

2023-2024

**Thèse**

pour le

**Diplôme d'État de Docteur en Pharmacie**

**L'épuisement professionnel en  
pharmacie d'officine**

--

**Burnout in community pharmacy**

Étude SEPHARM : une analyse transversale du syndrome  
d'épuisement professionnel chez les pharmaciens  
titulaires d'officine en région Pays de la Loire

**BEAL Antoine**

Né le 17 mai 1998 à Angers (49)

Sous la direction de M. Sébastien FAURE

Membres du jury

LAGARCE Frédéric | Président

FAURE Sébastien | Directeur

BAGLIN Isabelle | Membre

PIRAUX Arthur | Membre

DERAEVE Marine | Membre

Soutenue publiquement le :  
26 Avril 2024



**FACULTÉ  
DE SANTÉ**

UNIVERSITÉ D'ANGERS

# ENGAGEMENT DE NON-PLAGIAT

Je, soussigné(e) **BEAL ANTOINE** .....  
déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une  
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,  
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.  
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées  
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiant(e) le **19 / 10 / 2023**



# DECLARATION D'ENGAGEMENT DE L'AUTEUR

« La Faculté de Santé déclare que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être  
considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation, ni improbation. »

**L'auteur du présent document vous autorise à le partager, reproduire, distribuer et communiquer selon les conditions suivantes :**



- Vous devez le citer en l'attribuant de la manière indiquée par l'auteur (mais pas d'une manière qui suggérerait qu'il approuve votre utilisation de l'œuvre).
- Vous n'avez pas le droit d'utiliser ce document à des fins commerciales.
- Vous n'avez pas le droit de le modifier, de le transformer ou de l'adapter.

**Consulter la licence creative commons complète en français :**  
<http://creativecommons.org/licences/by-nc-nd/2.0/fr/>

Ces conditions d'utilisation (attribution, pas d'utilisation commerciale, pas de modification) sont symbolisées par les icônes positionnées en pied de page.



## LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE SANTÉ D'ANGERS

**Doyen de la Faculté** : Pr Nicolas Lerolle

**Vice-Doyen de la Faculté et directeur du département de pharmacie** : Pr Sébastien Faure

**Directeur du département de médecine** : Pr Cédric Annweiler

### PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	PHYSIOLOGIE	Médecine
ANGOULVANT Cécile	MEDECINE GENERALE	Médecine
ANNWEILER Cédric	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT	Médecine
ASFAR Pierre	REANIMATION	Médecine
AUBE Christophe	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine
AUGUSTO Jean-François	NEPHROLOGIE	Médecine
BAUFRETON Christophe	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
BELLANGER William	MEDECINE GENERALE	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
BIERE Loïc	CARDIOLOGIE	Médecine
BIGOT Pierre	UROLOGIE	Médecine
BONNEAU Dominique	GENETIQUE	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	Médecine
BOUET Pierre-Emmanuel	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
BOUVARD Béatrice	RHUMATOLOGIE	Médecine
BOURSIER Jérôme	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
BRIET Marie	PHARMACOLOGIE	Médecine
CALES Paul	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
CAMPONE Mario	CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE	Médecine
CAROLI-BOSC François-Xavier	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
CASSEREAU Julien	NEUROLOGIE	Médecine
CONNAN Laurent	MEDECINE GENERALE	Médecine
COPIN Marie-Christine	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
COUTANT Régis	PEDIATRIE	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	PHYSIOLOGIE	Médecine
CRAUSTE-MANCIET Sylvie	PHARMACOTECHNIE HOSPITALIERE	Pharmacie
DE CASABIANCA Catherine	MEDECINE GENERALE	Médecine
DESCAMPS Philippe	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
D'ESCATHA Alexis	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
DINOMAS Mickaël	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION	Médecine
DUBEE Vincent	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES	Médecine
DUCANCELLE Alexandra	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine
DUVAL Olivier	CHIMIE THERAPEUTIQUE	Pharmacie
DUVERGER Philippe	PEDOPSYCHIATRIE	Médecine
EVEILLARD Mathieu	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Pharmacie
FAURE Sébastien	PHARMACOLOGIE PHYSIOLOGIE	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	ANATOMIE	Médecine
FOUQUET Olivier	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
FURBER Alain	CARDIOLOGIE	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	PNEUMOLOGIE	Médecine
GOHIER Bénédicte	PSYCHIATRIE D'ADULTES	Médecine
GUARDIOLA Philippe	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
GUILLET David	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
HAMY Antoine	CHIRURGIE GENERALE	Médecine
HENNI Samir	MEDECINE VASCULAIRE	Médecine
HUNAUULT-BERGER Mathilde	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine



# FACULTÉ DE SANTÉ

UNIVERSITÉ D'ANGERS

IFRAH Norbert	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
JEANNIN Pascale	IMMUNOLOGIE	Médecine
KEMPF Marie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine
KUN-DARBOIS Daniel	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE	Médecine
LACOEUILLE FRANCK	RADIOPHARMACIE	Pharmacie
LACCOURREYE Laurent	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE	Médecine
LAGARCE Frédéric	BIOPHARMACIE	Pharmacie
LARCHER Gérald	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRES	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION	Médecine
LEBDAI Souhil	UROLOGIE	Médecine
LEGENDRE Guillaume	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
LEGRAND Erick	RHUMATOLOGIE	Médecine
LERMITE Emilie	CHIRURGIE GENERALE	Médecine
LEROLLE Nicolas	REANIMATION	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine
MARCHAIS Véronique	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Pharmacie
MARTIN Ludovic	DERMATO-VENEREOLOGIE	Médecine
MAY-PANLOUP Pascale	BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION	Médecine
MENEI Philippe	NEUROCHIRURGIE	Médecine
MERCAT Alain	REANIMATION	Médecine
PAPON Nicolas	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	CHIMIE GENERALE	Pharmacie
PELLIER Isabelle	PEDIATRIE	Médecine
PETIT Audrey	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
PICQUET Jean	CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE	Médecine
PODEVIN Guillaume	CHIRURGIE INFANTILE	Médecine
PROCACCIO Vincent	GENETIQUE	Médecine
PRUNIER Delphine	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
PRUNIER Fabrice	CARDIOLOGIE	Médecine
RAMOND-ROQUIN Aline	MEDECINE GENERALE	Médecine
REYNIER Pascal	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
RICHARD Isabelle	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION	Médecine
RICHOMME Pascal	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
RODIEN Patrice	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES	Médecine
ROQUELAURE Yves	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE	Médecine
ROUSSEAU Audrey	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
ROUSSEAU Pascal	CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE	Médecine
ROUSSELET Marie-Christine	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
ROY Pierre-Marie	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
SAULNIER Patrick	BIOPHYSIQUE ET BIostatISTIQUES	Pharmacie
SERAPHIN Denis	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie
SCHMIDT Aline	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
TESSIER-CAZENEUVE Christine	MEDECINE GENERALE	Médecine
TRZEPIZUR Wojciech	PNEUMOLOGIE	Médecine
UGO Valérie	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
URBAN Thierry	PNEUMOLOGIE	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	PEDIATRIE	Médecine
VENARA Aurélien	CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE	Médecine
VENIER-JULIENNE Marie-Claire	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
VERNY Christophe	NEUROLOGIE	Médecine
WILLOTEAUX Serge	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine



# FACULTÉ DE SANTÉ

UNIVERSITÉ D'ANGERS

## MAÎTRES DE CONFÉRENCES

BAGLIN Isabelle	CHIMIE THERAPEUTIQUE	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	BIOPHYSIQUE ET BIostatISTIQUES	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	IMMUNOLOGIE	Médecine
BEGUE Cyril	MEDECINE GENERALE	Médecine
BELIZNA Cristina	MEDECINE INTERNE	Médecine
BELONCLE François	REANIMATION	Médecine
BENOIT Jacqueline	PHARMACOLOGIE	Pharmacie
BESSAGUET Flavien	PHYSIOLOGIE PHARMACOLOGIE	Pharmacie
BLANCHET Odile	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
BOISARD Séverine	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
BRIET Claire	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES	Médecine
BRIS Céline	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Pharmacie
CAPTAIN Olivier	CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE	Médecine
CHAO DE LA BARCA Juan-Manuel	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
CHEVALIER Sylvie	BIOLOGIE CELLULAIRE	Médecine
CLERE Nicolas	PHARMACOLOGIE / PHYSIOLOGIE	Pharmacie
COLIN Estelle	GENETIQUE	Médecine
DERBRE Séverine	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
DESHAYES Caroline	BACTERIOLOGIE VIROLOGIE	Pharmacie
DOUILLET Delphine	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
FERRE Marc	BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
FORTRAT Jacques-Olivier	PHYSIOLOGIE	Médecine
GUELFJF Jessica	MEDECINE GENERALE	Médecine
HAMEL Jean-François	BIostatISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE	Médicale
HELESBEUX Jean-Jacques	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie
HERIVAUX Anaïs	BIOTECHNOLOGIE	Pharmacie
HINDRE François	BIOPHYSIQUE	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE	Médecine
JUDALET-ILLAND Ghislaine	MEDECINE GENERALE	Médecine
KHIATI Salim	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
LANDREAU Anne	BOTANIQUE/ MYCOLOGIE	Pharmacie
LEGEAY Samuel	PHARMACOCINETIQUE	Pharmacie
LEMEE Jean-Michel	NEUROCHIRURGIE	Médecine
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
LEPELTIER Elise	CHIMIE GENERALE	Pharmacie
LETOURNEL Franck	BIOLOGIE CELLULAIRE	Médecine
LIBOUBAN Hélène	HISTOLOGIE	Médecine
LUQUE PAZ Damien	HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE	Médecine
MABILLEAU Guillaume	HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE	Médecine
MALLET Sabine	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
MAROT Agnès	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE	Pharmacie
MESLIER Nicole	PHYSIOLOGIE	Médecine
MIOT Charline	IMMUNOLOGIE	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	PHILOSOPHIE	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	IMMUNOLOGIE	Pharmacie
PAILHORIES Hélène	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Médecine
PAPON Xavier	ANATOMIE	Médecine
PASCO-PAPON Anne	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine
PECH Brigitte	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	SOCIOLOGIE	Médecine
PIHET Marc	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	Médecine
POIROUX Laurent	SCIENCES INFIRMIERES	Médecine
PY Thibaut	MEDECINE GENERALE	Médecine
RINEAU Emmanuel	ANESTHESIOLOGIE REANIMATION	Médecine

Mise à jour 25/10/22



# FACULTÉ DE SANTÉ

UNIVERSITÉ D'ANGERS

RIOU Jérémie	BIostatISTIQUES	Pharmacie
RIQUIN Elise	PEDopsYCHIATRIE ; ADDICTOLOGIE	Médecine
RONY Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE	Médecine
ROGER Emilie	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
SAVARY Camille	PHARMACOLOGIE-TOXICOLOGIE	Pharmacie
SCHMITT Françoise	CHIRURGIE INFANTILE	Médecine
SCHINKOWITZ Andréas	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
SPIESSER-ROBELET Laurence	PHARMACIE CLINIQUE ET EDUCATION THERAPEUTIQUE	Pharmacie
TEXIER-LEGENDRE Gaëlle	MEDECINE GENERALE	Médecine
VIAULT Guillaume	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie

## AUTRES ENSEIGNANTS

<b>ATER</b>		
<b>ELHAJ MAHMOUD Dorra</b>	IMMUNOLOGIE	Pharmacie
<b>PRCE</b>		
AUTRET Erwan	ANGLAIS	Santé
BARBEROUSSE Michel	INFORMATIQUE	Santé
FISBACH Martine	ANGLAIS	Santé
O'SULLIVAN Kayleigh	ANGLAIS	Santé
RIVEAU Hélène	ANGLAIS	
<b>PAST</b>		
CAVAILLON Pascal	PHARMACIE INDUSTRIELLE	Pharmacie
DILÉ Nathalie	OFFICINE	Pharmacie
GUILLET Anne-Françoise	PHARMACIE DEUST PREPARATEUR	Pharmacie
MOAL Frédéric	PHARMACIE CLINIQUE	Pharmacie
PAPIN-PUREN Claire	OFFICINE	Pharmacie
KAASSIS Mehdi	GASTRO-ENTEROLOGIE	Médecine
GUITTON Christophe	MEDECINE INTENSIVE-REANIMATION	Médecine
SAVARY Dominique	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
POMMIER Pascal	CANCEROLOGIE-RADIOTHERAPIE	Médecine
PICCOLI Giorgina	NEPHROLOGIE	Médecine
<b>PLP</b>		
CHIKH Yamina	ECONOMIE-GESTION	Médecine

*Car, il est difficile d'être heureux sans les autres...*

**Mes plus sincères remerciements,**

Au **Pr. Sébastien Faure**, au-delà de votre pédagogie et de votre écoute auprès des étudiant·e·s, merci pour votre humanisme et votre bienveillance, inspirants plusieurs générations de professionnels de la santé.

Au **Pr. Frederic Lagarce**, pour avoir accepté de présider ce jury et pour votre pédagogie teintée d'un enthousiasme contagieux.

Au **MCF. Isabelle Baglin**, pour vos enseignements. Avec la modération et une aide constante, vous contribuez au bien-être et à la joie des étudiant·e·s.

Au **Dr. Et PhD. Arthur Piraux**, merci pour le soutien et la motivation que tu procures à l'ensemble des étudiants. Ton parcours et ta voix sont inspirants.

Au **PhD. Biostatisticien Jérémie Riou**, pour vos enseignements et votre accompagnement. Vous guidez les étudiant·e·s en santé sur des sentiers parfois sinueux dans leur esprit.

Au **Dr. Marine Deraeve**, pour ta participation au jury. Je te remercie pour l'accueil dans ta pharmacie avec la découverte d'un exercice riche, varié et pleinement intégré au sein de la dynamique d'un quartier. Merci pour ton engagement auprès des étudiant·e·s que tu formes dans ta pharmacie.

Au **Dr. et MCF. Cyril Begue**, pour son accompagnement et sa participation au jury.

A **Mme Frédérique Quidu**, ingénieur de recherche et statisticienne à l'EHESP, pour ses enseignements et son accompagnement.

**Aux participant·e·s de cette étude.** Merci beaucoup pour votre implication et vos partages.

**A l'ensemble des personnes qui ont contribué de prêt ou de loin à cette étude :** I.Nicolleau, J.Coutable, C.Cornibert, S. Prot-Labarthe, JF. Huon, C.Begue, JL. Fernandez, F.Quidu, E.Forcard, E.Boisseau, L.Moinaud, AC. Oger, B.Pech, V.Beal, C.Beal, C.Sweeney.

**A l'ensemble de l'équipe pédagogique de la Faculté de Pharmacie d'Angers.** Vous engagez les étudiant·e·s vers la compréhension, le progrès, la création, la bienveillance, la recherche, vers leurs chemins.

**A l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'EHESP.** Merci pour la qualité de vos enseignements. Merci pour l'inspiration et l'ouverture d'esprit vers laquelle vous nous emmenez.

**A tous les milieux et professionnel·le·s** que j'ai côtoyé le long de mes études, à l'hôpital, en ville, en administration, en recherche (Merci à l'IReSP !). Vous forgez mes expériences et m'accompagnez vers une vision globale de la santé.

A l'ensemble des équipes des pharmacies suivantes : **Pharmacie Patton** (Merci Jose-Luis pour ta générosité), **Pharmacie les Hauts de Saint Aubin**, **Pharmacie de Feneu**, **Pharmacie du Centre Pompidou**, **Pharmacie des Champs**, **Pharmacie des Promeniers**.

**A mon papa et ma maman, Alexis, Mélanie, Valentine, Vincent, Éloïse.** Sans vous, je redouterais tout de la vie. Merci pour toute votre présence.

**A l'ensemble de ma famille**, de France et des USA. Merci pour votre présence constante depuis ma naissance.

*Car il n'est pas aisé de citer tous mes proches, j'ai décidé de grouper et d'utiliser les initiales. J'espère que vous ne m'en tiendrez pas rigueur. Pendant que je parle, le temps jaloux a fui, merci à tous pour ces moments où nous cueillons et partageons le jour. Je souhaite que continu le fun, les bonnes rigolades, les passions, le partage, le soutien... Vous étendez pleinement ma joie et j'espère qu'il en est de même pour vous.*

**Un ENORME MERCI à,**

**Tous les ami·e·s de longue date :** AM, MC, VMB, VF, CV, CR, TB, FLR, JA, BV, RA, HB, MF, ER. Vous êtes tout simplement super.

**Tous les ami·e·s de la fac :** AH, AB, AB, AT, BC, CL, CB, CC, CD, CG, CP, CV, DM, EF, GG, JGB, JC, JL, LL, LT, LM, LG, LP, LS, MF, ML, MB, MM, OR, TF, VS, YA, YC. Je vous adore toutes et tous.

**Toute la promotion du Master 2 Promotion de la Santé et Prévention et ami·e·s de l'EHESP.** Énormément de gentillesse en vous toutes et tous.

**Tous les ami·e·s d'ailleurs :** AR, CH, PL, RS, MB. Merci encore.

**Toi ma Julia :** merci pour tout.



# Sommaire

<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>1</b>
1. CONTEXTUALISATION .....	1
2. DEFINITIONS .....	1
3. DESCRIPTION CLINIQUE .....	2
4. OUTILS DE MESURE .....	2
5. ÉPIDEMIOLOGIE GENERALE .....	3
6. ÉPIDEMIOLOGIE CHEZ LES PROFESSIONNELS DE LA SANTE .....	3
<b>BIBLIOGRAPHIE INTRODUCTION .....</b>	<b>5</b>
<b>ARTICLE SCIENTIFIQUE – L'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL EN PHARMACIE D'OFFICINE. ÉTUDE SEPHARM : UNE ANALYSE TRANSVERSALE DU SYNDROME D'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL CHEZ LES PHARMACIENS TITULAIRES D'OFFICINE EN REGION PAYS DE LA LOIRE. ....</b>	<b>7</b>
1. RESUME .....	7
2. INTRODUCTION .....	8
3. OBJECTIFS .....	9
4. METHODE .....	9
4.1. Critères d'évaluation .....	9
4.2. Variables recueillies .....	10
4.3. Inclusion .....	10
4.4. Recrutement des participants .....	11
4.5. Réalisation des entretiens dirigés .....	11
4.6. Analyses statistiques .....	11
4.7. Considérations éthiques et réglementaires .....	12
5. RESULTATS .....	12
5.1. Un échantillon représentation de la population régionale .....	12
5.2. Description de l'échantillon .....	12
5.3. CBI et détermination des niveaux de risque .....	14
5.4. Stratification et comparaison des groupes .....	14
5.4.1. Comparaison entre les groupes à risques faible d'épuisement et à risque sévère d'épuisement .....	14
5.5. Analyse des facteurs influençant le niveau de risque d'épuisement .....	17
6. DISCUSSION .....	19
6.1. Plus d'un tiers des pharmaciens titulaires en situation de risque d'épuisement sévère .....	19
6.2. Un épuisement qui est potentiellement lié à la charge de travail .....	19
6.3. Des facteurs de risques .....	20
6.4. Forces et faiblesses de l'étude .....	20
6.5. Les stressseurs en pharmacie d'officine .....	21

6.6.	<i>Le bien-être des pharmaciens : un indicateur de la sécurité et de la qualité du circuit et des soins pharmaceutiques</i>	21
7.	FINANCEMENT .....	22
8.	DISPONIBILITE DES DONNEES .....	22
9.	NOTES SUR L'AUTEUR .....	22
	<b>BIBLIOGRAPHIE ARTICLE .....</b>	<b>23</b>
	<b>TABLE DES ILLUSTRATIONS .....</b>	<b>24</b>
	<b>TABLE DES TABLEAUX .....</b>	<b>24</b>
	<b>ANNEXES .....</b>	<b>25</b>

## Liste des abréviations

CBI	Copenhagen Burnout Inventory
CIM	Classification internationale des maladies
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CNOP	Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens
CPP	Comité de Protection des Personnes
CROP	Conseil Régional de l'Ordre des Pharmaciens
DSM	Diagnostic and Statistical Manual
HAS	Haute Autorité de Santé
INRS	Institut National de Recherche et de Sécurité
MBI	Maslach Burnout Inventory
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PB	Personnal Burnout
PRB	Patient-related Burnout
RGPD	Règlement général sur la protection des données
SEPHARM	Syndrome d'épuisement professionnel Pharmacien
WRB	Work-related Burnout

# Introduction

## 1. Contextualisation

Depuis la deuxième moitié du vingtième siècle, les évolutions contemporaines du monde du travail ont fait émerger des questions concernant la santé psychique des travailleurs<sup>1</sup>. Un intérêt croissant s'est développé pour l'étude de la qualité de vie au travail, le repérage des risques psychosociaux et de la souffrance liée au travail. L'enjeu est alors d'analyser les souffrances en lien avec le travail et son environnement. En évoquant ces douleurs physiques et psychiques liées au travail, certains auteurs parleront de « pathologie de civilisation »<sup>1</sup> dans le sens où l'on n'analyse pas seulement l'Homme d'un côté et la société de l'autre, mais bien l'anomalie de relation entre l'individu et la société. En 1959, le concept d'épuisement est introduit dans la nosologie médicale française. On considère alors qu'un état d'épuisement est atteint après le « franchissement d'un seuil d'adaptation » de l'individu à son environnement<sup>2</sup>. Dans les années 1970, le terme de burn-out ou épuisement professionnel est inscrit pour la première fois pour décrire un état d'épuisement physique et psychique de médecins et infirmiers très investis, en prise avec une importante charge de travail et une souffrance éthique dans le soin au sein d'une structure d'addictologie<sup>3</sup>. L'épuisement professionnel est décrit ici par la métaphore de l'incendie : « *Les gens sont parfois victimes d'incendie, tout comme les immeubles. Sous la tension produite par la vie dans notre monde complexe, leurs ressources internes en viennent à se consumer comme sous l'action de flammes, ne laissant qu'un vide immense à l'intérieur, même si l'enveloppe externe semble plus ou moins intacte* »<sup>3</sup>. Au début des années 1980, dans le sillon du développement des travaux en psychopathologie du travail, la psychologue américaine Christina Maslach pousse l'analyse des états d'épuisement liés au travail et lance le débat sur l'étiologie des symptômes et troubles mentaux spécifiquement liés à l'activité professionnelle. C. Maslach conceptualise le burn-out et inscrit ce phénomène clinique dans sa dimension sociale<sup>4</sup>. Ses recherches aboutiront à la définition de la triade symptomatique de référence caractérisant le burn-out : l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation (cynisme et déshumanisation), la détérioration du sentiment d'accomplissement personnel. Dès lors, le burn-out est considéré comme un état de réponse psychologique et physiologique à l'accumulation quotidienne de facteurs de stress professionnels. Ces facteurs, sous une temporalité itérative, usent l'individu<sup>4</sup>. A partir des années 1990, la documentation scientifique sur le syndrome d'épuisement professionnel s'élargit considérablement<sup>5</sup>. Les aspects cliniques, biologiques, épidémiologiques sont décrits et des outils à visée diagnostique sont créés<sup>6</sup>. Le développement de la psychodynamique du travail permet d'analyser les processus psychiques et sociaux mobilisés lors de la confrontation du sujet à la réalité du travail<sup>7</sup>. Le concept de burnout et sa définition restent néanmoins débattus. Il est un sujet complexe à la croisée des sciences médicales et humaines.

## 2. Définitions

Depuis la caractérisation princeps de ce syndrome par Freudenberg HJ., le terme de « burnout » s'est répandu à l'international et dans tous les secteurs d'activité<sup>8</sup>. Cette large utilisation du terme peut-être source de confusion au regard des limites imprécises de ce phénomène. En 2019, l'Organisation Mondiale de la Santé décrit le burn-out dans la 11<sup>ème</sup> révision de la classification internationale des maladies (CIM-11)<sup>9</sup> sur le modèle de Maslach. Le syndrome d'épuisement professionnel est donc « *un état d'épuisement professionnel résultant d'un stress chronique lié au travail et caractérisé par 3 dimensions : un sentiment d'épuisement, une prise de distance (des*

sentiments négatifs voire du cynisme vis-à-vis de son travail), un sentiment d'inefficacité et de manque d'accomplissement au travail ». Cette définition précise une application stricte au cadre professionnel et propose une distinction des troubles anxieux ou de l'humeur et des réactions inadaptées à un facteur de stress ou à un traumatisme. En France, l'académie nationale de médecine explore la difficulté à classer ce syndrome avec certains symptômes peu spécifiques. Cette même académie propose une définition centrée davantage sur la clinique. L'épuisement professionnel est un « état d'épuisement psychologique (émotionnel), mais aussi cognitif (pertes de motivations, difficultés de concentration) et physique (coup de pompe) qui se présente sous forme de symptômes traduisant une réaction de détresse à une situation de stress en milieu professionnel »<sup>5</sup>. La Haute Autorité de Santé publie en 2016 des recommandations de bonne pratique sur le repérage et la prise en charge clinique du syndrome d'épuisement professionnel<sup>6</sup>. La définition des psychologues WB. Schaufeli et ER. Greenglass y est reprise<sup>10</sup>. On parle alors d'un « épuisement physique, émotionnel et mental qui résulte d'un investissement prolongé dans des situations de travail exigeantes sur le plan émotionnel ». Les notions de seuil d'adaptation et d'activités mettant à l'épreuve le psychisme sont évoquées. La temporalité progressive dans la dégradation du rapport entre l'individu et son travail semble unanimement partagée. Cela retentit aussi plus ou moins fortement sur la sphère privée et peut être accompagné de souffrances parfois intenses avec des conséquences possiblement graves comme le suicide<sup>11</sup>.

### 3. Description clinique

Le tableau clinique du syndrome d'épuisement professionnel varie selon les individus avec des manifestations plus ou moins intenses, parfois d'un niveau infraclinique, insidieuses, avec progressivité. La symptomatologie est d'ordre<sup>12</sup> :

- Émotionnelle : *anxiété, tristesse, irritabilité, colère, manque d'entrain, hypersensibilité ou manque d'émotion, désarroi ;*
- Physique : *fatigue chronique, troubles du sommeil, troubles musculosquelettiques, tensions musculaires diffuses, céphalées, vertiges, anorexie, troubles digestifs ;*
- Cognitive : *trouble de la mémoire, de la concentration, de l'attention ;*
- Comportementale : *isolement social, repli sur soi, agressivité voire violence, baisse de l'empathie, hostilité à l'égard des collègues ou du public, comportements addictifs, consommation de substance à visée psychostimulante ou d'anxiolyse ;*
- Motivationnelle : *baisse de la motivation, baisse du moral, effritement des valeurs liées au travail, doutes sur les compétences, dévalorisation, remise en cause, perte d'estime de soi, perte de l'entrain au travail.*

L'ensemble de ces manifestations peuvent être liées ou provoquer ou aggraver une pathologie concomitante<sup>5</sup>. Des auteurs préciseront que la dimension d'épuisement émotionnel aurait la prédictivité péjorative la plus importante<sup>13</sup>.

### 4. Outils de mesure

Des outils de mesure du syndrome d'épuisement professionnel basés sur des questionnaires ont été développés. L'auto-questionnaire princeps de C. Maslach, le Maslach Burn-out Inventory<sup>4</sup> et ses adaptations sont les plus utilisés dans la littérature. Selon les différentes conceptualisations, évolutions et situations géographiques, d'autres questionnaires sont utilisés. La Haute Autorité de Santé (HAS) cite par exemple :

- Le Copenhagen Burnout Inventory (CBI)<sup>14</sup>
- L'Oldenburg Burnout Inventory (OLBI)<sup>15</sup>
- Le Shirom-Melamed Burnout Measure<sup>16</sup>

Il est important d'envisager le caractère parfois ambigu du cadre d'utilisation de ces différentes échelles. Il semble judicieux de bien délimiter leurs domaines d'application : *évaluation d'un risque individuel ou collectif, mesure du de l'épuisement professionnel individuel ou collectif, utilisation d'une échelle numérique continue ou avec des scores seuils, mesure individuelle de chaque dimension ou calcul d'un score total*. De même, il est nécessaire d'envisager les qualités et défauts psychométriques de ces tests. L'institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS) a publié des rapports d'analyse détaillés sur l'utilisation en français du Maslach Burnout Inventory et du Copenhagen Burnout Inventory.

## 5. Épidémiologie générale

A ce jour, les données épidémiologiques concernant l'épuisement professionnel dans la population générale sont insuffisantes et de faible niveau de preuve. Ce manque de données semble être un effet de conséquence logique de la difficulté à délimiter précisément les contours de ce syndrome<sup>5</sup>. Les études de prévalence de cette affection utilisent des méthodologies hétérogènes avec des effectifs disparates, des outils et seuils psychométriques différents. Cela limite la réalisation de synthèse globale<sup>17</sup>. En 2015, l'Institut de veille sanitaire français publie les résultats d'un programme d'étude sur la souffrance psychique au travail entre 2007 et 2012<sup>18</sup>. L'institut précise alors que la souffrance psychique causée ou aggravée par le travail représente le 2<sup>ème</sup> groupe pathologique le plus souvent signalé parmi la population salariée active en France. Ils estiment que 7% des 480 000 salariés en souffrance psychologique présentent un syndrome d'épuisement professionnel. Une extrapolation de données belges en France estime à 100 000 le nombre d'individus actifs en situation d'épuisement professionnel en 2016. L'académie nationale de médecine appelle à une évaluation « très sérieuse »<sup>5</sup>. L'interprétation des résultats issus de la littérature pour la prévalence de cet état dans la population générale semble délicate en terme épidémiologique. En revanche, des études relèvent clairement des facteurs de risques ou protecteurs<sup>19</sup>.

## 6. Épidémiologie chez les professionnels de la santé

Le syndrome d'épuisement professionnel a initialement été décrit chez des professionnels soignants<sup>3</sup>. Exerçant dans des conditions où de nombreux stressors sont identifiés, les professionnels de la santé semblent particulièrement touchés par le burn-out. Une étude américaine relève des taux de burnout chez les médecins évoluant de 45% à 54% entre 2011 et 2014<sup>20</sup>. En France, depuis le début des années 2000, une prise de conscience collective émerge concernant les situations d'épuisement auxquelles les soignants peuvent-être confrontés ainsi que sur leurs conséquences. La documentation scientifique et institutionnelle s'enrichit sur ce thème avec pour objectif de mieux connaître l'épuisement chez les professionnels de la santé : épidémiologie, spécificité, prise en charge, conséquence, prévention<sup>21</sup>. Ces enquêtes et études concernent pour la majorité des médecins ainsi que des professionnels exerçant au sein d'établissement publics de santé. Malgré tout, une méta-analyse internationale relève la difficulté d'établir une prévalence globale du syndrome d'épuisement professionnel chez les médecins<sup>17</sup>. Dans les études analysées, les définitions du syndrome d'épuisement professionnel sont multiples, les méthodologies hétérogènes et les outils de mesure sont variés. L'analyse relève des taux de prévalence du syndrome d'épuisement professionnel allant de 0% à 80,5%. Les 9 études aux critères de définitions les plus stricts rapportent des prévalences de 2,6% à 11,8%. Un autre travail de synthèse réalisé

à l'échelle de la France relève qu'environ 49% des médecins (toutes spécialités confondues) souffrent d'épuisement professionnel<sup>21</sup>. En considérant les trois dimensions classiques du syndrome d'épuisement professionnel : 21 % des participants aux études ont un score élevé d'épuisement émotionnel ; 29% des participants aux études ont un score élevé de dépersonnalisation ; 29% des participants aux études ont un score faible d'accomplissement personnel. Des hypothèses sont avancées pour expliquer la variabilité selon les spécialités médicales et les lieux d'exercice. En tout état de cause, comme le précise un rapport d'information de la commission des affaires sociales sur le syndrome d'épuisement professionnel : « *La guerre des chiffres n'aura pas lieu* »<sup>22</sup>. Outre la difficulté d'évaluer l'incidence et la prévalence de ce syndrome, il est certain que les soignants sont exposés, à des degrés divers, à de nombreux risques psychosociaux au travail. Ces risques psychosociaux peuvent-être liés à la nature même de l'activité de soin ou d'accompagnement mais peuvent aussi résulter ou être aggravés par l'organisation ou les conditions du système dans lequel exerce le soignant<sup>23</sup>. Ces risques exposent les professionnels à des troubles psychiques (burn-out, troubles anxieux, stress post-traumatique, suicides), des maladies cardiovasculaires ou périarticulaires<sup>12</sup>. A l'échelle nationale, des initiatives s'organisent et deux missions ministérielles se succèdent : Le thème « *Prendre soin de ceux qui soignent* »<sup>24</sup> ; Le thème « *Santé des soignants – Innovons et agissons ensemble* » lancé par le Ministère de la santé et des solidarités en Mars 2023<sup>25</sup>. Comme précisé dans cette stratégie de 2023 : « *Les enjeux de promotion et de prévention de la santé des soignants, de leur bien-être, dépassent largement l'hôpital et s'étendent aujourd'hui à tous les professionnels de santé quels que soient leur lieu et milieu d'exercice* »<sup>25</sup>. Il est utile de suivre le travail qui sera accompli ou non par les pouvoirs publics. Les évolutions en termes de prise en compte de l'avis des professionnels, d'organisation des soins, de rémunération, de moyens humains, de reconnaissance, auront-elles un impact sur l'épuisement des soignants ? Il est également important de noter que le bien-être d'un professionnel de la santé est l'un des indicateurs de la qualité des soins. L'étude de l'épuisement professionnel des individus travaillant dans le secteur du soin doit prendre en compte les conséquences délétères de cet épuisement pour les patients. Ces conséquences sont significativement décrites dans la littérature. On retrouve des erreurs médicamenteuses, des diminutions de la qualité et la sécurité des soins, des décès<sup>26</sup>. Une synthèse de 2022 montre que les médecins en situation d'épuisement professionnel souhaitent d'avantage quitter leur métier. Cet état serait aussi associé à un « *moins professionnalisme* » défini comme un moins suivi des recommandations professionnelles, un moins effort d'attention et d'information porté aux patients, davantage de réclamations des patients. Effectivement, il existe davantage de risque pour la sécurité des soins avec la survenue plus courante d'évènements indésirables et de situations de soins délétères ou potentiellement délétères pour les patients<sup>26</sup>. Au global, la santé des soignants semble compter comme un déterminant de la santé des populations. Garantir une accessibilité, une qualité et une continuité des services de santé et de promotion de la santé passe aussi par une amélioration de la santé des soignants.

# Bibliographie introduction

1. Chabot P. Global Burn-out. *Lectures*. Published online 2013:145. doi:10.4000/lectures.11524
2. Veil C. Les états d'épuisement. In: *Vulnérabilités au travail*. Clinique du travail. Érès; 2012:175-186. Accessed January 18, 2024. <https://www.cairn.info/vulnerabilites-au-travail--9782749233161-p-175.htm>
3. Freudenberger HJ. Staff Burn-Out. *J Soc Issues*. 1974;30(1):159-165. doi:10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x
4. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. Maslach Burnout Inventory: Third edition. In: *Evaluating Stress: A Book of Resources*. Scarecrow Education; 1997:191-218.
5. Olié JP, Légeron P, Acker A, et al. Le burn-out. *Bull Académie Natl Médecine*. 2016;200(2):349-365. doi:10.1016/S0001-4079(19)30765-4
6. Haute Autorité de Santé. Repérage et prise en charge cliniques du syndrome d'épuisement professionnel ou burnout. Haute Autorité de Santé. Published May 22, 2017. Accessed January 18, 2024. [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2769318/fr/reperage-et-prise-en-charge-cliniques-du-syndrome-d-epuisement-professionnel-ou-burnout](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2769318/fr/reperage-et-prise-en-charge-cliniques-du-syndrome-d-epuisement-professionnel-ou-burnout)
7. Dejours C, Gernet I. *Psychopathologie du travail*. 2nd ed. Elsevier Health Sciences; 2016.
8. Gernet I. Approche clinique et psychopathologique du burn out : discussion à partir de la psychodynamique du travail. *Évolution Psychiatr*. 2021;86(1):119-130. doi:10.1016/j.evopsy.2020.11.001
9. Organisation mondiale de la santé O. CIM-11 pour les statistiques de mortalité et de morbidité. Accessed January 17, 2024. <https://icd.who.int/browse11/l-m/fr>
10. Schaufeli WB, Greenglass ER. Introduction to special issue on burnout and health. *Psychol Health*. 2001;16(5):501-510. doi:10.1080/08870440108405523
11. Goorden T. Le suicide des médecins. In: *Le burn-out des quinquas*. Questions de personne. De Boeck Supérieur; 2013:163-173. Accessed January 18, 2024. <https://www.cairn.info/le-burn-out-des-quinquas--9782804176242-p-163.htm>
12. INRS. Risques psychosociaux (RPS). Ce qu'il faut retenir. Santé et sécurité au travail. Published 2023. Accessed January 17, 2024. <https://www.inrs.fr/risques/psychosociaux/ce-qu-il-faut-retenir.html>
13. Edú-Valsania S, Laguía A, Moriano JA. Burnout: A Review of Theory and Measurement. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(3):1780. doi:10.3390/ijerph19031780
14. Kristensen TS, Borritz M, Villadsen E, Christensen KB. The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. *Work Stress*. 2005;19(3):192-207. doi:10.1080/02678370500297720
15. Halbesleben JRB, Demerouti E. The construct validity of an alternative measure of burnout: Investigating the English translation of the Oldenburg Burnout Inventory. *Work Stress*. 2005;19(3):208-220. doi:10.1080/02678370500340728
16. Michel JS, Shifrin NV, Postier LE, Rotch MA, McGoey KM. A meta-analytic validation study of the Shirom-Melamed burnout measure: Examining variable relationships from a job demands-resources perspective. *J Occup Health Psychol*. 2022;27(6):566-584. doi:10.1037/ocp0000334
17. Rotenstein LS, Torre M, Ramos MA, et al. Prevalence of Burnout Among Physicians: A Systematic Review. *JAMA*. 2018;320(11):1131-1150. doi:10.1001/jama.2018.12777
18. Khireddine I, Lemaître A, Homère J, et al. La souffrance psychique en lien avec le travail chez les salariés actifs en France entre 2007 et 2012, à partir du programme MCP. *Arch Mal Prof Environ*. 2015;Bull Epidémiol Hebd:431-438. doi:10.1016/j.admp.2016.03.193
19. Weber A, Jaekel-Reinhard A. Burnout syndrome: a disease of modern societies? *Occup Med Oxf Engl*. 2000;50(7):512-517. doi:10.1093/occmed/50.7.512



20. Goitein L, O'Malley PG, Redberg RF. Physician Work Environment and Well-being: A Call for Papers. *JAMA Intern Med.* 2017;177(2):164-165. doi:10.1001/jamainternmed.2016.7688
21. Kansoun Z, Boyer L, Hodgkinson M, Villes V, Lançon C, Fond G. Burnout in French physicians: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 2019;246:132-147. doi:10.1016/j.jad.2018.12.056
22. Commission des affaires sociales, Sebaoun G. Rapport d'information en conclusion des travaux d'une mission d'information relative au syndrome d'épuisement professionnel (ou burn-out). Assemblée Nationale. Published February 15, 2017. Accessed January 18, 2024. <https://www2.assemblee-nationale.fr/documents/notice/14/rap-info/i4487>
23. Juven PA, Pierru F, Vincent F. *La casse du siècle. A propos des réformes de l'hôpital public.* Raisons d'agir Accessed January 17, 2024. <https://journals.openedition.org/lectures/41246>
24. Duarte AP, Sibé M. Prendre soin de ceux qui nous soignent. Published online March 2020.
25. Bataille-Hembert A, Crest-Guilluy M, Denormandie P. *Rapport sur la santé des professionnels de la santé.* Ministère de la santé et des solidarités; 2023:31. Accessed January 17, 2024. [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_sante\\_des\\_professionnels\\_de\\_sante\\_.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_sante_des_professionnels_de_sante_.pdf)
26. Dewa CS, Loong D, Bonato S, Trojanowski L. The relationship between physician burnout and quality of healthcare in terms of safety and acceptability: a systematic review. *BMJ Open.* 2017;7(6):e015141. doi:10.1136/bmjopen-2016-015141

# Article scientifique – L'épuisement professionnel en pharmacie d'officine. Étude SEPHARM : une analyse transversale du syndrome d'épuisement professionnel chez les pharmaciens titulaires d'officine en région Pays de la Loire.

Antoine Béal<sup>1</sup>, Frédérique Quidu<sup>2</sup>, Lilou Moinaud<sup>3</sup>, Églantine Boisseau<sup>3</sup>, Arthur Piraux<sup>1, 4</sup>, Jean-François Huon<sup>3</sup>, Sonia Prot-Labarthe<sup>3</sup>, Jérémie Riou<sup>1, 4</sup>, Sébastien Faure<sup>1, 4</sup>

1. Département Pharmacie, Faculté de santé, Université d'Angers, Angers, France
2. EHESP, CNRS, Arènes-UMR 6051, Rennes, France
3. UFR de sciences pharmaceutiques et biologiques, Pôle Santé, Université de Nantes, Nantes, France
4. UnivAngers, Inserm 1066, CNRS 6021, MINT, Angers, France

Mots-clés : Pharmacie, Burnout, Épuisement professionnel, Pharmacien d'officine, Étude transversale, Santé mentale, Travail

**Remerciements :** Les auteurs de cette étude tiennent à remercier l'ensemble des pharmaciens participants. Ils remercient également : le Conseil Régional de l'Ordre des Pharmaciens Pays de la Loire, l'URPS Pharmaciens Pays de la Loire, les associations SPS (Mme Catherine Cornibert) et ADOP (Mme Isabelle Nicolleau), Mme Frédérique Quidu, Mme Sonia Prot-Labarthe, M. Jean-François Huon, M. Cyril Begue, Mme Lilou Moinaud, Mme Églantine Boisseau, M. Edouard Forcard.

## 1. Résumé

L'épuisement professionnel, ou burnout, est un syndrome complexe qui est couramment retrouvé chez les professionnels de la santé. En France, la charge de travail du pharmacien d'officine est en constante évolution avec, notamment, des horaires de travail plus longs, une diminution du nombre de pharmacies d'officine et des difficultés de recrutement. Par ailleurs, les pharmaciens d'officine s'impliquent activement dans des actions de prévention, de dépistage, d'éducation à la santé et de soins de premiers recours. Cette augmentation de la charge de travail peut mener vers un état d'épuisement avec des conséquences délétères sur la sécurité des soins apportés aux patients. Le syndrome d'épuisement professionnel n'a été que peu évalué chez les pharmaciens d'officine en France. L'étude SEPHARM présente une analyse transversale du syndrome d'épuisement professionnel chez les pharmaciens titulaires d'officine en région Pays de la Loire. Grâce à une méthodologie combinant tirage aléatoire et entretien dirigés avec la réalisation du Copenhagen Burnout Inventory (CBI), une évaluation de la fréquence de l'épuisement professionnel est proposée. L'échantillon relevé est représentatif de la population régionale des pharmaciens titulaires d'officine en termes de répartition géographique, de sexe et d'âge. L'étude menée du 15/12/2022 au 16/05/2023 en région Pays de la Loire permet d'établir que plus d'un pharmacien titulaire sur trois interrogés présentait un risque sévère d'épuisement professionnel au CBI. Certains facteurs de risque émergeaient de l'analyse selon les différentes dimensions de l'épuisement professionnel : le

sexe masculin, avoir un ou plusieurs enfants, l'âge (< 44 ans et > 63 ans), la faible satisfaction concernant la rémunération. L'étude SEPHARM étaye l'état des lieux concernant la santé au travail des pharmaciens d'officine en France. Il semble important de recueillir des données permettant de suivre l'état d'épuisement des pharmaciens d'officine et les facteurs simples ou complexes qui y sont associés car le bien-être au travail du pharmacien est un indicateur de la qualité de ses services et soins.

## 2. Introduction

Le syndrome d'épuisement professionnel a initialement été décrit chez des professionnels soignants<sup>1</sup>. Exerçant dans des conditions où de nombreux stressors sont identifiés, les professionnels de la santé semblent particulièrement touchés par le burn-out<sup>2</sup>. Une étude américaine relève des taux de burnout chez les médecins évoluant de 45% à 54% entre 2011 et 2014<sup>3</sup>. Un travail de synthèse réalisé à l'échelle de la France en 2019 relève qu'environ 49% des médecins (toutes spécialités confondues) souffrent d'épuisement professionnel<sup>4</sup>. Les risques psychosociaux auxquels les soignants sont exposés peuvent-être liés à la nature même de l'activité de soin ou d'accompagnement mais peuvent aussi résulter ou être aggravés par l'organisation ou les conditions du système dans lequel exerce le soignant<sup>5</sup>. Au-delà des conséquences importantes à l'échelle individuelle (troubles psychiques, maladies cardiovasculaires et périarticulaires, suicide)<sup>6</sup>, ces états d'épuisement sont aussi associés à des conséquences délétères pour les patients. La littérature relève des erreurs médicamenteuses, des diminutions de la qualité et la sécurité des soins voire des décès de patients<sup>7</sup>. Le bien-être d'un professionnel de la santé est donc l'un des prédictors de la qualité des soins. En France, depuis le début des années 2000, une prise de conscience collective émerge concernant les situations d'épuisement auxquelles les soignants peuvent-être confrontés ainsi que sur leurs conséquences. Parmi ces professionnels de la santé, le syndrome d'épuisement professionnel n'a été que peu évalué chez les pharmaciens d'officine. Pourtant, des données circulent dans la littérature internationale relevant des difficultés et du surmenage des équipes officinales<sup>8</sup>. A l'échelle nationale, le syndrome d'épuisement professionnel des pharmaciens d'officine et de leurs équipes n'a été évalué qu'une fois en 2017 avant l'épidémie de Covid-19<sup>9</sup>. L'épuisement professionnel a été détecté chez 56,2% des participants. Cependant, cette étude présente certaines limites méthodologiques telles qu'un biais de sélection, avec des questionnaires en ligne auto-administrés, une participation faible au regard d'une large population, un temps d'étude court, conduisant à un échantillon peu représentatif de la population en termes démographiques. Le syndrome d'épuisement professionnel ne semble jamais avoir été étudié spécifiquement auprès des pharmaciens titulaires d'officine, professionnels aux risques nombreux. C'est ainsi qu'au même titre que les autres métiers du soin, les équipes pharmaceutiques sont exposées quotidiennement aux difficultés et souffrances des patients ainsi qu'au surmenage<sup>10</sup>. Elles doivent jongler avec la rigueur, l'efficacité, l'expertise, et ce, dans la pluralité des situations de soin auxquelles elles sont confrontées. Les pharmaciens titulaires font aussi face à des pressions organisationnelles, managériales, économiques, éthiques, juridiques, sociales<sup>11</sup>. De plus, la charge de travail du pharmacien d'officine est en constante évolution avec, notamment, des horaires de travail plus longs, une diminution du nombre de pharmacies d'officine et des difficultés de recrutement<sup>8</sup>. Par ailleurs, les pharmaciens d'officine s'impliquent activement dans des actions de prévention, de dépistage, d'éducation à la santé et de soins de premiers recours<sup>12</sup>. Prenant en compte l'ensemble de ces éléments et en envisageant les enjeux de l'amélioration de la santé des professionnels de la santé<sup>13</sup>, il semble important de recueillir des données afin de mieux comprendre l'état de santé des pharmaciens en France.

### 3. Objectifs

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer la fréquence du syndrome d'épuisement professionnel chez les pharmaciens titulaires d'officine dans une région représentative telle que les Pays de la Loire à l'aide d'un outil psychométrique. L'objectif secondaire de l'étude est d'identifier d'éventuels déterminants concernant les risques d'épuisement professionnel chez les pharmaciens titulaires.

### 4. Méthode

L'étude SEPHARM est une analyse transversale évaluant la fréquence du syndrome d'épuisement professionnel chez les pharmaciens titulaires d'officine en région Pays de la Loire. La méthodologie d'enquête repose sur la réalisation d'entretiens téléphoniques dirigés avec un outil d'évaluation du syndrome d'épuisement professionnel auprès des participants. Les titulaires interrogés ont été sélectionnés au hasard dans la population des pharmaciens titulaires d'officine des Pays de la Loire.

#### 4.1. Critères d'évaluation

Le risque d'épuisement professionnel chez les participants était mesuré avec le Copenhagen Burnout Inventory (CBI)<sup>14</sup> version française<sup>15</sup>. L'outil CBI (*tableau 1*) est composé de 19 items structurés en 3 échelles : Burnout personnel (PB) ; Burnout lié au travail (WRB) ; Burnout lié à la relation d'aide (PRB). Les réponses sont données sur une échelle de Likert en 5 points. Selon la formulation de l'item, les modalités de réponse sont exprimées en fréquence ou en intensité. Dans notre étude, les réponses sont cotées 0 pour la réponse « jamais » ou « très faiblement » puis 1 pour « rarement » ou « faiblement », 2 pour « parfois » ou « quelque peu », 3 pour « souvent » ou « fortement » et 4 pour « toujours » ou « très fortement ». Les réponses au CBI donnent lieu au calcul de trois scores, en faisant la moyenne des réponses aux items par échelle. Les trois échelles peuvent-être utilisées indépendamment ou additionnées pour calculer un score total moyen. L'échelle CBI doit-être interprétée de manière continue, plus les scores sont élevés, plus le niveau du risque d'épuisement professionnel est fort. Pour faciliter l'interprétation, un score moyen à 2 est utilisé comme seuil pour considérer que l'on passe d'un risque faible à un risque élevé. Si le Maslach Burn-out Inventory (MBI)<sup>16</sup> et ses adaptations sont les outils les plus souvent utilisés pour évaluer l'épuisement professionnel dans la littérature, le CBI est un outil plus récent et développé au regard de certaines limites du MBI. L'utilisation du CBI est libre de droit. Les questions sont davantage orientées vers l'évaluation de la composante centrale du burnout, c'est-à-dire, le sentiment de fatigue et d'épuisement. Le CBI permet de rendre compte des facteurs auxquels les individus attribuent l'épuisement (la vie personnelle, le travail, la relation avec les patients), ce qui est intéressant dans le cadre de la profession de pharmacien. Les indicateurs de qualités psychométriques sont bien décrits<sup>15</sup>. L'utilisation du CBI a été validé pour l'évaluation de l'épuisement professionnel dans une population de pharmaciens<sup>17</sup>.

Tableau 1 : questionnaire Copenhagen Burnout Inventory (CBI) version française<sup>18</sup>

<b>Burnout personnel</b> (risque sévère si score moyen $\geq 2$ )
1. Vous sentez-vous fatigué(e) ?
2. Vous arrive-t-il d'être épuisé(e) émotionnellement ?
3. Vous arrive-t-il d'être épuisé(e) physiquement ?
4. A quelle fréquence pensez-vous : "je n'en peux plus" ?
5. Vous sentez-vous extenué(e) ?
6. Vous arrive-t-il de vous sentir faible ou prédisposé(e) à être malade ?
<b>Burnout lié au travail</b> (risque sévère si score moyen $\geq 2$ )
7. Vous sentez-vous usé(e) à la fin d'une journée de travail ?
8. Etes-vous fatigué(e) le matin à la pensée d'une nouvelle journée de travail ?
9. Pensez-vous que chaque heure de travail est fatigante ?
10. Avez-vous assez d'énergie pour la familles et les amis durant vos loisirs ?
11. Votre travail est-il épuisant émotionnellement ?
12. Est-ce que votre travail vous frustre ?
13. Vous sentez-vous épuisé(e) à cause de votre travail ?
<b>Burnout lié à la relation d'aide</b> (risque sévère si score moyen $\geq 2$ )
14. Trouvez-vous difficile de travailler avec des patients ?
15. Trouvez-vous frustrant le travail avec des patients ?
16. Travailler avec des patients vous vide-t-il de votre énergie ?
17. Avez-vous l'impression de donner d'avantage que vous ne recevez quand vous travaillez avec des patients ?
18. Etes-vous fatigué(e) de travailler avec des patients ?
19. Vous demandez-vous combien de temps vous allez être capable de continuer à travailler avec des patients ?
<b>Risque sévère d'épuisement professionnel si score total moyen <math>\geq 2</math></b>

## 4.2. Variables recueillies

Le recueil des données permettait d'enregistrer les variables qui suivent :

- Variables socio-démographiques du participant ;
- Variables concernant l'officine de pharmacie ;
- Variables concernant le salariat dans la structure ;
- Variables sur le rythme de travail du participant ;
- Outil d'évaluation : les 19 items du CBI version française validée (Tableau 1 : questionnaire Copenhagen Burnout Inventory (CBI) version française<sup>18</sup>) ;
- Contrainte quantitative « rythme de travail » : Item « rythme de travail » issu du French version of the Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ)<sup>19</sup> ;
- Vécu professionnel<sup>20</sup> « satisfaction au travail », « satisfaction de la rémunération », « la reconnaissance » ;
- Variables concernant le ressenti de certaines contraintes professionnelles : recrutement, téléphone, congés, rentabilité.

## 4.3. Inclusion

Une base de données de l'ensemble de la population des pharmaciens titulaires d'officine de la région a été construite entre le 20/11/2022 et le 15/12/2022. Cette base a été tenue à jour sur la période d'étude. Les critères d'inclusion dans la base étaient : pharmaciens inscrits à la section A (titulaires d'officine) de l'Ordre des Pharmaciens, pharmaciens gérants après décès du titulaire. Les pharmaciens adjoints, remplaçants, les étudiants en pharmacie, préparateurs ont d'emblée été exclus de la base de données. Un numéro anonyme a été attribué

à chaque individu. Un échantillonnage aléatoire simple a permis de sélectionner au hasard 250 pharmaciens titulaires d'officine et une seconde base de données totalement anonymisée a été réalisée pour cet échantillon. La taille de l'échantillon a été déterminée en tenant compte de la taille de la population et en cherchant un niveau de confiance à 95% et une marge d'erreur de 5%. L'ensemble des données recueillies lors des entretiens a été stocké sous les numéros anonymes.

#### 4.4. Recrutement des participants

Les investigateurs sélectionnaient successivement des individus dans l'échantillon aléatoire. Le pharmacien sélectionné était d'emblée contacté par voie téléphonique. Après une présentation de l'étude et des droits s'y rapportant, l'individu éclairé acceptait ou refusait l'entretien avec l'investigateur. Une prise de rendez-vous pouvait-être envisagée pour réaliser l'entretien ultérieurement.

#### 4.5. Réalisation des entretiens dirigés

Les données étaient obtenues par entretien direct des investigateurs avec les participants. Le recueil des données par les investigateurs s'effectuait directement sur un outil numérique construit sur la plateforme d'enquête en ligne Eval&Go (EVALANDGO Software SAS). Eval&Go conserve les données en France de manière sécurisée et dans le respect des dispositions RGPD. Ces données anonymes étaient ensuite extraites vers l'ordinateur de l'investigateur principal. Les risques de modification ou de fuite des données anonymes étaient minimes et n'entraînaient pas d'impact sur la vie privée du participant.

#### 4.6. Analyses statistiques

L'analyse statistique a été réalisée à l'aide de R Statistical Software version 3.6.2 (R Foundation for Statistical Computing). Les tests étaient bilatéraux, avec une erreur de première espèce fixée à  $\alpha = 0,05$ . Les données quantitatives ont été exprimées sous forme de moyenne et d'écart-type ou de médiane et d'écart interquartile selon la distribution. Les variables catégorielles ont été décrites sous forme de pourcentage. Certaines variables quantitatives ont été transformées en variables catégorielles. Pour l'échelle CBI et ses sous-échelles (Burnout personnel ; Burnout lié au travail ; Burnout lié à la relation d'aide), les scores moyens ont été séparés en deux groupes : « *risque faible* » si un score moyen était inférieur à 2 ; « *risque élevé* » si un score moyen était supérieur ou égal à 2. Un descriptif global de la base de données a été réalisé puis une stratification des résultats a été menée en fonction de l'échelle principale CBI et ses sous-échelles (Burnout personnel ; Burnout lié au travail ; Burnout lié à la relation d'aide). La représentativité de l'échantillon a été évaluée selon les données de la population avec des tests de Khi-deux et de Student. L'analyse univariée comparait les groupes à « *risque faible* » avec les groupes à « *risque élevé* » à l'aide de tests de Khi-deux pour les variables catégorielles et des tests de Student ou Mann-Whitney-Wilcoxon (selon la distribution) pour les variables quantitatives. Une analyse multivariée avec un modèle de régression logistique a aussi été testé sur les différents risques en tenant compte des variables retenues dans l'analyse univariée.

## 4.7. Considérations éthiques et réglementaires

Conformément à la loi française, l'étude SEPHARM a été enregistrée auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés. Le traitement des données est donc en conformité avec le référentiel de méthodologie MR-003<sup>21</sup>. L'étude SEPHARM a reçu un avis favorable du comité de protection des personnes Nord-Ouest 2 le 15/12/2022 sous l'identifiant ID-RCB : 2022-A02240-43. Le compte-rendu de cette étude est réalisé en conformité avec les lignes directrices STROBE (Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology) pour l'écriture et la lecture des études observationnelles<sup>22</sup>.

## 5. Résultats

### 5.1. Un échantillon représentation de la population régionale

Sur la population totale de N=1371 pharmaciens répondant aux critères d'inclusion, N0=250 individus ont été tirés aléatoirement. La taille de l'échantillon a été déterminée pour obtenir une puissance statistique suffisante aux différents tests. Au total, les investigateurs ont réussi à contacter n0=212 individus (84% de l'échantillon). Parmi ces 212 individus, n1=101 participants ont réalisé l'entretien soit un taux de participation de 48%. Tous les entretiens ont été réalisés intégralement. La représentativité de l'échantillon vis-à-vis de la population a été évaluée selon les données du CNOP disponibles au 01/01/2023. Au risque  $\alpha = 5\%$ , l'échantillon est représentatif sur le plan de la répartition entre les départements et entre les sexes. L'âge moyen de l'échantillon ne diffère pas non plus de l'âge moyen dans la population.

### 5.2. Description de l'échantillon

Sur 6 mois de recueil de données, 101 entretiens dirigés ont été menés entièrement et inclus dans l'analyse. L'échantillon était constitué de 57,4% de femmes (*tableau 2*). Selon le sexe, les distributions des variables suivantes étaient homogènes entre les deux groupes : âge ; nombre d'enfants ; nombre d'années d'expérience ; fréquentation de l'officine. L'âge moyen des participants était de 46,9 ans ( $sd=9,92$ ) et 77,2% d'entre eux avaient au moins un enfant à charge. La moyenne du nombre d'années d'exercice en pharmacie d'officine s'élevait à 20,52 ans ( $sd=10,45$ ). Une majorité (58%) des officines s'inscrivait dans un cadre d'exercice coordonné avec d'autres professionnels de la santé (équipe de soins primaires, maison de santé pluriprofessionnelle, communauté professionnelle territoriale de santé, protocoles de coopération) et presque 20% étaient en cours d'inscription dans une démarche de coopération professionnelle. 35,6% des titulaires participants ne disposaient pas de pharmacien adjoint dans leur équipe et presque la moitié des titulaires (47,5%) était associée à un ou plusieurs pharmaciens titulaires. Concernant le rythme de travail des participants, le nombre moyen d'heures de travail par semaine s'élevait à 50,56 heures ( $sd=9,72$ ). La majorité des interrogés travaillait plus de 2 samedis par mois (88,1%) et le nombre annuel de gardes était en moyenne de 17,55 ( $sd=2,95$ ). La description des « contraintes professionnelles » est présentée dans la Figure 1 : descriptif des contraintes professionnelles. On remarque que 84,1% des titulaires interrogés ressentaient leur rythme de travail comme souvent ou toujours soutenu. Concernant la rentabilité de l'officine, seulement 9% des pharmaciens confiaient ne jamais s'en soucier. Au global, presque 65% des pharmaciens titulaires semblaient satisfaits par leur travail (Figure 2 : descriptif de la satisfaction en lien avec le travail et la rémunération).

Tableau 2 : description des participants

<b>Caractéristiques socio-démographiques</b>	Total (n(%))	101 (100)	
	<b>Sexe (n(%))</b>		
	Femmes	58(57,4)	
	Hommes	43(42,6)	
	<b>Age (années) (moyenne(ecart-type))</b>		46,90(9,92)
	Génération Y (n(%)) (âge (années) = [23-43])	38(37,6)	
	Génération X (n(%)) (âge (années) = [44-57])	45(44,6)	
	Génération Baby-boomer (n(%)) (âge (années) = [58-77])	18(17,8)	
	<b>Enfant(s) à charge (n(%))</b>		
	Oui	78(77,2)	
	Non	23(22,8)	
	<b>Années d'expérience (années) (moyenne(ecart-type))</b>		20,52(10,45)
	<b>Caractéristiques de l'officine</b>	<b>Zone d'exercice (n(%))</b>	
		Zone rurale	43(42,6)
Zone périurbaine		26(25,7)	
Zone urbaine		24(23,8)	
Centre commercial		8(7,9)	
<b>Exercice coordonné (n(%))</b>			
Oui		59(58,4)	
Non		18(17,8)	
En cours		20(19,8)	
Autres		4(4,0)	
<b>Nombre de patients moyen (par jour) (n(%))</b>			
< 200 patients par jour		56(55,4)	
≥ 200 patients par jour		45(44,6)	
<b>Pharmacien·ne·s adjoint·e·s (n(%))</b>			
Oui	65(64,4)		
Non	36(35,6)		
<b>Nombre de préparateur·rice·s (n(%))</b>			
< 2	15(14,9)		
≥ 2	86(85,1)		
<b>Association de titulaires (n(%))</b>			
Oui	48(47,5)		
Non	53(52,5)		
<b>Rythme de travail</b>	<b>Nombre d'heures de travail moyen par semaine (moyenne(ecart-type)) (n(%))</b>		
	Nombre d'heures de travail moyen par semaine < 45	50,56(9,72)	
	Nombre d'heures de travail moyen par semaine ≥ 45	25(24,8)	
	<b>Nombre moyen de jour(s) non travaillé(s) par semaine (n(%))</b>		
	Nombre de jour(s) non travaillé(s) moyen par semaine < 1,5	76(75,2)	
	Nombre de jour(s) non travaillé(s) moyen par semaine ≥ 1,5	24(23,8)	
	<b>Nombre moyen de samedi(s) travaillé(s) par mois (n(%))</b>		
	Nombre de samedi(s) travaillé(s) par mois < 2	77(76,2)	
	Nombre de samedi(s) travaillé(s) par mois ≥ 2	12(11,9)	
	<b>Nombre moyen de gardes par an (n(%))</b>		
Nombre de gardes moyen par an < 17	89(88,1)		
Nombre de gardes moyen par an ≥ 17	63(62,4)		
		38(37,6)	

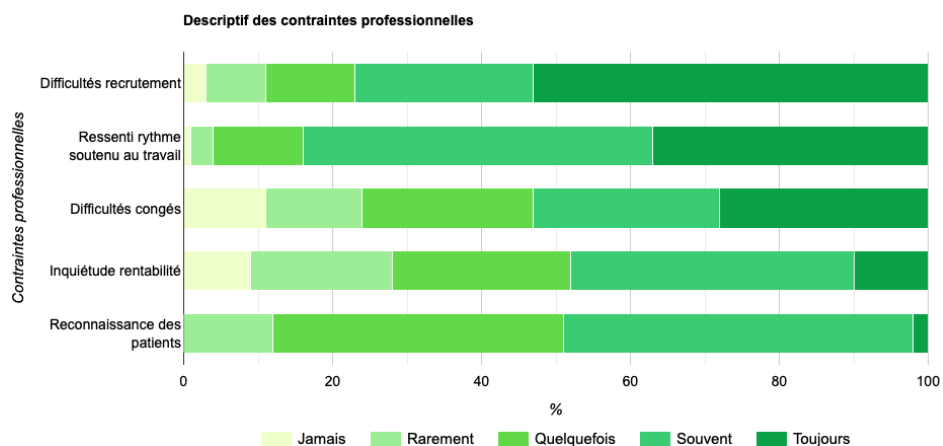


Figure 1 : descriptif des contraintes professionnelles



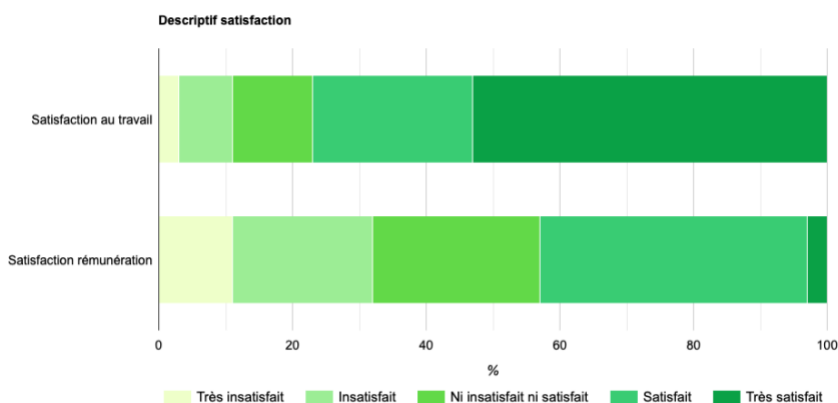


Figure 2 : descriptif de la satisfaction en lien avec le travail et la rémunération

### 5.3. CBI et détermination des niveaux de risque

Sur l'ensemble de la population, le score moyen à l'échelle CBI s'élevait à 1,77( $sd=0,56$ ) et plus d'un titulaire sur trois (37%) présentait un risque d'épuisement professionnel sévère (Tableau 3 : scores moyens et niveaux de risque à l'échelle CBI et ses sous-dimensions. Tests de Mann-Whitney. Risque  $\alpha = 5\%$ ). La dimension « burnout lié au travail » est celle qui présentait l'impact négatif le plus important sur le score global à l'échelle CBI. Pour le genre féminin, un score moyen de « burnout lié à la relation d'aide » tendait significativement à être plus faible que chez les hommes ( $p=0,03$ , test de Student). De plus, le score moyen de « burnout lié au travail » chez les hommes était de 2,05 ( $\geq 2$ ) soit un risque moyen sévère.

Tableau 3 : scores moyens et niveaux de risque à l'échelle CBI et ses sous-dimensions. Tests de Mann-Whitney. Risque  $\alpha = 5\%$

	Global (n=101)	Femme (n=58)	Homme (n=43)	p-value
Score moyen à l'échelle CBI (CBI) (score( $\pm sd$ ))	1,77( $\pm 0,56$ )	1,7( $\pm 0,60$ )	1,87( $\pm 0,49$ )	0,06
Score moyen dimension burnout personnel (PB) (score( $\pm sd$ ))	1,77( $\pm 0,62$ )	1,77( $\pm 0,68$ )	1,77( $\pm 0,54$ )	0,53
Score moyen dimension burnout lié au travail (WRB) (score( $\pm sd$ ))	1,93( $\pm 0,63$ )	1,83( $\pm 0,69$ )	2,05( $\pm 0,52$ )	0,06
Score moyen dimension burnout lié à la relation d'aide (PRB) (score( $\pm sd$ ))	1,6( $\pm 0,71$ )	1,47( $\pm 0,71$ )	1,77( $\pm 0,67$ )	0,03
Risque de syndrome d'épuisement professionnel sévère (n(%))	37(37)	18(31)	19(44)	
Risque de syndrome d'épuisement professionnel faible (n(%))	64(63)	40(69)	24(56)	

### 5.4. Stratification et comparaison des groupes

Les données ont été stratifiées selon les différentes dimensions de l'épuisement professionnel et une comparaison est réalisée entre les groupes à faible risque et les groupes à risque sévère (Tableau 4 : comparaison entre les groupes à risque faible et à risque élevé d'épuisement à l'échelle globale CBI). Les variables incluses dans l'analyse sont celles retrouvées dans la littérature présentant un impact potentiel sur le niveau d'épuisement professionnel.

#### 5.4.1. Comparaison entre les groupes à risques faible d'épuisement et à risque sévère d'épuisement

Au global, 37% des titulaires interrogés présentaient un risque sévère d'épuisement professionnel sur l'échelle CBI complète (Tableau 4 : comparaison entre les groupes à risque faible et à risque élevé d'épuisement à l'échelle globale CBI). La majorité d'entre eux présentait un score sévère à la dimension burnout lié au travail. Le groupe à faible risque présentait une proportion de femmes plus élevée et inversement le groupe à risque sévère présentait plus d'hommes. Il existait une différence significative ( $p=0,029$ ) du niveau de risque d'épuisement professionnel entre les groupes avec enfant et sans enfant. Une tendance se profilait concernant l'impact de l'exercice coordonné sur le niveau de risque d'épuisement professionnel (67,2% dans le groupe à risque faible

VS. 43,2% dans le groupe à risque sévère,  $p=0,037$ ). La satisfaction de la rémunération semblait être associée à un moindre risque d'épuisement professionnel ( $p=0,028$ ). De même, le niveau d'épuisement professionnel global tendait à être plus sévère avec le nombre d'heures travaillées par semaine exprimé de manière continue ( $p=0,061$ ).

Tableau 4 : comparaison entre les groupes à risque faible et à risque élevé d'épuisement à l'échelle globale CBI

Variables	Echelle globale CBI			
	Population totale (N=101)			
	Risque Faible (n=64)	Risque élevé (n= 37)	p-value	
Sexe (n(%))	Femme	40(62,5)	18(48,6)	0,212
	Homme	24(37,5)	19(51,4)	
Génération (n(%))	x	30(46,9)	15(40,5)	0,711
	y	24(37,5)	14(37,8)	
	Baby-boomer	10(15,6)	8(21,6)	
Enfant à charge (n(%))	Oui	54(84,4)	24(64,9)	<b>0,029</b>
	Non	10(15,6)	13(35,1)	
Expérience (n(%))	< 20 ans	30(46,9)	16(43,2)	0,836
	≥ 20 ans	34(53,1)	21(56,8)	
Zone d'exercice (n(%))	Zone rurale	26(40,6)	17(45,9)	0,967
	Zone periurbaine	17(26,6)	9(24,3)	
	Zone urbaine	16(25,0)	8(21,6)	
	Centre commercial	5(7,8)	3(8,1)	
Exercice coordonné (n(%))	Oui	43(67,2)	16(43,2)	<b>0,037</b>
	Non	8(12,5)	10(27,0)	
	En cours	13(20,3)	11(29,7)	
Nombre d'heures de travail (mean±sd)		49,05(±8,1)	53,19(±11,6)	0,061
Nombre de gardes (n(%))	< 17/an	42(65,6)	21(56,8)	0,401
	≥ 17/an	22(34,4)	16(43,2)	
Fréquentation (n(%))	<200 patients/jour	33(51,6)	23(62,2)	0,406
	>200 patients/jour	31(48,4)	14(37,8)	
Satisfaction rémunération (n(%))	Très insatisfait	6(9,4)	5(13,5)	<b>0,028</b>
	Insatisfait	10(15,6)	3(8,1)	
	Ni insatisfait Ni satisfait	12(18,8)	17(45,9)	
	Satisfait	34(53,1)	11(29,7)	
	Très satisfait	2(3,1)	1(2,7)	
Difficultés congés (n(%))	Jamais	10(15,6)	1(2,7)	0,191
	Rarement	14(21,9)	9(24,3)	
	Quelquefois	17(26,6)	8(21,6)	
	Souvent	9(14,1)	5(13,5)	
	Toujours	14(21,9)	14(37,8)	
Difficultés recrutement (n(%))	Jamais	2(3,1)	1(2,7)	0,716
	Rarement	7(10,9)	1(2,7)	
	Quelquefois	7(10,9)	5(13,5)	
	Souvent	15(23,4)	9(24,3)	
	Toujours	33(51,8)	21(56,8)	
Ressenti rythme de travail (n(%))	Jamais soutenu	1(1,6)	0(0,0)	0,131
	Rarement soutenu	3(4,7)	0(0,0)	
	Parfois soutenu	8(12,5)	4(10,8)	
	Souvent soutenu	34(53,1)	14(37,8)	
	Toujours soutenu	18(28,1)	19(51,4)	

La dimension burnout personnel est définie comme le degré de fatigue et d'épuisement physique et psychologique ressenti par la personne. Peu de différences ont été relevées entre les deux groupes étudiés (Tableau 5 : comparaison entre les groupes à risque faible et à risque élevé d'épuisement aux trois sous-dimensions de l'échelle CBI). Une tendance se dessinait concernant l'évolution positive du niveau de risque d'épuisement personnel avec la satisfaction de la rémunération. Il n'existait pas de différences entre les groupes à faible risque et à risque sévère selon le nombre d'enfants à charge, l'association ou non à un autre titulaire, le nombre de gardes par an, ou encore le nombre de jours non travaillés par semaine.

La dimension burnout lié au travail semblait être la plus évolutive selon certains déterminants (Tableau 5 : comparaison entre les groupes à risque faible et à risque élevé d'épuisement aux trois sous-dimensions de l'échelle CBI). Le burnout lié au travail correspond au degré de fatigue et d'épuisement physique et psychologique perçu par la personne comme étant lié à son travail. Les femmes prédominaient dans le groupe à faible risque d'épuisement lié au travail, la différence des proportions entre les deux groupes était significative (70,8% de femmes dans le groupe à faible risque VS. 45,3% dans le groupe à risque sévère,  $p=0,015$ ). Par ailleurs, le nombre moyen d'heures travaillées par semaine était significativement différent entre les deux groupes (48,19h/semaine ( $\pm 8,60$ ) dans le groupe faible risque VS. 52,72h/semaine ( $\pm 10,24$ ) dans le groupe à risque sévère,  $p=0,018$ ). Plusieurs contraintes professionnelles présentaient une tendance d'évolution positive avec le niveau de risque d'épuisement lié au travail : la satisfaction de la rémunération ( $p=0,03$ ) ; la facilité pour prendre des congés ( $p=0,02$ ). Le fait de ressentir un rythme de travail toujours soutenu semblait favoriser un niveau sévère d'épuisement lié au travail ( $p=0,01$ ). La tendance était la même pour les difficultés de recrutement. La dimension burnout lié à la relation d'aide présente le score moyen global le plus faible ( $1,6\pm 0,71$ ). Elle se définit comme le degré de fatigue et d'épuisement physique et psychologique perçu pas la personne comme étant lié à son travail en relation avec les autres. Le groupe à risque élevé de burnout lié à la relation d'aide présentait significativement plus d'hommes que de femmes (tableau 5). La génération Y (actuellement entre 23-43 ans) semblait être significativement plus retrouvée dans le groupe à risque sévère que les générations X (44-57 ans) et Baby-boomer (58-77 ans).

Variables		Burnout personnel			Burnout lié au travail			Burnout lié à la relation d'aide		
		Risque Faible (n=62)	Risque élevé (n=39)	p-value	Risque Faible (n=48)	Risque élevé (n=53)	p-value	Risque Faible (n=72)	Risque élevé (n=29)	p-value
Sexe (n(%))	Femme	39(62,9)	19(48,7)	0,215	34(70,8)	24(45,3)	<b>0,015</b>	46(63,9)	12(41,4)	<b>0,047</b>
	Homme	23(37,1)	20(51,3)		14(29,2)	29(54,7)		26(36,1)	17(58,6)	
Génération (n(%))	x	30(48,4)	15(38,5)	0,435	16(33,3)	22(41,5)	0,701	39(54,5)	6(20,7)	<b>0,008</b>
	y	23(37,1)	15(38,5)		23(47,9)	22(41,5)		22(30,6)	16(55,2)	
	Baby-boomer	9(14,5)	9(23,1)		9(18,8)	9(17,0)		11(15,3)	7(24,1)	
Enfant à charge (n(%))	Oui	50(80,6)	28(71,8)	0,336	38(79,2)	40(75,5)	0,813	59(81,9)	19(65,5)	0,114
	Non	12(19,4)	11(28,2)		10(20,8)	13(24,5)		13(18,1)	10(34,5)	
Expérience (n(%))	< 20 ans	30(48,4)	16(41,0)	0,541	21(43,8)	25(47,2)	0,842	29(40,3)	17(58,6)	0,123
	≥ 20 ans	32(51,6)	23(59,0)		27(56,2)	28(52,8)		43(59,7)	12(41,4)	
Zone d'exercice (n(%))	Zone rurale	25(40,3)	9(23,1)	0,958	19(39,6)	24(45,3)	0,437	32(44,4)	11(37,9)	0,875
	Zone périurbaine	17(27,4)	18(46,6)		16(33,3)	10(18,9)		17(23,6)	9(31,0)	
	Zone urbaine	15(24,2)	9(23,1)		10(20,8)	14(26,4)		17(23,6)	7(24,1)	
	Centre commercial	5(8,1)	3(7,7)		3(6,2)	5(9,4)		6(8,3)	2(6,9)	
Exercice coordonné (n(%))	Oui	40(64,5)	19(48,7)	0,272	31(64,6)	28(52,8)	0,676	45(62,5)	14(48,3)	0,236
	Non	8(12,9)	10(25,6)		7(14,5)	11(20,8)		11(15,3)	7(24,1)	
	En cours	14(22,5)	10(25,7)		10(20,9)	14(26,4)		16(22,2)	8(27,6)	
Nombre d'heures de travail (mean±sd)		49,5(±9,2)	52,2(±10,4)	0,187	48,1(±8,6)	52,7(±10,2)	<b>0,018</b>	49,9(±8,7)	52,0(±11,9)	0,404
Nombre de gardes (n(%))	< 17/an	41(66,1)	22(56,4)	0,400	34(70,8)	29(54,7)	0,105	45(62,5)	18(62,1)	1,000
	≥ 17/an	21(33,9)	17(43,6)		14(29,2)	24(45,3)		27(37,5)	11(37,9)	
Fréquentation (n(%))	<200 patients/jour	33(53,2)	23(59,0)	0,682	24(50,0)	32(60,4)	0,322	37(51,4)	19(65,5)	0,269
	>200 patients/jour	29(46,8)	16(41,0)		24(50,0)	21(39,6)		35(48,6)	10(34,5)	
Satisfaction rémunération (n(%))	Très insatisfait	6(9,7)	5(12,8)	<b>0,046</b>	5(10,4)	6(11,3)	<b>0,030</b>	7(9,7)	4(13,8)	0,439
	Insatisfait	12(19,4)	5(12,8)		7(14,6)	6(11,3)		8(11,1)	5(17,2)	
	Ni insatisfait Ni satisfait	34(54,8)	17(43,6)		7(14,6)	22(41,5)		19(26,4)	10(34,5)	
	Satisfait	6(9,7)	11(28,2)		27(56,2)	18(34,0)		36(50,0)	9(31,0)	
	Très satisfait	2(3,2)	1(2,6)		2(4,2)	1(1,9)		2(2,8)	1(3,4)	
Difficultés congés (n(%))	Jamais	10(16,1)	1(2,6)	0,127	10(20,8)	1(1,9)	<b>0,021</b>	10(13,9)	1(3,4)	0,416
	Rarement	16(25,8)	7(17,9)		10(20,8)	13(24,5)		17(23,6)	6(20,7)	
	Quelquefois	15(24,2)	10(25,6)		12(25,0)	13(24,5)		17(23,6)	8(27,6)	
	Souvent	7(11,3)	7(17,9)		7(14,6)	7(13,2)		11(15,3)	3(10,3)	
	Toujours	14(22,6)	14(35,9)		9(18,8)	19(35,8)		17(23,6)	11(37,9)	
Difficultés recrutement (n(%))	Jamais	2(3,2)	1(2,6)	0,883	2(4,2)	1(1,9)	0,084	3(4,2)	0(0,0)	0,366
	Rarement	6(9,7)	2(5,1)		7(14,6)	1(1,9)		7(9,7)	1(3,4)	
	Quelquefois	7(11,3)	5(12,8)		7(14,6)	5(9,4)		10(13,9)	2(6,9)	
	Souvent	16(25,8)	8(20,5)		11(22,9)	13(24,5)		14(19,4)	10(34,5)	
	Toujours	31(50,0)	23(59,0)		21(43,8)	33(62,3)		38(52,8)	16(55,2)	
Ressenti rythme de travail (n(%))	Jamais soutenu	1(1,6)	0(0,0)	0,771	1(2,1)	0(0,0)	<b>0,013</b>	1(1,4)	0(0,0)	0,141
	Rarement soutenu	2(3,2)	1(2,6)		2(4,2)	1(1,9)		3(4,2)	0(0,0)	
	Parfois soutenu	7(11,3)	5(12,8)		7(14,6)	5(9,4)		9(12,5)	3(10,3)	
	Souvent soutenu	32(51,6)	16(41,0)		28(58,3)	20(37,7)		38(52,8)	10(34,5)	
	Toujours soutenu	20(32,3)	17(43,6)		10(20,8)	27(50,9)		21(29,2)	16(55,2)	

Tableau 5 : comparaison entre les groupes à risque faible et à risque élevé d'épuisement aux trois sous-dimensions de l'échelle CBI

## 5.5. Analyse des facteurs influençant le niveau de risque d'épuisement

Une analyse multivariée a été réalisée avec l'objectif d'identifier les effets de certaines variables explicatives sur un risque élevé (Tableau 6 : résultats de l'analyse multivariée appliquée aux différentes dimensions du burnout. Régression logistique binaire. Les valeurs et la significativité sont indiquées que si elles présentent un intérêt pour l'interprétation). Un modèle de régression logistique a été testé en tenant compte des variables retenues dans l'analyse univariée ( $p$ -value < 5%). Certains effectifs étant trop faibles sur certaines modalités, des regroupements de modalités ont été effectués. Pour chaque risque (CBI global, PB, PRB, WRB), le modèle de référence et les variables explicatives associées correspondent à un risque faible.

Concernant le risque global CBI, l'analyse montre que la parentalité représentait un facteur de risque vis-à-vis du risque de burnout. Ne pas avoir d'enfant serait associé à une réduction de 42% du risque de burnout sévère. Pour la dimension WRB (épuisement lié au travail), la régression montre qu'être un homme multiplie par 3,5 le risque d'être en épuisement sévère lié au travail. Il est intéressant de noter que chez les titulaires les plus jeunes (génération Y) associés aux plus âgés (génération Baby-boomer), le risque d'épuisement lié à la relation d'aide était 4 fois plus important que chez les titulaires âgés de 44 à 62 ans (génération X). Concernant la satisfaction de la rémunération, pour les risques CBI-PB-WRB, la tendance confirme que moins un titulaire est satisfait de sa rémunération, plus les risques d'épuisement sont élevés.

Tableau 6 : résultats de l'analyse multivariée appliquée aux différentes dimensions du burnout. Régression logistique binaire. Les valeurs et la significativité sont indiquées que si elles présentent un intérêt pour l'interprétation

	Variables explicatives	OR	Num.obs	Deviance
<b>Risque Global CBI (modèle de référence : risque faible)</b>	<b>Enfants à charge</b> - Référence : "Oui"			
	"Non"	<b>0,58*</b>	101	110,55
	<b>Exercice coordonné</b> - Référence : "Oui"			
	"Non"	2,09		
	"En cours"	2,05		
	"Autres"	0,96		
	<b>Satisfaction de la rémunération</b> - Référence : "Satisfait/Très satisfait"			
	"ni insatisfait ni satisfait"	<b>3,63*</b>	101	110,55
"insatisfait/Très insatisfait"	2,01			
<b>Dimension Epuisement personnel PB (modèle de référence : risque faible)</b>	<b>Sexe</b> - Référence : "Femme"			
	"Homme"	1,95		
	<b>Satisfaction de la rémunération</b> - Référence : "Satisfait/Très satisfait"			
	"ni insatisfait ni satisfait"	<b>4,12**</b>	101	119,56
	"insatisfait/Très insatisfait"	2,18		
	<b>Difficulté prise de congés</b> - Référence : "Jamais/Rarement"			
	"Quelquefois"	2,44		
"Souvent/Toujours"	2,49			
<b>Dimension Epuisement lié au travail WRB (modèle de référence : risque faible)</b>	<b>Sexe</b> - Référence : "Femme"			
	"Homme"	<b>3,52*</b>	101	112,85
	<b>Satisfaction de la rémunération</b> - Référence : "Satisfait/Très satisfait"			
	"ni insatisfait ni satisfait"	<b>6,47**</b>	101	119,56
	"insatisfait/Très insatisfait"	1,72		
	<b>Difficulté prise de congés</b> - Référence : "Jamais/Rarement"			
	"Quelquefois"	1,56		
	"Souvent/Toujours"	1,07		
	<b>Difficulté recrutement</b> - Référence : "Jamais/Rarement"			
	"Quelquefois/souvent"	3,06		
"Toujours"	5,71			
<b>Dimension Epuisement lié à la relation d'aide PRB (modèle de référence : risque faible)</b>	<b>Sexe</b> - Référence : "Femme"			
	"Homme"	2,27		
	<b>Génération (âge)</b> - Référence : "X"			
	"Y/Baby-boomer"	<b>4,26**</b>	101	108,08
<b>*p&lt;0,05 **p&lt;0,01 OR=Odds-ratio</b>				

## 6. Discussion

L'étude transversale SEPHARM menée du 15/12/2022 au 16/05/2023 en région Pays de la Loire permet d'établir que plus d'un pharmacien titulaire sur trois (37%) interrogés présente un risque sévère d'épuisement professionnel. La dimension « burnout lié au travail » est celle qui présentait le score moyen le plus élevé dans l'échantillon, il semble donc que le risque élevé d'épuisement détecté chez les participants est majoritairement lié à leur activité professionnelle. Par ailleurs, le risque d'épuisement lié au travail et à la relation d'aide tend significativement à être plus important chez les hommes. Certains facteurs semblent influencer le risque de syndrome d'épuisement professionnel : le sexe, avoir un enfant ou non, le nombre d'heures travaillées par semaine, la satisfaction concernant la rémunération, le ressenti du rythme de travail, la génération. L'étape de régression permet de confirmer les effets de certaines de ces variables explicatives sur les différents risques. La parentalité représente un facteur de risque significatif sur le risque global d'épuisement CBI. D'autres variables représentent des facteurs de risque significatifs : le sexe masculin pour l'épuisement lié au travail WRB, les âges aux extrémités de la distribution (<44 ans ou >63 ans) pour l'épuisement lié à la relation d'aide PRB, la faible satisfaction dans la rémunération pour l'épuisement global CBI, l'épuisement personnel PB et l'épuisement lié au travail WRB.

### 6.1. Plus d'un tiers des pharmaciens titulaires en situation de risque d'épuisement sévère

En 2017, l'étude BOP-study<sup>9</sup> détectait, avec le MBI à trois niveaux, un syndrome d'épuisement professionnel chez 56,2% des pharmaciens interrogés et 10,5% d'entre eux présentaient un syndrome d'épuisement professionnel sévère. Par ailleurs, en 2022, une analyse systématique de la littérature anglaise relève que plus de la moitié des pharmaciens (51%) souffrent de burnout<sup>8</sup>. Au regard de la littérature peu développée sur le sujet de l'épuisement professionnel des pharmaciens d'officine en France, il est difficile d'apporter une prévalence exacte de l'épuisement professionnel dans la population totale. L'étude SEPHARM établit que plus d'un tiers des pharmaciens titulaires sont en situation de risque d'épuisement sévère. Elle inscrit une méthodologie qui possède l'avantage de limiter les biais liés à l'auto-questionnaire (biais de sélection, d'information, de désirabilité). L'échantillon sélectionné est représentatif de la population des pharmaciens titulaires en région Pays de la Loire. Cette région représente 5,5% de la population totale des pharmaciens titulaires en France et est un bon indicateur de cette population avec un âge moyen et une répartition hommes/femmes proches de la moyenne nationale<sup>23</sup>. De plus, les zones géographiques étudiées sur cette région reflètent une diversité de contextes démographiques (urbain/rural/littoral), économiques (industrialisé/agraire/tertiaire), médicaux (sous-dense/dense).

### 6.2. Un épuisement qui est potentiellement lié à la charge de travail

La dimension « burnout lié au travail » est celle qui présentait le score moyen le plus élevé dans l'échantillon, il est possible de supposer que le risque élevé d'épuisement détecté chez les participants est majoritairement lié à leur activité professionnelle. Plusieurs éléments sont à mettre en lien avec ces premières conclusions. Selon une revue de la littérature anglaise, la charge de travail en pharmacie d'officine est en constante évolution<sup>24</sup>. Une partie de cet afflux de travail ne relève pas de l'expertise et des missions des équipes de pharmacie<sup>25</sup>. De manière non exhaustive peuvent-être cités : tâches administratives et comptables, gestion des factures en attente, gestion des ressources humaines, négociations commerciales avec les laboratoires, support administratif auprès des patients et des mutuelles, aide numérique auprès des patients, gestion du téléphone, prise de rendez-vous, prise

en compte d'offres concurrentielles, gestion d'un circuit de livraison, gestion *a priori* des ruptures d'approvisionnement, attribution de nouveaux circuits d'approvisionnement sans négociation, réponse aux incivilités. Les pharmaciens d'officine semblent considérer que ces tâches ajoutées les empêchent d'exercer leur cœur de métier correctement<sup>25</sup>. En parallèle, le risque d'épuisement lié à la relation d'aide présente le score le plus bas. Cela peut signifier que les activités impliquant des interactions avec les patients ou avec l'équipe pharmaceutique ne seraient que peu impliquées dans l'état d'épuisement professionnel du pharmacien titulaire. Dans cette perspective, il serait intéressant de recueillir simultanément l'état d'épuisement des équipes pharmaceutiques et l'évolution des différentes missions professionnelles afin de définir les missions « les plus porteuses de bien-être » dans la profession.

### 6.3. Des facteurs de risques

Dans l'étude SEPHARM, le risque d'épuisement lié au travail et à la relation d'aide tendait significativement à être plus important chez les hommes. Cette différence significative liée au sexe est retrouvée dans la littérature<sup>8,9</sup>. L'étape de régression permet de confirmer les effets de certaines de ces variables explicatives sur les différents risques. Ainsi, la parentalité représentait un facteur de risque significatif sur le risque global d'épuisement CBI. Ce résultat est en contradiction avec certaines conclusions retrouvées dans la littérature<sup>9</sup>. D'autres variables, déjà retrouvées dans la littérature, représentaient des facteurs de risque significatifs : le sexe masculin pour l'épuisement lié au travail WRB, les âges aux extrémités de la distribution (<44 ans ou >63 ans) pour l'épuisement lié à la relation d'aide PRB, la faible satisfaction dans la rémunération pour l'épuisement global CBI, l'épuisement personnel PB et l'épuisement lié au travail WRB.

### 6.4. Forces et faiblesses de l'étude

En comparaison des autres études évaluant le risque ou la prévalence de l'épuisement professionnel chez les pharmaciens, l'étude SEPHARM présente une méthodologie originale et rigoureuse. Effectivement, les participants ont tous été définis aléatoirement. Un concept « d'aller vers » était de mise avec la réalisation des entretiens dirigés en direct limitant les mauvaises interprétations du questionnaire et les biais de sélection liés à l'auto-questionnaire. Cela a permis l'obtention d'un taux de participation élevé mais a limité le nombre de réponses récoltées. L'échantillon tiré est tout de même représentatif de la population étudiée en termes d'âge, de sexe et de répartition géographique. Par ailleurs, avec l'utilisation du CBI, le syndrome d'épuisement professionnel est considéré comme un état à l'instant t et non comme un processus évolutif. Or, il serait aussi intéressant d'envisager la temporalité progressive dans l'installation de l'épuisement professionnel avec la mise en place d'une forme d'étude longitudinale. De plus, il est important de considérer les limites intrinsèquement liées à l'outil d'évaluation. L'évaluation du risque de syndrome d'épuisement professionnel par un test psychométrique est toujours discutable étant donné les constructions scientifiques plus ou moins arbitraires des tests. Ces constructions dépendent des visions théoriques de base partagées par la communauté scientifique à un moment donné. Même si le CBI est parfois utilisé comme un outil diagnostique, sa fiabilité pour évaluer une prévalence de l'épuisement dans une population donnée n'est pas optimale. Le diagnostic de syndrome d'épuisement professionnel doit effectivement être posé par un clinicien sur un examen clinique.

## 6.5. Les stressseurs en pharmacie d'officine

En envisageant l'aspect multifactoriel, il faut aussi reconnaître les facteurs de stress généraux et spécifiques présents en pharmacie d'officine. Certains constituent des facteurs de risque associés à une ou plusieurs maladies, d'autres sont de réels risques psychosociaux. Intrinsèquement, les professions de la pharmacie sont étroitement réglementées en reflet des risques associés aux activités et produits pharmaceutiques. Les équipes des pharmacies engagent, plus ou moins consciemment, une forte responsabilité professionnelle et civile. Du fait d'un contexte mêlant une augmentation des situations de polymédication avec des innovations thérapeutiques nombreuses et coûteuses, la gestion des soins et médicaments ainsi que de l'information apportée au public par les pharmaciens deviennent de plus en plus complexes. Cela est associé à un volume très élevé de documentation difficilement assimilable à court-terme. Ces éléments jouent sur les dimensions d'épuisement lié au travail et lié à la relation de soins. Dans les activités d'une officine de pharmacie sont retrouvés certains risques structurels dont certains ont été relevés lors des entretiens avec les pharmaciens titulaires : horaires longs et parfois atypiques (garde de nuit, week-end, jours fériés), risques infectieux et chimiques liés aux activités de soins et pharmaceutiques, volumétrie parfois élevée de patients, agressions et violences internes et externes, travail parfois isolé, injonction hiérarchique ou économique, facilité d'accès à des substances à visée psychoactive ou d'anxiolyse. L'étude française BOP de 2017 révèle une anxiété présente chez 42,4% des pharmaciens ou préparateurs participants et le score d'épuisement professionnel était significativement associé à la consommation de médicaments par les participants<sup>9</sup>. Les pharmaciens relèvent aussi d'autres sources de stress spécifiques<sup>26</sup> : les difficultés à concilier vie personnelle et professionnelle, le manque de personnel, les interruptions de tâches et perturbation du flux de travail, le manque de temps de pause, le manque d'intimité dans l'agencement de la pharmacie (pour les patients et le personnel), l'isolement et la concurrence (avec les autres pharmacies), les attentes des patients, les difficultés pour trouver le temps de suivre de la formation professionnelle continue, la confiance dans les compétences des personnes de l'équipe, les difficultés économiques. Ajouté à cela, il est intéressant d'envisager le statut de professionnel d'indépendant des pharmaciens titulaires d'officine. Les pharmaciens titulaires d'officine en France possèdent la double responsabilité de pharmacien d'officine et de chef d'entreprise indépendant. Cette particularité les engage à gérer l'officine et son équipe en assurant sa stabilité économique. Le pharmacien titulaire a souvent largement investi (>1 millions d'euros) pour l'acquisition de sa pharmacie. Comme dans la présente étude, concernant l'épuisement professionnel, il est relevé que les catégories professionnelles d'indépendants sont exposées à certains facteurs de risque<sup>27</sup> spécifique tels que : la charge de travail élevée, une faiblesse de l'environnement social, un rapport au travail particulier (surinvestissement dans le travail).

## 6.6. Le bien-être des pharmaciens : un indicateur de la sécurité et de la qualité du circuit et des soins pharmaceutiques

Dans le monde entier, il semble que le niveau d'épuisement professionnel des professionnels soignants soit élevé. La mise en évidence de ce phénomène est appuyée par de nombreuses études épidémiologiques<sup>7,28-30</sup>. Cette réalité est préoccupante à plusieurs niveaux. La qualité et la sécurité des soins des patients peuvent en être affectées et cela à un coût pour la société. Au niveau personnel, l'épuisement professionnel est associé à de nombreuses comorbidités somatiques et mentales. Garantir une accessibilité, une qualité et une continuité des services de santé et de promotion de la santé passe aussi par une amélioration de la santé des soignants. La production de connaissances sur la santé des soignants est encore à élargir. Ainsi, dans le milieu officinal en



constante mutation et affecté par des enjeux d'attractivité auprès des étudiants, il est important de continuer à recueillir des données permettant d'évaluer l'épuisement professionnel et les facteurs simples ou complexes qui y sont associés. Ces données présentent un intérêt certain pour toute la profession et les étudiants s'y destinant, mais aussi pour les patients car le bien-être au travail du pharmacien est un indicateur de la qualité de ses services et soins. Il est important de porter une réponse collective et efficiente pour améliorer la santé individuelle et collective des professionnels de la santé. Des pistes d'amélioration de la santé des soignants sont avancées dans la mission ministérielle « Santé des soignants – Innovons et agissons ensemble »<sup>13</sup>. Cela nécessite d'intégrer un axe « santé des professionnels de la santé » dans tous les projets, lois et réformes du système de santé. Il est également nécessaire de former les professionnels de la santé à améliorer leur propre santé, cela peut passer par la formation initiale et la formation continue. Un axe intéressant est d'ouvrir dès le début des cursus des offres fortes de promotion de la santé (favoriser l'accès à toutes les sources de santé et de prévention). Des formations à la réflexivité en situation professionnelle (type RSCA : récits de situations complexes authentiques) peuvent être organisées. Avec la mise en place d'indicateurs sur la santé des professionnels de santé, il sera nécessaire de prévenir les risques professionnels et d'adapter l'écosystème de travail des soignants en intégrant les avis de la médecine du travail. Avant tout, il semble fondamental de prendre en considération l'ensemble des réalités, des ressentis et actions venant du terrain.

## 7. Financement

Aucun financement spécifique extérieur n'a été reçu pour cette étude.

## 8. Disponibilité des données

Toutes les données anonymes générées par cette étude sont disponibles sur demande jusqu'au 15/12/2025. De même pour les autorisations de la recherche.

## 9. Notes sur l'auteur

Cette étude a été réalisée dans le cadre de la thèse d'exercice en pharmacie d'Antoine BEAL. Antoine Beal est Docteur en Pharmacie et titulaire d'un Master 2 de Santé Publique de l'École des hautes études de santé publique. Il exerce en pharmacie d'officine et est intéressé par le développement d'activités de recherche dans le cadre de structures de soins primaires.

## Bibliographie Article

1. Freudenberger HJ. Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues*. 1974;30(1):159-165. doi:10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x
2. Ghahramani S, Lankarani KB, Yousefi M, Heydari K, Shahabi S, Azmand S. A Systematic Review and Meta-Analysis of Burnout Among Healthcare Workers During COVID-19. *Front Psychiatry*. 2021;12:758849. doi:10.3389/fpsy.2021.758849
3. Goitein L, O'Malley PG, Redberg RF. Physician Work Environment and Well-being: A Call for Papers. *JAMA Internal Medicine*. 2017;177(2):164-165. doi:10.1001/jamainternmed.2016.7688
4. Kansoun Z, Boyer L, Hodgkinson M, Villes V, Lançon C, Fond G. Burnout in French physicians: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*. 2019;246:132-147. doi:10.1016/j.jad.2018.12.056
5. Juven PA, Pierru F, Vincent F. La casse du siècle. A propos des réformes de l'hôpital public. Raisons d'agir Accessed January 17, 2024. <https://journals.openedition.org/lectures/41246>
6. INRS. Risques psychosociaux (RPS). Ce qu'il faut retenir. Santé et sécurité au travail. Published 2023. Accessed January 17, 2024. <https://www.inrs.fr/risques/psychosociaux/ce-qu-il-faut-retenir.html>
7. Dewa CS, Loong D, Bonato S, Trojanowski L. The relationship between physician burnout and quality of healthcare in terms of safety and acceptability: a systematic review. *BMJ Open*. 2017;7(6):e015141. doi:10.1136/bmjopen-2016-015141
8. Dee J, Dhuhaiabawi N, Hayden JC. A systematic review and pooled prevalence of burnout in pharmacists. *Int J Clin Pharm*. Published online November 29, 2022:1-10. doi:10.1007/s11096-022-01520-6
9. Balayssac D, Pereira B, Virot J, et al. Burnout, associated comorbidities and coping strategies in French community pharmacies—BOP study: A nationwide cross-sectional study. *PLOS ONE*. 2017;12(8):15. doi:10.1371/journal.pone.0182956
10. Jacobs S, Hassell K, Ashcroft D, Johnson S, O'Connor E. Workplace stress in community pharmacies in England: associations with individual, organizational and job characteristics. *J Health Serv Res Policy*. 2014;19(1):27-33. doi:10.1177/1355819613500043
11. Jacobs S, Johnson S, Hassell K. Managing workplace stress in community pharmacy organisations: lessons from a review of the wider stress management and prevention literature. *International Journal of Pharmacy Practice*. 2018;26(1):28-38. doi:10.1111/ijpp.12360
12. Légifrance. LOI N° 2009-879 Du 21 Juillet 2009 Portant Réforme de l'hôpital et Relative Aux Patients, à La Santé et Aux Territoires.; 2009. Accessed January 24, 2024. <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000020879475/>
13. Bataille-Hembert A, Crest-Guilluy M, Denormandie P. Rapport sur la santé des professionnels de la santé. Ministère de la santé et des solidarités; 2023:31. Accessed January 17, 2024. [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_sante\\_des\\_professionnels\\_de\\_sante\\_.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_sante_des_professionnels_de_sante_.pdf)
14. Kristensen TS, Borritz M, Villadsen E, Christensen KB. The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. *Work & Stress*. 2005;19(3):192-207. doi:10.1080/02678370500297720
15. Langevin V, Boini S, Francois M, Riou A. Copenhagen Burnout Inventory (CBI) [Inventaire de burnout de Copenhague. *Réf santé travail*. 2014;(138):123-126.
16. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. Maslach Burnout Inventory: Third edition. In: *Evaluating Stress: A Book of Resources*. Scarecrow Education; 1997:191-218.
17. Fadare OO, Andreski M, Witry MJ. Validation of the Copenhagen Burnout Inventory in Pharmacists. *Innov Pharm*. 2021;12(2):10.24926/iip.v12i2.3699. doi:10.24926/iip.v12i2.3699
18. Doppia MA, Estry-Béhar M, Fry C, Guetarni K, Lieutaud T. Enquête comparative sur le syndrome d'épuisement professionnel chez les anesthésistes réanimateurs et les autres praticiens des hôpitaux publics en France (enquête SESMAT). *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*. 2011;30(11):782-794. doi:10.1016/j.annfar.2011.05.011
19. Dupret É, Bocéréan C, Teherani M, Feltrin M. Le COPSOQ : un nouveau questionnaire français d'évaluation des risques psychosociaux. *Santé Publique*. 2012;24(3):189-207. doi:10.3917/spub.123.0189
20. Wolfgang AP. The Health Professions Stress Inventory. *Psychol Rep*. 1988;62(1):220-222. doi:10.2466/pr0.1988.62.1.220
21. CNIL. Méthodologie de référence MR-003. Published May 3, 2018. Accessed January 17, 2024. <https://www.cnil.fr/fr/declaration/mr-003-recherches-dans-le-domaine-de-la-sante-sans-recueil-du-consentement>
22. Cuschieri S. The STROBE guidelines. *Saudi J Anaesth*. 2019;13(Suppl 1):S31-S34. doi:10.4103/sja.SJA\_543\_18
23. Conseil national de l'Ordre des pharmaciens. Démographie des pharmaciens- Panorama au 1er janvier 2023. Published January 1, 2023. Accessed January 26, 2024. <https://www.ordre.pharmacien.fr/les-communications/focus-sur/les-autres-publications/demographie-des-pharmaciens-panorama-au-1er-janvier-2023>

24. Lea VM, Corlett SA, Rodgers RM. Workload and its impact on community pharmacists' job satisfaction and stress: a review of the literature. *International Journal of Pharmacy Practice*. 2012;20(4):259-271. doi:10.1111/j.2042-7174.2012.00192.x
25. Austin Z, Gregory P. Understanding psychological engagement and flow in community pharmacy practice. *Research in Social and Administrative Pharmacy*. 2020;16(4):488-496. doi:10.1016/j.sapharm.2019.06.013
26. McCann L, Adair CG, Hughes CM. An exploration of work-related stress in Northern Ireland community pharmacy: a qualitative study. *International Journal of Pharmacy Practice*. 2009;17(5):261-267. doi:10.1211/ijpp.17.05.0002
27. Algava E, Chouanière D, Christine C, et al. Stress au travail et santé : situation chez les indépendants. Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM); 2011:Paris: Inserm: Éditions EDP Sciences (ISSN 1264). Accessed January 17, 2024. <https://inserm.hal.science/inserm-02102646>
28. Hall LH, Johnson J, Watt I, Tsipa A, O'Connor DB. Healthcare Staff Wellbeing, Burnout, and Patient Safety: A Systematic Review. *PLoS One*. 2016;11(7):e0159015. doi:10.1371/journal.pone.0159015
29. Ridremont D, Boujut E. Burnout among French pediatric healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *Psychol Health Med*. 2023;28(7):1901-1915. doi:10.1080/13548506.2023.2216465
30. Maresca G, Corallo F, Catanese G, Formica C, Lo Buono V. Coping Strategies of Healthcare Professionals with Burnout Syndrome: A Systematic Review. *Medicina (Kaunas)*. 2022;58(2):327. doi:10.3390/medicina58020327

## Table des illustrations

Figure 1 : descriptif des contraintes professionnelles	13
Figure 2 : descriptif de la satisfaction en lien avec le travail et la rémunération	14

## Table des tableaux

Tableau 1 : questionnaire Copenhagen Burnout Inventory (CBI) version française	10
Tableau 2 : description des participants	13
Tableau 3 : scores moyens et niveaux de risque à l'échelle CBI et ses sous-dimensions. Tests de Mann-Whitney. Risque $\alpha = 5\%$	14
Tableau 4 : comparaison entre les groupes à risque faible et à risque élevé d'épuisement sur l'échelle globale CBI	15
Tableau 5 : comparaison entre les groupes à risque faible et à risque élevé d'épuisement aux trois sous-dimensions de l'échelle CBI	17
Tableau 6 : résultats de l'analyse multivariée appliquée aux différentes dimensions du burnout. Régression logistique binaire. Les valeurs et la significativité sont indiquées que si elles présentent un intérêt pour l'interprétation.	18



Référence CNIL :

2227799 v 0

## Déclaration de conformité

au référentiel de méthodologie de référence MR-003

reçue le 12 octobre 2022

Monsieur Antoine BEAL

9 RUE DE GREZ  
49460 FENEU

### ORGANISME DÉCLARANT

**Nom :** Monsieur BEAL Antoine  
**Service :**  
**Adresse :** 9 RUE DE GREZ  
**CP :** 49460  
**Ville :** FENEU

**N° SIREN/SIRET :**  
**Code NAF ou APE :**  
**Tél. :** 0649235945  
**Fax. :** 0241956252

Par la présente déclaration, le déclarant atteste de la conformité de son/ses traitement(s) de données à caractère personnel au référentiel mentionné ci-dessus.

La CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier ou par la voie d'un contrôle sur place ou en ligne, la conformité de ce(s) traitement(s).

Fait à Paris, le 13 octobre 2022

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

3 Place de Fontenoy, TSA 80715 – 75334 PARIS CEDEX 07 – 01 53 73 22 22 – [www.cnil.fr](http://www.cnil.fr)

*Les données personnelles nécessaires à l'accomplissement des missions de la CNIL sont conservées et traitées dans des fichiers destinés à son usage exclusif. Les personnes concernées peuvent exercer leurs droits Informatique et Libertés en s'adressant au délégué à la protection des données de la CNIL via un formulaire en ligne ou par courrier postal.*

*Pour en savoir plus : <https://www.cnil.fr/donnees-personnelles>*

Annexe 1 : Déclaration de conformité méthodologie CNIL MR-003

**Comité de Protection des Personnes Nord Ouest II**  
**Avis sur une demande initiale 22.04188.000157**

**CPP**

**Nom du CPP :** Comité de Protection des Personnes Nord Ouest II  
**Adresse :** Bâtiment Pharmacie – Hôpital Nord - Place Victor Pauchet 80054 AMIENS  
France  
**Courriel :** cpp.nordouest2@chu-amiens.fr  
**Téléphone :** 0322668543

**Promoteur / Demandeur**

**Promoteur :** Université d'Angers  
**Représentant légal (UE) :** -  
**Mandataire :** -

**Dossier**

**Numéro SI :** 22.04188.000157  
**Numéro national :** 2022-A02240-43  
**Référence interne :** SEPHARM

**Règlementation :** Loi Jardé  
**Qualification :** Catégorie 3 questionnaire  
**Produit ou acte :** Hors produits de santé (produits non mentionnés à l'article L.5311-11 du code de la santé publique)

**Investigateur :** BEAL Antoine

**Titre :** [Etude SEPHARM : une analyse transversale du syndrome d'épuisement professionnel chez les pharmaciens titulaires d'officine en région Pays de la Loire.](#)

Ce dossier a été étudié en séance le 01/12/2022 et le 15/12/2022 et mandat a été donné au président du CPP d'émettre l'avis à réception des réponses du déposant aux dernières demandes. Au vu des réponses obtenues, l'avis suivant a donc été émis. Cet avis court à compter du changement de statut sur le SI.

*Considérant que les conditions éthiques sont remplies notamment au regard des éléments de l'article L.1123-7 du code de la santé publique, l'examen du comité permet de conclure que la recherche peut être réalisée et de rendre l'avis suivant :*

**Avis favorable**

*Cet avis est valable deux ans. Conformément à l'article L.1123-11 du code de la santé publique, le promoteur doit déclarer au CPP le début de la recherche. Cette déclaration se fait directement sur le SIRIPH2G (bouton "démarrer l'étude").*

*Si vous n'avez pas été en mesure d'inclure un premier participant à la recherche dans ce délai, vous pouvez demander au CPP une prorogation de cet avis avant la fin de validité de ce dernier (article R.1123-26 du code de la santé publique).*

RQ SUR AS du 01/12/2022  
22.04188.000157 – 2022-A02240-43

Page 1 sur 3

Annexe 2 : Avis favorable CPP nord-ouest 2

### Personnes ayant délibéré

Collège	Catégorie	Nom et prénom
Collège I	Qualification RIPH - Biostatistique ou épidémiologie	PIERSON MARCHANDISE Marion
Collège I	Qualification RIPH - Autre	ANDREJAK Michel
Collège I	Qualification RIPH - Autre	KRIM Gérard
Collège I	Spécialiste de médecine générale	ELETUFE Pierre
Collège I	Pharmacien hospitalier	VANTYGHEM - BOURRY Christine
Collège I	Pharmacien hospitalier	ROUTIER Simon
Collège II	Compétence juridique	PERERA Timothy
Collège II	Compétence juridique	GALLET Elodie

### Documents analysés par le CPP

Catégorie	Intitulé	Date de dépôt
ATT - Attestation	2022-A02240-43_ATTTESTATION_V1_20221108_SEPHARM.pdf	08/11/2022
AUT - Autorisation	2022-A02240-43_AEC_V1_20221012_SEPHARM.pdf	08/11/2022
COU - Courrier	2022-A02240-43_COURRIER_1_20221205_SEPHARM.pdf	05/12/2022
CVI - CV investigateurs	2022-A02240-43_LISTE_CV_V3_20221018_SEPHARM.pdf	08/11/2022
DEM - Demande autorisation	2022-A02240-43_DEMANDE_V1_20221108_SEPHARM.pdf	08/11/2022
DOC - Autres documents	2022-A02240-43_DOCUMENTS_V1.8_20221104_SEPHARM.pdf	05/11/2022
DON - Données : preuve de conformité du traitement des données	2022-A02240-43_DONNEES_V1_20221012_SEPHARM.pdf	08/11/2022
LIS - Liste investigateurs	2022-A02240-43_LISTE_INVESTIGATEURS_V1_20221104_SEPHARM.pdf	05/11/2022
PRO - Protocole	2022-A02240-43_PROTOCOL_V1.8_20221104_SEPHARM.pdf	05/11/2022
PUB - Publicité/affiches	2022-A02240-43_RECRUTEMENT_V1.2_20221015_SEPHARM.pdf	08/11/2022
QUE - Echelles/questionnaires	2022-A02240-43_QUESTIONNAIRES_V1.8_20221104_SEPHARM.pdf	08/11/2022

RQ SUR AS du 01/12/2022  
22.04188.000157 – 2022-A02240-43

Page 2 sur 3

Annexe 2 : Avis favorable CPP nord-ouest 2

RES - Résumé	2022-A02240- 43_RESUME_V1_20221104_SEPHAR M.pdf	05/11/2022
--------------	---	------------

*\*Les documents étiquetés non-conformes sur le SI RIPH2G ou transmis pour information/notification dans le cadre de cette demande d'avis n'ont pas été évalués par le CPP.*

*\*L'intitulé des documents examinés par le comité, listés sur le présent avis, reprend la nomenclature des fichiers utilisée par le déposant sur le SI RIPH2G.*

Fait le 15/12/2022



Signé par Timothy PERERA

✓ Signé et certifié par [yousign](#)

Président du CPP Nord-Ouest II

RQ SUR AS du 01/12/2022  
22.04188.000157 – 2022-A02240-43

Page 3 sur 3

Annexe 2 : Avis favorable CPP nord-ouest 2

**L'épuisement professionnel en pharmacie d'officine. Etude SEPHARM : une analyse transversale du syndrome d'épuisement professionnel chez les pharmaciens titulaires d'officine en région Pays de la Loire.**

**RÉSUMÉ**

L'épuisement professionnel, ou burnout, est un syndrome complexe qui est couramment retrouvé chez les professionnels de la santé. En France, la charge de travail du pharmacien d'officine est en constante évolution. Cette augmentation de la charge de travail peut mener vers un état d'épuisement avec des conséquences délétères sur la sécurité des soins apportés aux patients. Le syndrome d'épuisement professionnel n'a été que peu évalué chez les pharmaciens d'officine. Pourtant, des témoignages circulent dans les presses professionnelles et d'information générale mettant en exergue des « difficultés », « du surmenage », « une désaffection de la profession », « des incivilités à l'encontre des pharmaciens ». L'étude SEPHARM présente une analyse transversale du syndrome d'épuisement professionnel chez les pharmaciens titulaires d'officine en région Pays de la Loire. Grâce à une méthodologie combinant tirage aléatoire et entretien dirigés avec réalisation du Copenhagen Burnout Inventory, nous proposons une évaluation de la fréquence de l'épuisement professionnel dans l'échantillon. L'étude menée du 15/12/2022 au 16/05/2023 en région Pays de la Loire permet d'établir que 37% des pharmaciens titulaires interrogés présentaient un risque sévère d'épuisement professionnel. La méthodologie d'étude est sérieuse et généralisable à l'ensemble des territoires français. Le niveau de risque d'épuisement professionnel est élevé chez les titulaires d'officine. Cette réalité est préoccupante à l'échelle individuelle et collective mais de nombreuses pistes d'amélioration de la santé des soignants sont en cours de développement.

**Mots-clés : Burnout, épuisement professionnel, pharmacien, officine, étude transversale**

**Burnout in community pharmacy. SEPHARM-Study: a cross-sectional study of burnout syndrome among pharmacists in the Loire Valley Area.**

**ABSTRACT**

Burnout is a complex syndrome commonly found in healthcare sector. In France, there are almost no study assessing burnout among community pharmacists. And yet, evidences are circulating in the professional and general press reporting "difficulties", "overwork", "stop of the profession", "uncivilized behavior towards pharmacists". The SEPHARM-study is a small-scale, cross-sectional study of burnout syndrome among pharmacy-owners in the Loire Valley Area. Using a methodology combining random selection and structured interviews with a burnout assessment scale, we propose an analysis of the frequency of burnout in the sample. Conducted from 12/15/2022 to 05/06/2023, the study showed that 37% of pharmacists surveyed were at severe risk of burnout. It would appear that the risk of burnout is high among pharmacy-owners. This is a worrying reality on both an individual and collective scale, but many approaches to improving the health of caregivers are currently being developed.

**Keywords: Burnout, Work stress, Pharmacist, community pharmacy cross-sectional study**