons observer que le nombre de personnes ayant moins de 3 semaines de vacances par an est plus élevé chez les personnes souffrantes d'un syndrome de BO.

Graphique 3 : relation entre avoir du retard dans les rendez-vous et le risque de BO



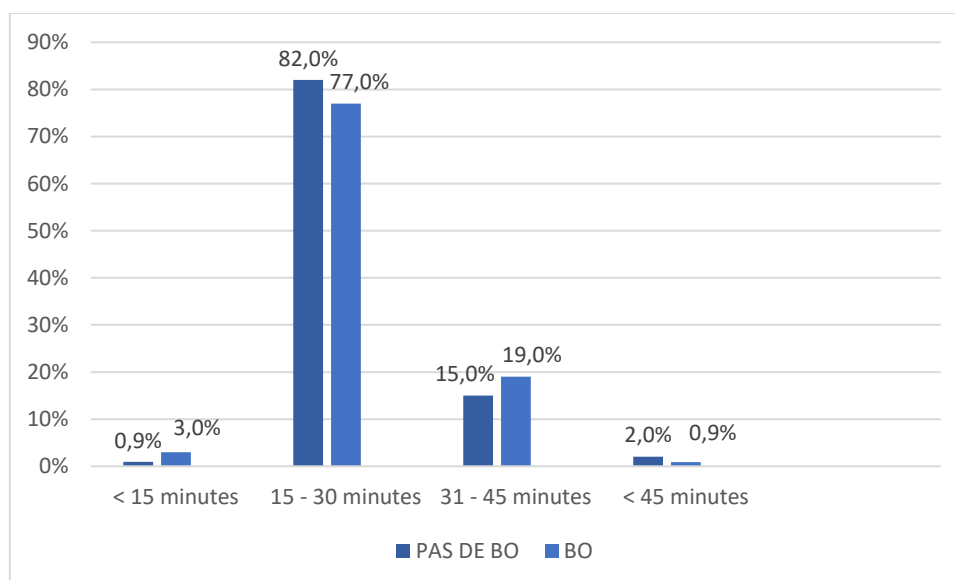
Le fait d'avoir du retard dans les rendez-vous avec les patients n'influe pas sur le risque de BO ($p = 0,075$).

Graphique 4 : relation entre le temps de travail hebdomadaire et le risque de BO



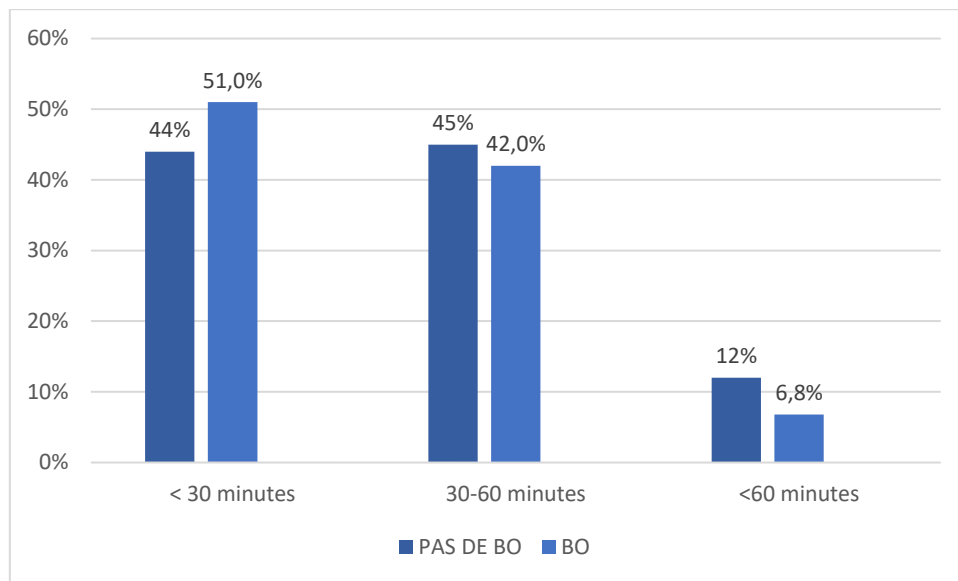
Il existe une relation entre le risque de BO et le temps de travail hebdomadaire ($p = 0,04$), en effet les MK travaillant plus de 50 heures par semaine sont plus nombreux dans le groupe atteint de BO.

Graphique 5 : relation entre la durée d'une séance avec le patient et le risque de BO



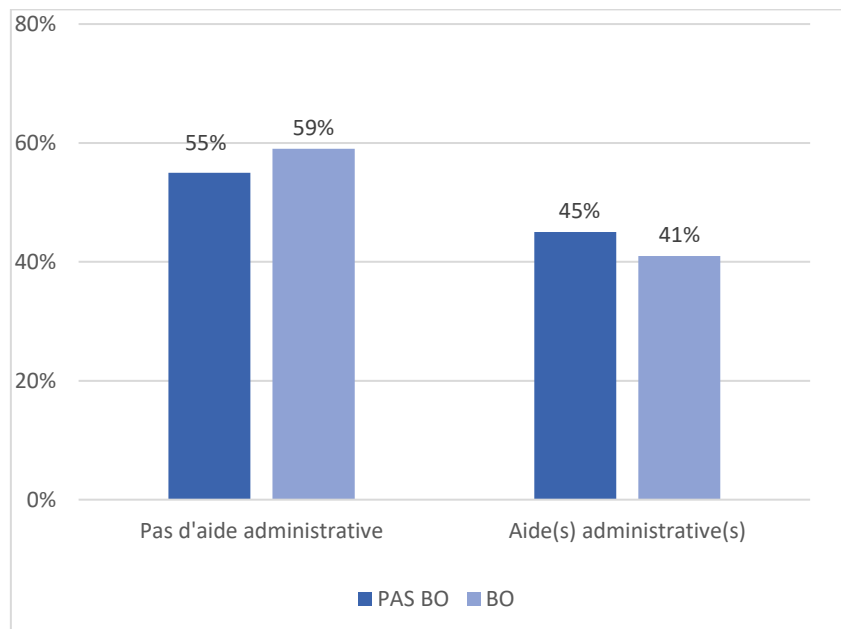
Il n'existe pas de différence significative entre les deux groupes ($p = 0,065$), le temps de séance n'est donc pas un facteur de risque de BO.

Graphique 6 : relation entre la durée de pause méridienne et le risque de BO



Il n'existe également pas de différence significative entre les deux groupes ($p = 0.066$), le temps de pause n'est donc pas un facteur de risque de BO.

Graphique 7 : relation entre avoir une aide administrative et le risque de BO



Le fait d'avoir une aide administrative n'a également pas de lien avec l'apparition d'un syndrome de BO ($p = 0,25$).

La marge d'autonomie se caractérise chez le MK par son choix quant aux patients pris en charge, ainsi que son choix sur ses horaires et ses vacances (tableau 9).

Tableau 9 : relation entre la marge d'autonomie du MK et le risque de BO.

		PAS DE BO (n = 440)	BO (n = 235)	n	p
Choix des patients	Oui	301 (68%)	144 (61%)	445	0.063
	Non	139 (32%)	91 (39%)	230	-
Choix des horaires et/ou vacances	Oui	379 (86%)	170 (72%)	549	<0.001
	Non	61 (14%)	65 (28%)	126	-

L'étude montre ainsi que le fait de ne pouvoir choisir ses horaires de travail ou ses vacances est un facteur de risque de BO ($p < 0,001$) mais ce n'est pas le cas pour le choix des patients ($p = 0,063$).

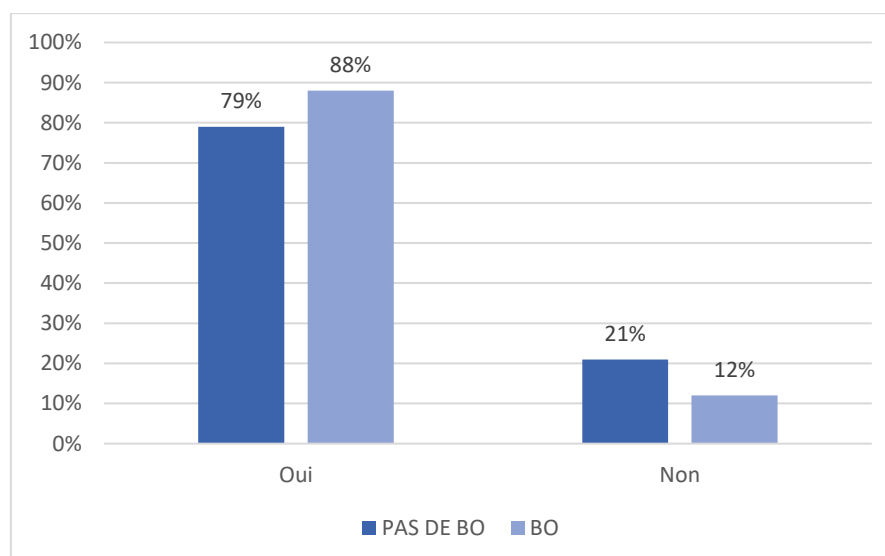
Tableau 10 : relation entre le type de pathologies prises en charge et le risque de BO.

		PAS DE BO (n = 440)	BO (n = 235)	n	p
Affection(s) cardiaque(s)	Non	407 (92%)	221 (94%)	628	0.45
	Oui	33 (7.5%)	14 (6%)	47	-
Affection(s) musculosquelettique(s)	Oui	372 (85%)	188 (80%)	560	0.13
	Non	68 (15%)	47 (20%)	115	-
Affection(s) neurologique(s)	Non	246 (56%)	138 (59%)	384	0.48
	Oui	194 (44%)	97 (41%)	291	-
Affection(s) respiratoire(s)	Non	330 (75%)	180 (77%)	510	0.65
	Oui	110 (25%)	55 (23%)	165	-
Affection(s) urologique(s)	Non	370 (84%)	215 (91%)	585	<0.01
	Oui	70 (16%)	20 (8.5%)	90	-
Gériatrie	Non	227 (52%)	121 (51%)	348	0.98
	Oui	213 (48%)	114 (49%)	327	-
Affection(s) aiguë(s)	Oui	283 (64%)	163 (69%)	446	0.19

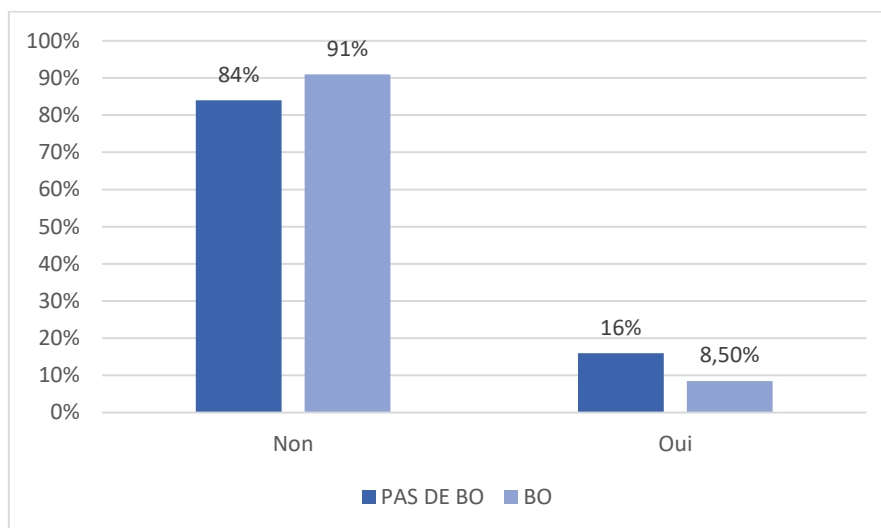
	Non	157 (36%)	72 (31%)	229	-
Affection(s) chronique(s)	Oui	348 (79%)	206 (88%)	554	<0.01
	Non	92 (21%)	29 (12%)	121	-
Pédiatrie	Non	348 (79%)	200 (85%)	548	0.057
	Oui	92 (21%)	35 (15%)	127	-
Soins palliatif(s)	Non	388 (88%)	207 (88%)	595	0.97
	Oui	52 (12%)	28 (12%)	80	-
Autres pathologies	Cancérologie	18 (49%)	6 (50%)	24	0.17
	Maxillofaciale	6 (16%)	3 (25%)	9	-
	Sportifs	9 (24%)	0 (0%)	9	-
	Vestibulaire	3 (8.1%)	3 (25%)	6	-
	Psychiatrique	1 (2.7%)	0 (0%)	1	-

Il apparaît que la prise en charge par le MK d'affections chroniques ou encore d'affections urogénitales influent sur le risque de BO ($p < 0,01$). Les graphiques 8 et 9 favorisent la compréhension du lien entre le risque de BO et la prise en charge de ces deux types d'affections.

Graphique 8 : *relation entre la prise en charge de patients souffrants de pathologies chroniques et le risque de BO.*

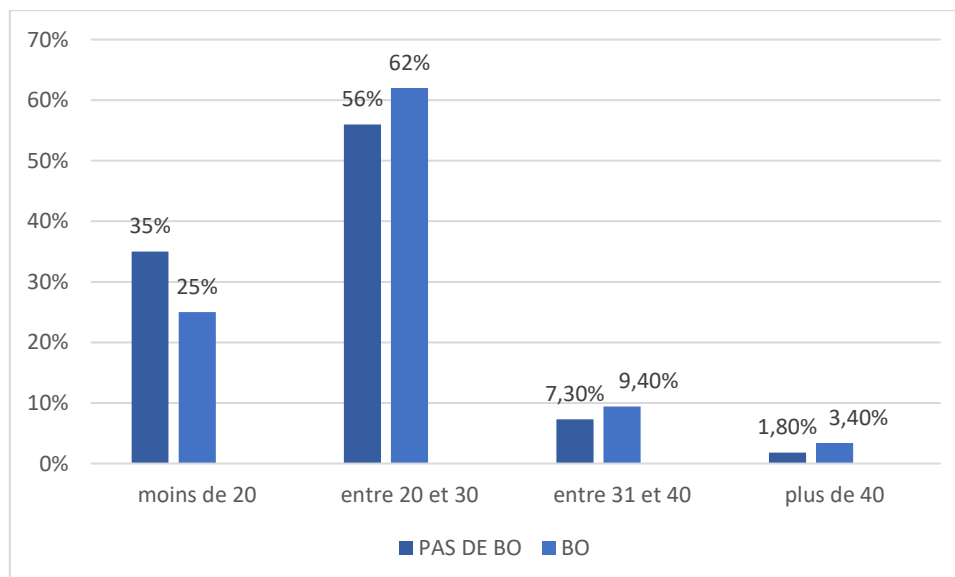


Graphique 9 : *relation entre la prise en charge de patients souffrants de pathologies urologiques et le risque de BO.*



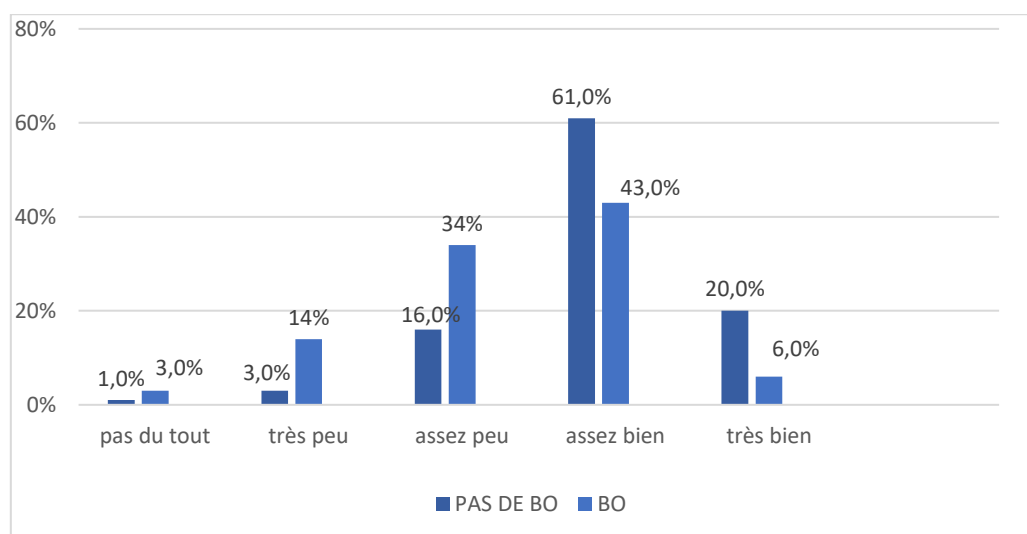
Nous observons que le nombre de professionnels du groupe 1 est plus important dans le groupe prenant en charge des patients souffrants d'affections chroniques. A l'inverse, la proportion de personnes prenant en charge des pathologies urologiques est plus importante dans le groupe 2. Nous pouvons donc conclure sur le fait que ce dernier facteur soit protecteur.

Graphique 10 : *relation entre le nombre de patient journalier et le risque de BO.*



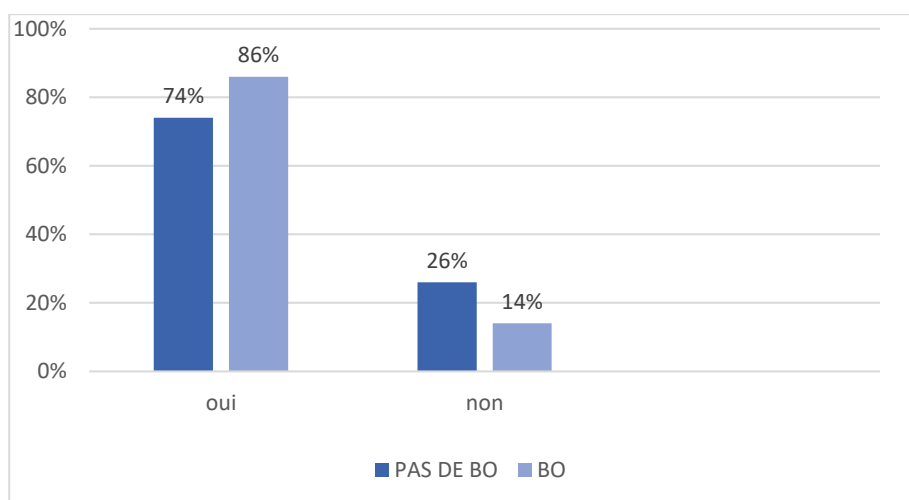
Le nombre de patients par jour influe sur le risque de BO ($p = 0,047$). D'autre part, nous pouvons observer que le risque est avéré à partir de 20 patients.

Graphique 11 : relation entre la balance vie professionnelle/vie personnelle et le risque de BO.



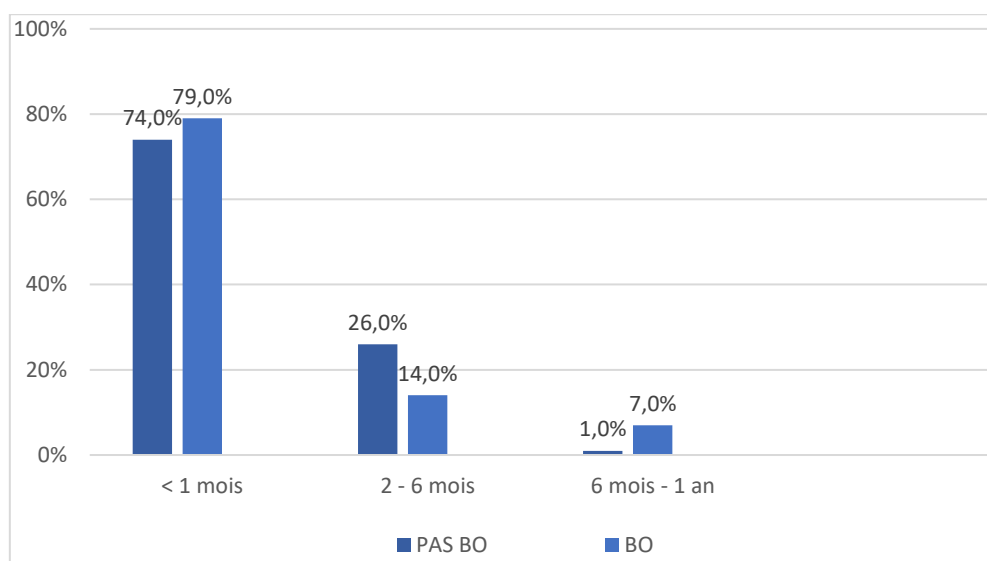
Il existe une différence significative entre les deux groupes ($p < 0,001$). En effet, les personnes du groupe BO sont plus nombreuses à indiquer qu'il est « très peu » ou « assez peu » facile pour eux de conjuguer leur métier et leur vie de famille.

Graphique 12 : impact de la pression financière sur le risque de BO



La pression financière ressentie par le MK vis-à-vis de son travail est également un facteur de risque de BO ($p < 0,001$).

Graphique 13 : relation entre le temps moyen du contrat de travail et le risque de BO



Le temps moyen des contrats chez les MK exerçant en tant que remplaçant n'impacte pas le risque de BO puisque les résultats entre les deux groupes ne montrent pas de différences significatives ($p = 0,31$).

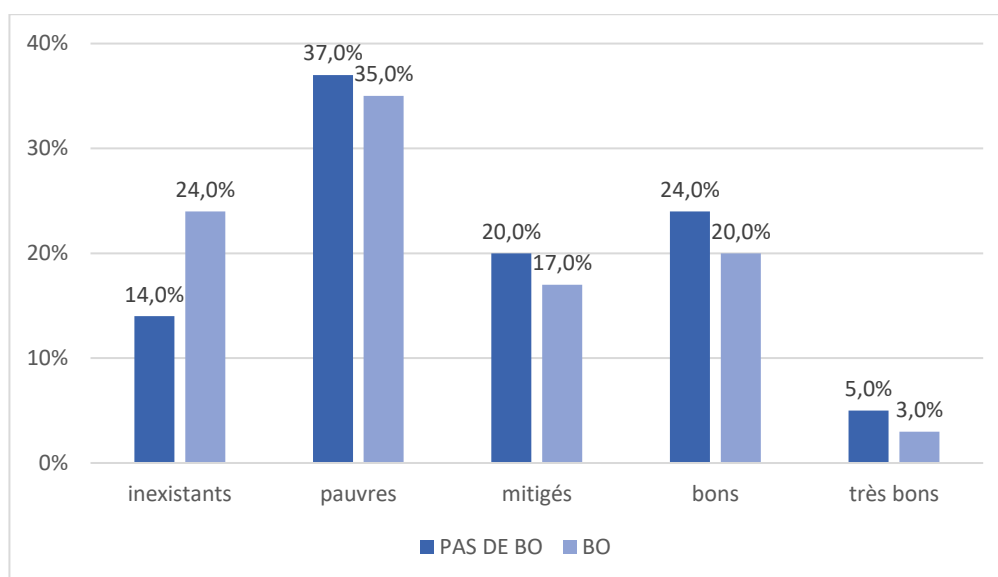
Enfin, il apparaît que le nombre moyen de professionnels de santé exerçant dans le même établissement que le MK est de 4,12 chez les MK ne souffrant pas de BO et de 4,26 dans l'autre groupe. Ce facteur n'a donc pas d'impact sur le risque de BO ($p = 0,72$).

Pour conclure, les facteurs de risque organisationnels sont : le fait de ne pas avoir deux jours consécutifs de repos, travailler le week-end, travailler plus de 50 heures par semaine, avoir moins de 3 semaines de vacances par an, ne pas pouvoir choisir ses horaires de travail ou ses vacances, prendre plus de 20 patients par jour, la difficulté du MK à conjuguer vie professionnelle et vie personnelle ainsi que la pression financière, prendre en charge des patients souffrants de pathologie chronique.

VI.3.3 Impact des facteurs interpersonnels sur le risque de BO

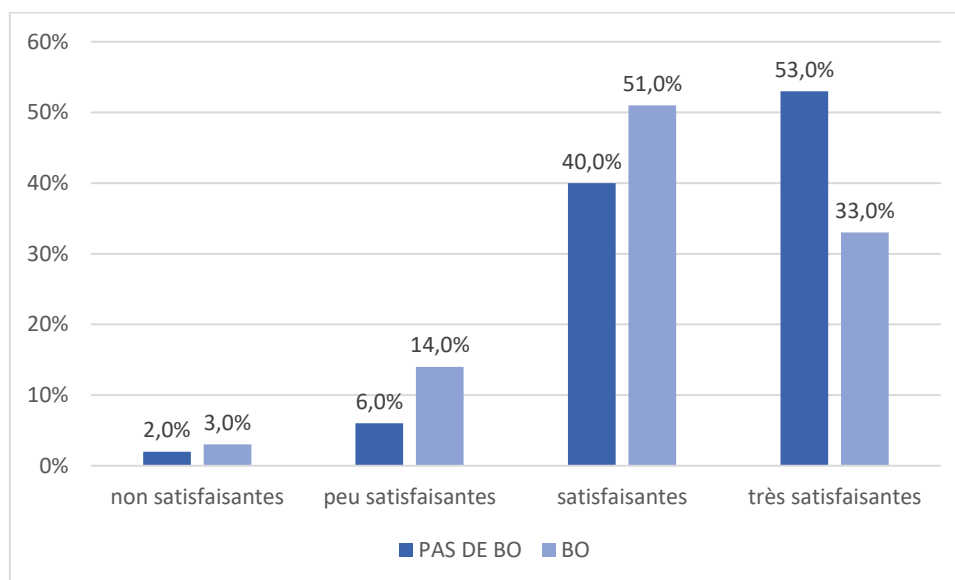
Les facteurs de risque interpersonnels évalués dans cette étude sont : les échanges avec les autres professionnels de santé (graphique 14), les relations conflictuelles avec les patients (graphique 15) ainsi que les relations avec les autres collègues de travail (graphique 16).

Graphique 14 : relation entre les échanges avec les autres professionnels et le risque de BO



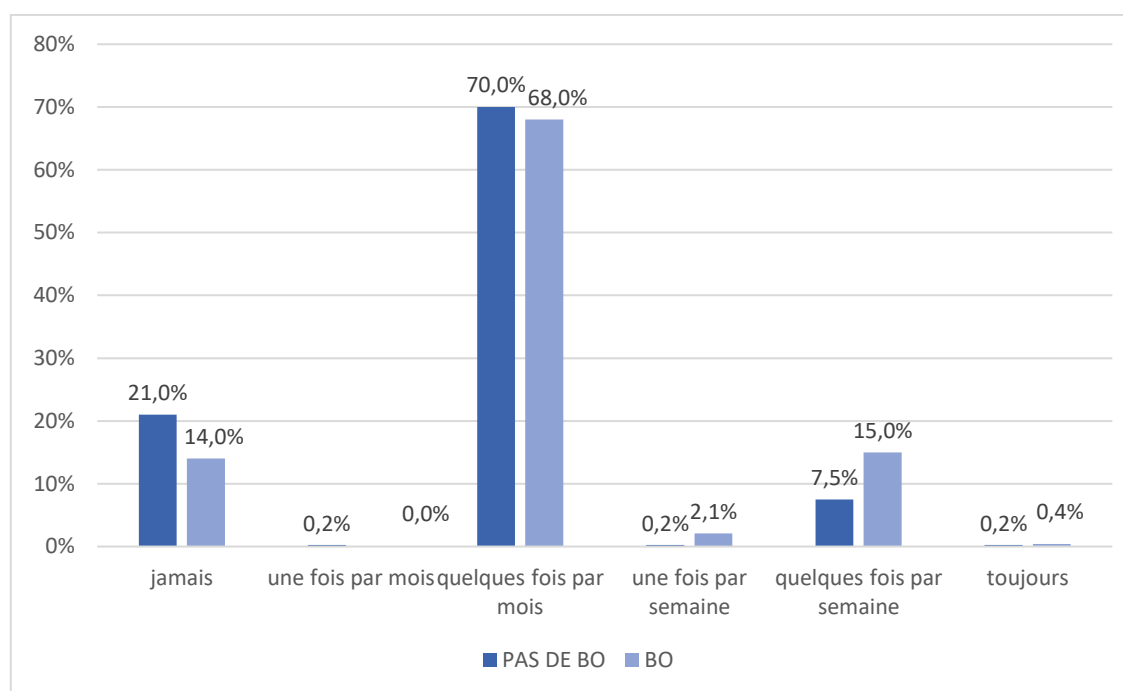
Les échanges avec les autres professionnels de santé concernant les patients sont identifiés comme étant un facteur de risque de BO. En effet, les MK atteints de BO sont plus nombreux lorsque les échanges sont dits inexistants ($p = 0,015$).

Graphique 15 : impact de la relation avec les collègues de travail et le risque de BO



Le nombre de personnes atteintes de BO est plus important dans les relations décrites comme peu satisfaisantes alors qu'elles sont moins nombreuses dans les relations décrites comme très satisfaisantes ($p < 0,01$). La relation avec les autres collègues de travail est donc un facteur de risque de BO.

Graphique 16 : *influence des relations conflictuelles avec les patients sur le risque de BO*



Le fait de vivre des situations conflictuelles avec ses patients augmente également le risque de BO ($p < 0,001$). En effet, le nombre de situations conflictuelles vécues par le MK est plus important dans le groupe atteint de BO.

Pour conclure, les facteurs interpersonnels augmentant le risque de BO sont : le fait d'avoir des échanges inexistants avec les autres professionnels de santé s'occupant des mêmes patients, avoir des relations conflictuelles avec ses patients ou encore avoir de mauvaises relations avec ses collègues de travail.

VII Discussion

VII.1 Présentation générale des caractéristiques de la population

Une des forces de l'étude est la taille de son échantillon : 675 participants sont inclus dans l'étude permettant ainsi d'avoir un échantillon représentatif de la population source avec un intervalle de confiance de 99 % et une marge d'erreur de 5 %. Ce nombre de réponses permet ainsi d'obtenir un échantillon de MK représentatif de la population cible correspondant à 0,88% de celle-ci.

De plus, concernant les caractéristiques socio-professionnelles de l'échantillon ; les tranches d'âge étaient représentatives puisque ce sont les 30-39 ans qui sont le plus représentés suivis des moins de 30 ans, ce qui est également le cas dans la population cible (47). Toutefois, la proportion de titulaires dans l'échantillon (60%) s'éloigne légèrement de celle de la population cible (69%). Il en est de même pour celles des remplaçants, puisqu'elle est de 2% en France contre 6,7% dans l'échantillon (48). La proportion de MK féminins est quant à elle surreprésentée dans l'échantillon puisqu'elle contient 69% contre 47,5% dans la population cible (47). Par ailleurs, nous n'avons pas pu comparer les autres critères sociaux professionnels étudiés dans cette enquête, en raison de l'absence de données exploitables.

D'autre part, la situation géographique n'a pas été recherchée dans l'étude, celle-ci pouvant avoir un impact sur les résultats. En effet, chez les médecins, il a été rapporté une prévalence d'épuisement émotionnel variable selon certaines régions ; il est ainsi possible que ce phénomène soit similaire chez les MK (49).

Ainsi, ces discordances avec la population-cible peuvent être un biais de sélection et donc limiter l'extrapolation des résultats à l'ensemble des MK exerçant en France. Cependant, le large échantillon retenu permet de réduire ce biais.

VII.2 Rappel des éléments principaux et interprétations

L'objectif de ce travail de recherche est de répondre à la problématique suivante : « Quels sont, chez le masseur kinésithérapeute exerçant en libéral, en France, les facteurs qui influencent le risque de syndrome d'épuisement professionnel ? ». Pour cela, un travail de recherche a été réalisé dans le but d'identifier une différence significative entre les MK atteints de BO, selon l'échelle MBI, et ceux ne l'étant pas. Ainsi, l'étude a permis d'identifier un certain nombre de facteurs de risque. Nous développerons, ici, uniquement les éléments susceptibles d'être modifiés : les facteurs intrapersonnels plus difficiles à prévenir ne seront ainsi pas développés.

Cette dernière partie du mémoire a pour objectif de développer et d'apporter des éléments de compréhensions aux facteurs de risque identifiés. Pour cela, une partie des données récoltées sont comparées à deux études Française portant sur le BO des MK en France.

VII.2.1 Etudes comparatives sur le BO des MK en France

La première étude est l'étude de Braudy et al. qui s'intitule « *Relation entre le risque de burn-out et le mode d'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute* ». L'objectif de cette étude transversale était de déterminer s'il existait un risque de BO chez les MK français et s'il existait une différence entre les MK exerçant en libéral ou en salariat. Pour cela, les enquêteurs ont utilisé une méthode d'enquête à l'aide d'un questionnaire comprenant l'échelle MBI, en ligne et basée sur un échantillon comprenant 919 MK dont 857 libéraux et 62 salariés. L'enquête a été réalisée de décembre 2018 à fin mars 2019. L'étude avait identifié un risque de BO de 25% pour l'ensemble de la population et un risque plus accru de BO selon la dimension de l'épuisement émotionnel chez les libéraux (2).

La deuxième étude Française est celle de la CARPIMKO réalisée entre juin et octobre 2020 et s'intitule « *Etude sur la pénibilité de l'exercice professionnel des praticiens de santé affiliés à la CARPIMKO* ». L'objectif de cette étude est d'identifier des facteurs de pénibilité auxquels sont confrontés les soignants exerçant en libéral c'est-à-dire les infirmiers, les MK, les orthophonistes, les orthoptistes et les pédicures-podologues. Pour se faire, l'étude mesure pour chaque profession : le niveau de stress psychologique à l'aide d'un questionnaire MSP9 et le risque de BO à l'aide de l'échelle MBI. Le but étant de pouvoir ensuite identifier une

corrélation entre l'état de l'individu et son environnement de travail. L'échantillon de cette étude était composé de 3 597 MK libéraux et montrent que 52,8% d'entre eux présentent des manifestations de BO (27).

VII.2.2 Identification du risque de BO dans l'échantillon

Bien que cet élément ne soit pas l'objectif principal de l'étude, il semble pertinent de comparer les résultats obtenus avec ceux de la littérature afin de savoir si ces derniers sont en accord avec celle-ci et ainsi pouvoir donner davantage de valeur aux différents facteurs identifiés.

La présente étude a permis d'identifier 235 individus comme étant sujets à l'apparition du syndrome de BO, soit 35% de la population étudiée selon l'échelle MBI. Toutefois, rappelons d'une part que l'échelle MBI ne permet de déterminer uniquement l'existence d'un risque de BO. D'autre part, rappelons que l'état de BO résulte d'un processus évolutif composé de 12 étapes dont la dernière est « *l'épuisement physique et psychique maximal* » selon le docteur Herbert Freudenberg (10).

Si l'on compare ces données avec celles de la CARPIMKO, nous constatons que les résultats de notre étude sont plus faibles que ceux de la CARPIMKO, pour qui 52,8% de son échantillon présentent des manifestations de BO (27). D'autre part, la proportion de risque de BO avec un degré élevé est plus importante de 2,4 points dans notre étude (7,2% dans notre étude contre 4,8 dans celle de la CARPIMKO). L'étude de Baudry et Al. se rapproche davantage de notre étude puisque 25% de leur échantillon présentent des manifestations de BO et 8,1% des MK libéraux présentent un risque élevé de BO (2).

Intéressons-nous maintenant aux différentes dimensions du BO. Notre étude se raccorde avec les autres pour dénoncer que l'épuisement émotionnel est l'une des dimensions les plus touchées chez les MK. Cependant, la proportion de personnes présentant un degré élevé dans cette dimension est plus importante dans les deux autres études (39% pour la CARPIMKO et 25,7 chez Braudy et Al) contre 21% dans la nôtre. Après l'épuisement émotionnel, nous retrouvons la dépersonnalisation qui se trouve en 2^{ème} position dans notre étude et dans celle de la CARPIMKO. Dans l'étude de Braudy et al, cette dimension se situe en dernière position. Enfin, la proportion de personnes présentant un risque de BO élevé dans la dimension de

l'accomplissement personnel est similaire dans l'étude de la CARPIMKO et la nôtre. Dans l'étude de Braudy et Al, l'accomplissement personnel se situe au deuxième rang des dimensions les plus touchées.

Nous pouvons remarquer qu'il existe des similarités mais également certaines différences entre ces trois études. Ces faits peuvent s'expliquer par la date de réalisation de l'étude : l'étude de Braudy et Al a été réalisée de décembre 2018 à fin Mars 2019, celle de la CARPIMKO entre juin et Octobre 2020 et la nôtre entre octobre et novembre 2021. Ces trois périodes se différencient par le fait qu'elles se situent respectivement : avant la Pandémie de la Covid-19, entre la fin du premier confinement et le début du deuxième confinement en France et enfin pendant la période de Pandémie de Covid, mais à distance des confinements.

Ainsi, bien que nous n'ayons pas recherché, dans notre étude, l'impact de la pandémie sur le risque de BO, il semble que la Covid-19 joue un rôle sur l'apparition du BO chez les MK en libéral et particulièrement lors des confinements. En effet, nous avons pu montrer que la proportion de personnes présentant un BO est plus importante durant la pandémie plutôt qu'avant cette dernière. Ceci peut s'expliquer par le fait que lors du premier confinement, les MK libéraux n'ont pas pu exercer. De plus, ils n'avaient à ce moment-là pas connaissance d'aides financières pouvant leur être versées en compensation de leur perte de revenus. Ils ont ainsi dû vivre pendant deux mois sans revenu et sans que leurs charges ne soient exonérées. D'autre part, l'insécurité de la situation sanitaire et le potentiel retour à un confinement installaient chez ces MK un stress permanent.

Par ailleurs, si la proportion de personnes présentant un risque de BO est plus faible dans notre étude que dans celle de la CARPIMKO, elle reste tout de même plus élevée par rapport à la période avant la pandémie. Les différents témoignages recensés permettent d'expliquer ce phénomène : nombreux MK signalent le fait qu'ils ont dû changer leur façon de travailler après la Covid-19. Par exemple, en prenant qu'un patient par créneau tout en devant travailler plus d'heures dans la semaine pour compenser. A cela s'ajoute les contraintes financières supplémentaires qui s'en sont suivies notamment en termes d'achat de matériel d'hygiène supplémentaires ou encore par anticipation dans le cas où ils se trouveraient une nouvelle fois dans la contrainte de ne pas pouvoir travailler.

Ces éléments qui n'ont pas été objectivement identifiés dans notre étude pourraient être une piste pour une prochaine étude afin d'évaluer l'impact de la covid-19 sur le BO chez les MK en libéral.

VII.2.3 Les facteurs de risque organisationnels

VII.2.3.1 La charge de travail

L'étude démontre que le fait de ne pas avoir deux jours consécutifs de repos, travailler le week-end, travailler au-delà de 50 heures par semaine, sont associés au risque de BO. Nous constatons donc qu'une quantité de travail hebdomadaire importante associée à un temps de repos insuffisant a un réel effet sur l'apparition du BO. Ces résultats sont validés par la littérature qui constate que travailler plus d'heures par semaine majore le risque d'épuisement professionnel (50). D'autre part, une étude espagnole établie que travailler plus de 40 heures par semaine augmente le risque de BO chez les MK (51). L'étude Française de Braudy et Al, quant à elle, démontre que cela est vrai au-delà de 55 heures par semaine (2).

La présente étude prouve également que le nombre de semaines de vacances par an a un impact sur le BO, plus particulièrement lorsque ce nombre est inférieur à 3.

Par ailleurs, l'impossibilité de choisir ses horaires de travail ou ses vacances augmentent le risque de BO. Cependant, l'étude n'en expose pas les raisons. En effet, nous ne savons pas si la difficulté pour les MK de trouver des remplaçants afin d'assurer la continuité des soins durant leur absence en est la raison principale, ou si d'autres raisons s'y ajoutent. Toutefois, les témoignages recueillis de certains participants s'accordent avec l'enquête de la CARPIMKO sur le fait que la majorité des MK rencontrent de grandes difficultés à se faire remplacer (27). Cet élément est également décrit par les MK ayant participé à la première phase de notre étude, lors des entretiens semi-directifs.

VII.2.3.2 Prise en charge de pathologies

L'une des hypothèses de l'étude stipule que prendre en charge certains types de pathologies augmente le risque de BO. Finalement, les résultats montrent que prendre en charge

des patients souffrants de pathologies chroniques augmentent le risque de BO mais qu'à l'inverse les affections urologiques diminuent ce risque.

Le terme « pathologies chroniques » est très vaste et peut regrouper différentes affections mais d'une manière générale nous pouvons penser que la prise en charge de ce type de patients peut être difficile du fait que le MK puisse ressentir un sentiment d'échec ou d'inefficacité vis-à-vis de sa prise en charge.

D'autre part, une MK prenant en charge des affections urologiques témoigne du fait que *« les séances pour ce type de pathologies sont souvent réalisées dans un environnement calme durant lesquelles, patients et MK sont assis »*. Ces séances sont également des temps d'échanges nécessitant peu d'énergie physique pour le MK.

Ainsi, ces discours permettent d'éclaircir certains éléments. Par ailleurs, il serait pertinent de les approfondir en déterminant plus précisément les raisons pour lesquelles ces deux variables influent sur le risque de BO.

VII.2.3.3 L'aspect économique

Enfin, un dernier facteur de risque est identifié : la pression financière que ressentent les MK vis-à-vis de leur profession. Cette étude témoigne d'un réel problème économique de la profession en France. En effet, 86% des MK présentant un risque de BO ainsi que 74% des MK ne présentant pas de risque de BO, indiquent ressentir une pression financière.

Les témoignages recueillis, aussi bien par mail que lors des entretiens semi-directifs, font largement ressortir ce problème. En effet, une majorité indique que la rémunération de l'acte est trop insuffisante vis-à-vis des charges sociales et foncières qui leurs sont soumises. De plus, ces charges augmentent au fil des années sans qu'il n'y ait, en parallèle, une revalorisation des actes. Cela a un impact sur la pratique du MK puisqu'il se voit obliger d'augmenter son temps de travail et parfois son nombre de patients par heure afin de pouvoir payer ses charges ; et ceci au détriment de la qualité de prise en charge. Face à ce problème majeur, certains pensent même à changer de profession afin de mieux gagner leur vie.

En France, l'étude de la CARPIMKO a également décrit ce problème puisque que 85% des MK ayant répondu à cette étude indiquent que leur rémunération est en incohérence avec

leur travail. De la même manière, 71% rapportent être régulièrement inquiets concernant leurs revenus contre respectivement 79% et 72% dans la population générale de l'étude (27). Ainsi, d'une manière générale, nous pouvons dire qu'en France, il existe un manque de rémunération des actes des professions libérales, et ce, particulièrement chez les MK.

D'autre part, les témoignages indiquent que la crise sanitaire liée au Covid a également majoré cette pression financière puisque des contraintes en termes de coûts sont devenues plus importantes, tel que l'achat de matériel d'hygiène mais également en termes de changement de rythme de travail, ayant ainsi des conséquences financières (27).

A notre connaissance, il n'existe à ce jour pas de données de la littérature concernant la pression financière et le risque de BO dans les autres pays. Nous pouvons ainsi émettre l'hypothèse que le système de rémunération des actes chez les MK de l'international semble être plus satisfaisant. Cependant, ces faits demandent à être vérifiés.

VII.2.4 Les facteurs de risque interpersonnels

L'étude montre que le fait d'avoir des échanges inexistant avec les autres professionnels de santé, s'occupant des mêmes patients, avoir des relations conflictuelles avec ses patients ou encore avoir de mauvaises relations avec ses collègues de travail augmentent le risque de BO.

A notre connaissance, il n'existe aucun élément comparable sur les MK dans la littérature Française et internationale. Cependant, les témoignages reçus ont permis d'éclaircir ces derniers éléments.

VII.2.4.1 Relation entre les patients et les MK

Notre étude établit l'existence d'un lien entre le risque de BO et le fait de rencontrer des situations conflictuelles régulières avec ses patients. Cependant, l'étude n'identifie pas l'origine de ces conflits. Toutefois, à travers les témoignages, nous pouvons en expliquer certaines raisons. En effet, des éléments reviennent régulièrement, notamment l'exigence des patients vis-à-vis des délais de prise en charge ou encore en termes de délai de rétablissement. On retrouve également des conflits en lien avec les attentes du patient qui ne correspondent pas à

la réalité des moyens utilisés en kinésithérapie aujourd'hui. En effet, beaucoup voit le MK comme masseur, et uniquement cela. Ceci est d'ailleurs accentué par le fait que certains médecins indiquent sur l'ordonnance des moyens tels que les massages, qui ne sont pas forcément en accord avec les données scientifiques actuelles pour certaines pathologies. A cela s'ajoute le fait que les patients donnent souvent plus de valeur à ce que dit le médecin plutôt que le MK ; en conséquence, ils ne comprennent pas quand le MK ne fait pas ce que le médecin prescrit.

D'autre part, certains MK dénoncent que le fait que les patients ne payent pas directement les séances de kinésithérapie, cela leur donnent moins de valeur et de reconnaissance, à la différence des ostéopathes par exemple.

Cependant, nous tenons à préciser que ce type de conflit reste rare puisque plus de 90% de l'échantillon indiquent rencontrer ce type de situation quelques fois par an seulement.

VII.2.4.2 Relation entre les professionnels de santé et les MK

La présente étude illustre qu'avoir des relations inexistantes avec les autres professionnels de santé, prenant en charge les mêmes patients, augmentent le risque de BO. Il semble qu'il existe un réel souci de communication entre les professionnels puisque la moitié des MK de l'échantillon décrit comme « pauvre » ou « inexistant » ses relations avec les autres professionnels de santé. Alors que le modèle de santé évolue vers une prise en charge pluriprofessionnelle et interdisciplinaire, cela semble largement perfectible, notamment chez les libéraux.

A travers notre étude, nous ne savons pas si ce phénomène concerne tous les praticiens, cependant les témoignages permettent de préciser que ce dernier est majoré avec les médecins spécialistes. En effet, bien que les relations avec les médecins traitants restent minimes, il apparaît qu'échanger avec un spécialiste ayant prescrit les séances est plus rare. D'ailleurs, ce sont souvent les patients qui servent de relai entre les professionnels.

Ainsi, il existe encore une marge de progression. Nous espérons que l'augmentation de la création de maisons de santé ou encore d'équipes de soins primaires, favoriseront ces échanges qui, en plus d'être bénéfiques pour le patient, diminueront le risque de BO pour le professionnel.

VII.2.4.3 Relation entre professionnels exerçant dans le même cabinet

D'une manière générale, 84% des MK atteints de BO déclarent comme « satisfaisante » ou « très satisfaisante » leur relation avec leurs collègues de travail. Cependant, cette proportion reste significativement plus faible ($p < 0,01$), par rapport au MK non atteints de BO. Là encore, l'étude n'en explique pas la cause, mais certains témoignages de MK déclarent que pour assurer une bonne relation au travail, il faut s'associer avec des MK travaillant d'une manière similaire et prenant le même nombre de patients. Beaucoup indiquent qu'avant toute installation, il faut savoir poser des règles de vie au sein du cabinet afin d'assurer la meilleure cohabitation possible. D'autres MK, indiquent qu'il peut parfois exister un sentiment d'inégalité et de subordination entre le titulaire et l'assistant, cela pouvant avoir un impact sur les relations.

VII.3 Proposition de plan de prévention

L'intérêt de cette étude est, dans un premier temps, d'identifier les facteurs de risque ayant un impact sur le BO. Le second objectif étant d'utiliser ses données afin d'établir des axes de prévention contre ce phénomène. Cet objectif s'inscrit dans une politique d'amélioration de la qualité de vie au travail.

Chaque explication d'un BO est singulière, c'est pourquoi il est impossible d'identifier l'intégralité des facteurs de risque. Il n'existe aucune solution pré-faite à ce problème, ceci impliquant une carence de plan de prévention permettant de prévenir le BO chez les MK en libéral. Toutefois, nous pouvons proposer une démarche préventive adaptée au MK, en se basant sur les facteurs identifiés dans notre étude.

VII.3.1 Informer et former les MK

Avant toute chose, il est nécessaire de sensibiliser les MK au BO. Le but de ce premier axe de prévention est de permettre au MK de détecter les manifestations du BO sur leur propre personne ainsi que chez leurs collègues de travail. Il est nécessaire de les sensibiliser sur le fait que le BO existe chez les MK, et qu'il ne dépend pas seulement de la fragilité psychique de la personne ou de l'investissement personnel extrême à son travail.

Cette sensibilisation au risque de BO devrait donc être faite, comme c'est déjà le cas dans certains IFMK, dès l'entrée en formation. Ce problème a d'ailleurs été soulevé par la Présidente du Conseil de l'Ordre des MK, Pascale Mathieu, consciente de la nécessité de sensibiliser les étudiants afin de leur donner des clés et les prévenir sur ce risque.

D'autre part, nous espérons que la présente étude permettra de faire évoluer les connaissances sur le BO auprès de la population MK.

VII.3.2 Veiller à la charge de travail

Nous retrouvons dans la littérature certains éléments qui sont en accord avec ces facteurs, tels que la gestion de planning. En effet, il est déconseillé de se laisser entraîner dans un rythme de travail trop intense, en dépassant les 50 heures de travail hebdomadaire. En parallèle de cela,

il est nécessaire de s'octroyer des moments de repos (52). Ces temps de pauses, même courts, doivent être utilisés pour réaliser des activités réconfortantes et relaxantes, sans lien avec le travail (13). D'autre part, avoir au moins 5 semaines de vacances dans l'année est primordial pour lutter contre le BO.

VII.3.3 Garantir un soutien social solide

Selon l'INRSS, « *le soutien social dont bénéficie un individu est conditionné par la qualité des relations interpersonnelles avec ses collègues et ses supérieurs hiérarchiques, par la solidarité et la confiance existantes entre les personnes, par leur compétence et leur disponibilité, par la reconnaissance du travail accompli, mais aussi par l'existence de groupes ou d'espaces de discussion et de régulation pour les travailleurs* » (13).

Chez le MK exerçant en libéral, cela implique qu'il faut prendre le temps d'échanger régulièrement avec ses confrères MK ainsi qu'avec les autres professionnels de santé. Le but étant de pouvoir discuter collectivement sur des situations rencontrées (56). Il faut également savoir solliciter l'aide des autres professionnels à propos des patients, lorsque la situation le nécessite mais aussi pour soit car avant d'être MK, le professionnel est avant tout un humain comme les autres (13).

Ces éléments de prévention sont, certes, plus faciles à mettre en place pour les MK exerçant dans un cabinet avec d'autres professionnels ou exerçant dans des zones urbaines. Pour les MK travaillant dans des zones isolées, il existe aussi de nombreux réseaux de kinésithérapie.

Il existe également de nombreuses associations et structures qui proposent une écoute, un soutien ainsi qu'un accompagnement dans le parcours de soins et parcours administratif des MK, et des soignants en général. La liste et les numéros de ces associations sont disponibles en annexe V.

VII.3.4 Préserver l'autonomie du MK

Le MK est un professionnel libre de ses actes ; c'est lui qui décide des moyens et méthodes employés dans la rééducation avec ses patients. Cependant, comme nous l'avons vu à travers les témoignages, il arrive parfois que le MK se retrouve face à des situations

conflictuelles avec les patients, causées par la différence entre les moyens utilisés et ceux prescrits sur l'ordonnance par le médecin. Ainsi, il serait intéressant de sensibiliser les médecins mais aussi les patients à ce sujet afin de limiter ce type de situations.

VII.3.5 Assurer une juste reconnaissance du travail

Le BO chez le MK est également lié à un déséquilibre entre son investissement professionnel et ce qu'il reçoit en retour. En effet, la rémunération des actes est un problème largement décrit dans toute la population MK. Ainsi, bien que certains actes aient été revalorisés financièrement, les charges dues en parallèle restent elles nettement trop élevées (53).

Une nouvelle revalorisation de l'ensemble des actes, ou une diminution des cotisations, pourraient être une stratégie de prévention du BO.

D'autre part, il semble qu'il existe également un manque de reconnaissance du travail du MK vis-à-vis du patient. La mise en place d'affiches, portant sur le sujet, dans les salles d'attente permettrait de sensibiliser les patients.

Ainsi, cette liste de moyens n'est qu'une représentation non exhaustive de ce qui pourrait être mis en place face au BO. Il existe d'autres éléments décrits dans la littérature comme les thérapies cognitivo-comportementales, les approches éducatives et psychosociales. D'autres actions, comme la relaxation mentale ont montré des effets bénéfiques sur la réduction du stress et pourraient être envisagées pour ces professionnels.

VII.4 Forces et limites de l'étude

Dans un premier temps, l'une des forces de l'étude est représentée par son large échantillon. Dans un second temps, les forces de l'étude sont la construction et l'analyse du questionnaire :

- le questionnaire débute par une question permettant de filtrer les professionnels et ainsi cibler uniquement la population recherchée ;
- le questionnaire est anonyme, ce qui permet aux personnes de se sentir plus libres dans leurs réponses sans avoir peur du jugement et donc d'être sincères ;
- le questionnaire est à répondre individuellement de manière à limiter l'effet de groupe : chaque personne peut répondre au questionnaire selon son propre ressenti ;
- les questions sont posées de façon neutre afin de ne pas orienter les réponses ;
- le questionnaire a été préalablement testé par des personnes directement visées, ou non, par cette étude permettant ainsi d'éviter tous biais liés à une mauvaise compréhension des questions ;
- un contrôle de la qualité des réponses recueillies a été réalisé ligne par ligne afin d'éliminer celles comprenant des valeurs aberrantes

D'autre part, l'échelle MBI présente quelques biais : il s'agit d'une échelle de perception des conditions de travail et est ainsi subjective. Ainsi, un MK atteint de BO donnera une description plus négative de son environnement de travail. De plus, la version française présente un biais de désirabilité sociale, c'est-à-dire que le participant veut à travers ses réponses au questionnaire, transmettre un avis positif de lui-même (18) .

Nous avons tenté de minimiser ce biais en garantissant d'une part l'anonymat et d'autre part en formulant des questions neutres. Finalement, bien qu'il existe d'autres échelles telles que « *Copenhagen Burnout Inventory* » (CBI), le « *Oldenburg Burnout Inventory* » (OLBI) ou encore le « *Shirom-Melamed Burnout Measure* » (SMBM), l'échelle MBI reste la plus spécifique à la population étudiée et reste l'une des plus validée et utilisée pour ce syndrome (54) (55) .

Par ailleurs, nous avons remarqué un certain engouement de la part de la population cible pour cette étude lors de la diffusion du questionnaire sur le réseau social. En effet, le questionnaire a très vite été partagé et nombreux sont les individus ayant laissé des commentaires pour y taguer leurs amis qui à priori semblaient rencontrer certaines difficultés dans leur travail. Les différents emails reçus témoignent également de cet engouement. Ainsi,

nous pouvons supposer que plusieurs individus ont répondu au questionnaire car ils se sentaient plus particulièrement concernés par ce phénomène. Ces derniers peuvent donc fragiliser la transposition de nos résultats à la population cible.

Concernant la construction du questionnaire, il aurait également été pertinent de poser des questions plus ouvertes afin d'obtenir plus de précisions sur certains facteurs ou permettre au participant de donner son avis sur certaines questions. Ce biais a pu être limité en partie car une centaine de participants ont écrit un email à l'enquêteur ou ont laissé des commentaires sur les publications du questionnaire en ligne. Certains éléments reçus ont ainsi pu être retenus afin d'apporter des interprétations supplémentaires aux facteurs de risques identifiés.

Cette étude a permis de mettre en évidence des facteurs retrouvés de façon plus importante chez les personnes atteintes de BO. Cette liste de facteur est non exhaustive. De plus, il paraît important d'apporter certaines précisions sur le fait qu'un facteur de risque n'intervient jamais seul dans le déclenchement du BO. Ainsi, ce sont possiblement l'association de plusieurs de ces facteurs identifiés qui font que les personnes présentent un risque de BO. Il aurait d'ailleurs été pertinent de calculer un Odd ratio en complément de la valeur-p (p) afin de déterminer avec plus de précision le lien de cause à effet entre les deux variables. En effet, nous avons ici déterminé certains éléments en lien avec le travail ayant impacté sur le BO. Cependant, d'autres facteurs peuvent également modifier ce risque. Ainsi, il paraît intéressant de poursuivre cette étude en recherchant d'autres facteurs ; d'autres pistes de recherche ont d'ailleurs été proposées par certains participants au questionnaire comme par exemple les facteurs familiaux ou encore les lieux d'exercices.

VIII Conclusion

Le BO est un syndrome susceptible de toucher l'ensemble de la population et particulièrement les professions contraignantes en termes de charge de travail et d'investissement sur le plan émotionnel. Bien que le syndrome d'épuisement professionnel soit encore peu reconnu dans les classifications médicales, il représente une problématique majeure de la société d'aujourd'hui et particulièrement dans le monde des soignants.

Les MK ne sont donc pas épargnés par ce syndrome ; en effet, selon la présente étude, 35% d'entre eux présentent un risque de BO. Ce phénomène semble d'ailleurs s'être accru depuis la Covid 19. Ainsi, l'étude a permis de mettre en évidence une poly-exposition à des facteurs jouant un rôle dans son apparition. Ce sont des facteurs intrapersonnels au MK comme : la non correspondance entre les valeurs personnelles et la profession, la difficulté à montrer une attitude positive et la difficulté à prendre du recul vis-à-vis de situations difficiles. Mais aussi des facteurs organisationnels tels que la charge de travail, l'insatisfaction vis-à-vis des revenus, la difficulté à conjuguer vie personnelle et vie professionnelle, auxquels s'ajoutent des facteurs interpersonnels en lien avec des relations dégradées au travail.

Une étude quantitative sur ce syndrome ne permet pas de mettre en évidence tous les éléments ayant un impact sur la qualité de vie au travail du MK. Une étude qualitative permettrait d'apporter des précisions sur l'impact de la vie personnelle sur le travail et notamment de différencier dépression et BO. En outre, cette liste de facteurs de risque de BO chez le MK est donc non exhaustive et il serait pertinent de réaliser de nouvelles études afin d'apporter des précisions sur les facteurs identifiés mais aussi sur l'impact de la Covid-19.

L'objectif final de cette étude est de pouvoir, par la suite, utiliser ses données afin d'élaborer un plan de prévention dans la population des MK. D'autre part, nous espérons que ce mémoire contribuera à la modification de certains éléments auprès des acteurs sociaux et pouvoirs publics, autour de cette problématique.

IX Bibliographie

1. Bien-être au travail. Ce qu'il faut retenir - Risques - INRS [Internet]. [cité 22 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.inrs.fr/risques/bien-etre-travail/ce-qu-il-faut-retenir.html>
2. Baudry M, Briansoulet M, Perrochon A. Relation entre le risque de burn-out et le mode d'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute. *Kinésithérapie Rev.* mai 2020;20(221):3-9.
3. Définitions : burn out - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 20 oct 2021]. Disponible sur: https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/burn_out/10910385
4. Molenda S. Le syndrome de burn-out. 2010;10.
5. Nyklíček I, Pop VJ. Past and familial depression predict current symptoms of professional burnout. *J Affect Disord.* sept 2005;88(1):63-8.
6. Billiard I. Claude Veil, un pionnier de la psychopathologie du travail. *Travailler.* 2001;5(1):175.
7. Masson E. Le burn-out [Internet]. EM-Consulte. [cité 20 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1301240/le-burn-out>
8. Commission des Affaires Sociales. Rapport d'Information en conclusion des travaux de la mission d'information relative au syndrome d'épuisement professionnel (ou burn out). Paris: Assemblée Nationale; 2017 févr. Report No.: 4487.
9. American Psychiatric Association, éditeur. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. 5. ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2013. 947 p.
10. Organisation Mondiale de la Santé. *Classification internationale des maladies, dixième révision, chapitre V (F): Troubles mentaux et troubles du comportement. ... Critères diagnostiques pour la recherche*. Editions Masson, éditeur. Paris: Masson; 1994. 226 p.
11. Iacovides A, Fountoulakis KN, Kaprinis S, Kaprinis G. The relationship between job stress, burnout and clinical depression. *J Affect Disord.* août 2003;75(3):209-21.
12. Robbe-Kernen M, Kehtari R. Facteurs de risque et mesures préventives. :5.
13. Le syndrome d'épuisement professionnel ou burnout. Mieux comprendre pour mieux agir. | Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (Anact) [Internet]. [cité 20 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.anact.fr/le-syndrome-depuisement-professionnel-ou-burnout-mieux-comprendre-pour-mieux-agir>
14. Askenazy P, Baudelot C, Brochard P, Brun J-P, Davezies P, Falissard B, et al. Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. :223.

15. Lee RT, Ashforth BE. A meta-analytic examination of the correlates of the three dimensions of job burnout. *J Appl Psychol.* avr 1996;81(2):123-33.
16. Maslach C. Job Burnout: New Directions in Research and Intervention. *Curr Dir Psychol Sci.* 1 oct 2003;12(5):189-92.
17. Ramirez AJ, Graham J, Richards MA, Cull A, Gregory WM. Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work. *Lancet Lond Engl.* 16 mars 1996;347(9003):724-8.
18. Dion G, Tessier R. Validation de la traduction de l'Inventaire d'épuisement professionnel de Maslach et Jackson. *Can J Behav Sci.* avr 1994;26(2):210-2.
19. N° 4487 - Rapport d'information de MM. Yves Censi et Gérard Sebaoun déposé en application de l'article 145 du règlement, par la commission des affaires sociales, en conclusion des travaux d'une mission d'information relative au syndrome d'épuisement professionnel (ou burn-out) - XIVE législature - Assemblée nationale [Internet]. [cité 20 oct 2021]. Disponible sur: <https://www2.assemblee-nationale.fr/documents/notice/14/rap-info/i4487>
20. Frajerman A, Morvan Y, Krebs M-O, Gorwood P, Chaumette B. Burnout in medical students before residency: A systematic review and meta-analysis. *Eur Psychiatry.* janv 2019;55:36-42.
21. Repérage et prise en charge cliniques du syndrome d'épuisement professionnel ou burnout [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 20 oct 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2769318/en/reperage-et-prise-en-charge-cliniques-du-syndrome-d-epuisement-professionnel-ou-burnout
22. Des propositions pour prévenir le burn-out des soignants [Internet]. Actusoins - infirmière, infirmier libéral actualité de la profession. 2021 [cité 20 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.actusoins.com/347620/des-propositions-pour-prevenir-le-burn-out-des-soignants.html>
23. [Étude] Comment expliquer le burn-out des infirmières libérales ? [Internet]. [cité 20 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.espaceinfirmier.fr/actualites/170609-etude-comment-expliquer-le-burn-out-des-infirmieres-liberales.html>
24. Conseil National - COVID19 : L'Ordre National des Infirmiers alerte sur la situation des 700 000 infirmiers de France alors que l'épidémie s'accélère à nouveau [Internet]. [cité 20 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.ordre-infirmiers.fr/actualites-presse/articles/covid19-alerte-situation-infirmiere.html>

25. Hery V. Etude du burn ou syndrome ou syndrome d'épuisement professionnel chez les médecins hospitaliers du Finistère. Thèse de doctorat en médecine. Faculté de médecine de Brest;2008: 114p.
26. Jabbour J. Les risques psychosociaux et la pénibilité du travail chez les médecins urgentistes. Enquête réalisée chez les urgentistes du CHRU de Nancy. :138.
27. Burnout, Hyperstress, Pénibilité : les chiffres alarmants de la souffrance au travail des soignants libéraux [Internet]. [cité 5 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.caducee.net/actualite-medicale/15357/burnout-hyperstress-penibilite-les-chiffres-alarmants-de-la-souffrance-au-travail-des-soignants-liberaux.html>
28. CARPIMKO. Enquête sur la pénibilité des auxiliaires médicaux - Synthèse. 2008 janv (53).
29. Allouche W, Amri IE, Benali B, Kholti AE. Résumé du syndrome d'épuisement professionnel lié à la profession de kinésithérapeute. Arch Mal Prof Environ. juin 2016;77(3):560-1.
30. Lubanzadio-Mengi P, Lechevalier A, Cullus P, Faoro V, Foucart J. Profil type du kinésithérapeute satisfait au travail : étude du déséquilibre efforts-récompense chez les kinésithérapeutes bruxellois. 2019;10.
31. Article sur le quotidien d'un kiné et son métier - A lire [Internet]. Europe Eduss. 2016 [cité 20 oct 2021]. Disponible sur: <https://europe-eduss.com/le-quotidien-dun-kine-ou-masseur-kinesitherapeute>
32. MATHARAN J., MICHEAU J., RIGAL E. : « Le métier de masseur-kinésithérapeute » Rapport d'étude ONDPS septembre 2009.
33. Quel mode d'exercice ? - Fédération Française des Masseurs Kinésithérapeutes Rééducateurs [Internet]. [cité 8 mars 2021]. Disponible sur: https://www.ffmkr.org/etudiants-jeunediplomes/jeunes-diplomes-ref78/quel-mode-d-exercice-choisir?fbclid=IwAR0Q_qilJBZJxTgSSrkyKTD33d3QeaVT9HwqBkfEyOErH4kKNc-X1DWeRo.
34. Organismes représentants la masso kinésithérapie ; Réforme de la formation initiale des masseurskinésithérapeutes. Organisations représentants la masso-kinésithérapie ; oct. 2014.
35. S. Sarantakos. Social Research. Macmillan International Higher Education ; 2012. 536p.
36. Roselli M. Les enquêtes qualitatives en bibliothèque : quelles techniques pour quels résultats ? Dans : Evans C. Mener l'enquête : Guide des études de publics en bibliothèque. Villeurbanne : Presses de l'enssib ; 2011. 159p.

37. arizot, I. 5 – L'enquête par questionnaire. Dans : Paugam S. L'enquêtesociologique. Paris cedex 14 : Presses Universitaires de France ; 2012. (pp. 93-113).
38. Imbert G. L'entretien semi-directif: à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. Rech Soins Infirm. 2010;102(3):23.
39. . CNIL. Conformité RGPD : comment recueillir le consentement des personnes [En ligne]. 2018. [cité le 17 avril 2021]. Disponible: <https://www.cnil.fr/fr/conformitergpdcomment-recueillir-le-consentement-despersonne>.
40. Le règlement général sur la protection des données (RGPD), mode d'emploi [Internet]. [cité 26 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.economie.gouv.fr/entreprises/reglement-general-sur-protection-des-donnees-rgpd>
41. Maslach C, Jackson SE. Maslach burnout inventory manual. Palo Alto. S.l.: Consulting Psychologists; 1986. 34 p.
42. HAS. Repérage et prise en charge cliniques du syndrome d'épuisement professionnel ou burnout - Rapport d'élaboration. Haute Autorité de Santé; 2017 mars.
43. . Langevin V, Boini S, François M, Riou A. Maslach Burnout Inventory (MBI). Réf En Santé Au Trav. Sept 2012;(131).
44. Accueil - LimeSurvey - Easy online survey tool [Internet]. [cité 26 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.limesurvey.org/fr>
45. Ordre des masseurs-kinésithérapeutes [Internet]. [cité 26 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.ordremk.fr/>
46. Calculez la taille de votre échantillon avec SurveyMonkey [Internet]. SurveyMonkey. [cité 26 oct 2021]. Disponible sur: <https://fr.surveymonkey.com/mp/sample-size-calculator/>
47. La kiné en chiffres - Fédération Française des Masseurs Kinésithérapeutes Rééducateurs [Internet]. [cité 5 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.ffmkr.org/pratique-professionnelle/masso-kinesitherapie-ref79/la-kine-en-chiffres>
48. MACSF - Erreur 404 [Internet]. [cité 5 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.macsfr.fr/actualites/chiffres-cles-kinesitherapeutes>.
49. Larouche L. Manifestations cliniques du "burn out" chez les médecins. Santé Ment Au Qué. 1985;10(2):145-50.
50. 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 Read Mass. 2018;59(1):121-9.

51. González-Sánchez B, López-Arza MVG, Montanero-Fernández J, Varela-Donoso E, Rodríguez-Mansilla J, Mingote-Adán JC. Burnout syndrome prevalence in physiotherapists. *Rev Assoc Medica Bras* 1992. avr 2017;63(4):361-5.
52. L'épuisement professionnel des kinésithérapeutes à l'heure de la COVID [Internet]. [cité 5 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.sisselpro.fr/blog/lepuisement-professionnel-des-kinesitherapeutes-a-lheure-de-la-covid-n48>
53. Revalorisation de 18 actes dans le cadre de l'avenant 5 [Internet]. [cité 5 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/masseur-kinesitherapeute/actualites/revalorisation-de-18-actes-dans-le-cadre-de-lavenant-5>
54. Lheureux F, Truchot D, Borteyrou X, Rascle N. The Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey (MBI-HSS): factor structure, wording effect and psychometric qualities of known problematic items. In 2017.
55. Truchot D. Épuisement professionnel et burnout [Internet]. Dunod; 2004 [cité 3 avr 2022]. XI-265 p.; graph., couv. ill. en coul.; 24 cm. (Psycho sup). Disponible sur: <https://www.reseau-libellus.fr/recherche/viewnotice/clef/EPUISEMENTPROFESSIONNELETBURNOUT-CONCEPTSMODELESINT-TRUCHOTD--DUNOD-2004-1/id/61062>

X Annexe

Table des annexes :

Annexe I – Guide d’entretien

Annexe II – Formulaire de consentement

Annexe III – Analyse des entretiens

Annexe IV – Questionnaire

Annexe V – Liste des structures destinées aux professionnels de santé

Annexe I – Guide d’entretien

Thèmes	Questions
Talon sociologique	Pouvez-vous vous présenter ? Relances : - âge - expérience professionnelle - ancienneté dans la fonction - ancienneté dans le cabinet
Connaissances sur le Burn Out	Savez-vous ce qu’est le Burn Out ?
Facteurs de risque	Quels sont, selon vous, les facteurs personnels qui peuvent influencer l’apparition d’un syndrome de BO ? Aide à la compréhension de la question : difficultés familiales, caractères anxieux, pathologies psychiatriques Quels sont, selon vous, les facteurs organisationnels qui peuvent influencer l’apparition d’un syndrome de BO ? Aide à la compréhension : le contexte, l’environnement ? Dans les relations inter-individuelles au sein du travail, quels sont les éléments, qui selon vous, peuvent influencer l’apparition d’un syndrome de BO ? Aide à la compréhension : avec la patientèle , les collègues ?
Bien être au travail	Sur une échelle de 0 à 10, pouvez-vous évaluer votre niveau d’épanouissement au travail ?
Lien avec l’expérience professionnelle	Y a t’il d’autres éléments que vous souhaitez partager à propos du BO chez les MK?

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

TITRE EXACT DU PROJET D'INITIATION A LA RECHERCHE

Identification des facteurs de risque de burn out chez les masseurs kinésithérapeutes exerçant en libéral

PRÉSENTATION DU CHERCHEUR ET DU CONTEXTE

Le chercheur principal est SONIA ARZUR. Le projet s'effectue dans le cadre de son mémoire d'initiation à la recherche en masso-kinésithérapie (MIRMK) sous la direction de MARC LE ROY.

NATURE ET OBJECTIFS DU PROJET DE RECHERCHE

Ce projet d'initiation à la recherche a pour objectif de comprendre quels sont les facteurs qui majorent l'apparition d'un syndrome de burn out chez les masseurs kinésithérapeutes exerçant en libéral en France.

DÉROULEMENT DE LA PARTICIPATION

En participant à ce projet, vous acceptez de témoigner lors d'un entretien en présentiel. La durée probable de celui-ci est comprise entre 20 et 30 minutes. Cet entretien sera enregistré.

AVANTAGES, RISQUES OU INCONVÉNIENTS POSSIBLES LIÉS A LA PARTICIPATION

Le participant ne reçoit aucun avantage lié à sa participation et n'est exposé à aucun risque.

DONNEES COLLECTEES

L'entretien sera retranscrit après enregistrement. Les données issues du verbatim seront utilisées dans le cadre du projet d'initiation à la recherche.

DROIT DE RETRAIT

Le participant peut retirer son consentement à tout moment. Il a également le droit de refuser de répondre à certaines questions sans conséquence pour celui-ci. En cas de retrait de la part du participant, les données collectées seront détruites.

CONFIDENTIALITÉ ET GESTION DES DONNÉES

Mesures d'anonymisation Une lettre de l'alphabet sera utilisée à la place du nom du participant. Les noms de ville ou d'établissement seront remplacés par la région.

Accès aux données

Seuls le chercheur principal et son directeur de mémoire auront accès aux documents permettant l'identification du participant (formulaire de consentement, enregistrement).

Sécurisation

Les données au format numérique ne sont accessibles qu'après connexion nécessitant un mot de passe.

Conservation des données

Les données recueillies seront conservées pendant deux ans à la suite du rendu de mémoire.

Clause de divulgation La confidentialité est assurée à l'intérieur des limites prescrites par les lois françaises.

COORDONNÉES DU CHERCHEUR

Pour toute question concernant le projet de recherche, votre participation, l'utilisation de vos données, ou bien pour être retiré de l'étude, le participant peut contacter le chercheur principal à l'adresse suivante : soniaarzurubo@gmail.com

PLAINTES ET CRITIQUES Si vous souhaitez formuler des plaintes ou critiques concernant votre participation au projet de recherche, vous pouvez en faire part à MARC LE ROY à l'adresse suivante : Marc.Leroy1@univ-brest.com

ATTESTATION DU CONSENTEMENT

Je soussigné(e) _____ consens librement à participer à ce projet de recherche. J'ai pris connaissance du projet et je comprends son but, sa nature, ses avantages et ses risques.

Date :

Signature (précédée de la mention "lu et approuvé")

Annexe III – Analyse des entretiens

Questions	A	C	B
1	MK en libéral, diplômée depuis 2 ans. Exerce en maison médicale en zone urbaine. Avait effectué son clinicat dans ce même cabinet.	Cadre de santé en psychiatrie depuis 3 ans. Ancienne infirmière en cancérologie pendant 10 ans puis faisant fonction de cadre gériatrie pendant deux ans.	MK libérale depuis 2012 Diplômée depuis 2012 à Paris. Associée dans un cabinet en libéral en zone rurale depuis 2013. A effectué des remplacements pendant un an après son diplôme
2	Détresse psychologique. Tout le monde peut être touchée par ce syndrome	Épuisement professionnelle, une fatigue intense qui ne permet plus d'être efficace au sein de son travail.	Ne plus parvenir à gérer le travail. Personne complètement dépassée par les évènements.
3	Anxiété Stress Antécédent de dépression Décès Rupture sentimentale	Faibles capacités cognitives pour la gestion du stress, la gestion des émotions. Être un professionnel trop impliqué dans son travail qui entraîne une difficulté dans la gestion de la famille, dans le quotidien, ou dans logistique de manière générale. Ne pas avoir assez de moment de repos. Ne pas avoir de soutien familial suffisant Difficulté à prendre du recul	Tendance à dire oui trop facilement pour prendre des patients supplémentaires Avoir trop d'empathie envers les patients Trop de sympathie
4	Pas bien gérer son temps de travail Journée trop chargée Pas assez de temps de pause, Ne pas rentrer chez soi le midi Pression économique Rajouter des patients sur un	La charge de travail, Les heures de travail Ne pas avoir deux journées consécutives de repos Les charges administratives Pression financière Confrontation à la souffrance	Trop de demande de patient, Pas d'aide administrative Ne pas trouver de remplaçants Manque de vacances Gestion de cabinet : achat de matériel, gérer la femme de ménage, contrat de travail

	planning déjà chargé Manque de temps avec les patients Avoir moins de 5 / 6 semaines de vacances dans l'année Travailler plus de 4 jours par semaine Avoir du retard Pression de la liste d'attente Le nombre de personne travaillant dans le même établissement Ne pas avoir le choix des pathologies prises en charge	Difficulté à gérer la distance professionnelle Manque de matériels et d'organisation doit être drastique On s'initie dans la vie des gens « intrusif », confrontation à la misère sociale	(associé), le matériel qui tombe en panne, Travailler isoler Être confronté aux cancers, et aux patients en fin de vie La prise en charge des patients chroniques.
5	Être en contact avec des patients eux même dépressif, anxieux . Les patients qui s'énervent notamment par rapport à la liste d'attente. La cohabitation, ambiance avec les autres professionnels.	En libéral : on n'a pas accès au réseau comme à l'hôpital. On peut se sentir seul dans la prise en charge. Les mauvaises relations avec les patients ;	Ne pas s'entendre avec ses propres collègues. Les gens qui se plaignent beaucoup qui ont toujours mal quelque part. Le contact avec les gens fragiles psychologiquement.
6	8, très heureuse. Travail que j'adore mais sur le long terme je n'ai pas le statut que je souhaiterai avoir. Les patients sont très sympas.	Non évaluable	10/10
7	Non.	Au-delà de l'activité de kiné, l'activité libéral devient anxiogène, car on devient autoentrepreneur et donc en viennent s'ajouter des tâches administratives.	non

Partie A: Inclusion à l'étude

A1. Exercez vous une activité libérale ?

oui ☐

non ☐

Partie B: Facteurs de risque individuels

B1. Vous êtes :

une femme ☐

un homme ☐

B2. Quel est votre âge ?

< 30 ans ☐

30 - 40 ans ☐

40 - 50 ans ☐

> 50 ans ☐

B3. Depuis quand êtes vous Masseur Kinésithérapeute ?

< 5 ans ☐

5 - 15 ans ☐

15 - 30 ans ☐

> 30 ans ☐

B4. Concernant votre situation familiale, vous êtes :

célibataire ☐

marié(e) ☐

conjoint(e) ☐

séparé(e) - divorcé(e) ☐

veuf/veuve ☐

B5. Avez vous des enfants à charge ?

oui ☐

non ☐

B6.	Avez vous des antécédents de pathologie psychologique ou psychiatrique ? <i>Par exemple : burnout, dépression, troubles bipolaires etc..</i>	oui ☐ non ☐
B7.	Les modalités de votre profession correspondent elles à vos valeurs personnelles ?	oui ☐ non ☐
B8.	Est ce difficile pour vous de montrer à vos patients une attitude positive ?	oui ☐ non ☐
B9.	Arrivez vous facilement à prendre du recul par rapport à des situations difficiles rencontrées dans le cadre de votre travail ?	oui ☐ non ☐
Partie C: Facteurs de risque organisationnels		
C1.	Quel est votre temps de travail par semaine ?	moins de 40 heures / semaine ☐ entre 40 et 50 heures / semaine ☐ entre 50 et 60 heures / semaine ☐ plus de 60 heures / semaine ☐
C2.	Travaillez vous dans une zone ?	sous-dotée ☐ normale ☐ sur-dotée ☐
C3.	Concernant votre activité libérale , vous êtes :	remplaçant ☐ assistant ☐ titulaire du cabinet ☐

C4. Combien de professionnels travaillent dans les mêmes locaux que vous ?

Masseur Kinésithérapeutes ou autres professionnels

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

C5. Avez vous deux jours de repos consécutifs par semaine ?

oui ☐

non ☐

C6. Travaillez vous le week-end ?

oui ☐

non ☐

C7. En moyenne, quel est votre temps de pause le midi ?

moins de 30 minutes ☐

entre 30 minutes et 1 heure ☐

plus d'une heure ☐

C8. Combien de semaines de vacances vous accordez vous par an ?

moins de 3 semaines ☐

entre 4 et 8 semaines ☐

entre 9 et 12 semaines ☐

plus de 12 semaines ☐

C9. Combien de patient prenez vous en charge par jour ?

moins de 20 ☐

entre 20 et 30 ☐

entre 31 et 40 ☐

plus de 40 ☐

C10. Par séance, combien de temps passez vous, en moyenne, avec un patient ?

moins de 15 minutes ☐

entre 15 et 30 minutes ☐

entre 31 et 45 minutes ☐

plus de 45 minutes ☐

C11. Vous arrive t'il d'avoir du retard dans vos rendez-vous ?

jamais	☐
quelques fois par an au moins	☐
une fois par mois au moins	☐
quelques fois par mois	☐
une fois par semaine	☐
quelques fois par semaine	☐
chaque jour	☐

C12. Avez vous une aide extérieure dans l'accomplissement de vos tâches administratives ?

par exemple : comptable, secrétaire

oui ☐

non ☐

[illegible]

C14. Avez vous le choix des patient que vous prenez en charge ?

oui ☐

non ☐

C15. Arrivez vous à conjuguer vie professionnelle et vie personnelle ?

- très bien ☐
- assez bien ☐
- assez peu ☐
- très peu ☐
- pas du tout ☐

C16. Avez vous le choix concernant vos horaires, nombres de patients, jours de repos etc ?

- oui ☐
- non ☐

C17. Ressentez vous une pression financière ayant un impact sur votre charge de travail ?

- oui ☐
- non ☐

C18. En moyenne combien de temps dure vos contrats ?

- moins d'un mois ☐
- entre 2 et 6 mois ☐
- entre 6 mois et 1 an ☐
- plus d'un an ☐

Partie D: Facteurs de risque interpersonnels

D1. Comment décrieriez-vous les relations avec vos collègues ?

- très satisfaisantes ☐
- satisfaisantes ☐
- peu satisfaisantes ☐
- non satisfaisantes ☐

D2. Comment décrieriez vous vos échanges avec les autres professionnels prenant en charge vos patients ? (exemple médecin de ville)

inexistants ☐

pauvres ☐

mitigés ☐

bons ☐

très bons ☐

D3. Rencontrez vous des situations conflictuelles avec vos patients ?

jamais ☐

quelques fois par an au moins ☐

quelques fois par mois ☐

une fois par semaine ☐

quelques fois par semaine ☐

chaque jour ☐

Partie E: MBI - épuisement professionnel

E1. Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail

jamais ☐

quelques fois par année au moins ☐

une fois par mois au moins ☐

quelques fois par mois ☐

une fois par semaine ☐

quelques fois par semaine ☐

chaque jour ☐

E2. Je me sens "à bout" à la fin de ma journée de travail

- jamais ☐
- quelques fois par année au moins ☐
- une fois par mois au moins ☐
- quelques fois par mois ☐
- une fois par semaine ☐
- quelques fois par semaine ☐
- chaque jour ☐

E3. Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail

- jamais ☐
- quelques fois par année au moins ☐
- une fois par mois au moins ☐
- quelques fois par mois ☐
- une fois par semaine ☐
- quelques fois par semaine ☐
- chaque jour ☐

E4. Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort

- jamais ☐
- quelques fois par année au moins ☐
- une fois par mois au moins ☐
- quelques fois par mois ☐
- une fois par semaine ☐
- quelques fois par semaine ☐
- chaque jour ☐

E5. Je sens que je craque à cause de mon travail

- jamais ☐
- quelques fois par année au moins ☐
- une fois par mois au moins ☐
- quelques fois par mois ☐
- une fois par semaine ☐
- quelques fois par semaine ☐
- chaque jour ☐

E6. Je me sens frustré(e) par mon travail

- jamais ☐
- quelques fois par année au moins ☐
- une fois par mois au moins ☐
- quelques fois par mois ☐
- une fois par semaine ☐
- quelques fois par semaine ☐
- chaque jour ☐

E7. Je sens que je travaille trop dur dans mon travail

- jamais ☐
- quelques fois par année au moins ☐
- une fois par mois au moins ☐
- quelques fois par mois ☐
- une fois par semaine ☐
- quelques fois par semaine ☐
- chaque jour ☐

E8. Travailler au contact direct avec les gens me stresse trop

- jamais ☐
- quelques fois par année au moins ☐
- une fois par mois au moins ☐
- quelques fois par mois ☐
- une fois par semaine ☐
- quelques fois par semaine ☐
- chaque jour ☐

E9. Je me sens au bout du rouleau

- jamais ☐
- quelques fois par année au moins ☐
- une fois par mois au moins ☐
- quelques fois par mois ☐
- une fois par semaine ☐
- quelques fois par semaine ☐
- chaque jour ☐

Partie F: MBI - dépersonnalisation

**F1. Je sens que je m'occupe de certains malades de façon impersonnelle
comme s'il étaient des objets**

- jamais ☐
- quelques fois par année au moins ☐
- une fois par mois au moins ☐
- quelques fois par mois ☐
- une fois par semaine ☐
- quelques fois par semaine ☐
- chaque jour ☐

F2. Je suis devenu(e) insensible aux gens depuis que j'ai ce travail

- jamaïs ☐
- quelques fois par année au moins ☐
- une fois par mois au moins ☐
- quelques fois par mois ☐
- une fois par semaine ☐
- quelques fois par semaine ☐
- chaque jour ☐

F3. Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement

- jamaïs ☐
- quelques fois par année au moins ☐
- une fois par mois au moins ☐
- quelques fois par mois ☐
- une fois par semaine ☐
- quelques fois par semaine ☐
- chaque jour ☐

F4. Je ne me soucis pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes patient(e)s

- jamaïs ☐
- quelques fois par année au moins ☐
- une fois par mois au moins ☐
- quelques fois par mois ☐
- une fois par semaine ☐
- quelques fois par semaine ☐
- chaque jour ☐

F5. J'ai l'impression que mes patients me rendent responsable de certains de leurs problèmes

- jamais ☐
- quelques fois par année au moins ☐
- une fois par mois au moins ☐
- quelques fois par mois ☐
- une fois par semaine ☐
- quelques fois par semaine ☐
- chaque jour ☐

Partie G: MBI - Accomplissement personnel

G1. Je peux comprendre facilement ce que mes malades ressentent

- jamais ☐
- quelques fois par année au moins ☐
- une fois par mois au moins ☐
- quelques fois par mois ☐
- une fois par semaine ☐
- quelques fois par semaine ☐
- chaque jour ☐

G2. Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes patient(e)s

- jamais ☐
- quelques fois par année au moins ☐
- une fois par mois au moins ☐
- quelques fois par mois ☐
- une fois par semaine ☐
- quelques fois par semaine ☐
- chaque jour ☐

G3. J'ai l'impression à travers mon travail d'avoir une influence positive sur les gens

- jamais ☐
- quelques fois par année au moins ☐
- une fois par mois au moins ☐
- quelques fois par mois ☐
- une fois par semaine ☐
- quelques fois par semaine ☐
- chaque jour ☐

G4. Je me sens plein(e) d'énergie

- jamais ☐
- quelques fois par année au moins ☐
- une fois par mois au moins ☐
- quelques fois par mois ☐
- une fois par semaine ☐
- quelques fois par semaine ☐
- chaque jour ☐

G5. J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes patient(e)s

- jamais ☐
- quelques fois par année au moins ☐
- une fois par mois au moins ☐
- quelques fois par mois ☐
- une fois par semaine ☐
- quelques fois par semaine ☐
- chaque jour ☐

G6. Je me sens ragaillardi(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes patient(e)s

- jamais ☐
- quelques fois par année au moins ☐
- une fois par mois au moins ☐
- quelques fois par mois ☐
- une fois par semaine ☐
- quelques fois par semaine ☐
- chaque jour ☐

G7. J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail

- jamais ☐
- quelques fois par année au moins ☐
- une fois par mois au moins ☐
- quelques fois par mois ☐
- une fois par semaine ☐
- quelques fois par semaine ☐
- chaque jour ☐

G8. Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement

- jamais ☐
- quelques fois par année au moins ☐
- une fois par mois au moins ☐
- quelques fois par mois ☐
- une fois par semaine ☐
- quelques fois par semaine ☐
- chaque jour ☐

Annexe V – Liste des structures destinées aux professionnels de santé

L'Association SPS (Soins aux Professionnels de santé) organise le parcours de soins des professionnels de santé en souffrance, et recense les établissements spécialisés dans la prise en charge des soignants.

Contact : Appel au 08 05 23 23 36 ou par Mail : contact@asso-sps.fr

L'AAPML (Association d'aide professionnelle aux médecins libéraux) prévient et vient en aide aux médecins, infirmiers libéraux et MK en situation d'épuisement professionnel.

Contact : Appel anonyme au 08 26 00 45 80

L'APSS (Association pour la Promotion des Soins au Soignants) née du CNOM (Conseil National de l'Ordre des Médecins), de l'ONCD (Ordre National des Chirurgiens-Dentistes), de l'ordre des infirmiers ainsi que de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes.

Contact : Appel anonyme au 08 10 00 33 33 ou par Mail : apss@apss-sante.fr

PSYA (Prévention et gestion des risques psychosociaux) est un cabinet spécialisé dans la prévention du mal être au travail.

Contact : Appel au 01 53 04 61 60

La CARPIMKO peut intervenir auprès de ses adhérents lorsque ces derniers souffrent d'une situation d'épuisement professionnel.

Contact : Appel au 01 30 48 10 00

NOM : ARZUR
PRENOM : SONIA
TITRE : Identification des facteurs de risque de Burn Out chez le masseur kinésithérapeute exerçant en libéral
INTRODUCTION : Burn out (BO) represents a state of intense physical and psychological fatigue, a disinvestment in professional activity, linked to a feeling of failure and incompetence. Professions requiring interpersonal contact, such as physiotherapists, are particularly subject to the risk of BO. The aim of this study is to identify the risk factors of BO among physiotherapists practicing in private practice. Method : Three interviews were conducted to construct a questionnaire which was then published on the Facebook social network. In order to obtain a confidence interval of 99% with a margin of error of 5%, a sample of 630 people was targeted. Results : 675 responses were obtained. The study showed that there are 3 types of risk factors : interpersonal factors such as not having an exchange with other health professionals, intrapersonal factors such as difficulty in showing a positive attitude, and organizational factors such as working more than 50 hours per week or feeling an economic pressure. Conclusion : the study allows us to approach certain avenues of prevention against BO among physiotherapists practicing in private practice. However, this list of risk factors is not exhaustive and it would be relevant to carry out further research in order to provide more details on the factors identified.
INTRODUCTION : Le burn out (BO) représente un état de fatigue physique et psychologique intense, un désinvestissement professionnel, lié à un sentiment d'échec et d'incompétence. Les professions nécessitant des contacts interpersonnels comme les kinésithérapeutes, sont particulièrement soumises au risque de BO. L'objectif de cette étude est d'identifier les facteurs de risque de BO chez les kinésithérapeutes exerçant en libéral. MÉTHODE : trois entretiens ont été réalisés permettant d'établir un questionnaire publié sur le réseau social Facebook. RÉSULTATS : 675 réponses ont été obtenues permettant ainsi d'obtenir un intervalle de confiance de 99% avec une marge d'erreur de 5%. L'étude a montré qu'il existe 3 types de facteurs de risque : interpersonnels comme le fait de ne pas avoir d'échange avec les autres professionnels de santé, intrapersonnels comme la difficulté à montrer une attitude positive, et des organisationnels comme le fait de travailler plus de 50 heures par semaine ou encore ressentir une pression économique. Discussion : L'étude permet d'apporter des pistes de prévention contre le BO chez les masseurs kinésithérapeutes exerçant en libéral. Toutefois, cette liste de facteurs de risque est non exhaustive et il serait pertinent de réaliser de nouvelles recherches afin d'apporter des précisions sur les facteurs identifiés.
KEYWORDS : physiotherapy, burn out, risk factors, private practice
MOTS CLES: kinésithérapie, facteurs de risque, exercice libéral, épuisement professionnel
INSTITUT DE FORMATION MASSEURS KINESITHERAPEUTES BREST 22 avenue Camille Desmoulins, 29238 Brest CEDEX 3 TRAVAIL ECRIT DE FIN D'ETUDES – Année de formation 2022