

**UNIVERSITE DE NANTES
FACULTE DE PHARMACIE**

ANNEE 2007

THESE
pour le
DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN PHARMACIE
par
Marion PIRO

Présentée et soutenue publiquement le 21 Décembre 2007

**DIFFICULTÉS DU PHARMACIEN
À L'OFFICINE ET BURN OUT**

Président : M. Alain PINEAU, Professeur de Toxicologie

Membres du jury : Pr Gérard DABOUIS, Chef de service des Soins Palliatifs
Dr. Nathalie DENIS-DELPierre, Praticien Hospitalier
Mme Hélène POUCHUS, Pharmacien
Mme Véronique SEBILLE-RIVAIN, Biostatisticienne et
Biomathématicienne

PLAN :

I.	INTRODUCTION	4
A.	Définitions du <i>burn out</i>	6
B.	Les trois dimensions fondamentales du syndrome de <i>burn out</i>	8
a.	Épuisement émotionnel	8
b.	Déshumanisation de la relation à l'autre	8
c.	Diminution du sentiment d'accomplissement personnel	9
C.	Mesure du <i>burn out</i>	10
a.	L'échelle MBI	10
b.	Une échelle de mesure validée	11
c.	Grille de lecture de l'échelle MBI	13
D.	Définition de l'adaptation au stress ou coping et concept de hardiesse	14
a.	Concept de coping	14
b.	Le trait de personnalité « hardiesse »	16
E.	Causes de l'épuisement professionnel	17
a.	Les facteurs personnels	17
b.	Les facteurs liés au travail	19
c.	Facteur lié à la société: augmentation des attentes du public	23
F.	Solutions envisagées	24
a.	Solutions personnelles	24
b.	Solutions institutionnelles	26
III.	METHODOLOGIE	29
IV.	RESULTATS DE L ECHELLE MBI	31
A.	Résultats concernant l'ensemble de la profession	31
B.	Burn out et distinction Homme/Femme	37
C.	Burn out et distinction Titulaire/Assistant	42
D.	Burn out des Titulaires: association/exploitation en tant que seul pharmacien	53
E.	Burn out et répartition géographique des officines	57
V.	RESULTATS DU QUESTIONNAIRE	59
A.	Les pharmaciens titulaires	59
a.	Questions générales	59
b.	Les sources de stress	61
c.	Coping	73

d.	Conclusion	77
B.	Les pharmaciens assistants	80
a.	Questions générales	80
b.	Les sources de stress	82
c.	Coping.....	91
d.	Conclusion	93
VI.	DISCUSSION	96
A.	Participation à l'enquête	96
a.	Limites de l'interprétation des résultats du fait de l'absence d'un score unidimensionnel.....	97
b.	La limite de la traduction en français.....	98
c.	Discussion des résultats	98
C.	Limites du questionnaire: défauts méthodologiques.....	101
D.	Discussion au sujet des différents facteurs de burn out.....	102
VII.	CONCLUSION.....	113

I. INTRODUCTION

Lors de mon stage hospitalier de 5^{ème} année dans le service des soins palliatifs, j'ai pu apprécier la prise en charge globale de la personne malade et appréhender une certaine dimension de la médecine palliative. J'ai également pu prendre la mesure du travail interdisciplinaire et pluri professionnel avec les difficultés que ces concertations engagent et les tensions dans l'équipe lors des décisions de soins justes et proportionnés pour chaque personne malade. Les services de Soins Palliatifs ont été parmi les pionniers dans la prévention des difficultés professionnelles liées aux soins et dans ce cadre sont à l'origine de plusieurs travaux concernant le « burn out syndrome ». J'ai eu connaissance d'une thèse réalisée sur le burn out des internes en médecine prenant en charge des patients en situation palliative. Ce travail, qui m'a beaucoup intéressé, avait pour objectif d'évaluer le degré d'épuisement professionnel des ces jeunes médecins, de décrire les difficultés qu'ils identifiaient lors des prises en charge palliatives et d'étudier quelques caractéristiques personnelles dont les modes d'adaptation.

Le burn out touchant toutes les professions mais plus particulièrement les professions d'aide, ou les professions en contact avec les personnes, utilise une échelle bien connue validée. Il m'a paru intéressant de chercher à savoir si des travaux similaires avaient été réalisés pour les pharmaciens. Aucune étude à ma connaissance n'avait encore été réalisée et publiée sur le sujet après une première recherche bibliographique.

En tant que future diplômée se destinant à l'officine, j'ai décidé de consacrer mon travail de thèse à ce sujet: évaluer l'épuisement professionnel (ou burn out) au sein de la profession, identifier les difficultés professionnelles que les pharmaciens d'officine rencontrent mais également les sources de satisfaction que leur procure leur métier.

La première partie du travail consiste donc à évaluer le burn out des pharmaciens, à essayer d'identifier les facteurs pouvant favoriser le burn out : âge, sexe, type d'exploitation de l'officine ...

La seconde est plus axée sur le ressenti que les pharmaciens ont de leur pratique, sur les difficultés qu'ils identifient et sur les moyens d'adaptation qu'ils mettent en place pour compenser le stress généré par leur travail.

II. CADRE THEORIQUE- CONCEPT DE BURN OUT

A. Définitions du *burn out*

En 1974, Herbert Freudenberger, psychanalyste américain, est le premier à décrire le syndrome de « burn out ». Ses premières observations concernent des soignants bénévoles travaillant dans une clinique auprès de toxicomanes. Pour parler de cet état de détresse qu'il observe chez certains de ces soignants, Freudenberger choisit d'utiliser le terme « burn out » qui signifie « s'user, s'épuiser, craquer en raison de demandes excessives d'énergie, de forces ou de ressources ».

Il a non seulement décrit chez ces bénévoles une perte progressive de l'enthousiasme, mais aussi des symptômes physiques et comportementaux: épuisement, fatigue, persistance des rhumes, maux de tête, d'insomnies, colère, irritation, incapacité à faire face aux tensions, aux nouvelles situations, cynisme et attitudes négatives.

En 1976, Christina Maslach, chercheur en psychologie sociale, définit l'épuisement professionnel comme « une incapacité d'adaptation de l'intervenant à un niveau de stress émotionnel continu causé par l'environnement de travail ».

En 1981, C. Maslach et Susan Jackson définissent le burn out comme « un syndrome d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et de réduction de l'accomplissement personnel qui apparaît chez les individus impliqués professionnellement auprès d'autrui ».

Elles créent alors un outil de mesure: le Maslach Burnout Inventory, le MBI. Simple d'utilisation, adapté dans de nombreuses langues, dont le français (Girault, 1989), il est de loin l'instrument le plus employé pour mesurer le burn out.

Le *burn out* syndrome est un équivalent somatique de dépression trouvant sa source dans le stress du travail et s'alimentant de la réactivation des problèmes

personnels. L'épuisement physique et émotionnel est responsable du développement d'une image négative de soi.

Parallèlement des attitudes négatives dans le travail se développent. Une perte de l'intérêt et des sentiments à l'égard des malades renforce l'image péjorative que le soignant a de lui-même.

Progressivement, se dessine un cercle vicieux : le soignant se retrouve dans une situation dont il ne sait s'extraire et dans laquelle son identité professionnelle est particulièrement malmenée. Lorsque le syndrome est complet, le soignant est dans une impasse existentielle intenable.

Pierre Canoui, psychiatre et Aline Mauranges, psychologue adaptent ces concepts « à la française » en définissant le S.E.P.S ou Syndrome d'Épuisement Professionnel des Soignants dont les caractéristiques sont les suivantes :

- les symptômes sont essentiellement psychiques et comportementaux ;
- l'installation est progressive et due à de nombreux facteurs de stress professionnels ;
- il survient chez des sujets engagés dans une relation d'aide, indemnes de toute pathologie psychologique antérieure ;
- il est caractérisé par une altération de la qualité de la relation thérapeutique et donc des performances de travail.

L'épuisement professionnel n'est pas uniquement réservé aux soignants. C'est un syndrome commun à toutes les professions qui s'exprime par des manifestations psychiques et physiques négatives. Il est la conséquence d'un stress émotionnel chronique causé par le travail face auquel l'individu n'arrive plus à s'adapter.

Si, pour tous les professionnels, on retrouve l'épuisement émotionnel et la perte d'accomplissement de soi au travail, il n'y a que dans les professions d'aide que la déshumanisation de la relation à autrui a un impact si important.

B. Les trois dimensions fondamentales du syndrome de *burn out*

Les trois dimensions fondamentales du syndrome sont :

- l'épuisement émotionnel,
- la déshumanisation de la relation interpersonnelle,
- la diminution de l'accomplissement personnel.

La description de ces trois éléments nous permet la reconnaissance du syndrome et apporte une compréhension du mode d'installation du burn out syndrome chez l'individu.

a. Epuisement émotionnel

L'épuisement émotionnel est autant physique que psychique.

Intérieurement, le sujet va ressentir cet épuisement sous la forme d'une fatigue effective au travail, d'un sentiment d'être « vidé » et d'une difficulté à être en relation avec les émotions des autres. C'est comme si l'individu avait atteint son seuil de saturation émotionnelle et n'était plus capable d'accueillir une émotion nouvelle: les réserves sont épuisées.

Cette fatigue importante est ressentie de façon inhabituelle et à la différence d'autres types de fatigue, celle-ci n'est pas ou peu améliorée par le repos.

Extérieurement, on observe des explosions émotionnelles comme des crises de larmes ou de colère, mais aussi des refus d'agir ou de répondre à une sollicitation supplémentaire même minime.

b. Déshumanisation de la relation à l'autre

Elle représente une dimension interpersonnelle du burn out.

Elle renvoie au développement d'attitudes impersonnelles, détachées, négatives, cyniques, envers les personnes dont on s'occupe. L'individu ne se sent plus concerné par son travail, dresse une barrière qui l'isole de ses clients et de ses collègues.

Il peut s'agir d'un mode de défense inconscient qui protège l'individu des agressions inhérentes aux relations interindividuelles.

Cette dimension est appelée également « dépersonnalisation ».

c. Diminution du sentiment d'accomplissement personnel

Appelé également « sentiment d'échec professionnel », la diminution du sentiment d'accomplissement personnel est une conséquence des deux autres et est douloureusement vécue.

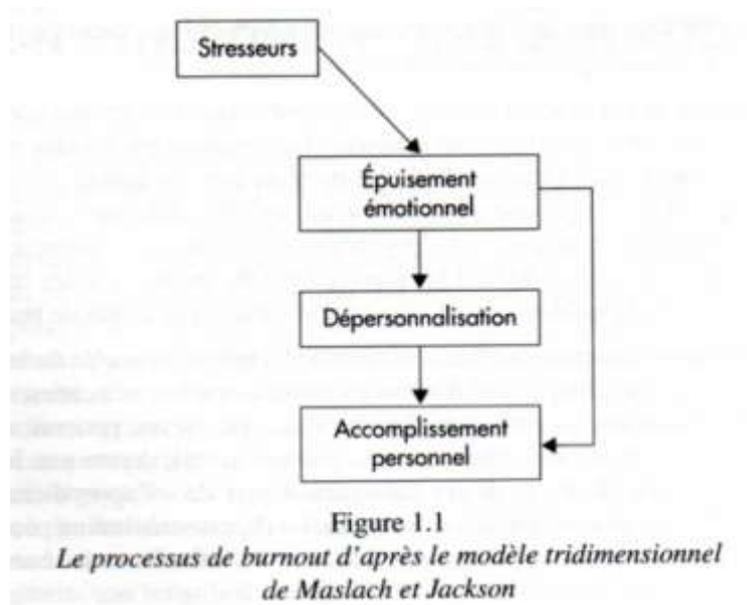
Elle peut s'exprimer par un sentiment de ne pas être efficace, de ne plus faire du bon travail et d'être frustré par rapport au sens que l'on donnait à son métier. Elle engendre alors la dévalorisation de soi, la culpabilité, la démotivation.

d. Le processus de *burn out* d'après le modèle tridimensionnel de Maslach et Jackson

Le syndrome d'épuisement professionnel ou *burn out* apparaît comme un syndrome à trois dimensions en réponse à un stress émotionnel chronique et répétitif.

Un consensus se dégage pour affirmer que le *burn out* démarre avec l'épuisement émotionnel. Celui-ci entraîne la déshumanisation. L'épuisement émotionnel réduit l'accomplissement personnel soit directement, soit à travers la dépersonnalisation.

On considère que l'épuisement émotionnel représente le composant affectif du *burn out* tandis que les deux autres dimensions constituent les composants attitudeux ou cognitifs.



C. Mesure du *burn out*

L'échelle MBI constitue actuellement le meilleur instrument d'évaluation du burn out.

a. L'échelle MBI

Cette échelle a été établie, sous sa forme définitive, par Maslach et Jackson en 1986.

Le MBI est constitué de vingt-deux items: neuf pour l'épuisement émotionnel, cinq pour la déshumanisation et huit pour l'accomplissement personnel.

Sur une échelle en sept points allant de « jamais » à « chaque jour », la personne interrogée indique la fréquence selon laquelle elle éprouve le sentiment en question.

A l'origine les items étaient suivis d'une échelle d'intensité. Cependant la fréquence et l'intensité du sentiment étant fortement corrélées, on ne propose aujourd'hui aux enquêtés que la première échelle. Cette forme initiale du MBI existe toujours sous le nom de « MBI-Human Service Survey » (MBI-HSS).

L'épuisement, la dépersonnalisation et la réduction de l'accomplissement personnel sont mesurés séparément. L'individu n'a donc pas un score global de burn out mais un score pour chacune des trois dimensions.

Un niveau élevé de burn out se manifeste au travers des scores élevés sur les sous-échelles « épuisement émotionnel » et « déshumanisation », associés à un score faible sur l'échelle « accomplissement personnel ». Chaque score étant obtenu en sommant les valeurs (0 à 6) attribuées à chaque item composant la sous échelle considérée.

Il existe de nos jours, quatre types d'échelle MBI :

- MBI-HSS
- MBI étudiant uniquement la fréquence
- MBI-Educators Survey (MBI-ES) qui a été adapté pour les enseignants
- MBI-General Survey que toute personne peut utiliser quelque soit sa profession. Elle comprend seulement seize items. Les dimensions portent alors le nom d'épuisement émotionnel, cynisme et efficacité professionnelle.

b. Une échelle de mesure validée

Dans l'ensemble, tous les auteurs accordent une bonne validité convergente au MBI, même si beaucoup font remarquer qu'elle n'est pas véritablement établie pour l'accomplissement personnel. Le plus souvent, ce sont l'épuisement émotionnel et la déshumanisation qui offrent des corrélations significatives.

Des recherches laissent planer le doute quant au caractère discriminant du MBI vis-à-vis d'autres formes de détresse telles que la dépression ou l'anxiété. Etant donné la similitude des symptômes entre le burn out et la dépression, on peut se demander si le syndrome d'épuisement professionnel n'est pas en quelque sorte une « dépression professionnelle ».

Cependant diverses études menées montrent clairement que, bien que ces deux états partagent une variance appréciable, particulièrement lorsqu'il s'agit de l'épuisement émotionnel, ils sont bien distincts tant du point de leur origine que de leur développement et le MBI ne se confond pas avec une mesure de la dépression.

Il faut donc reconnaître à l'échelle MBI une bonne validité discriminante.

Quelle que soit la version, on observe une consistance interne des trois sous échelles du MBI satisfaisante et une bonne stabilité du test à travers le temps.

D'autre part, il est nettement démontré qu'il est impératif d'utiliser une échelle qui soit validée dans la langue des personnes interrogées.

La version de l'échelle MBI, traduite en français par Fontaine (1985), a été validée par G Dion et R Tessier auprès d'infirmières et d'auxiliaires de puériculture au Québec.

c. Grille de lecture de l'échelle MBI

Les scores de l'échelle MBI sont obtenus en sommant les résultats des différents items.

Épuisement émotionnel: questions: 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 et 20

Degré de burn out :

- Total inférieur ou égal à 18: bas.
- Total compris entre 19 et 27: modéré.
- Total supérieur ou égal à 28: élevé.

Dépersonnalisation: questions: 5, 10, 11, 15 et 22

Degré de burn out:

- Total inférieur ou égal à 3: bas.
- Total compris entre 4 et 7: modéré.
- Total supérieur ou égal à 8: élevé.

Accomplissement personnel: questions: 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 et 21

Degré de burn out:

- Total inférieur ou égal à 34: élevé.
- Total compris entre 35 et 39: modéré.
- Total supérieur ou égal à 40: bas.

Rappel: un niveau élevé de burn out se manifeste au travers des scores élevés sur les sous-échelles « épuisement émotionnel » et « déshumanisation », associés à un score faible sur l'échelle « accomplissement personnel ».

D. Définition de l'adaptation au stress ou coping et concept de hardiesse

a. Concept de coping

Le coping est un concept récent, apparu pour la première fois dans un ouvrage de Richard Lazarus, « Psychological Stress and Coping Process » en 1966.

Le concept de coping est extrêmement populaire depuis les années 1975 dans les pays anglo-saxons et a donné lieu à plusieurs centaines de travaux scientifiques. Il commence seulement à être popularisé en France depuis les années 1990.

Le terme coping provient de l'anglais *to cope with* qui veut dire : faire face à.

En effet, le coping désigne les stratégies d'ajustement mises en place par l'individu en situation de burn out, pour diminuer la tension provoquée par la situation ou pour la rendre plus tolérable.

Il s'agit donc de l'« ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire ou tolérer les exigences internes et externes qui menacent ou dépassent les ressources de la personne ». Le terme « effort » est important puisqu'il souligne la possibilité de pouvoir prendre en partie conscience de nos méthodes d'adaptation.

Le coping est une réponse s'exprimant de façon polymorphe, à la fois par des manifestations somatiques, comportementales, émotionnelles et cognitives, et, sous une double forme, soit active, soit passive.

➤ **Les stratégies passives ou coping négatif**

Elles sont caractérisées par l'évitement, le repli sur soi, l'isolement, le retrait psychologique et physique ainsi que par des attitudes de résignations ou de refuge dans l'hyperactivité.

L'individu tente de se protéger d'un environnement menaçant et limite les contacts au minimum requis dans l'exercice de sa profession.

Les stratégies d'adaptation passives s'expriment aussi bien dans la vie professionnelle que dans la vie privée.

En effet, dans son milieu personnel, l'individu exprime sa souffrance et son malaise de plus en plus envahissant en refusant, par exemple, des sorties entre amis ou en ayant des réactions d'humeur envers son entourage.

Les stratégies passives sont d'une efficacité toute relative car elles ne mobilisent pas suffisamment l'esprit combatif et n'apportent qu'un répit temporaire au stress, pas toujours efficace dans la durée.

➤ **Les stratégies actives ou coping positif**

Elles sont signes d'ouverture tant sur le plan verbal que comportemental.

Bien qu'une situation soit ressentie douloureusement par l'individu, celui-ci adoptera des techniques d'amélioration de ses compétences. Il prend en compte ses émotions, sait les écouter et les exprimer, entre en relation avec autrui et affronte le problème.

Le support social est une stratégie largement développée dans le monde de la santé. Le soignant partage avec ses collègues ses expériences, demande des conseils. Il cherche à augmenter son efficacité et sa compétence et se réfugie dans l'accomplissement personnel.

Dans sa vie privée, il reste disponible pour son entourage et reste attentif à sa famille.

L'esprit combatif ou les croyances, religieuses ou personnelles, facilitent l'adaptation au stress et permettent la maîtrise personnelle des événements.

Les stratégies d'adaptation actives sont plus positives sur le long terme.

Les méthodes d'adaptation sont évolutives dans le temps et en fonction des situations.

Le coping est efficace dès lors qu'il soustrait l'individu à sa souffrance et qu'il peut maintenir un bon état psychologique et une énergie suffisante pour continuer à fonctionner.

b. Le trait de personnalité « hardiesse »

Décrite par Suzanne Kobasa, la hardiesse serait une composante de la personnalité qui aurait un effet modérateur en situation de stress et influencerait les processus d'adaptation.

Hardiness est le terme exact employé par S.Kobasa. Il peut être traduit par endurance, solidité, robustesse psychique voire hardiesse.

Il en existe trois dimensions :

➤ **Le sens de l'engagement**

La personne a tendance à s'impliquer pleinement dans les diverses situations rencontrées qu'elles soient d'ordre professionnelles ou privées. Elle se sent donc concernée par ce qui lui arrive et ce qui arrive dans les lieux où elle se trouve.

Elle exprime de l'enthousiasme vis-à-vis de son travail et de la vie en général et s'engage facilement dans l'action.

Elle a la capacité de demander de l'aide et l'assistance de l'autre lors d'évènements qui nécessitent un réajustement.

➤ **Le sens de la maîtrise**

Il fait référence à la certitude de pouvoir influencer les événements qui se présentent et au fait qu'une personne peut être capable, par son action et sa réflexion, de faire évoluer les situations.

➤ **Le sens du défi**

Se rapporte à des croyances selon lesquelles le changement, plutôt que la stabilité, est normal. La personne perçoit le changement comme un stimulus important pour la croissance et le développement personnel. Elle est centrée sur la réalisation de soi plutôt que sur la sécurité et la stabilisation.

La hardiesse n'agit pas de façon directe sur les stressors mais par l'intermédiaire de stratégies d'adaptation actives.

Plus la personne a un sens de l'engagement, de la maîtrise et du défi fort, plus elle utilisera des méthodes positives de coping.

E. Causes de l'épuisement professionnel

a. Les facteurs personnels

Chaque individu réagit de façon différente face à un stressor. Là où certains vont voir un défi à relever, d'autres se sentiront menacer; là où certains n'auront aucun mal à contrôler la situation et demander du soutien à leurs collègues, d'autres se sentiront isolés et incompetents pour faire face aux nouvelles exigences.

Certains facteurs individuels semblent jouer un rôle dans l'émergence du burn out.

➤ Caractéristiques sociodémographiques

Il existerait une corrélation significative entre l'âge et deux dimensions de l'épuisement professionnel: l'épuisement émotionnel et la déshumanisation de la relation. Le jeune âge prédisposerait au burn out. En effet, les personnes jeunes ont plus de facteurs de stress liés à un manque de formation et d'expérience, et moins de facultés pour y faire face.

Les autres caractéristiques démographiques comme le sexe, la situation familiale, le nombre d'enfants...sont plus controversées.

Certaines études (13,14,15) associent le sexe féminin à un risque plus élevé de burn out de par la difficulté à concilier vie professionnelle et personnelle (10,16) : l'épuisement émotionnel tend à être plus élevé chez les femmes même si, quand elles occupent un emploi, elles ont une moindre amplitude horaire. Mais la répartition inéquitable du travail domestique rend leur vie quotidienne plus difficile et plus stressante.

D'autres mettent en avant le statut marital (11): les personnes en couple et celles ayant des enfants seraient moins touchés par le syndrome d'épuisement professionnel.

➤ Caractéristiques psychiques

Certains traits de personnalité semblent favoriser le burn out :

- le fait d'avoir un « idéal de sauveur » : le plaisir de vivre dépend, dans une trop grande mesure, du bien-être, du plaisir, de la satisfaction qu'il apporte aux autres.
- Une autocritique trop poussée : si ces personnes ne sont pas aussi efficaces qu'elles voudraient l'être, elles ont une image négative d'elles-mêmes et n'ont qu'un objectif: travailler encore plus pour se racheter à leurs propres yeux.

- Le fait de « tout vouloir faire soi-même » : ces personnes se trouvent dans l'incapacité de déléguer le travail car elles doutent de la compétence des collègues qui l'entourent.
- L'esprit d'entreprise: l'excès d'ambition, l'hyperactivité... L'évaluation de la personne dépend de ce qu'elle parvient à accomplir. Le repos apparaît comme une perte de temps.
- L'anxiété

D'autre part les individus qui adoptent des stratégies d'adaptation passives face à un élément stressant, les individus incapables d'exprimer leurs émotions, ou présentant un manque de « hardiesse » sont plus vulnérables.

b. Les facteurs liés au travail

La surcharge de travail, le rythme des tâches à effectuer, la pression du temps, les horaires longs, un travail monotone, peu stimulant sont des exemples de facteurs liés au travail qui peuvent provoquer, à la longue, un syndrome d'épuisement professionnel.

➤ **La charge quantitative de travail, le rythme des tâches à effectuer**

La surcharge quantitative de travail se range parmi les risques psychosociaux entraînant stress et burn out.

Travailler sous la pression du temps, avoir trop à faire, devoir effectuer des tâches différentes dans un court délais, un nombre importants de clients à satisfaire sont des exemples typiques de situations favorisant le développement du syndrome d'épuisement professionnel.

Chez les médecins, par exemple, le nombre de consultations journalières est associé à l'épuisement émotionnel et à la dépersonnalisation.

Inversement, la sous charge de travail représente également une source de stress. Elle reste cependant peu étudiée dans le cadre du burn out. D'autre part, des tâches monotones et répétitives engendrent ennui et apathie.

➤ **L'interruption des tâches**

C'est une cause d'épuisement professionnel souvent retrouvée (1,17) qui peut être associé à un sentiment permanent d'inachevé.

Les conséquences sont multiples :

- Une personne dérangée au beau milieu d'une tâche, s'oblige à un effort supplémentaire de concentration dans la reprise de l'acte initial. Interrompue de façon répétée la fatigabilité devient donc la conséquence première.
- Le caractère éclaté du travail engendre inévitablement une insatisfaction, deuxième conséquence.
- Les risques d'erreurs sont multipliés, ce qui s'avère être une troisième conséquence possible.

➤ **La charge qualitative de travail**

Lorsque la personne estime ne pas avoir les capacités pour réaliser de façon satisfaisante les tâches qui lui sont confiées ou lorsque ce qui est attendu d'elle dépasse ses compétences, on parle alors de surcharge qualitative.

Dans les professions d'aide, la charge qualitative s'observe par exemple quand les cas sont particulièrement compliqués, quand les situations semblent inextricables, ou que le clients résistent au changement. Etre confronté à la douleur, aux plaintes des clients, à leur agressivité ou à leur passivité, recevoir des feed-back négatifs de leur part sont autant de facettes de la charge qualitative qui contribuent à l'émergence du burn out.

La sous charge qualitative se rencontre quand l'individu ne peut utiliser ses compétences. C'est le cas de des personnes surdiplômées et surqualifiées par rapport aux emplois qu'ils occupent.

➤ **La confrontation à la douleur et à la souffrance**

Accompagner un patient à mourir fait partie du rôle de l'infirmière et du médecin. La confrontation à la souffrance et à la mort est aujourd'hui un des facteurs majeurs de l'épuisement professionnel. Les soins curatifs, le réconfort du patient et de ses proches, le sentiment parfois d'impuissance, l'âge du patient déstabilisent et vulnérabilisent l'équipe soignante et médicale.

Au terme d'une complicité établie au fil du temps comme on l'observe en service de long séjour, la perte du patient est d'autant plus significative et le deuil d'autant plus difficile à vivre, qu'une communication profonde et durable s'est établie au cours de l'hospitalisation.

➤ **Le glissement de fonction, les conflits entre les personnes et ambiguïté des rôles**

Lorsqu'un individu assume une fonction qui ne relève pas normalement de ses responsabilités, on parle de glissement de fonction. Cette situation est source d'inconfort et de souffrance au travail.

Les conflits dans l'équipe et les difficultés internes de communication sont souvent à l'origine de stress. Ils représentent une des sources les plus constantes de fatigue et d'épuisement. Ils absorbent une énergie physique et psychique considérable souvent plus importante que le travail technique lui-même.

Le conflit de rôles où l'individu fait l'objet d'attentes ou d'exigences incompatibles ou contradictoires entre elles (ou avec les valeurs de l'individu)

est source de souffrance de même que l'ambiguïté de rôles où les informations concernant les attentes ou les exigences ne sont pas assez explicites pour que l'individu puisse effectuer correctement son travail (18).

➤ **Manque de soutien social**

Repéré comme facteur de risque, le manque de soutien entretient le stress. Il correspond d'une part au fait de n'être pas suffisamment reconnu dans son travail, d'autre part au fait de ne pas pouvoir exprimer ses difficultés.

Trois sources principales de soutien sont prises en compte: les collègues, les supérieurs hiérarchiques et l'entourage familial (y compris les amis et les proches). Evidemment, l'aide destinée à résoudre un problème technique, un conseil sur la façon de réaliser une tâche... viennent spécifiquement du milieu professionnel. Mais le soutien qui provient des amis ou des proches est tout aussi important, ils fournissent un soutien émotionnel. L'influence du soutien familial sur le burn out n'est donc pas négligeable.

➤ **Conflit entre la vie familiale et la vie professionnelle**

Nous savons aujourd'hui avec certitude que le conflit sphère professionnelle/sphère familiale engendre du burn out.

La surcharge de travail, de grandes amplitudes horaires, une latitude de décision restreinte et le manque de soutien social de la part des collègues prédisent plus particulièrement le conflit entre travail et famille.

Du côté familial, la charge parentale, les désaccords du conjoint provoquent le conflit entre famille et travail.

Néanmoins, une question demeure, celle de la place du conflit travail/famille dans le processus de burn out. Nous considérons souvent ce conflit comme une

source de stress au même type que les autres stressors rencontrés au travail. Il a ici le statut de cause. Mais il est parfois conçu comme une conséquence ou un indicateur de la tension causée par le travail. C'est parce que l'individu est stressé dans son travail qu'apparaît le conflit.

Dans d'autres cas, il est analysé en tant que médiateur.

Les conflits travail/famille influent sur la variable « épuisement émotionnel » du burn out.

c. Facteur lié à la société: augmentation des attentes du public

La « distribution d'informations » sur la santé n'a jamais été aussi abondante que ces dernières années. Avec Internet, les magazines de santé et les informations relayées par la télévision, les patients sont plus informés et deviennent dans certains cas experts de leur maladie; ils en savent parfois plus que le professionnel de santé en face d'eux. La clientèle souhaite s'impliquer davantage et donner son opinion sur sa prise en charge: elle discute plus souvent les ordonnances et les conseils dispensés par les pharmaciens.

De plus, la baisse du pouvoir d'achat et la concurrence avec d'autres circuits de distribution mais aussi entre pharmaciens ont modifié les mentalités. Les clients sont maintenant plus « regardants ». Ils n'hésitent pas à faire remarquer qu'un produit est trop cher, qu'il s'agisse de parapharmacie ou de médicaments, et sont prêts à aller à la concurrence s'ils ne sont pas satisfaits.

En effet, l'ambivalence du statut des officinaux s'est exacerbée avec les années. Si leurs qualités de professionnels de santé sont mieux reconnues, leur statut de commerçant les expose à la critique et à l'exigence des consommateurs vis-à-vis du bien de consommation qu'est devenu pour eux le médicament. Ils veulent également un service rapide et immédiat.

Dans une enquête publiée en février 2007, 81% des pharmaciens interrogés trouvaient les clients plus exigeants qu'au début de leur carrière. Exigeants sur les prix (91% de réponses) et les conseils (74% de réponses). (20)

Ils étaient 86% à les estimer plus informés qu'au début de leur carrière.

Enfin, 33% trouvaient que les relations avec leurs clients évoluaient vers des relations plus difficiles qu'auparavant. Cependant, 53% trouvaient les relations avec la clientèle inchangées.

F. Solutions envisagées

Deux grandes directions de travail peuvent être envisagées :

- La première est une approche individuelle avec ses stratégies d'adaptation personnelle et ses réponses singulières.
- La seconde a pour objectif la diminution des stresseurs dans l'environnement de travail. Ce sont des axes institutionnels.

a. Solutions personnelles

La réponse individuelle va nécessiter plusieurs étapes:

➤ Travail sur soi

- la rencontre avec le burn out syndrome: le diagnostic ou l'autodiagnostic,
- des phases d'auto-observation: c'est le repérage de signes physiques (fatigue permanente, maux de tête, troubles gastro-intestinaux..), psychiques (épuisement mental, baisse de l'estime de soi...) et/ou comportementaux inhabituels ou d'installation progressives récentes (le sentiment de devenir inopérant, inefficace, usage d'alcool, de psychotropes...).

Cerner sa personnalité, ses besoins et motivations permet de comprendre quand et pourquoi on risque d'être frappé de burn out. On peut alors soit modifier ses comportements, soit son rapport au travail.

Les personnes doivent, par exemple, s'interroger sur leurs propres motivations, réajuster leurs attentes personnelles irréalistes.

➤ Cultiver ses ressources personnelles

Nombreux sont ceux qui affirment qu'il est indispensable de prendre soin de soi mais moins nombreux sont ceux qui le font réellement, avançant essentiellement un manque de temps.

E.T Creagan, professeur d'oncologie à la Mayo Clinic, dresse une liste d'habitudes saines à prendre afin d'éviter le « burn out »: une alimentation saine, la pratique d'exercice physique, l'organisation de son temps en ne sous-estimant pas le temps que requiert chaque tâche, l'aménagement d'un lieu de ressourcement.

Il faut donc favoriser au maximum:

- des comportements de santé susceptibles de préserver ou d'améliorer l'état de santé: activité physique régulière, alimentation adaptée, contrôle des prises d'alcool, de tabac, de toxiques ou de psychotropes,...
- des activités personnelles qui permettent détente, ressourcement et réalisation de soi. Ainsi les activités sportives, artistiques, intellectuelles, les engagements dans des actions sociales, humanitaires, syndicales ou politiques procurent une restauration de l'estime de soi.
- des relations sociales amicales génératrices de soutien personnel.
- l'effet vacances- jour de repos. La bonne gestion des temps de vacances est un excellent modérateur du stress.

b. Solutions institutionnelles

➤ Formations

D'une façon générale, un manque de formation prédispose au burn out car la personne n'a pas les ressources nécessaires pour faire face à une situation difficile ou inhabituelle.

L'évolution des pratiques professionnelles est constante dans de nombreux domaines notamment avec l'arrivée de thérapeutiques innovantes sortant de la réserve hospitalière et la mise en place de nouveaux services pharmaceutiques (éducation du patient, réseaux de soins, suivi pharmaceutique, démarche qualité...). Cela nécessite donc de la part du pharmacien et de son équipe l'acquisition permanente de compétences adaptées à ces nouveaux enjeux de santé.

La Formation Pharmaceutique Continue a pour ambition principale l'entretien et le perfectionnement des connaissances du pharmacien. Plus qu'un droit et un devoir d'actualiser les acquis, elle est devenue une obligation pour tout pharmacien dans l'exercice de son art en vue de l'amélioration du service rendu aux patients.

Tous les pharmaciens, qu'ils soient titulaires, adjoints, remplaçants... ou qu'ils travaillent en officine, en industrie ou en établissement de soins... sont maintenant tenus à une obligation de formation continue, mise en place par les Lois de 2002 et 2004, dont le décret d'application (du 2 juin 2006) est paru au Journal Officiel du 3 juin 2006.

Chaque pharmacien devra, tous les 5 ans, déposer auprès de son conseil régional (ou interrégional) son dossier de validation de l'obligation de formation continue. Ce dossier sera essentiellement composé des certificats de suivi de formation, délivrés par les organismes de formation. Après vérification, le conseil régional (ou interrégional) valide le respect de l'obligation de formation continue, délivre

au pharmacien une attestation (valable 5 ans) et en informe le Conseil de l'Ordre dont il dépend.

Si le dossier déposé est insuffisant, le conseil régional (ou interrégional) arrête de concert avec le pharmacien un plan permettant de compenser le retard pris. Si ce plan n'est pas suivi, le conseil régional (ou interrégional) en informe le Conseil de l'Ordre dont dépend le pharmacien.

Si au bout de 5 ans le pharmacien ne dépose pas de dossier de validation de son obligation de formation continue, le conseil régional (ou interrégional) le mettra en demeure de produire tous justificatifs sous 6 mois, faute de quoi il en informera le Conseil de l'Ordre dont dépend le pharmacien.

Le décret du 2 juin 2006 précise que le délai de 5 ans commence à courir à compter de la date d'installation du conseil régional (ou interrégional) dont dépend le pharmacien, ou à la date de début d'exercice du pharmacien, si celle-ci est postérieure.

Pour les pharmaciens titulaires d'une officine, des formations à la gestion d'équipe et de management peuvent également être envisagées.

➤ Espace de parole

A l'officine, permettre un espace de parole, de préférence dans un lieu ordinaire et habituel, favorise la prise de parole et la communication au sein de l'équipe. Cela doit permettre à chacun, en court-circuitant le poids de la hiérarchie, de s'exprimer sur le contenu de sa tâche et de la valoriser.

En dehors de l'officine même, des groupes de paroles organisés avec des confrères permettent également d'échanger sur les difficultés rencontrées, de communiquer, de lever des doutes...

➤ Diversification de son activité

Un travail monotone, peu stimulant sont des exemples de facteurs liés au travail qui peuvent provoquer, à la longue, un syndrome d'épuisement professionnel.

Diversifier son activité permet donc de rompre avec la monotonie qui s'est installée. C'est par exemple, offrir de nouveaux services à sa clientèle: organiser des journées de dépistage à l'officine, promouvoir le maintien à domicile, promouvoir une activité de pharmacien orthopédiste orthésiste, développer de nouvelles gammes de parapharmacie...

III. METHODOLOGIE

La première partie du travail a consisté à élaborer le questionnaire afin d'évaluer si les pharmaciens d'officine étaient sujet au burn out et pour déterminer qu'elles sont les sources de stress chroniques auxquelles ils sont confrontés au cours de leur exercice.

Etant établi que la meilleure échelle d'évaluation du burn out est l'échelle MBI, j'ai choisi de l'y intégrer ainsi qu'une série de questions puisées dans la littérature pour identifier les principaux facteurs stress auxquels les pharmaciens sont soumis.

L'enquête s'est déroulée de septembre à novembre 2006 sur une période de 2 mois. Les questionnaires, accompagnés d'une lettre d'explication, ont été distribués grâce au concours des grossistes répartiteurs du département de Loire-Atlantique.

Le questionnaire s'adresse aussi bien aux pharmaciens titulaires qu'aux pharmaciens adjoints car il sera étudié un score global pour la profession ainsi qu'une variante fonction du statut du pharmacien dans l'officine.

Le mode de recueil étant anonyme, les pharmaciens avaient le choix de renvoyer leurs réponses soit par courrier, l'enveloppe étant fournie pour favoriser au maximum les réponses, soit par fax.

Le questionnaire comprenait 2 parties: la version de l'échelle MBI traduite en français par Fontaine et 34 questions portant sur leur vécu, les difficultés rencontrées sur leur lieu de travail mais également sur les côtés positifs de la profession.

Il a été réalisé une étude descriptive et statistique des résultats de l'échelle MBI. Les statistiques résument un grand nombre de chiffres de manière à faire ressortir leurs caractéristiques les plus marquantes. (Annexe 5)

Le test du chi-deux (la formule est toujours la même, sauf que le nombre de degrés de liberté dépend du nombre de lignes et de colonnes) a été utilisé pour chaque tableau «de contingence», c'est-à-dire répartissant la population selon deux critères qualitatifs dont on veut étudier la dépendance.

On calcule dans chaque case la distance «du chi-deux» entre l'effectif observé et celui qu'on aurait si les deux critères étaient indépendants : si le total dépasse un certain seuil, on rejette l'hypothèse d'indépendance. Ce faisant, le risque « p » de se tromper (dit de première espèce) est traditionnellement fixé à 5% ou 10% : la différence avec les seuils correspondants est indiquée en haut des tableaux, respectivement à gauche et à droite, pour donner une fourchette.

Cette différence est presque toujours négative, ce qui veut dire qu'on ne peut pas rejeter l'hypothèse d'indépendance au vu de l'échantillon, sans doute trop petit pour que les fluctuations soient significatives (si on fixait p à 1%, on n'observerait aucun phénomène compte tenu de l'échantillon trop petit).

Mais on peut comparer entre eux les divers résultats : lorsque la différence est presque nulle, voire positive, c'est que même sur ce petit échantillon, on voit une dépendance entre les deux critères (dont le premier est l'épuisement professionnel sous toutes ses formes). Et on peut noter les cases (surlignées) où la distance est plus grande qu'ailleurs avec la distribution que supposerait l'indépendance: là encore on peut faire un test du chi-deux (à un degré de liberté: on oppose cette case à tout le reste du tableau). La différence est inscrite en rouge quand le risque p descend au-dessous de 5%: le phénomène observé est d'autant plus significatif.

Les réponses aux questions identifiant les sources de stress n'ont fait l'objet que d'une étude descriptive.

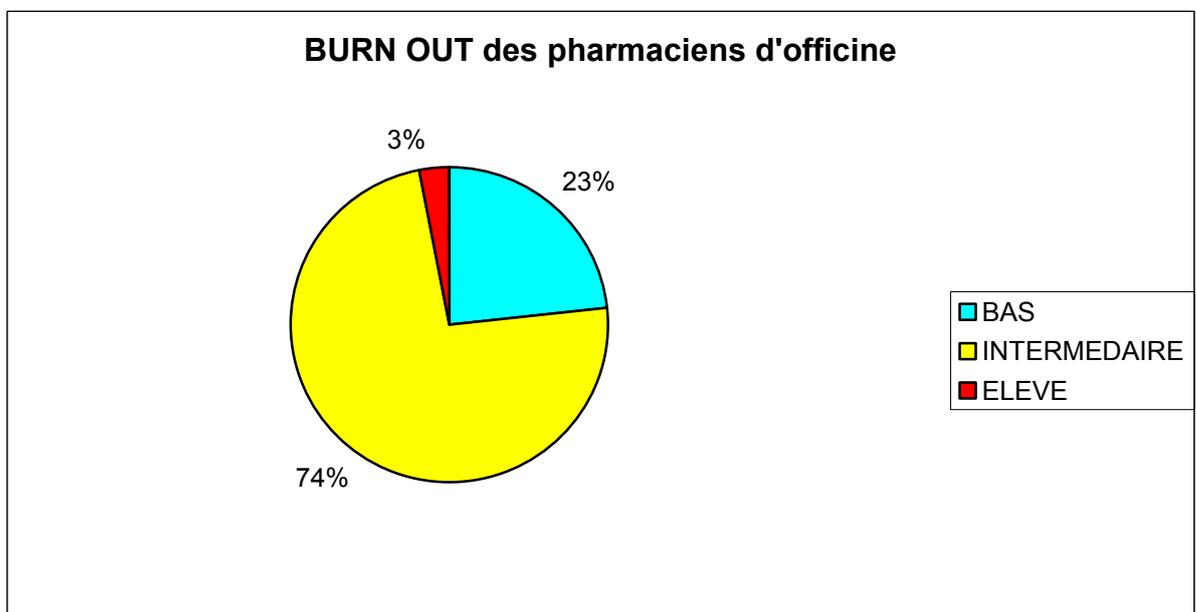
IV. RESULTATS DE L ECHELLE MBI

Les réponses à l'échelle MBI ne sont exploitables que pour 188 questionnaires sur les 209 rendus.

Parmi ces 188 questionnaires exploitables: sex ratio 70/118.

On distingue également 133 titulaires d'officine (sex ratio 63/70) et 55 assistants (sex ratio 7/48).

A. Résultats concernant l'ensemble de la profession



n=188 / BAS: n=44/ INTERMEDIAIRE: n=138/ELEVE:n=6

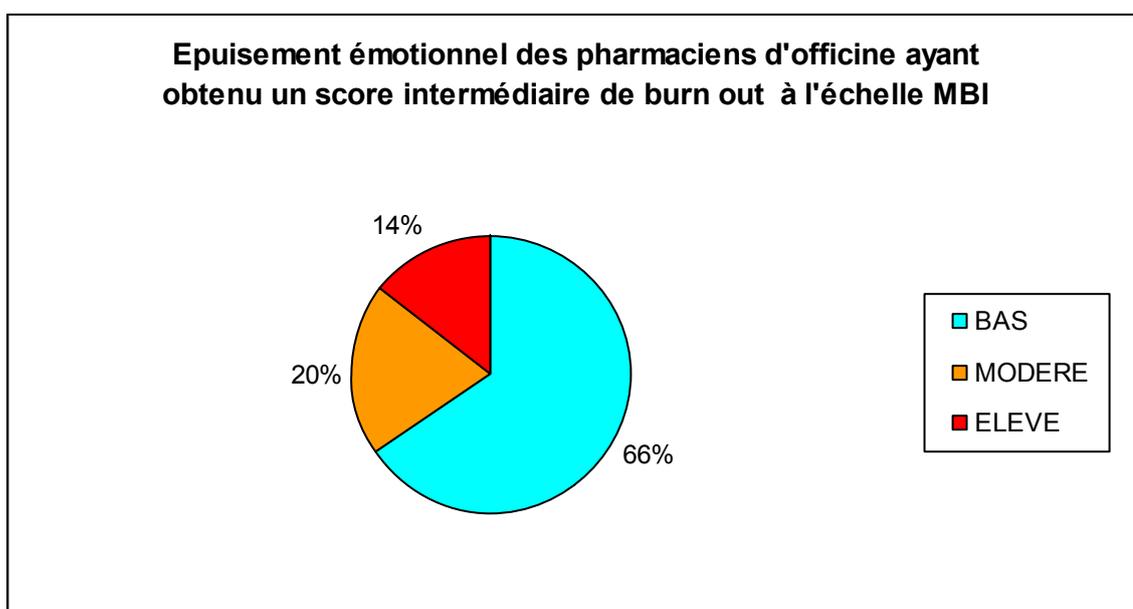
Les pharmaciens d'officine sont 23% à présenter un score global faible de burn out à l'échelle MBI (c'est-à-dire un score de burn out faible dans les trois dimensions) et 3% un score élevé (c'est-à-dire un score de burn out élevé dans les trois dimensions).

Ils sont 74% à obtenir des scores intermédiaires, c'est-à-dire des scores différents pour les 3 valeurs: « épuisement émotionnel », « dépersonnalisation » et « accomplissement personnel ». Pour ces 74% il est impossible de conclure sur leur état de burn out. C'est pourquoi, nous avons décidé d'étudier plus précisément ces scores intermédiaires pour les 3 dimensions du burn out.

Etude des pharmaciens ayant obtenu un score intermédiaire de burn out à l'échelle MBI: (étude des 3 dimensions du burn out)

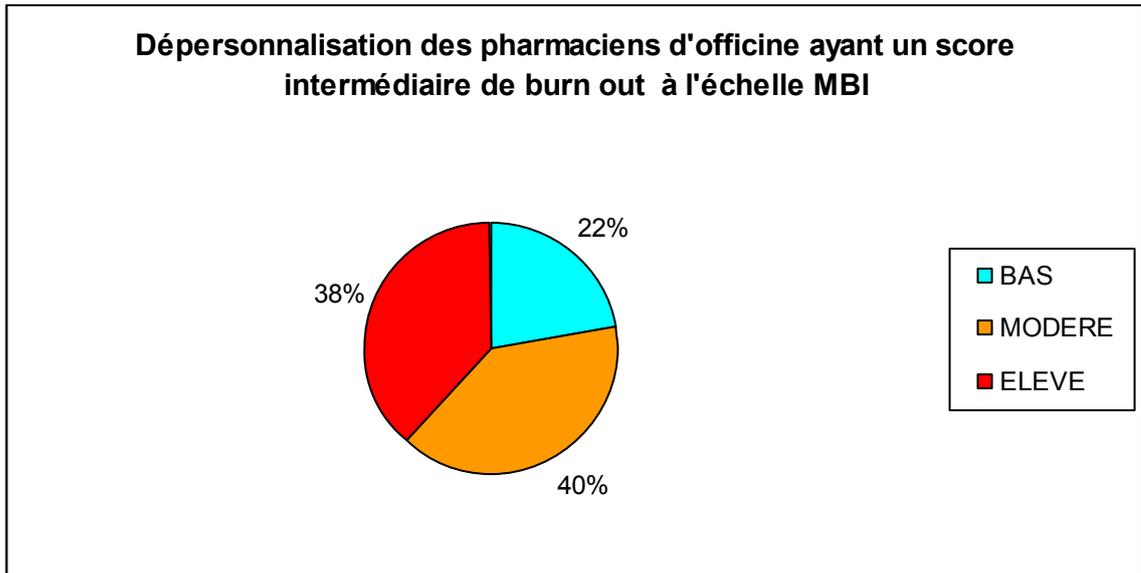
Rappel: pour obtenir un DEGRE ELEVE de burn out, il faut obtenir un score ELEVE dans les deux dimensions « épuisement émotionnel » et « dépersonnalisation » et un score BAS dans la dimension « accomplissement personnel ». Dans l'étude qui suit, les scores obtenus à l'échelle MBI ont été traduits en degré de burn out. C'est-à-dire que pour la variable « accomplissement personnel » BAS correspond à un degré bas de burn out et donc à un fort sentiment d'accomplissement personnel.

➤ L'épuisement émotionnel:



n=138/BAS: n=90/ MODERE: n=28/ELEVE: n=20

➤ La dépersonnalisation:

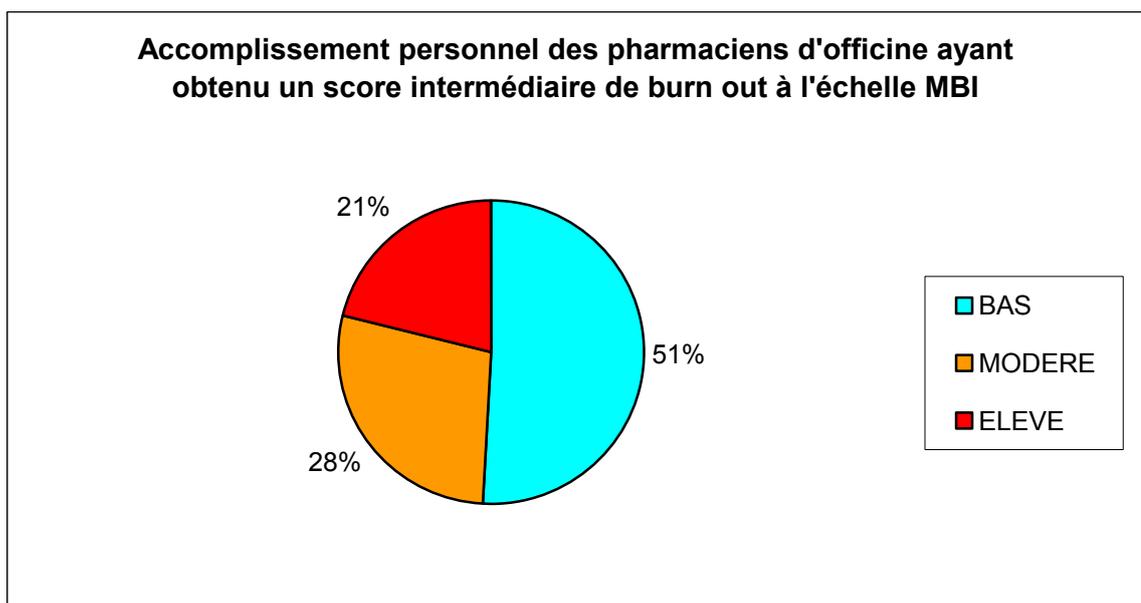


n=138/BAS: n=31/MODERE: n=54/ELEVE: n=53

Trente huit pour cent (38%) des pharmaciens ayant obtenu un score intermédiaire à l'échelle MBI présentent un degré élevé pour la dimension «dépersonnalisation» du burn out.

➤ L'accomplissement personnel:

A noter qu'un degré BAS d'accomplissement personnel correspond en fait à un FORT sentiment d'accomplissement personnel.

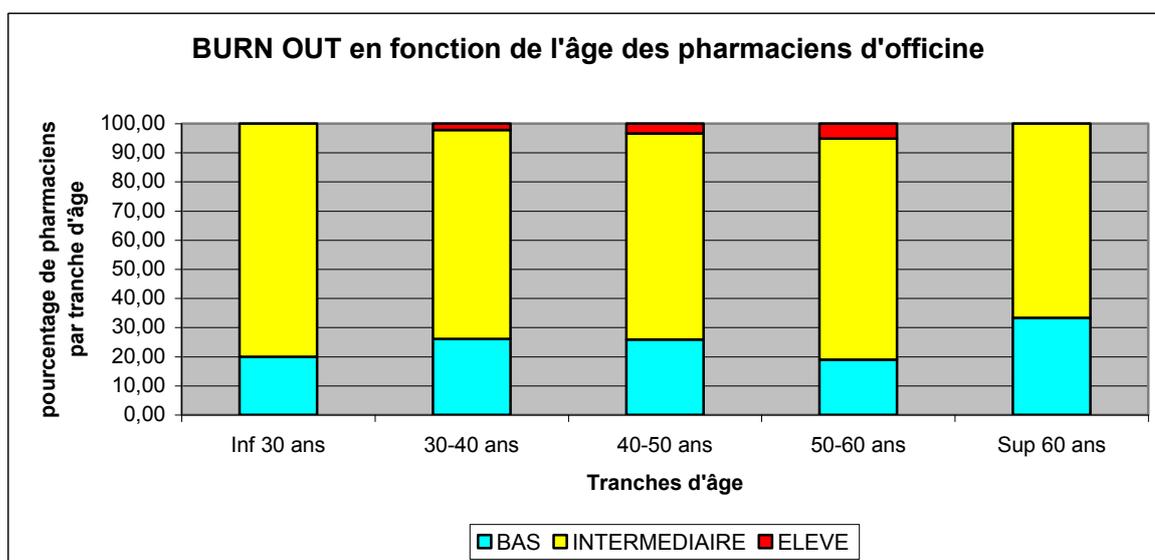


n=138/BAS: n=70/MODERE: n=39/ELEVE: n=29

Cinquante et un pour cent (51%) des pharmaciens ayant obtenu un score intermédiaire à l'échelle MBI présentent un degré faible pour la dimension « accomplissement personnel » du burn out.

Etude du burn out des pharmaciens d'officine en fonction de leur âge:

Cette étude est présentée sous forme de pourcentage pour pouvoir comparer les réponses des pharmaciens des différentes classes d'âge.



n=188/ INF 30ans: n=20/ 30-40 ans: n=46/ 40-50 ans: n=58/ 50-60 ans: n=58/
Sup 60 ans: n=6

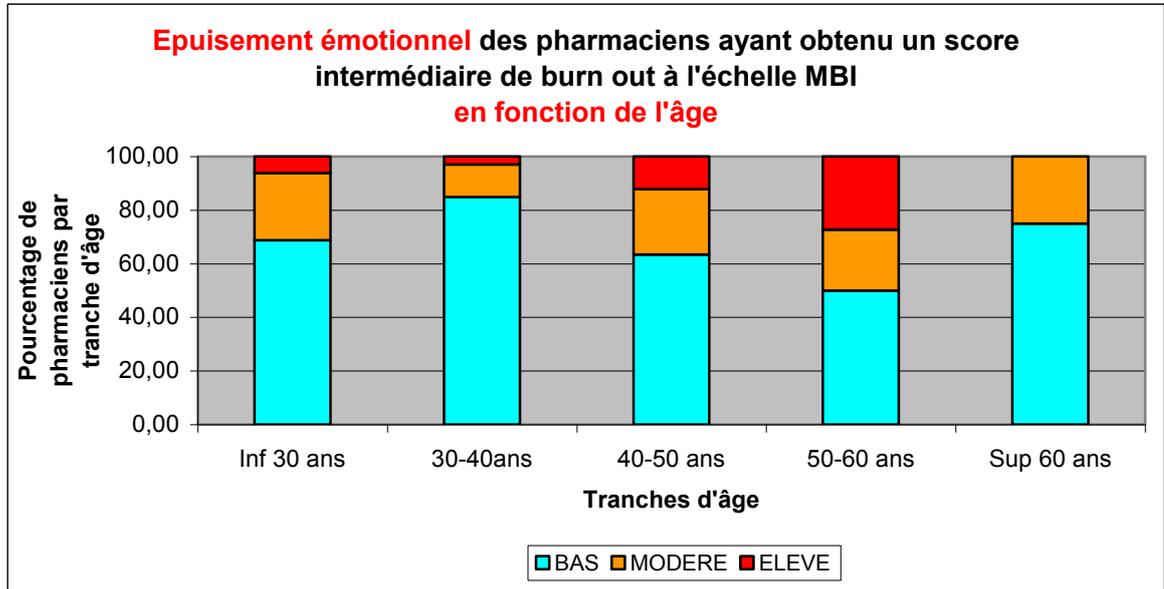
Les scores de burn out ELEVE apparaissent dans la classe d'âge « 30-40 ans » et augmentent avec l'âge.

Les proportions des scores BAS et INTERMEDIAIRE varient peu en fonction de l'âge.

La majorité des pharmaciens présentent un score intermédiaire de burn out, il est donc impossible de conclure quant à un score global de burn out pour ces personnes. Il est donc réalisé une étude des dimensions du burn out pour ces pharmaciens.

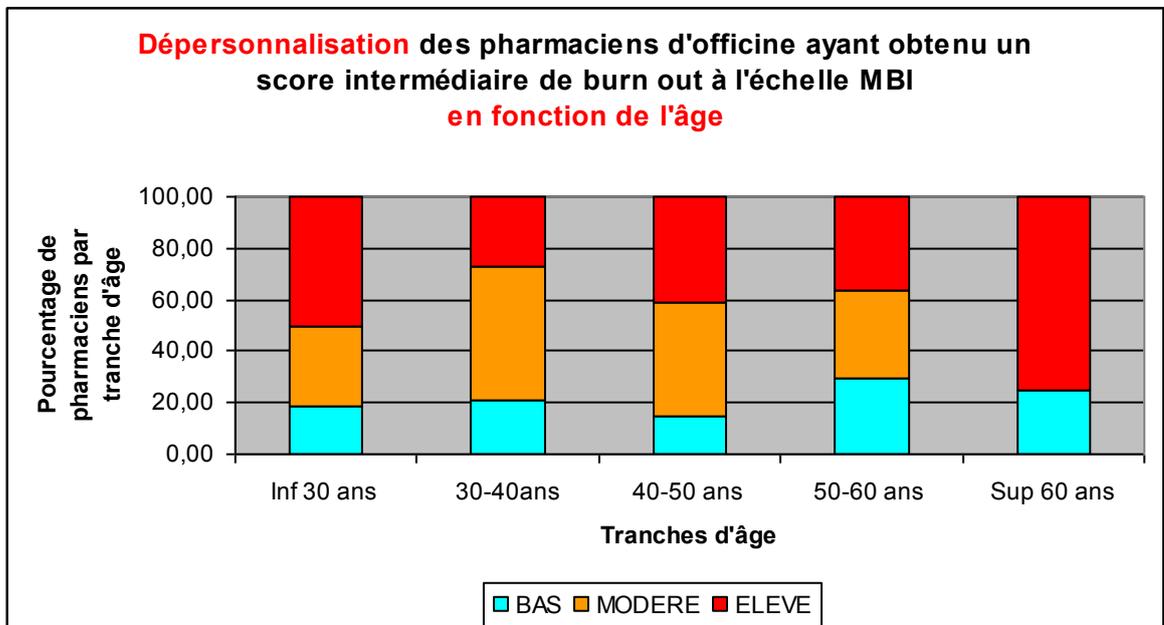
Etude des 3 dimensions du burn out chez les pharmaciens ayant obtenu un score intermédiaire de burn out à l'échelle MBI en fonction de leur âge:

➤ L'épuisement émotionnel:



n=138/ Inf 30 ans: n=16/ 30-40 ans: n=33/ 40-50 ans: n=41/ 50-60 ans: n=44/
Sup 60 ans: n=4

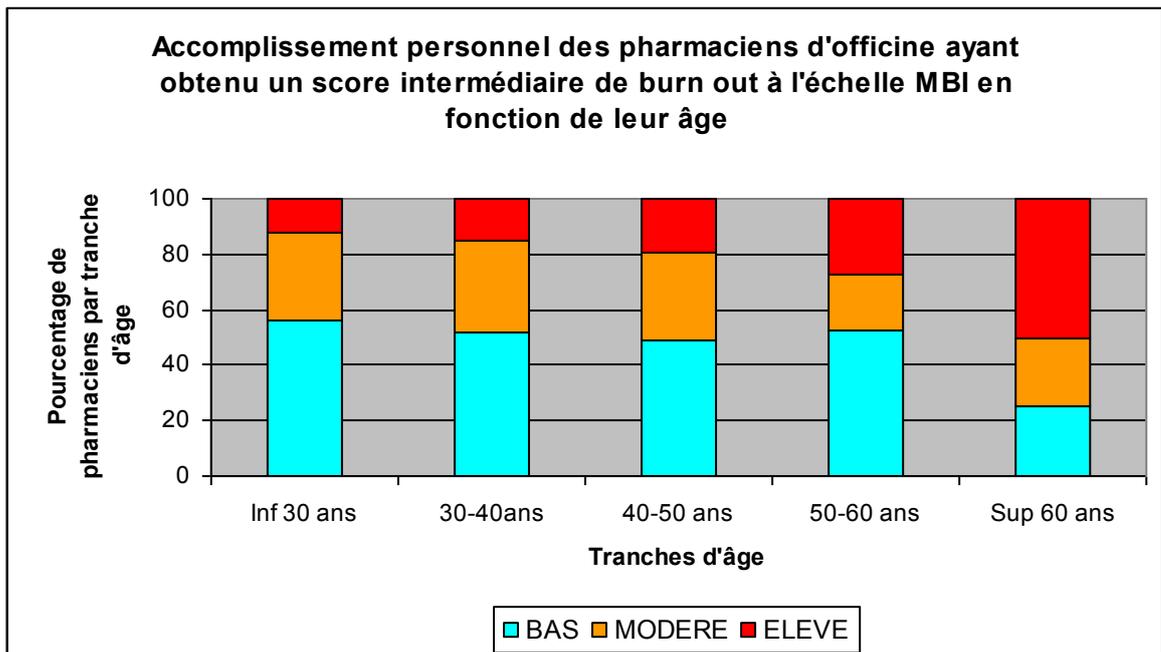
➤ La dépersonnalisation:



n=138/ Inf 30 ans: n=16/ 30-40 ans: n=33/ 40-50 ans: n=41/ 50-60 ans: n=44/
Sup 60 ans: n=4

On notera juste de forts pourcentages de degré élevé de burn out pour la variable « dépersonnalisation ».

➤ L'accomplissement personnel:



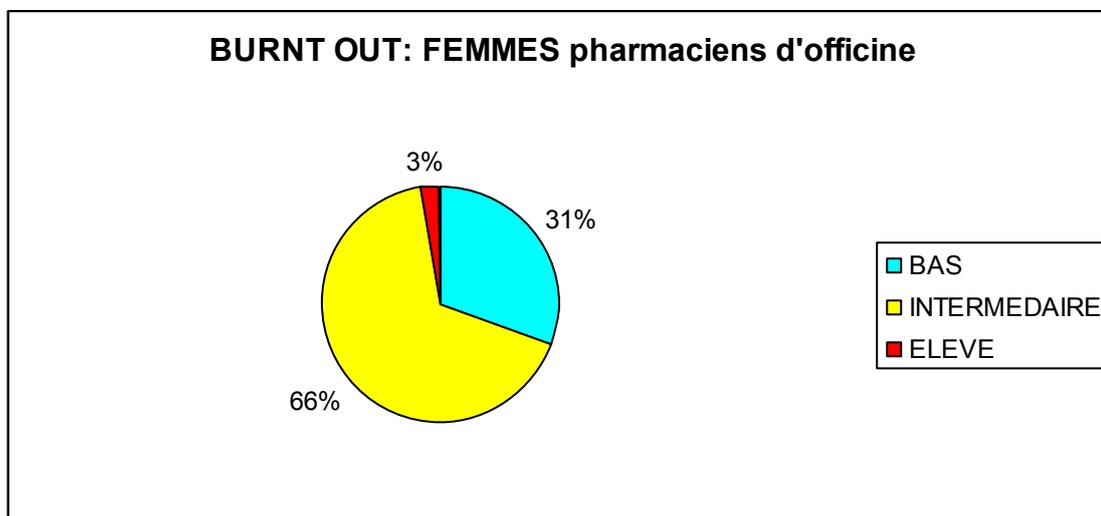
n=138/ Inf 30 ans: n=16/ 30-40 ans: n=33/ 40-50 ans: n=41/ 50-60 ans: n=44/

Sup 60 ans: n=4

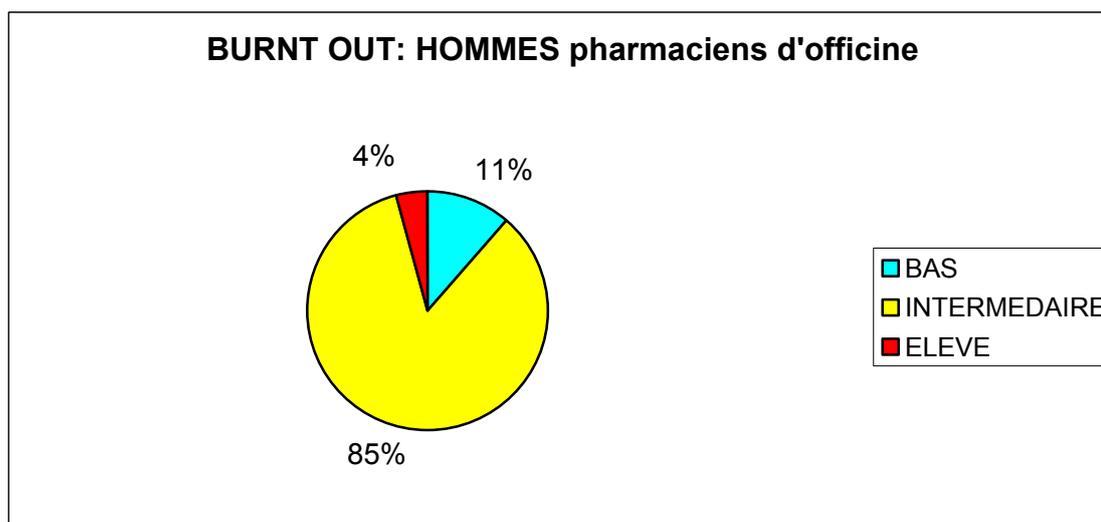
Le pourcentage de pharmaciens présentant un degré BAS pour « l'accomplissement personnel » (soit un fort sentiment d'accomplissement personnel) semble diminuer après 60 ans (n=4).

B. Burn out et distinction Homme/Femme

Le but est de savoir s'il existe une corrélation entre sexe et burn out.



n=118/ BAS: n=36/ INTERMEDIAIRE: n=79/ ELEVE: n=3



n=70/ BAS: n=8/ INTERMEDIAIRE: n=59/ ELEVE: n=3

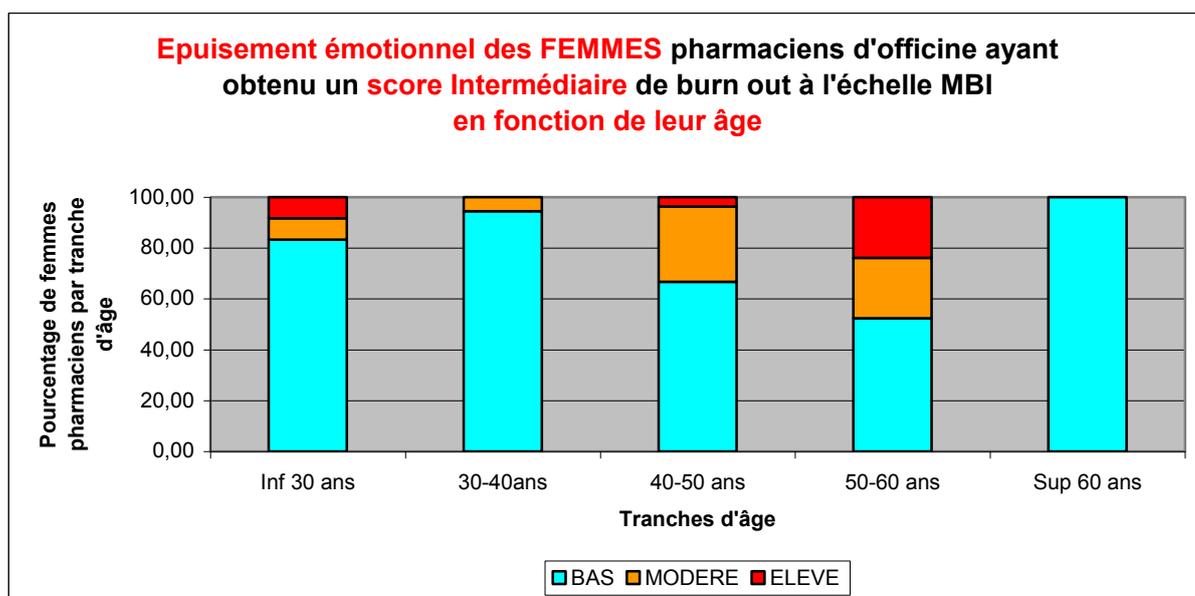
Chez les femmes, on observe qu'elles sont 31% à obtenir un score global FAIBLE de burn out et 3% un score global ELEVE. Pour 66% d'entre elles (soit n=79), on ne peut pas conclure car elles obtiennent un score INTERMEDIAIRE de burn out à l'échelle MBI c'est-à-dire des degrés différents de burn out pour les trois dimensions.

Chez les hommes, on observe qu'ils sont 11% à obtenir un score global FAIBLE de burn out et 4% un score global ELEVE. Pour 85% d'entre eux (soit n=59), on ne peut pas conclure car ils obtiennent un score INTERMEDIAIRE de burn out à l'échelle MBI.

La grande majorité des femmes (n=79) et des hommes (n=59) présentant un score intermédiaire de burn out à l'échelle MBI, nous avons décidé de réaliser l'étude des 3 dimensions du burn out en fonction du sexe et de l'âge pour ces personnes:

➤ L'épuisement émotionnel:

Femmes :



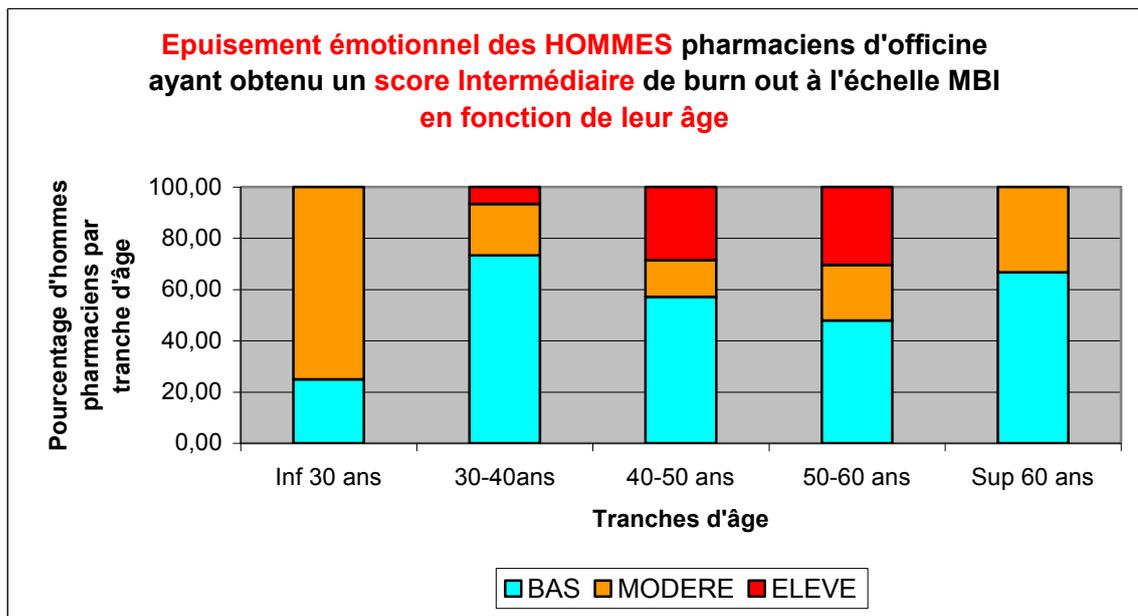
n=79/ Inf 30 ans: n=12/ 30-40 ans: n=18/ 40-50 ans: n=27/ 50-60 ans: n=21/

Sup 60 ans: n=1

On remarque un pourcentage important (23,8%) de scores élevés de burn out pour la dimension « épuisement émotionnel » chez les femmes d'âge compris entre 50 et 60 ans avec une différence significative ($p < 0,05$).

L'épuisement émotionnel des femmes ayant obtenu un score intermédiaire de burn out à l'échelle MBI est nettement lié à l'âge ($p < 0,1$).

Hommes:

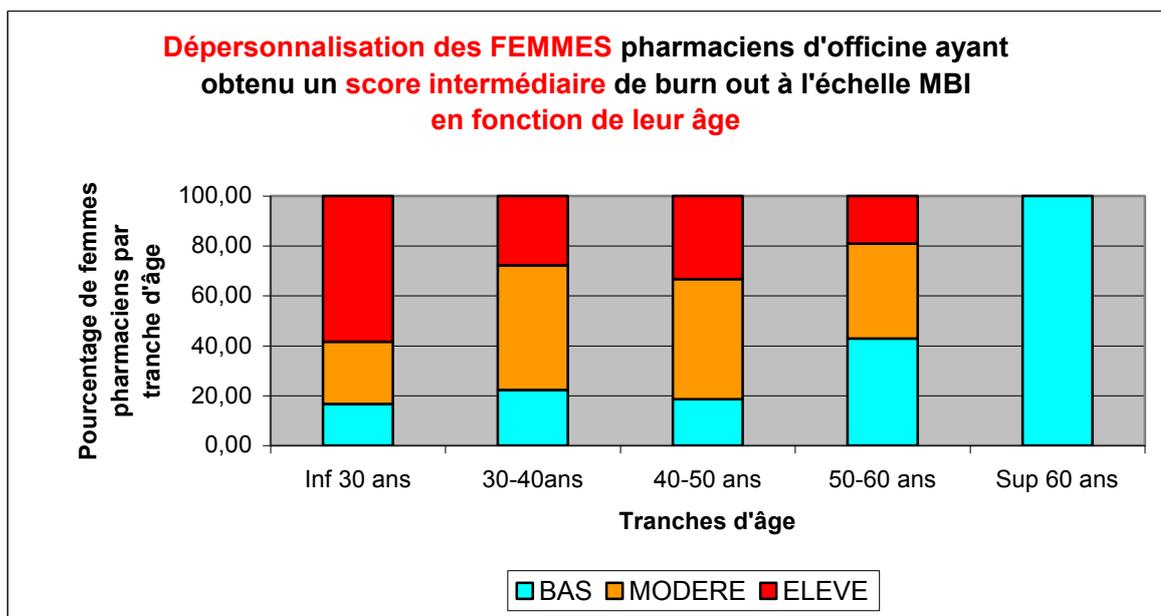


n=59/ Inf 30 ans: n=4/ 30-40 ans: n=15/ 40-50 ans: n=14/ 50-60 ans: n=23/
Sup 60 ans: n=3

Il ressort un pourcentage important (75%) de scores modérés d'« épuisement émotionnel» chez les hommes en dessous de 30 ans (Significatif avec $p < 0,05$).

➤ La dépersonnalisation:

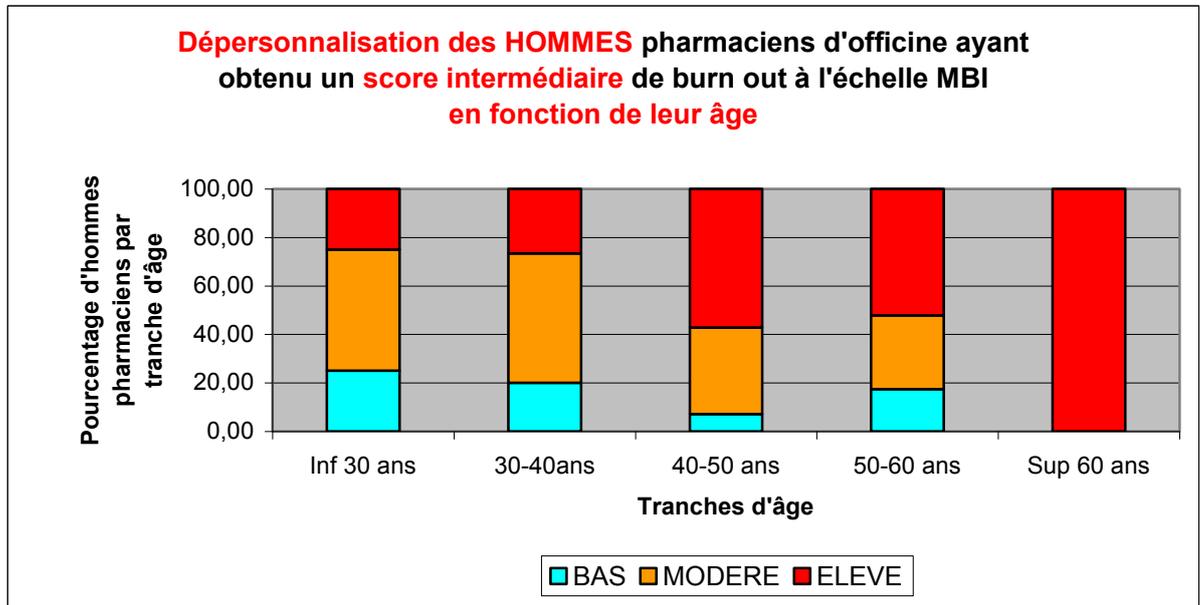
Femmes:



n=79/ Inf 30 ans: n=12/ 30-40 ans: n=18/ 40-50 ans: n=27/ 50-60 ans: n=21/
Sup 60 ans: n=1

On remarque un fort pourcentage (58,3%) de scores élevés de burn out pour la dimension « dépersonnalisation » chez les femmes d'âge inférieur à 30 ans (presque significatif avec $p \neq 0,1$)

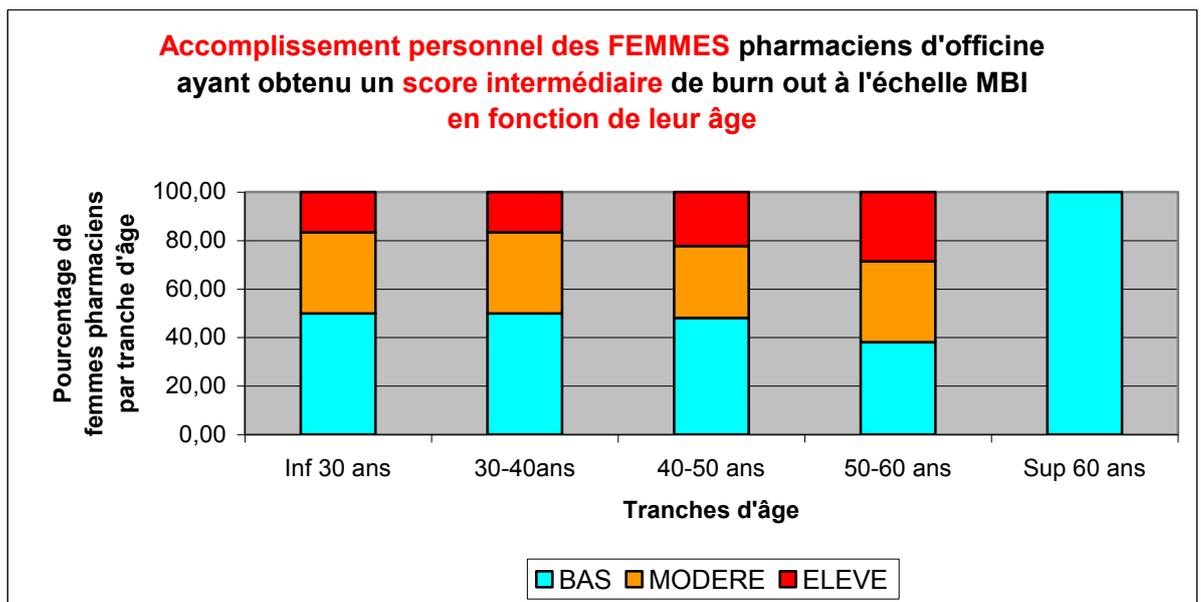
Hommes:



n=59/ Inf 30 ans: n=4/ 30-40 ans: n=15/ 40-50 ans: n=14/ 50-60 ans: n=23/
Sup 60 ans: n=3

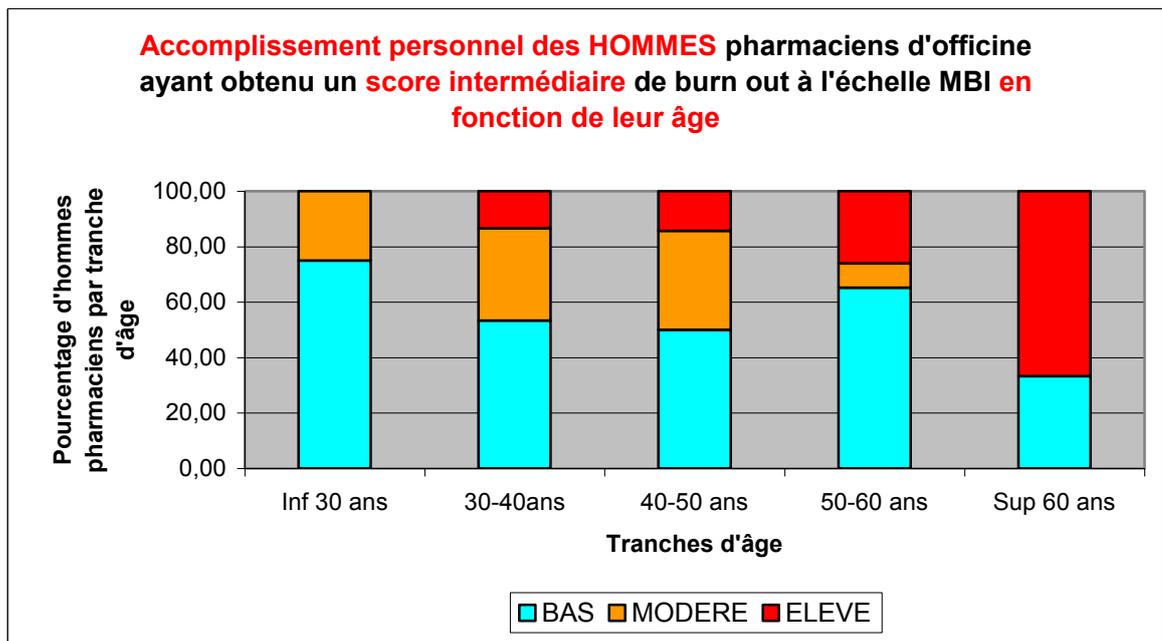
➤ L'accomplissement personnel:

Femmes:



n=79/ Inf 30 ans: n=12/ 30-40 ans: n=18/ 40-50 ans: n=27/ 50-60 ans: n=21/
Sup 60 ans: n=1

Hommes:

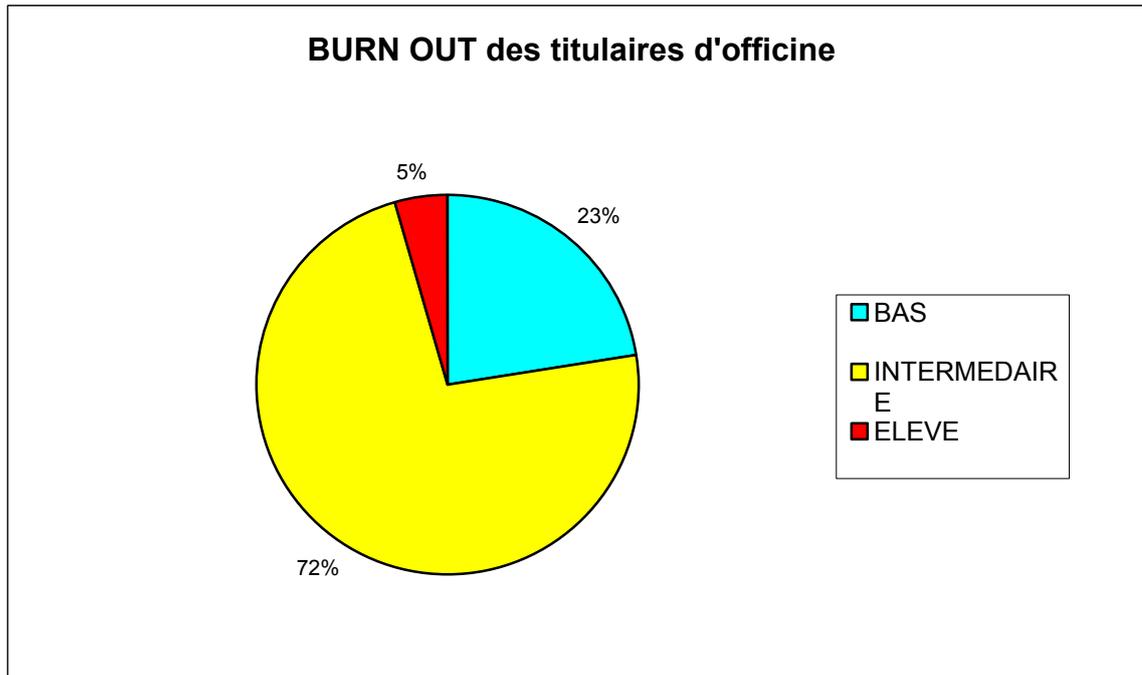


n=59/ Inf 30 ans: n=4/ 30-40 ans: n=15/ 40-50 ans: n=14/ 50-60 ans: n=23/
Sup 60 ans: n=3

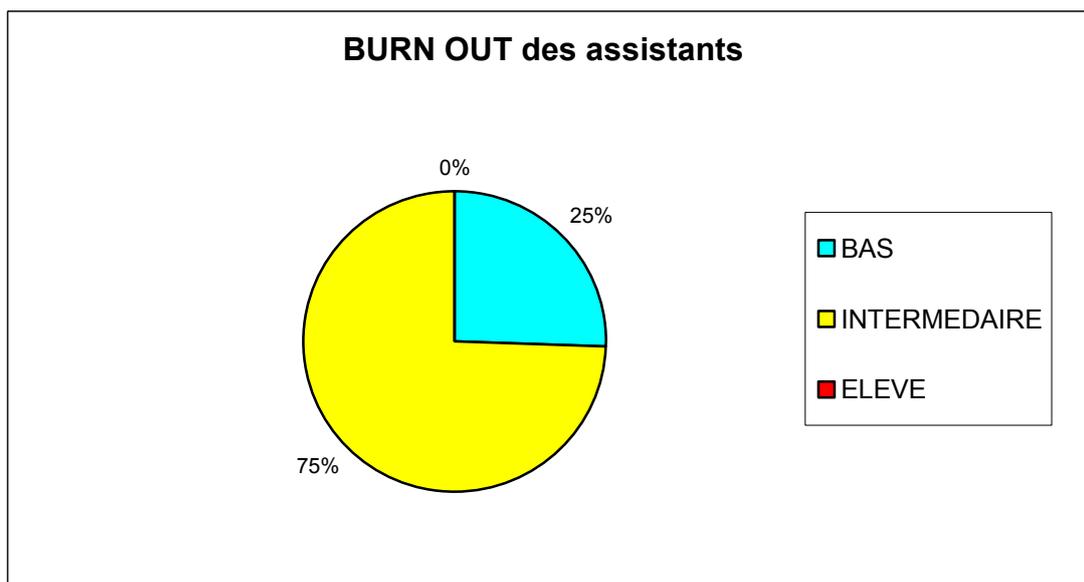
On remarque un fort pourcentage (66,6%) de scores élevés pour la dimension « accomplissement personnel » (soit un faible sentiment d'accomplissement personnel) chez les hommes d'âge supérieur à 60 ans avec ($p < 0,1$).

C. Burn out et distinction Titulaire/Assistant.

On dénombre 133 titulaires dont 70 femmes et 63 hommes ainsi que 55 assistants dont 48 femmes et 7 hommes



n=133/ BAS: n=30/ INTERMEDIAIRE: n=97/ ELEVE: n=6



n=55/ BAS: n=14/ INTERMEDIAIRE: n=41/ ELEVE: n=0

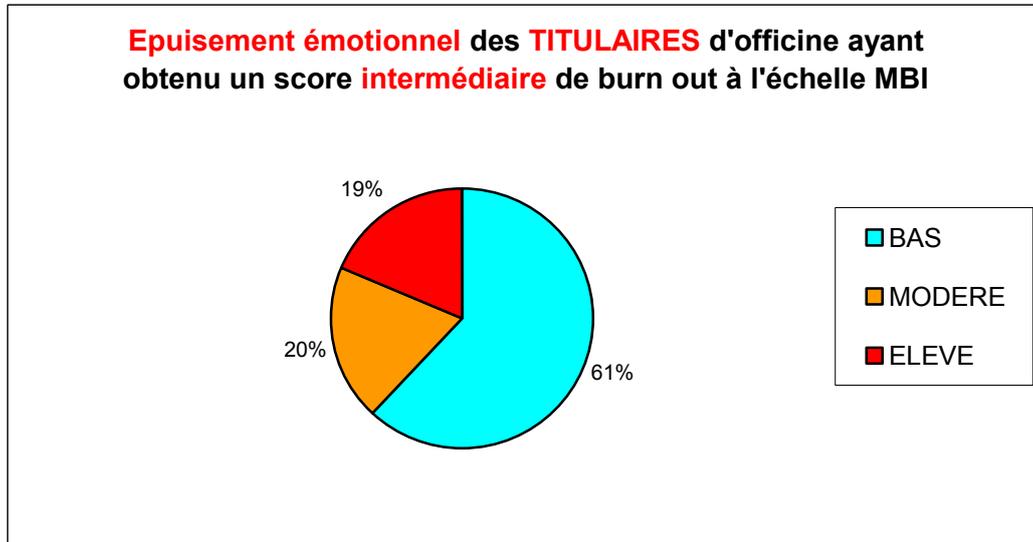
On remarque des scores globaux de burn out FAIBLE quasiment identiques pour les pharmaciens titulaires et les pharmaciens assistants. Les scores intermédiaires sont eux aussi similaires (environ 73%), ce qui impose vu le nombre de pharmaciens concernés (97 titulaires et 41 assistants) de faire une étude des trois dimensions: « épuisement émotionnel », « dépersonnalisation » et « accomplissement personnel » pour ces personnes pour lesquelles il est impossible de conclure.

D'autre part, il faut également remarquer l'absence de score global ELEVE de burn out chez les pharmaciens assistants.

Etude comparative des pharmaciens titulaires et assistants ayant obtenu un score intermédiaire de burn out à l'échelle MBI:

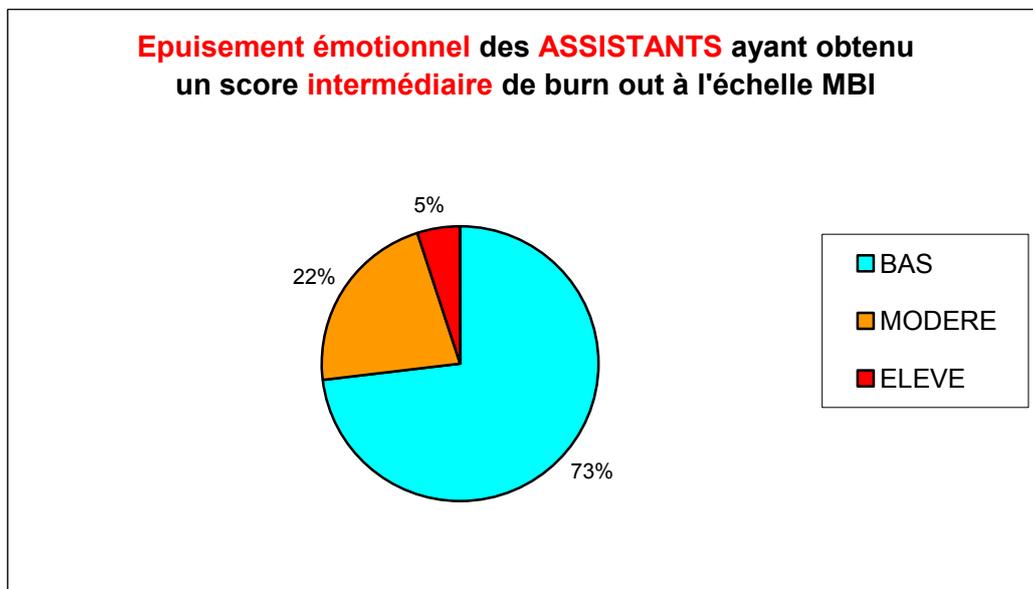
➤ L'épuisement émotionnel:

Titulaires:



n=97/ BAS: n=60/ MODERE: n=19/ ELEVE: n=18

Assistants:

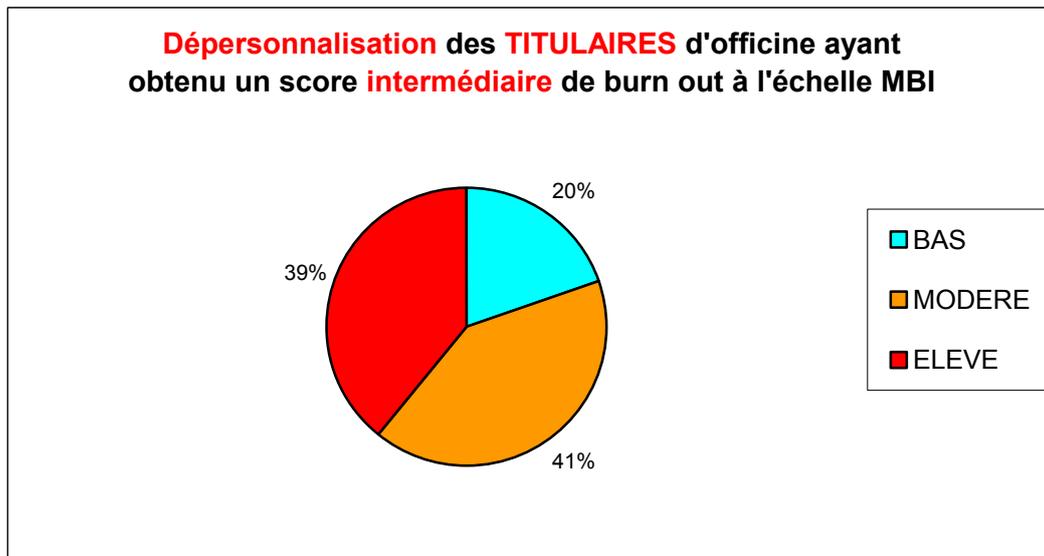


n=41/ BAS: n=30/ MODERE: n=9/ ELEVE: n=2

Les titulaires sont 19% à présenter un degré élevé de burn out pour la dimension « épuisement émotionnel » contre 5% pour les assistants. Cette différence est significative avec ($p < 0,1$).

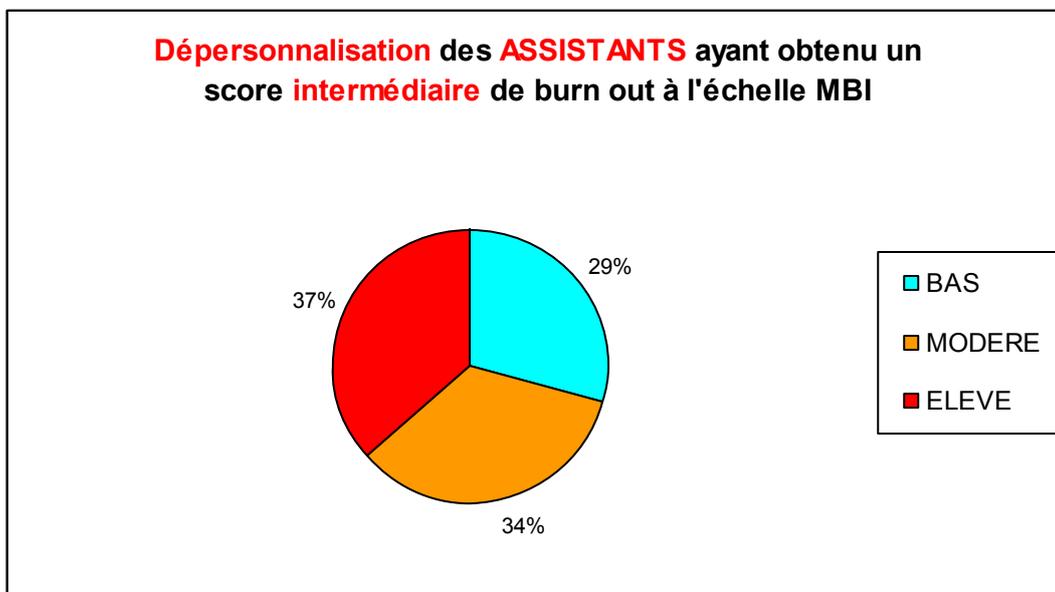
➤ [La dépersonnalisation:](#)

Titulaires:



n=97/ BAS: n=19/ MODERE: n=40/ ELEVE: n=38

Assistants:



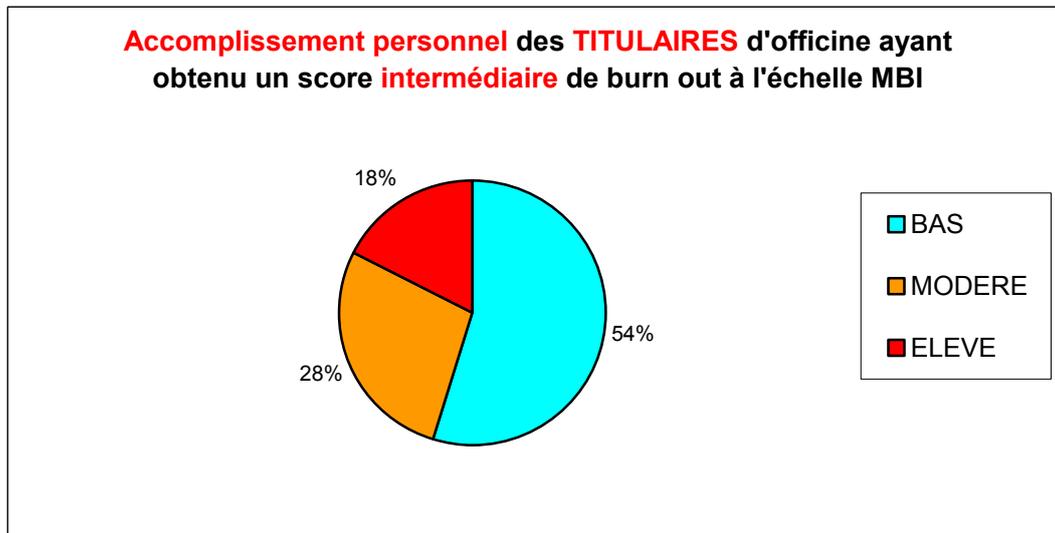
n=41/ BAS: n=12/ MODERE: n=14/ ELEVE: n=15

On observe des forts degrés de dépersonnalisation chez les titulaires (39%) et chez les assistants (37%).

➤ L'accomplissement personnel:

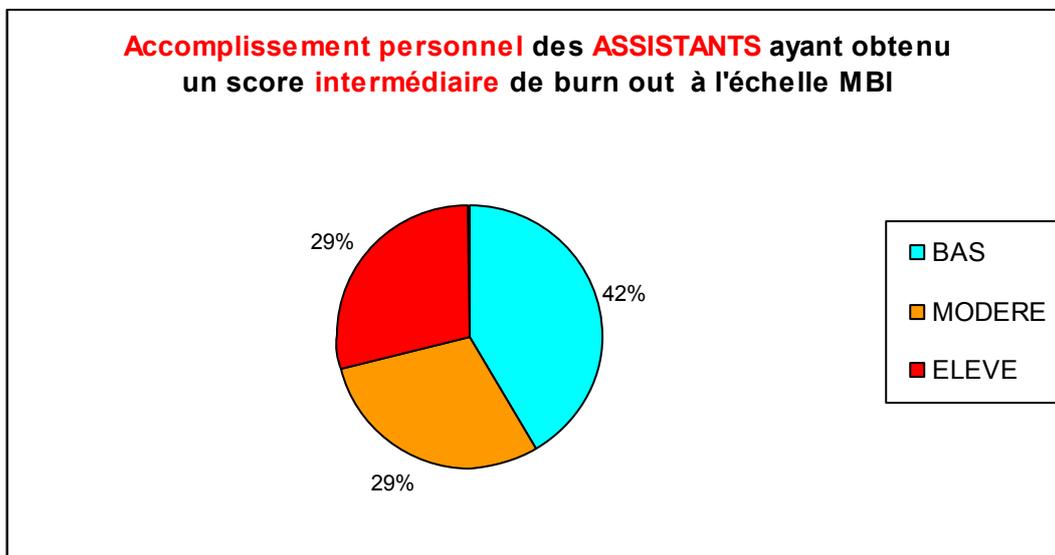
Rappel: Un degré BAS de burn out correspond en fait à un FORT sentiment d'accomplissement personnel

Titulaires:



n=97/ BAS: n=53/ MODERE: n=27/ ELEVE: n=17

Assistants:



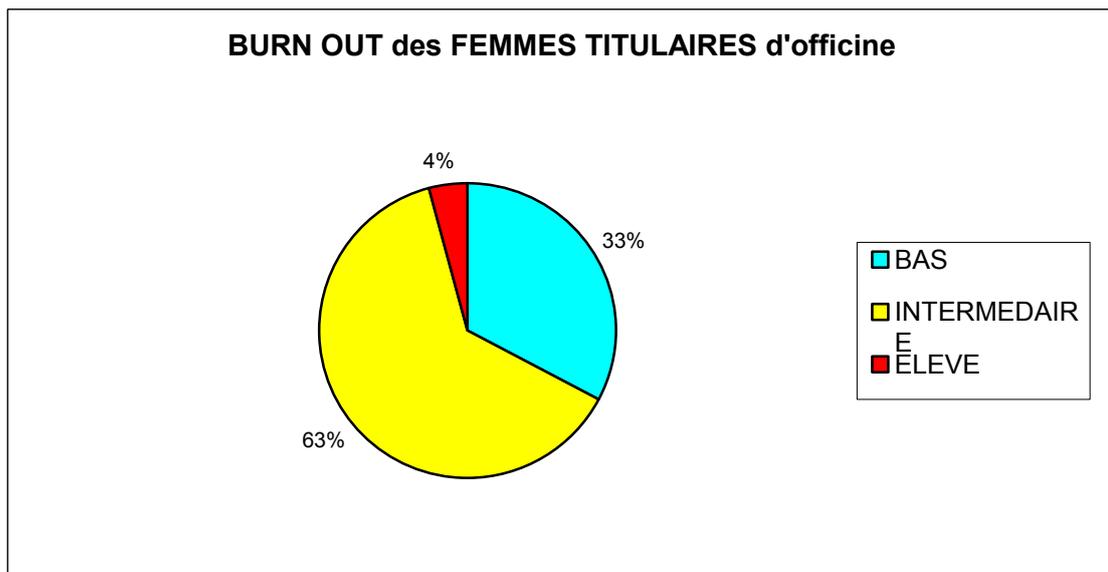
n=41/ BAS: n=17/ MODERE: n=12/ ELEVE: n=12

Le sentiment d'accomplissement personnel est moins fort chez les assistants que chez les titulaires (42% de score bas chez les assistants contre 54% chez les

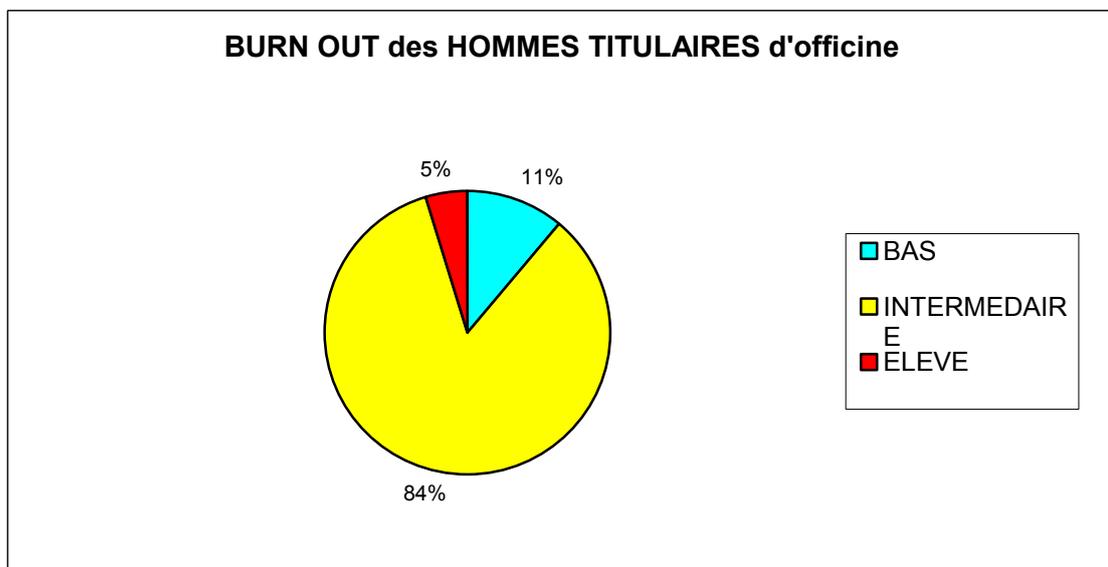
titulaires; 29% de score élevé chez les assistants contre 18% chez les titulaires).
(NS)

Etude du burn out des pharmaciens en fonction du sexe et de leur statut de titulaire ou d'assistant:

➤ Les titulaires:



n=70/ BAS: n=23/ INTERMEDIAIRE: n=44/ ELEVE: n=3

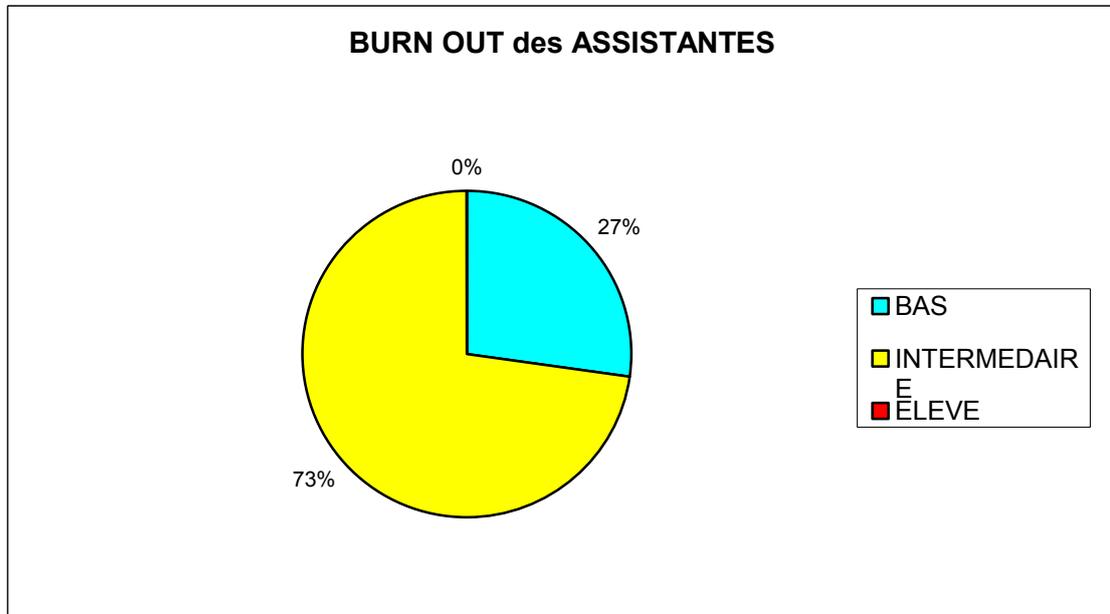


n=63/ BAS: n=7/ INTERMEDIAIRE: n=53/ ELEVE: n=3

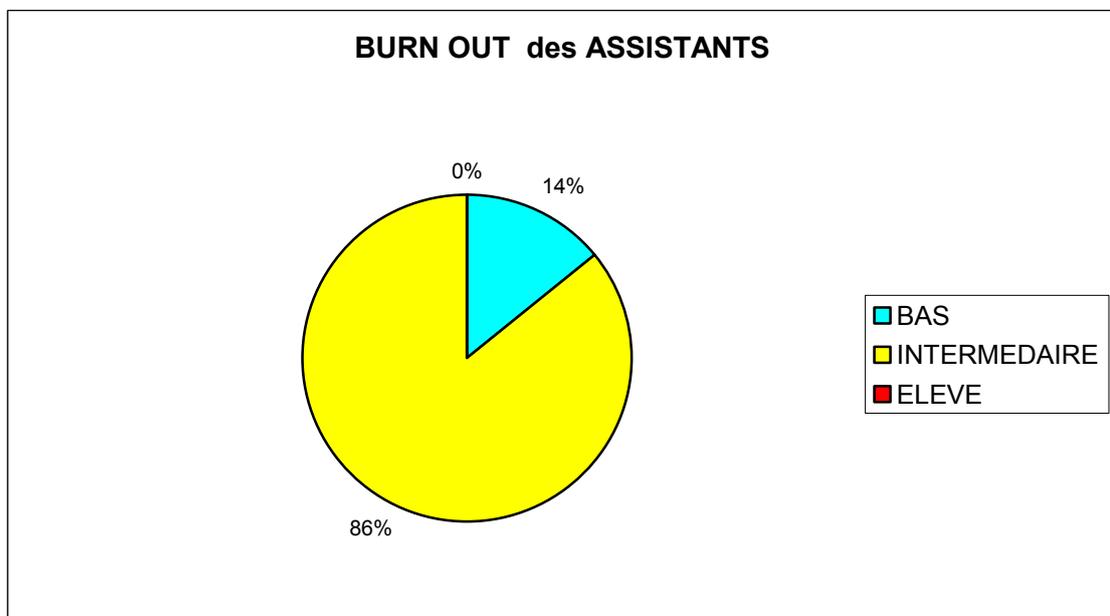
Il y a 3 fois moins de burn out BAS chez les hommes (11%) que chez les femmes (33%) avec une différence significative ($p < 0,05$).

Les scores de burn out ELEVE sont similaires: 5% pour les hommes et 4 % pour les femmes.

➤ Les assistants:



n=48/ BAS: n=13/ INTERMEDIAIRE: n=35/ ELEVE: n=0



n=7/ BAS: n=1/ INTERMEDIAIRE: n=6/ ELEVE: n=0

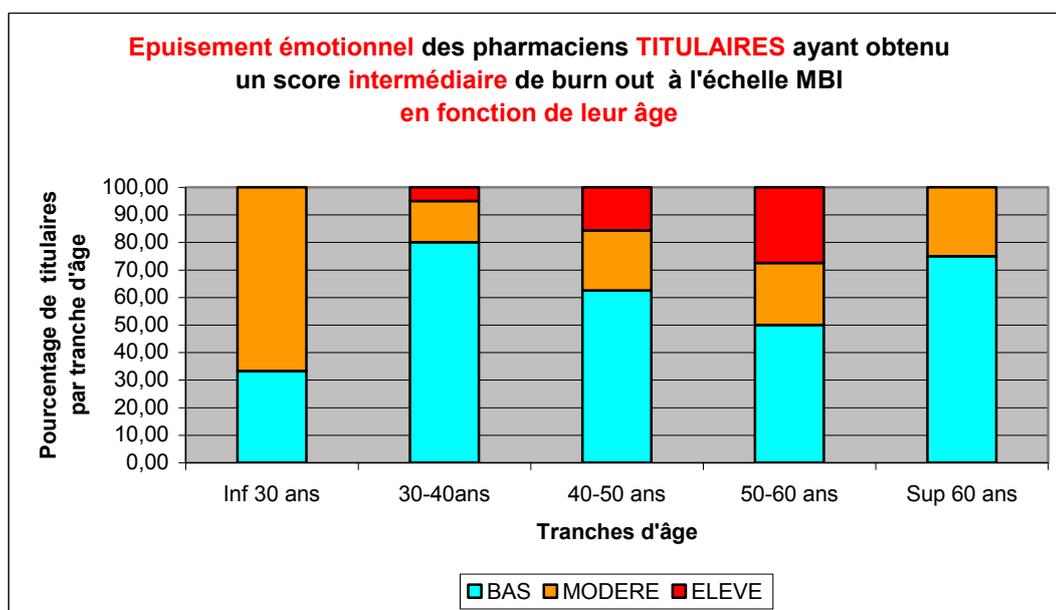
Il y a 2 fois moins de burn out BAS chez les hommes (14%) que chez les femmes (27%). (Non Significatif)

Il n'y a pas de burn out élevé chez les assistants, hommes et femmes confondus.

L'étude du burn out des pharmaciens présentant un score de Burn out complet en fonction de leur âge et de leur statut de titulaire ou d'assistant apporte peu d'information. (Annexe 4)

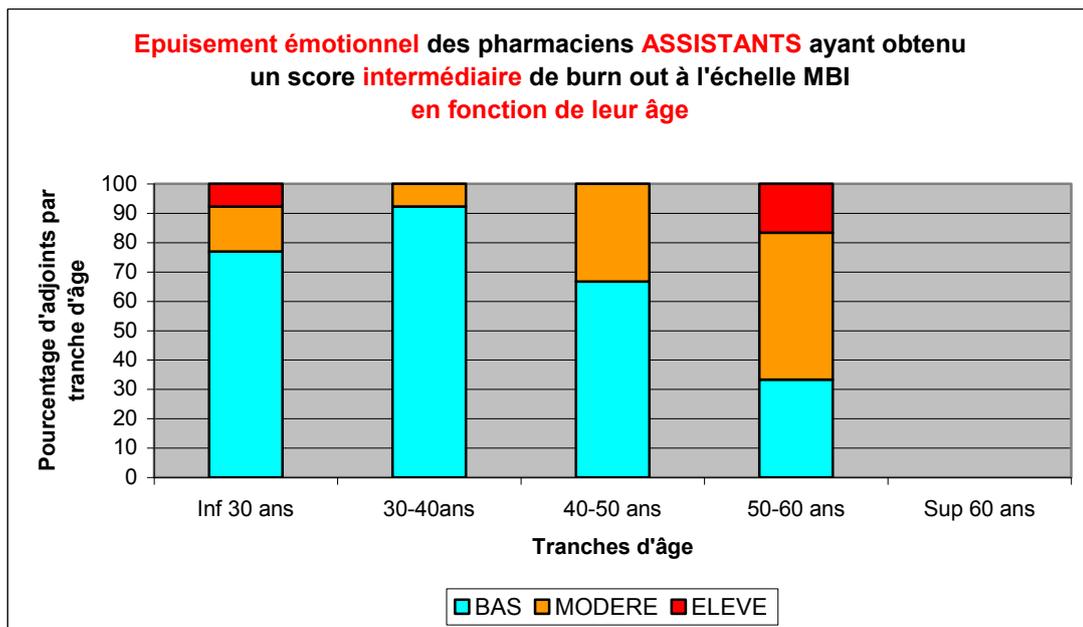
Etude du burn out des pharmaciens ayant obtenu un score intermédiaire à l'échelle MBI en fonction de leur âge et de leur statut de titulaire ou d'assistant:

➤ L'épuisement émotionnel:



n=97/ Inf 30 ans: n=3/ 30-40 ans: n=20/ 40-50 ans: n=32/ 50-60 ans: n=38/

Sup 60 ans: n= 4



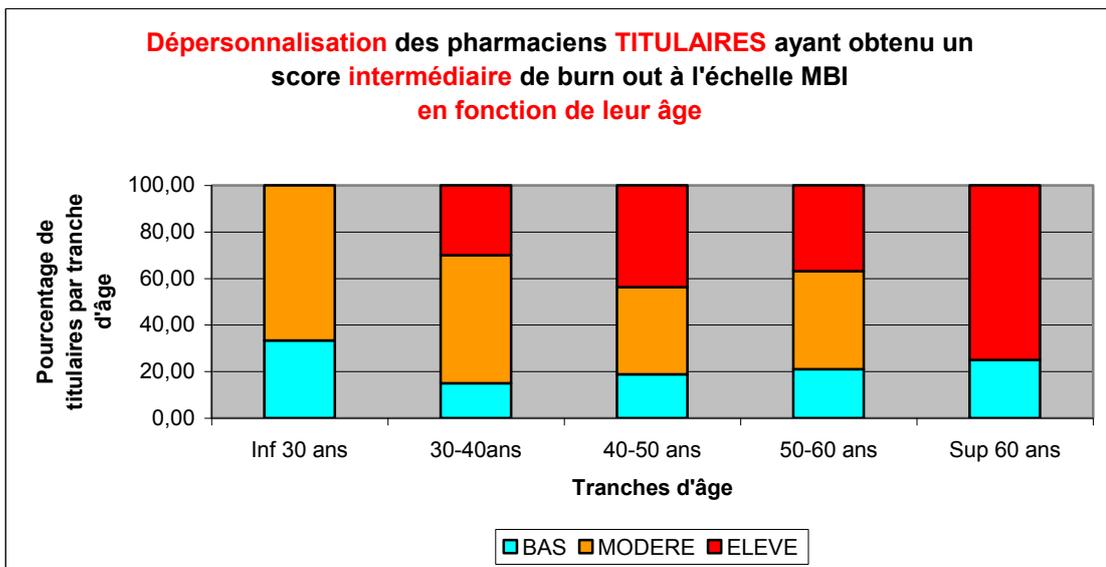
n=41/ Inf 30 ans: n=13/ 30-40 ans: n=13/ 40-50 ans: n=9/ 50-60 ans: n=6/

Sup 60 ans: n= 0

Chez les titulaires, les scores ELEVE de burn out pour la dimension « épuisement émotionnel » apparaissent dès la classe d'âge « 30-40 ans » (5%) et augmentent en proportion de façon croissante avec l'âge (près de 27,5% pour les « 50-60 ans »). (Non Significatif)

Chez les assistants, on note des scores ELEVES de burn out pour cette dimension uniquement pour les classes d'âge « inférieur à 30 ans » (7,7%) et « 50-60 ans » (16,7%) sans différence significative

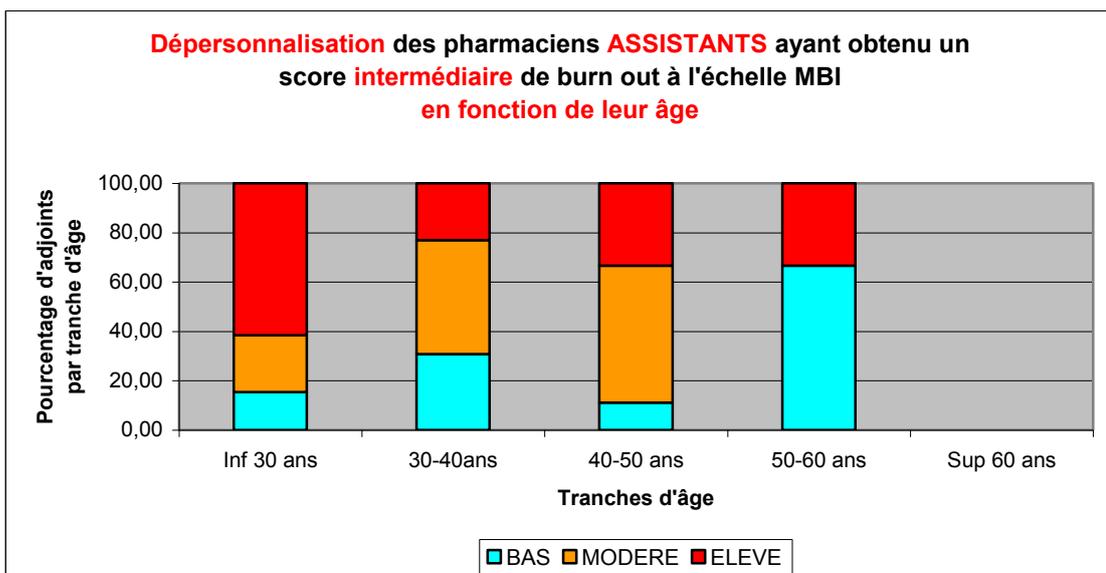
➤ La dépersonnalisation:



n=97/ Inf 30 ans: n=3/ 30-40 ans: n=20/ 40-50 ans: n=32/ 50-60 ans: n=38/
Sup 60 ans: n= 4

On note une forte tendance à la déshumanisation de la relation à l'autre.

On retrouve dès la classe d'âge « 30-40 ans » des scores ELEVES de dépersonnalisation (30%), avec une évolution avec l'âge: «40-50 ans » (43,75%), « 50-60 ans » (36,84%) et un maximum de 75% de scores ELEVES de dépersonnalisation chez les plus de 60 ans. (Pas de différence significative en fonction de l'âge)

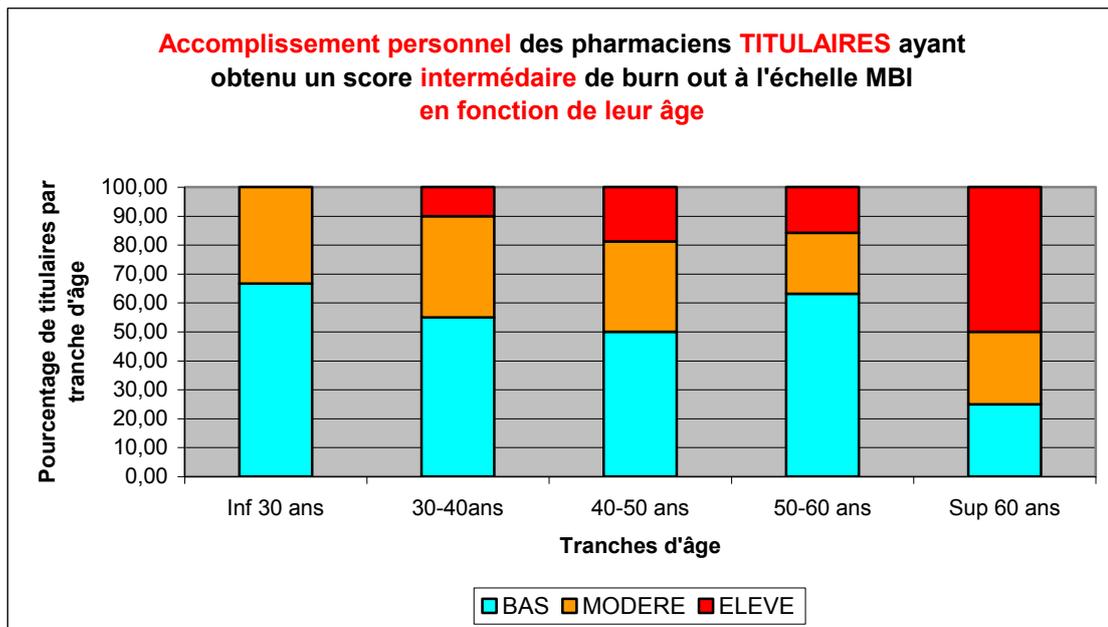


n=41/ Inf 30 ans: n=13/ 30-40 ans: n=13/ 40-50 ans: n=9/ 50-60 ans: n=6/
Sup 60 ans: n= 0

On observe un maximum de scores BAS de dépersonnalisation (66,67%) pour les pharmaciens d'âge compris entre 50 et 60 ans. (Significatif avec $p < 0,1$).

➤ L'accomplissement personnel:

Rappel: un degré BAS pour la dimension « accomplissement personnel » correspond en fait à un FORT sentiment d'accomplissement personnel.

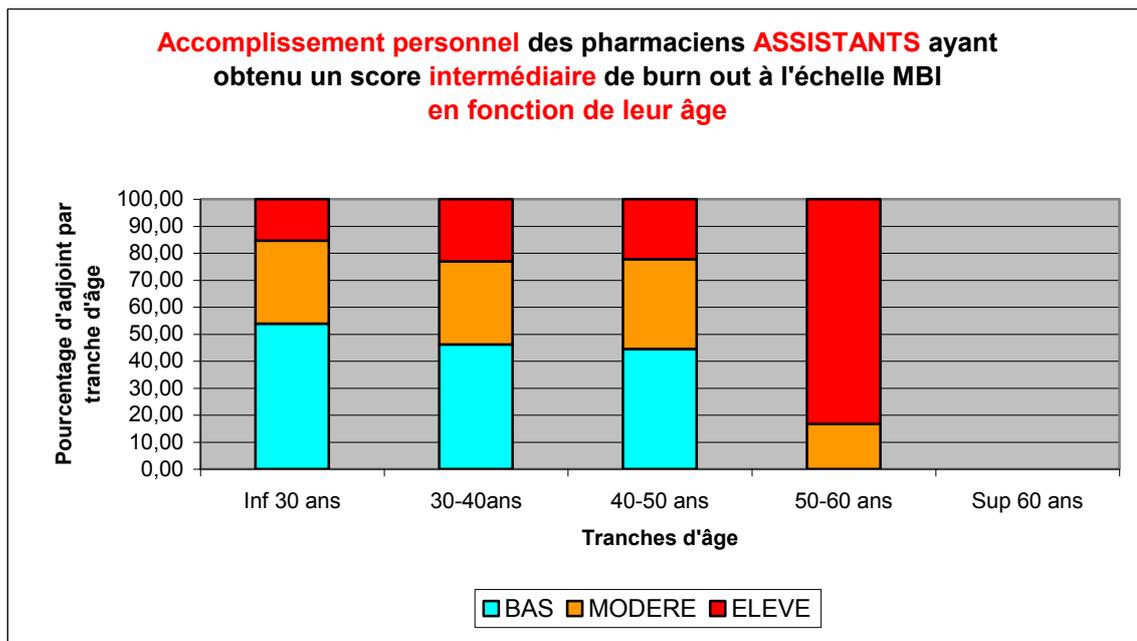


n=97/ Inf 30 ans: n=3/ 30-40 ans: n=20/ 40-50 ans: n=32/ 50-60 ans: n=38/

Sup 60 ans: n= 4

On observe un fort sentiment d'accomplissement personnel chez les titulaires ayant obtenu un score intermédiaire de burn out à l'échelle MBI. Néanmoins il y a tendance à diminuer avec l'âge. En effet, les scores BAS de burn out pour la dimension « accomplissement personnel » diminuent: « inférieur à 30 ans » (66,67%), « 30-40 ans » (55%), « 40-50 ans » (50%), « 50-60 ans » (63%) et « supérieur à 60 ans » (25%).

Le plus faible sentiment d'accomplissement personnel est celui des pharmaciens titulaires des tranches d'âge les plus élevées (significatif avec $p < 0,1$).



n=41/ Inf 30 ans: n=13/ 30-40 ans: n=13/ 40-50 ans: n=9/ 50-60 ans: n=6/
 Sup 60 ans: n= 0

On observe également un fort sentiment d'accomplissement personnel chez les assistants ayant obtenu un score intermédiaire de burn out à l'échelle MBI.

Il y a un maximum de score BAS pour cette dimension du burn out chez les assistant d'âge « inférieur à 30 ans » (53,85%).

Les plus de 50 ans présentent un score ELEVE très important (83,33%) soit un faible sentiment d'accomplissement personnel (significatif avec $p < 0,05$).

D. Burn out des Titulaires: association/exploitation en tant que seul pharmacien

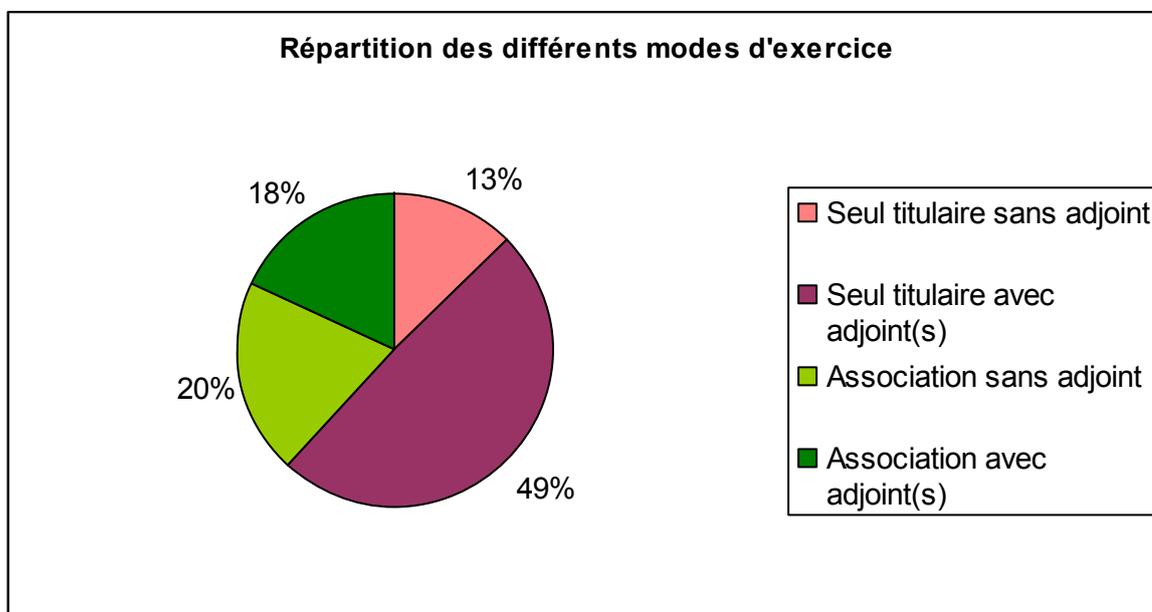
Le but est de savoir si le fait d'exploiter sa pharmacie en tant que seul titulaire ou en tant qu'associés, avec ou sans assistant, influe sur les scores de burn out.

Il y a 133 titulaires d'officine dont 82 pharmaciens seuls titulaires de leur officine et 51 titulaires en association.

Parmi les 82 pharmaciens seuls titulaires de leur officine avec un sex ratio 40/42.

Ils sont 65 à employer un ou plusieurs assistants (sex ratio 33/32).

Parmi les 51 titulaires exploitant leur officine en association avec un sex ratio 23/28. Ils sont 24 à employer un ou plusieurs assistants (sex ratio 9/15).

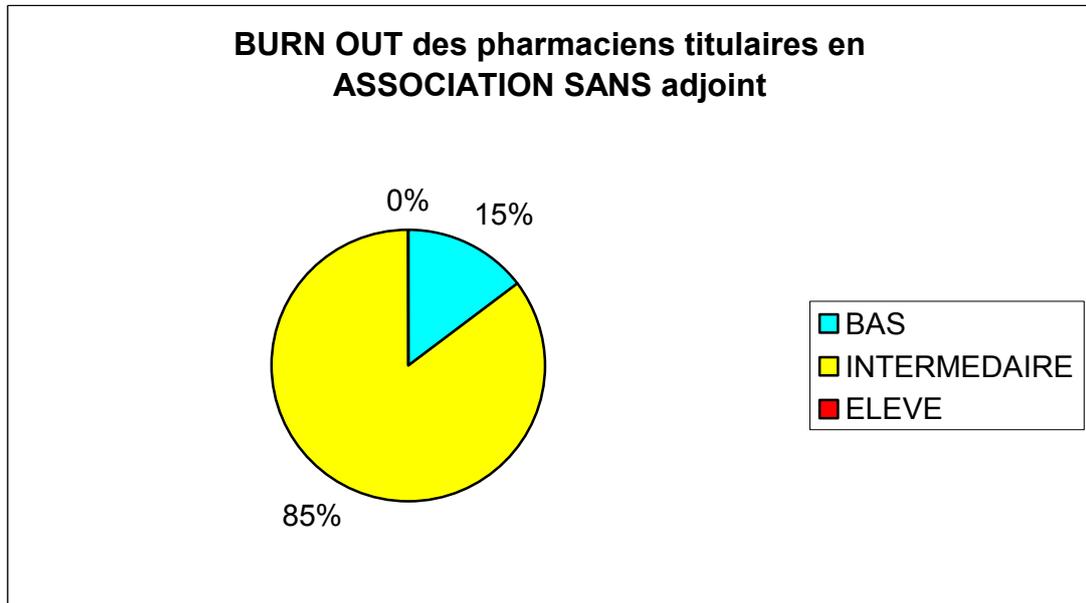


n=133/ Seul titulaire sans adjoint: n=17/ Seul titulaire avec adjoint(s): n=65/

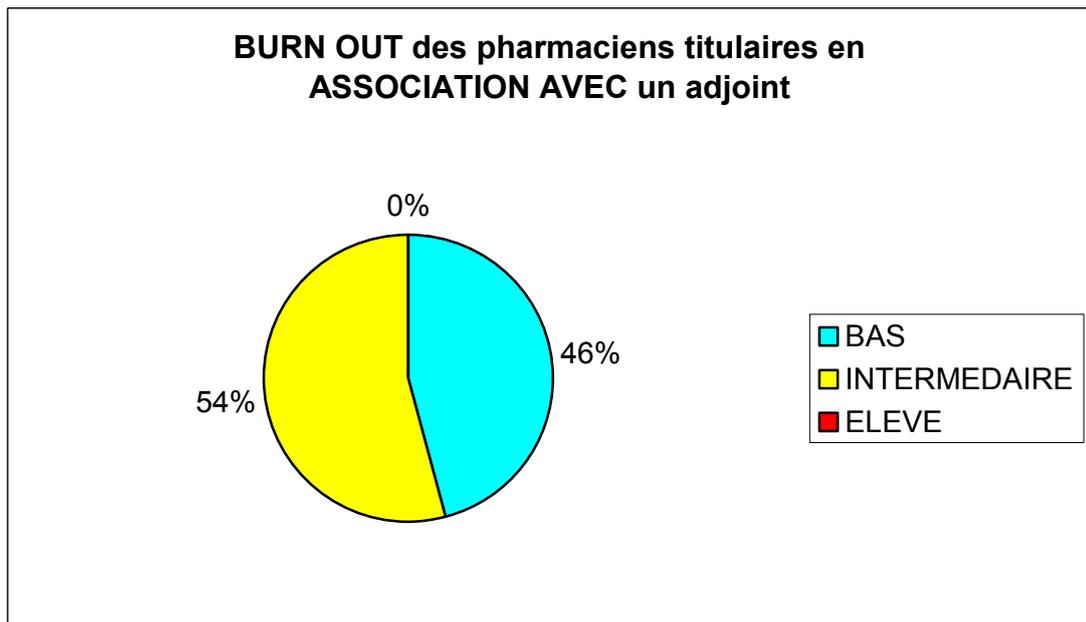
Association sans adjoint: n=27/ Association avec adjoint(s): n=24

Etude du burn out en fonction des différents modes d'exercice:

➤ Pharmaciens titulaires exerçant en association :

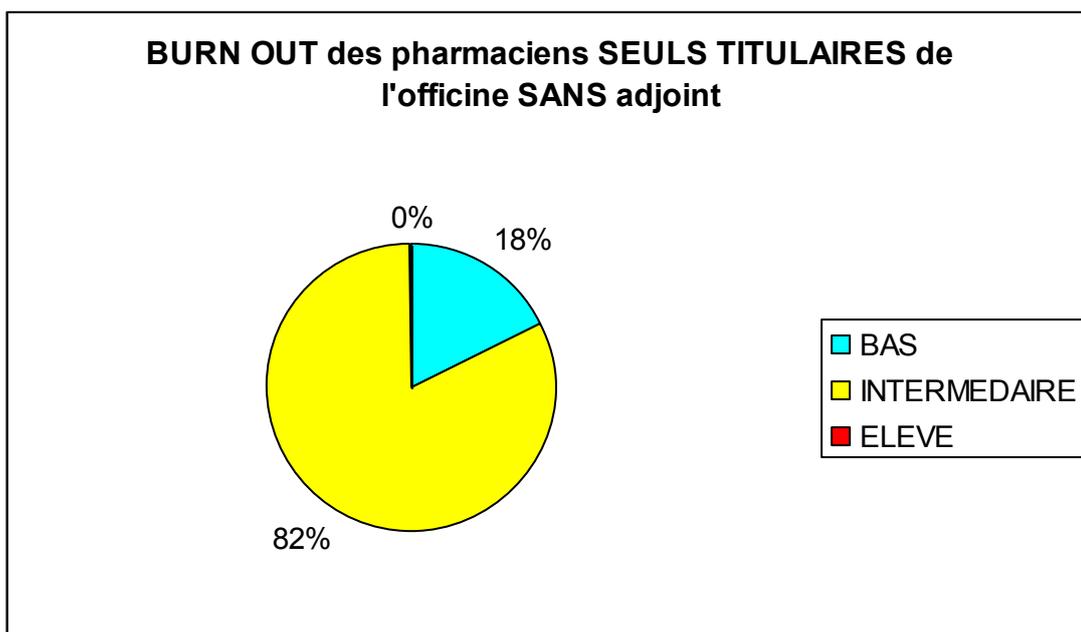


n=27/ BAS: n=4/ INTERMEDIAIRE: n=23/ ELEVE: n=0

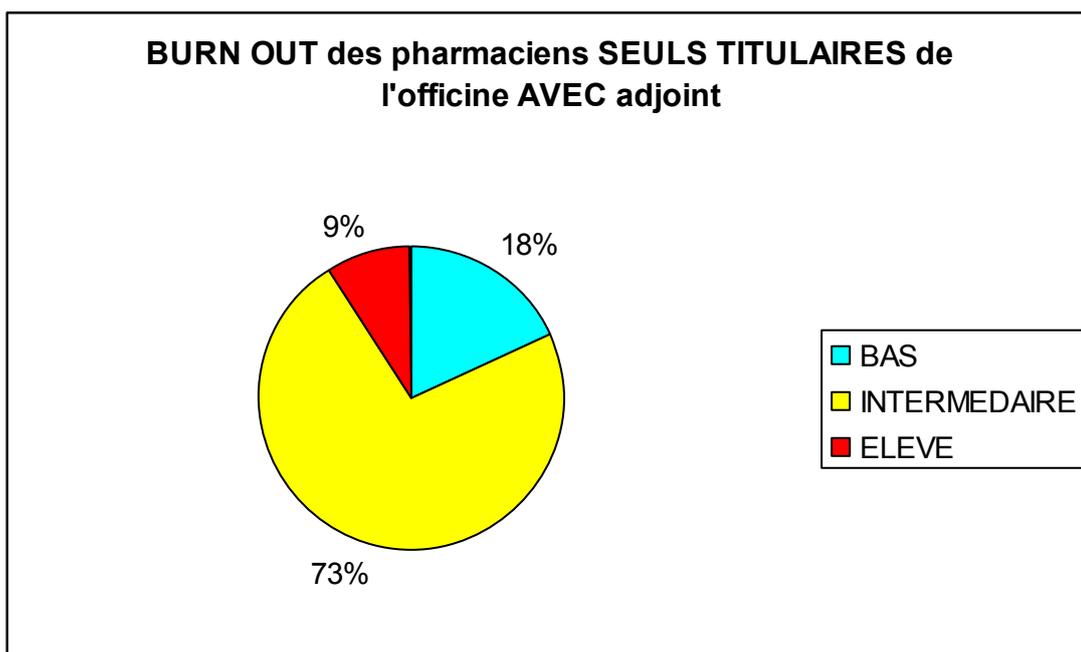


n=24/ BAS: n=11/ INTERMEDIAIRE: n=13/ ELEVE: n=0

➤ Pharmaciens seuls titulaires de l'officine:



n=17/ BAS: n=3/ INTERMEDIAIRE: n=14/ ELEVE: n=0



n=65/ BAS: n=12/ INTERMEDIAIRE: n=47/ ELEVE: n=6

Le mode d'exercice lié aux scores les plus faibles de burn out est l'association avec assistant (46%) (Significatif avec $p < 0,05$).

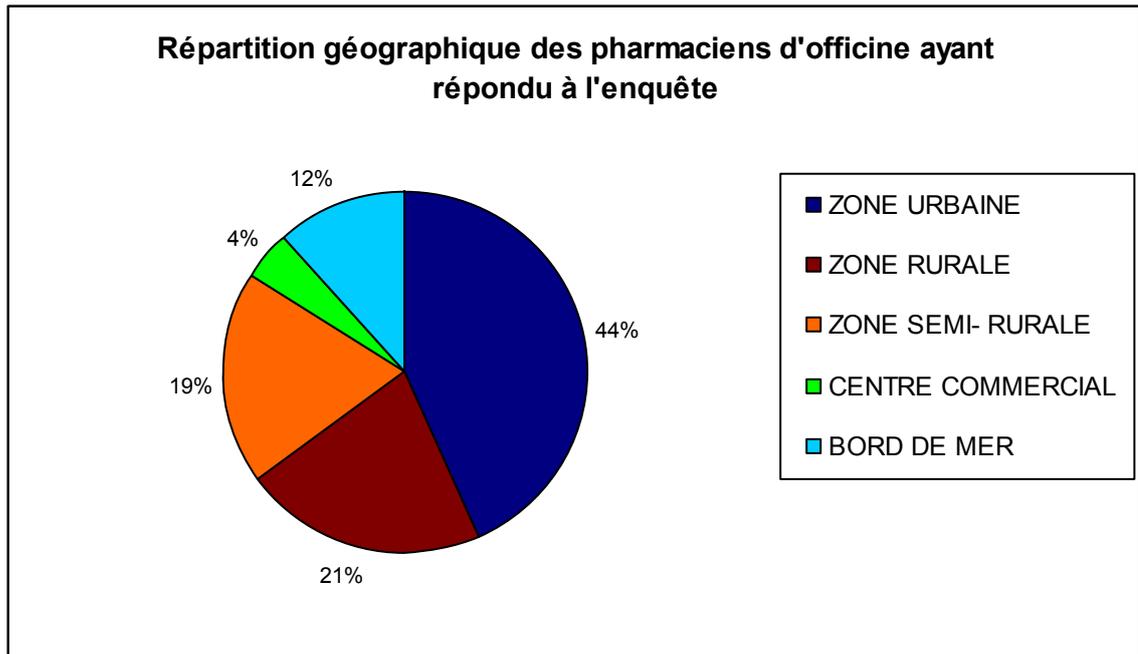
Le mode d'exercice lié aux scores les plus élevés de burn out est l'exercice en tant que seul titulaire avec adjoint (9%) (Significatif avec $p < 0,1$).

Dans l'ensemble, le burn out est très lié au mode d'exercice ($p < 0,05$).

E. Burn out et répartition géographique des officines

Le but est de savoir si la localisation de l'officine influe sur le burn out des pharmaciens.

Répartition géographique des pharmaciens d'officine:



n=187/ ZONE URBAINE: n=81/ ZONE RURALE: n=40/

ZONE SEMI RURALE: n=36/ CENTRE COMMERCIAL: n=8/

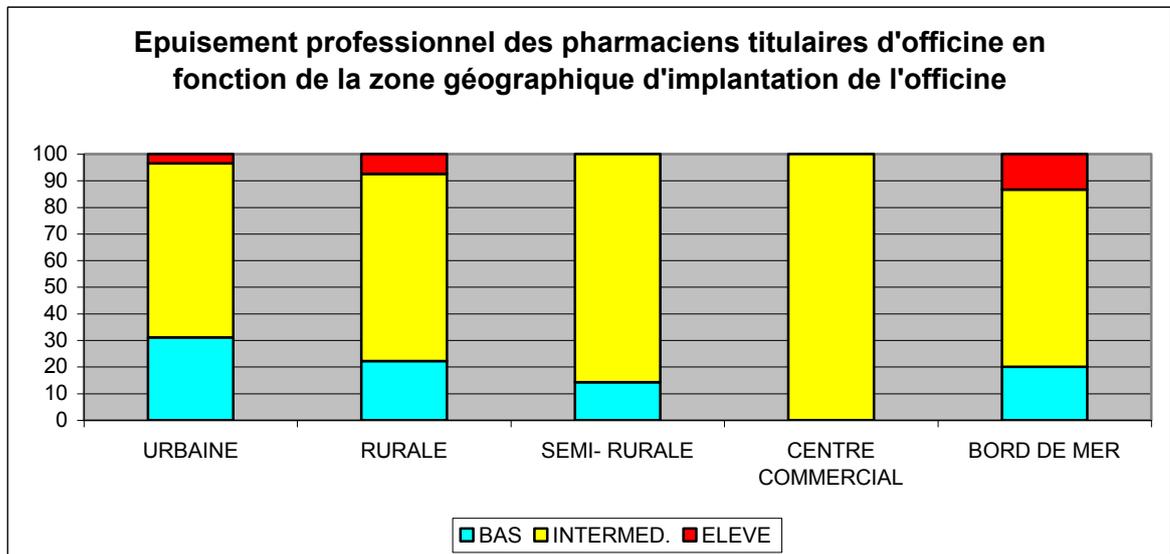
BORD DE MER: n=22

n=187 car un homme titulaire n'a pas répondu à la question concernant la localisation de l'officine.

Les pharmaciens sont 44% à exercer en zone urbaine, 21% en zone rurale, 19% en zone semi rurale, 12% au bord de la mer et 4% en centre commercial.

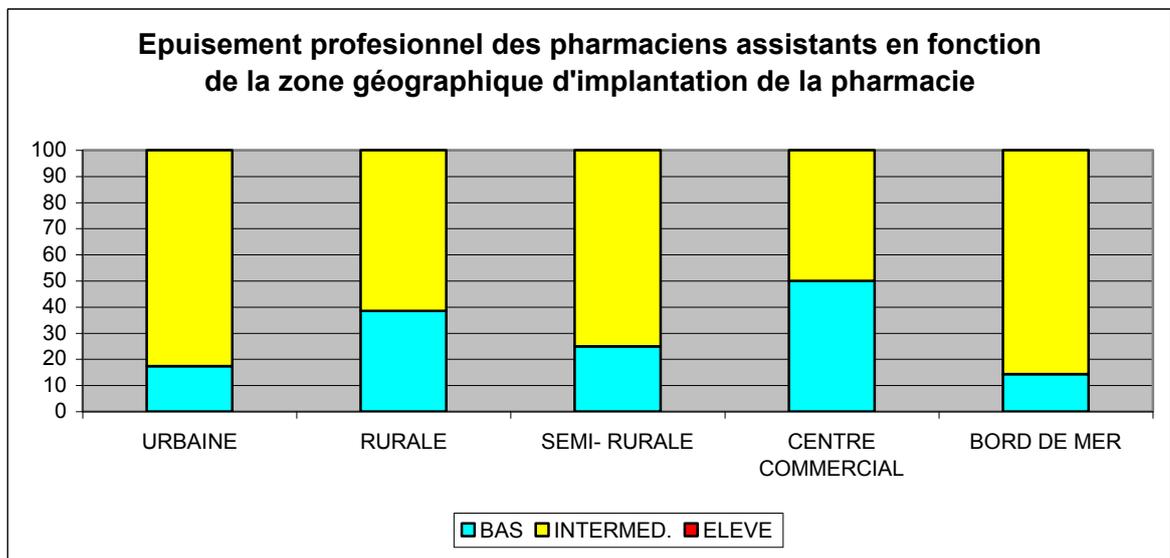
Etude du burn out en fonction de la zone géographique d'activité:

➤ Pharmaciens titulaires:



n=132

➤ Pharmaciens assistants:



n=55

La répartition géographique n'est pas très liée au burn out. On note juste un burn out plus élevé pour les pharmaciens titulaires travaillant au bord de la mer (significatif avec $p < 0,1$).

V. RESULTATS DU QUESTIONNAIRE

A. Les pharmaciens titulaires

a. Questions générales

152 questionnaires ont été exploités.

Globalement sur les 152 pharmaciens, 55% des pharmaciens conseilleraient ce métier à leurs enfants. Parmi eux 13,16% ont des parents pharmaciens.

Concernant les aspects importants du « travail en général » énumérés, 82% des pharmaciens interrogés pensent que:

- rencontrer des gens,
- se sentir utile au travail,
- avoir des horaires qui laissent du temps pour soi et pour sa famille,
- et avoir une grande liberté au travail,

sont quatre aspects importants.

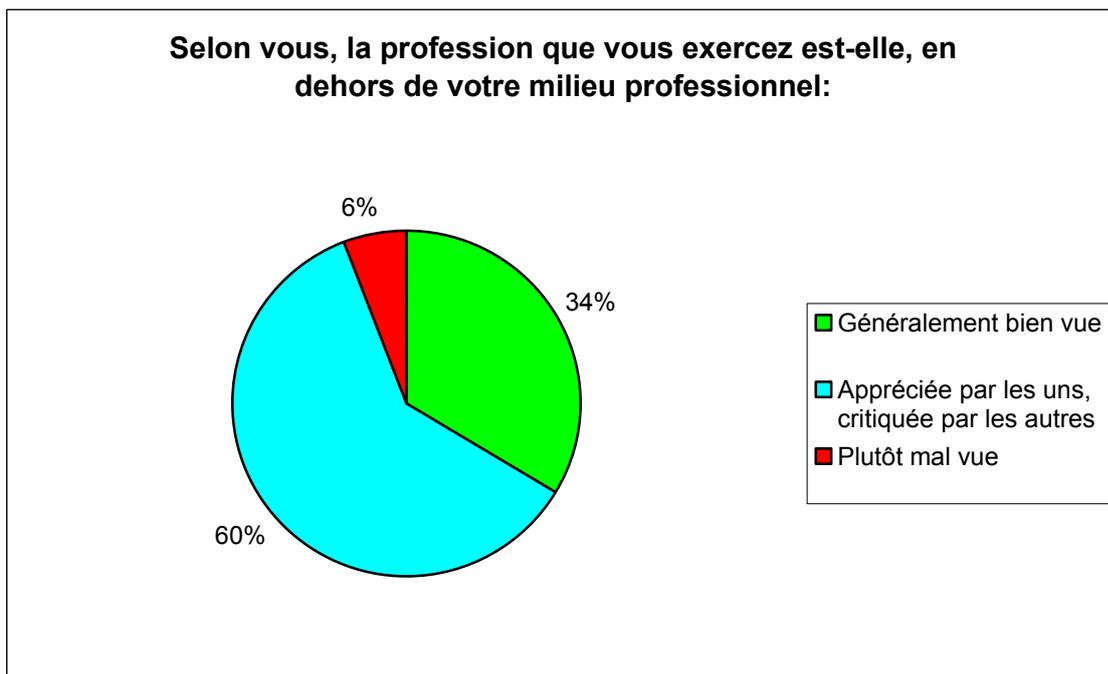
Les pharmaciens pensent à 31,5% que la profession correspond à ces 4 critères réunis.

Près de 68,5% des pharmaciens remettent en cause le fait d'avoir des horaires qui laissent du temps pour soi et pour sa famille et le fait d'avoir une grande liberté dans le travail.

Environ 38 % des pharmaciens titulaires interrogés déclarent avoir l'occasion des faire des choses, sur leurs heures de travail, qui leur plaisent et qu'ils ne pourraient pas faire ailleurs comme :

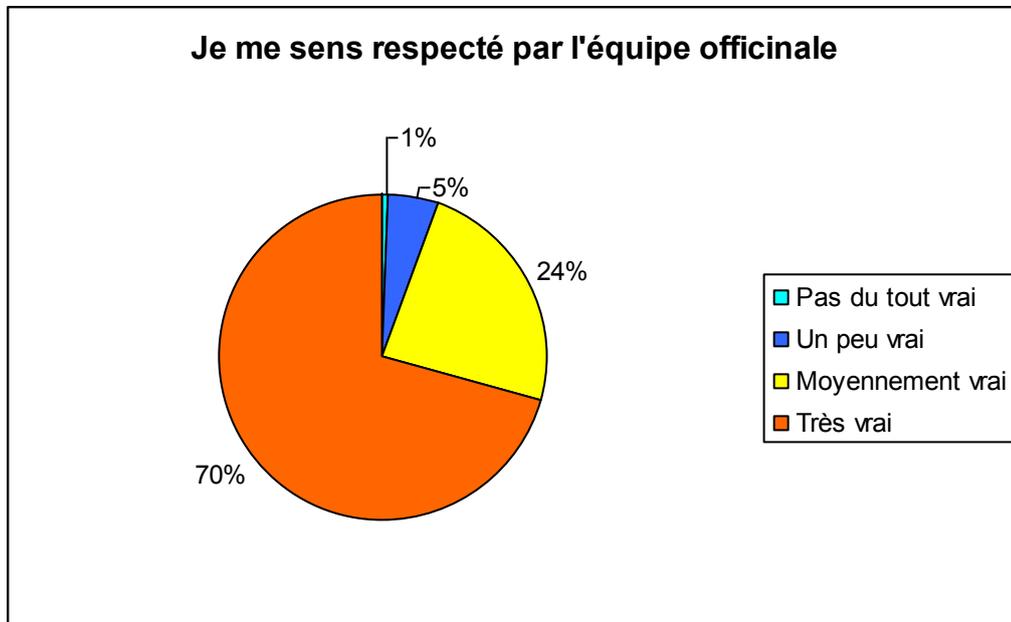
- la discussion avec les clients/patients. La notion d'apporter de l'aide à sa clientèle, de rendre service, est importante et source de satisfaction : « écouter, remonter le moral des gens et les faire sourire »
- la possibilité de pouvoir manager une équipe, de prendre des décisions, d'être autonome dans l'exercice de sa profession.

- La formation personnelle: la possibilité à l'officine de lire des revues professionnelles et, par la même, de mettre à jour ses connaissances.
- L'utilisation de l'informatique et d'Internet
- Des activités plus personnelles: conseiller municipal, rendre visite à quelqu'un de sa famille sur ses heures de travail, organiser ses vacances...



b. Les sources de stress

1. La gestion du personnel et management



- Les pharmaciens titulaires qui emploient un assistant répondent à 90,6% que le fait d'avoir un assistant permet d'avoir une meilleure qualité de vie. Pour les 9,4% qui répondent qu'employer un assistant ne permet pas d'avoir une meilleure qualité de vie, c'est le fait de ne pas pouvoir compter sur son assistant qui fait que d'en avoir un n'apporte pas une meilleure qualité de vie.
- Ils sont 92,7% à affirmer que leur assistant est quelqu'un sur qui ils peuvent compter.
- Ils sont également 26% à déclarer qu'embaucher un assistant peut présenter des inconvénients. Ceux qui sont mis en avant sont:
 - Le coût financier élevé pour l'entreprise, la diminution parfois du salaire du titulaire
 - La masse salariale alourdie au détriment d'autres emplois Brevet de Préparateur

- Les divergences de point de vue sur les méthodes de travail ;d'autant que pour l'assistant l'investissement au travail n'est pas le même du fait de son statut de salarié, le manque de motivation.
- « cela reste un employé », « un employé est toujours une source d'erreur »

Environ quarante cinq pour cent des pharmaciens (45,52%) déclarent qu'il leur arrive parfois d'avoir des relations difficiles avec leurs employés.

A la question ouverte: *citez les 5 principales sources de stress auxquelles vous êtes soumis(e)*, certains pharmaciens ont détaillé les problèmes qu'ils rencontrent dans la gestion de leur personnel. Ils évoquent :

- La gestion des contrats de travail
- La gestion des 35 heures, des RTT, des congés payés
- Les absences imprévues, les congés maternité
- La gestion des humeurs du personnel et les conflits au sein de l'équipe.

2. « Le stress financier »

Les pharmaciens sondés évoquent :

- La baisse des marges
- Leurs difficultés financières
- Les problèmes de trésorerie en fin de mois
- La pression de leur banque
- Les échéances des prêts, les doutes de pouvoir payer les traites en fin de mois
- De façon moins dramatique: les simples erreurs de caisse en fin de journée.
- Les erreurs de comptabilité

La rémunération a été un critère de choix de cette profession pour 27% des pharmaciens. Parmi ceux là, 53% pensaient gagner plus d'argent que ce qu'ils n'en gagnent réellement.

Pour ceux pour qui la rémunération n'était pas un critère de choix de la profession, 35% pensaient gagner plus d'argent en exerçant ce métier.

La rémunération n'est pas à la hauteur du travail fourni pour 52,11% des pharmaciens.

Cette rémunération leur permet de vivre comme ils le souhaitent dans 68,30% des cas.

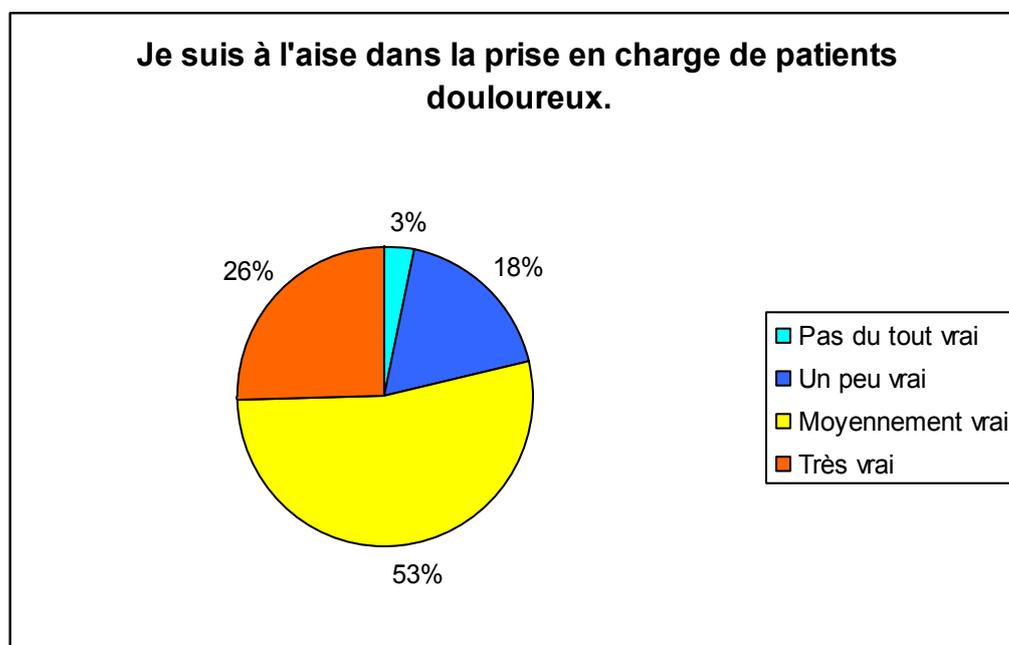
3. La clientèle

Les pharmaciens trouvent le contact avec la clientèle facile en général dans 94,59% des cas ; 99,34% pensent que les clients ont confiance en leur pharmacien et en ses conseils.

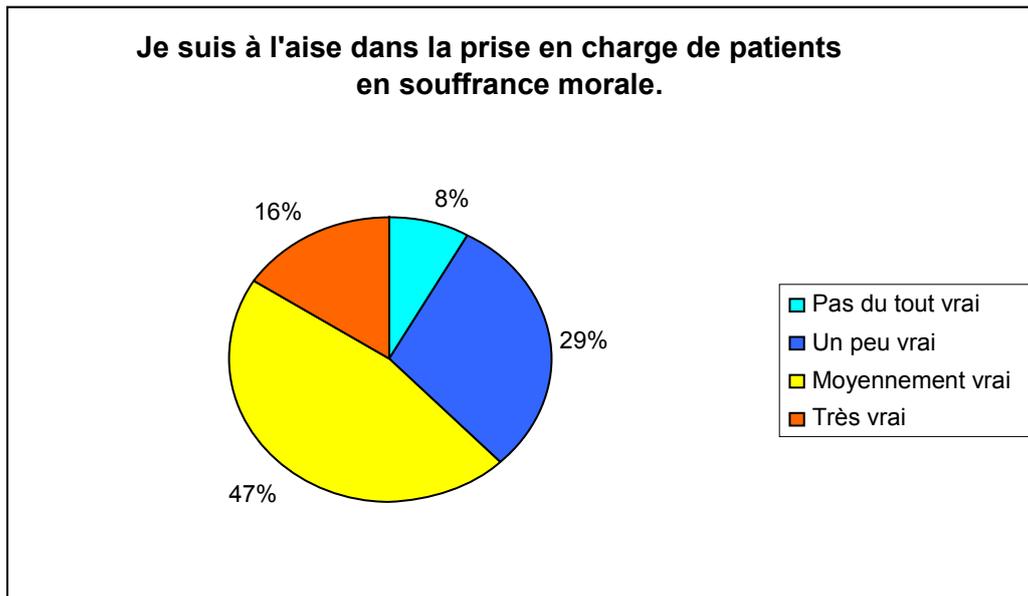
Face à des clients désagréables, 60% des pharmaciens trouvent pesant, au quotidien, de rester aimable.

Les prises en charge difficiles :

- patients douloureux :

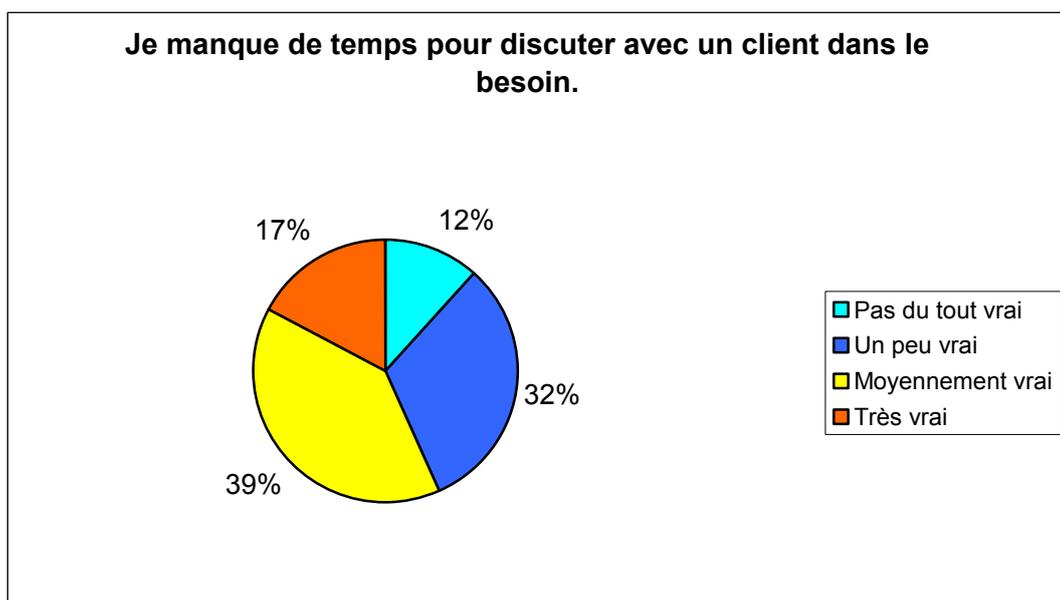


- patients en souffrance morale :

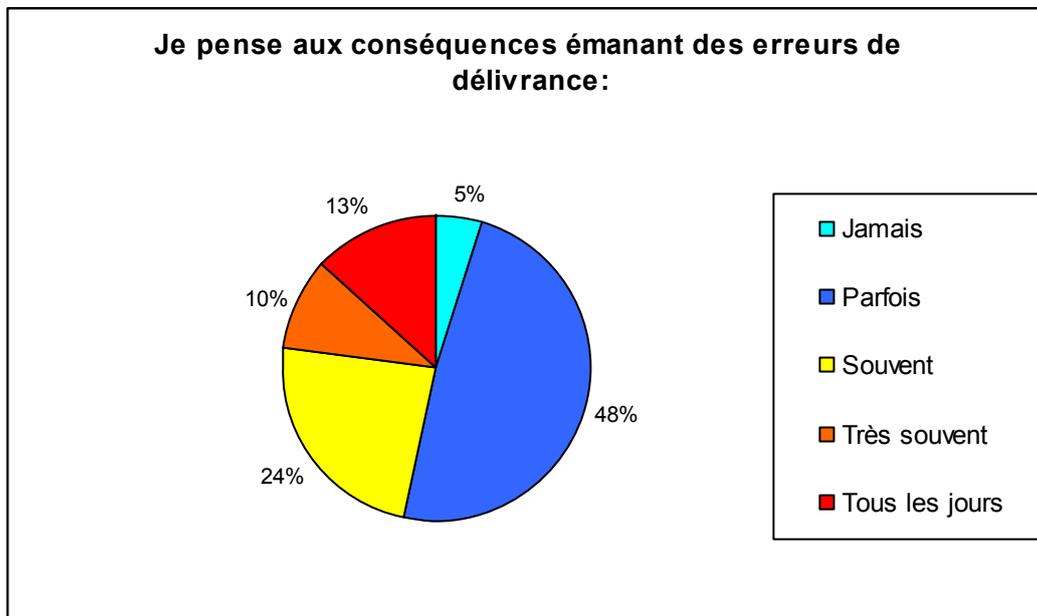


Les pharmaciens évoquent également dans la question ouverte 21 (*citez les 5 principales sources de stress auxquelles vous êtes soumis(e)*) d'autres prises en charge difficiles comme celles des patients drogués ou violents. De même, à moindre échelle, des catégories de clients plus difficiles sont mis en avant par quelques sondés : les clients bénéficiant de la CMU ou les clients affiliés à la MGEN.

L'affluence des clients par flux semble également être source de stress pour certains.



4. La délivrance de certains médicaments et crainte de l'erreur de délivrance



Treize pour cent (13%) des pharmaciens pensent tous les jours aux conséquences émanant des erreurs de délivrance (conséquences sur la santé du patient, risques juridiques encourus...)

En tout, 47% y pensent souvent.

Hormis, les erreurs de délivrance, certaines ordonnances sont sources de stress :

- Les ordonnances avec des médicaments hors AMM
- Les ordonnances de METHADONE ou de SUBUTEX (relation au client difficile)
- Les ordonnances de médicaments stupéfiants en général
- Les ordonnances complexes où le pharmacien a peur de ne pas voir les erreurs, les interactions éventuelles....
- Les sorties de la réserve hospitalière : les médicaments sont souvent peu connus en officine
- Les préparations magistrales complexes
- Les ordonnances inhabituelles en général.

5. Le rythme soutenu et les horaires de travail important

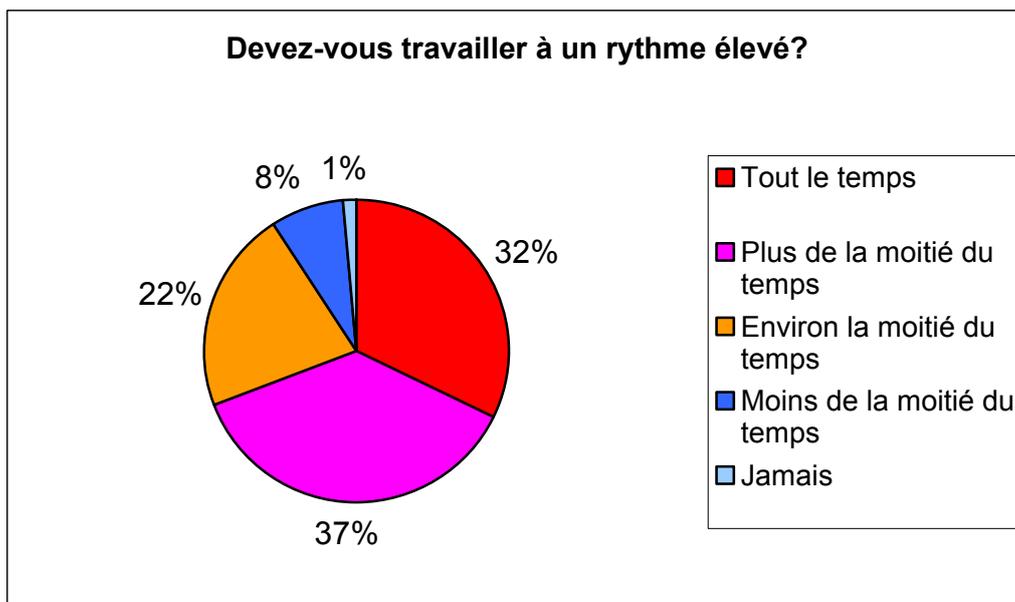
Un pharmacien titulaire travaille en moyenne 48 heures/semaine. (Calcul effectué à partir des 152 réponses)

- *Variation du nombre d'heures hebdomadaire travaillées en fonction du sexe.*

Les femmes travaillent en moyenne 44,47 heures/semaine; 51,63heures/semaine pour les hommes.

- *Variation du nombre d'heures hebdomadaires travaillées en fonction du mode d'exploitation de l'officine: exploitation seul ou en association.*

Dans les pharmacies où il y a 2 diplômés, un pharmacien qui exploite l'officine en association travaille en moyenne 42,71 heures/semaine et un pharmacien seul titulaire qui emploie un adjoint travaille en moyenne 50,50 heures/semaine.



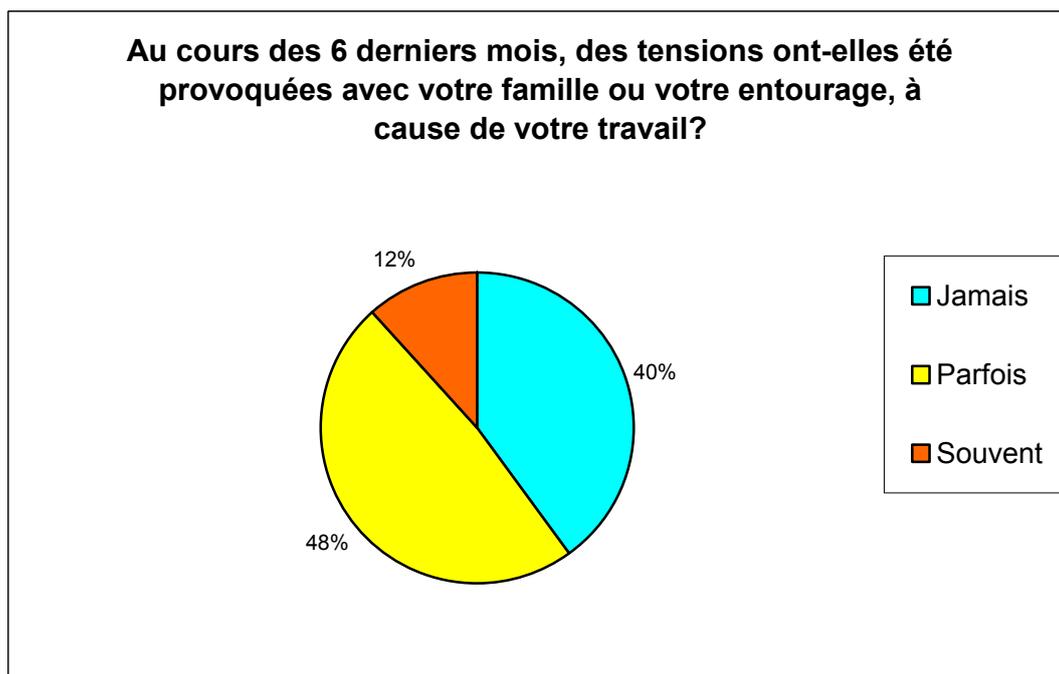
Soixante neuf pour cent (69%) des pharmaciens déclarent travailler à un rythme soutenu plus de la moitié du temps dont 32% en permanence.

Les femmes pensent à 54,43% que les horaires sont compatibles avec leur vie de famille. Les hommes sont 39,73% à le penser.

Hommes et femmes confondus, 52,63% des pharmaciens déclarent que les horaires liés à leur activité ne sont pas compatibles avec leur vie de famille et leurs activités extraprofessionnelles.

Parmi eux:

- 4 sont en burn out élevé. Elles travaillent en tant que seules titulaires tout en ayant un assistant.
- 43 présentent un score intermédiaire de burn out
- 13 n'ont pas d'échelle MBI exploitable.
- 9 travaillent en bord de mer.



Quarante huit pour cent (48%) des pharmaciens titulaires interrogés déclarent que leur travail peut parfois provoquer des tensions familiales et 12% vont même jusqu'à dire que des tensions sont souvent provoquées avec leur famille à cause de leur travail.

Près de quatre vingt pour cent (79,41%) des pharmaciens titulaires interrogés disent que leur travail les empêche d'exercer davantage certaines activités qu'ils aiment.

Les activités citées par les pharmaciens sont :

- principalement être en famille; s'occuper plus de ses enfants
- participer aux sorties scolaires
- pratiquer plus de sport
- se former : l'aromathérapie est citée plusieurs fois, passer le brevet de secourisme, le DU MAD (Diplôme Universitaire de Maintien à Domicile)
- pratiquer des activités artistiques : peinture, art floral, jouer de la musique
- avoir des week-ends de 2 jours
- partir plus en voyage
- participer en tant que bénévole à des associations caritatives

D'autre part, certains déclarent être stressés aux heures de grandes affluences dans leur pharmacie. Aussi bien par peur de l'erreur de délivrance dans l'urgence que par peur de faire trop patienter le client et par la même de le mécontenter.

Quelques pharmaciens qui exercent seuls sans assistant évoquent la difficulté qu'ils ont pour prendre des vacances. Ils se plaignent d'avoir du mal à se faire remplacer.

6. Le travail administratif

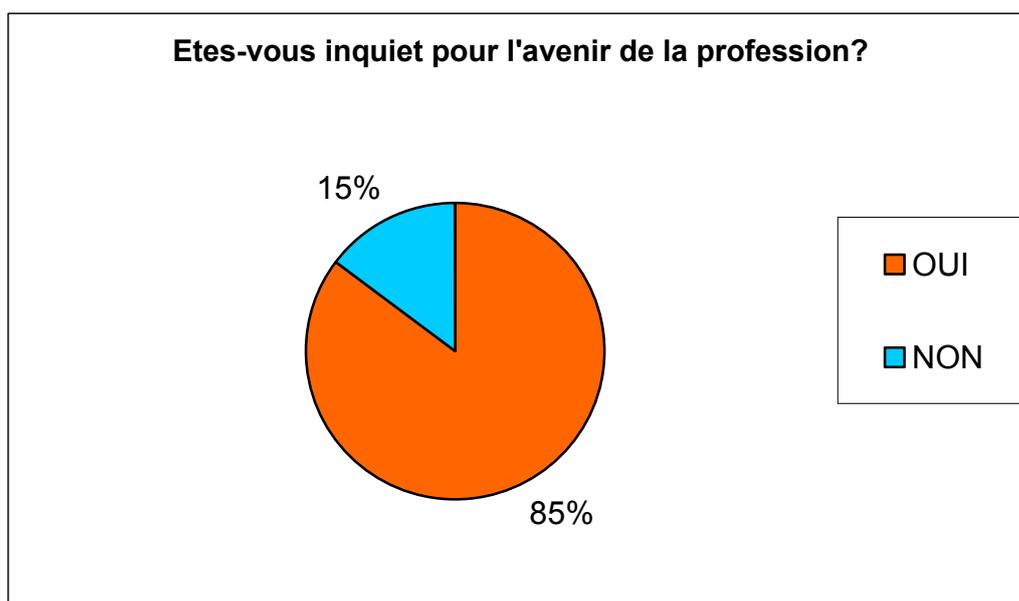
Environ vingt sept pour cent (27,4%) des pharmaciens répondent qu'avec le temps, ils ont tendance à se retrancher dans leur bureau ou à l'arrière de la pharmacie plutôt que de rester au comptoir.

Les raisons invoquées sont pour la plupart des charges administratives importantes et en augmentation.

Les autres raisons avancées sont :

- d'employer son temps à passer les commandes
- des problèmes de santé, des problèmes de circulation veineuse (jambes lourdes)
- le « raz le bol » des clients
- la lassitude et la routine
- le besoin de prendre du recul: un titulaire évoque même son bureau comme étant « un sanctuaire qui permet de se mettre en retrait et de repartir après avoir évacué la pression ».

7. Les mesures gouvernementales et l'avenir de la pharmacie



Les pharmaciens titulaires sont 85% à être inquiets pour l'avenir de la profession et 98% pensent que le métier de pharmacien va subir de profondes modifications dans l'avenir.

8. la concurrence

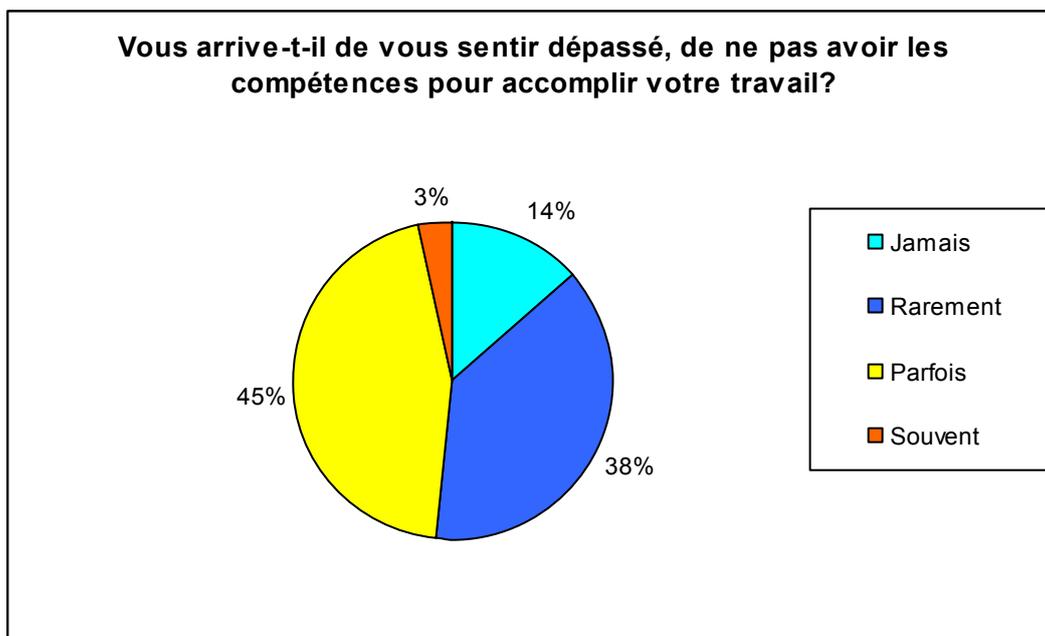
Les pharmaciens sont 97,2% à déclarer que la concurrence entre pharmacies existe.

Près de 56% s'avouent affectés par cette concurrence.

9. le manque de temps pour se former

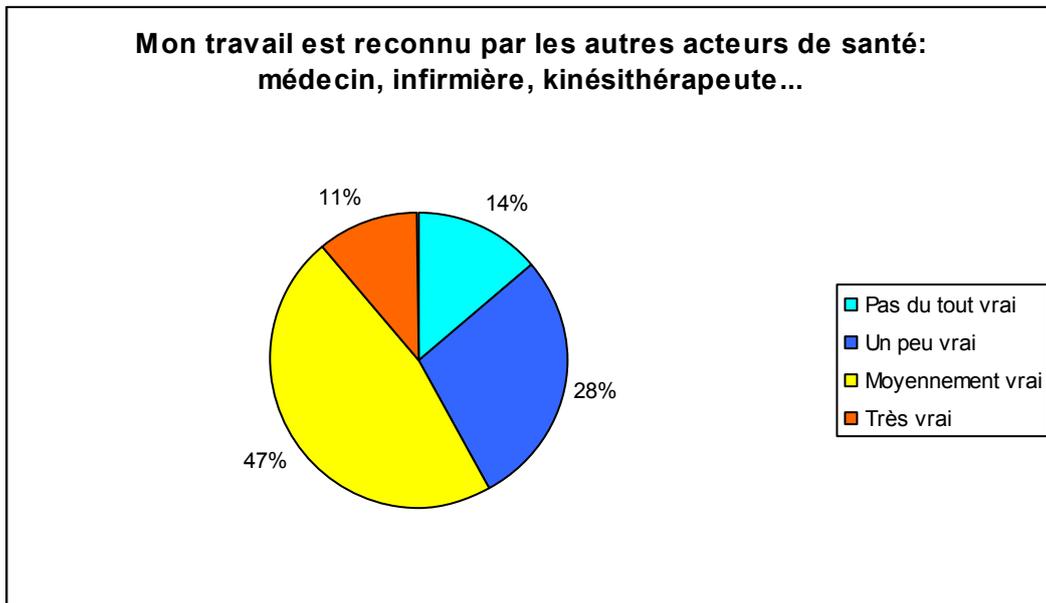
Les pharmaciens titulaires affirment manquer de temps pour se former et se tenir informer des nouveautés.

Beaucoup sont abonnés à des revues professionnelles, mais, certains accusent un retard dans leur lecture.



Les titulaires interrogés sont 45% à se sentir parfois dépassés et 3% le sont souvent.

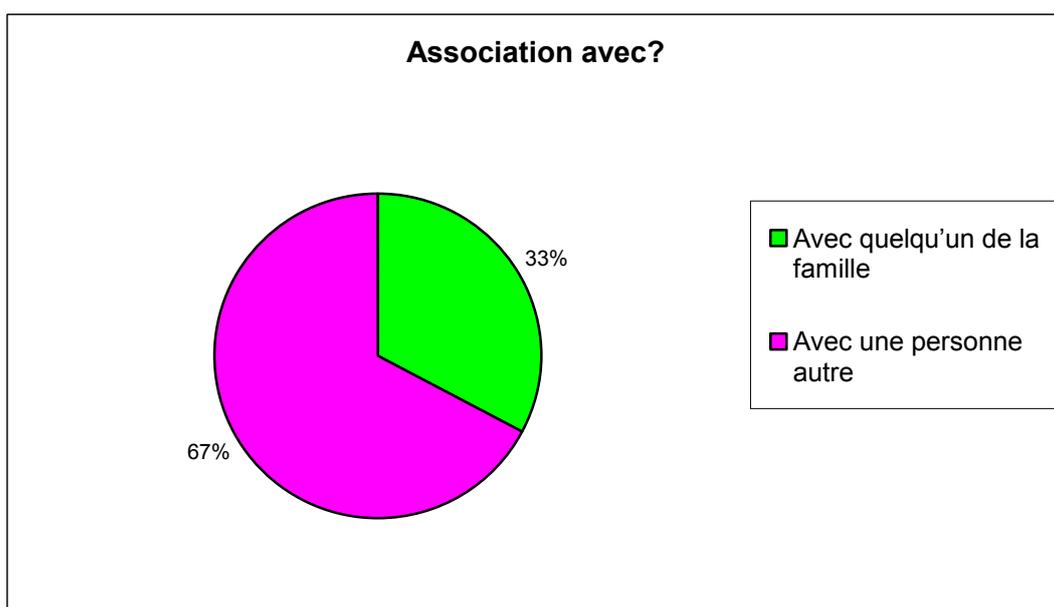
10. Les relations avec les autres professionnels de santé



Les pharmaciens interrogés trouvent à 58% que leur travail est peu reconnu par les autres acteurs de santé et 11% pensent qu'il n'est pas du tout reconnu.

Près de cinq pour cent (4,88%) des sondés déclarent avoir parfois des relations difficiles avec leurs confrères.

11. L'association



Trente trois pour cent des pharmaciens en association le sont avec quelqu'un de leur famille.

Les pharmaciens en association déclarent ne pas pouvoir compter sur leur associé pour 9% d'entre eux (1,9 % concernent une association en famille).

L'association leur apporte une meilleure qualité de vie dans 85,5% des cas. Ceux qui disent le contraire sont ceux pour qui l'association serait plutôt source de conflits: associé sur lequel on ne peut pas compter, disputes fréquentes, divergences de point de vue sur la gestion de l'officine (question 21)

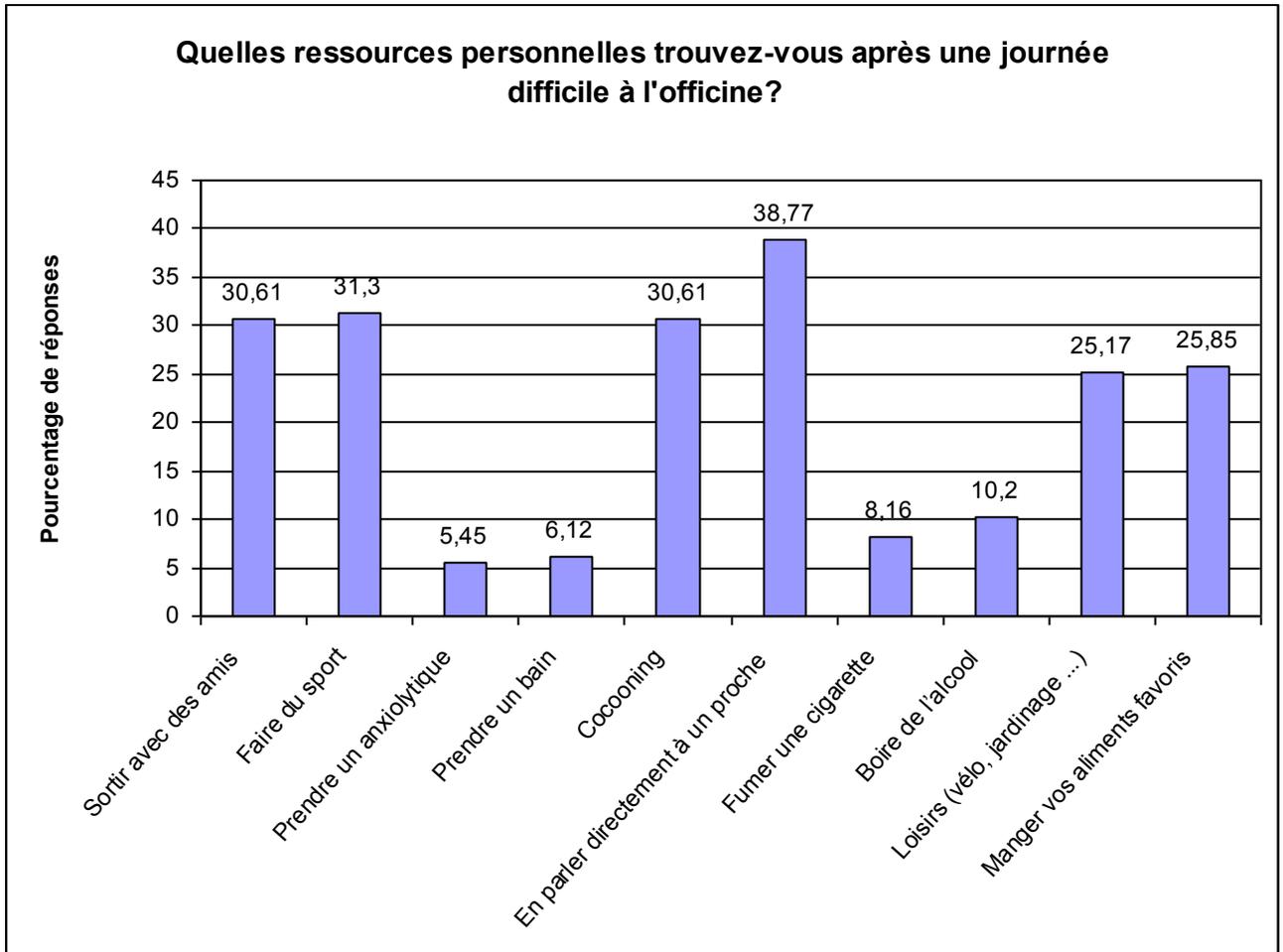
Vingt sept pour cent des pharmaciens en association avouent avoir parfois des relations difficiles avec leur associé dont 5% auraient des rapports conflictuels fréquents voire très fréquents.

Au final, 9% se déclarent non satisfaits de leur choix de travailler en association.

12. Autres

- Les commandes et les contacts avec les représentants
- Le matériel informatique et le téléphone
- La démographie médicale en baisse dans certains secteurs
- Les cambriolages
- Les paniers de champignons
- Le bruit (pharmacie de centre commercial essentiellement)
- L'image du pharmacien mis à mal par les médias

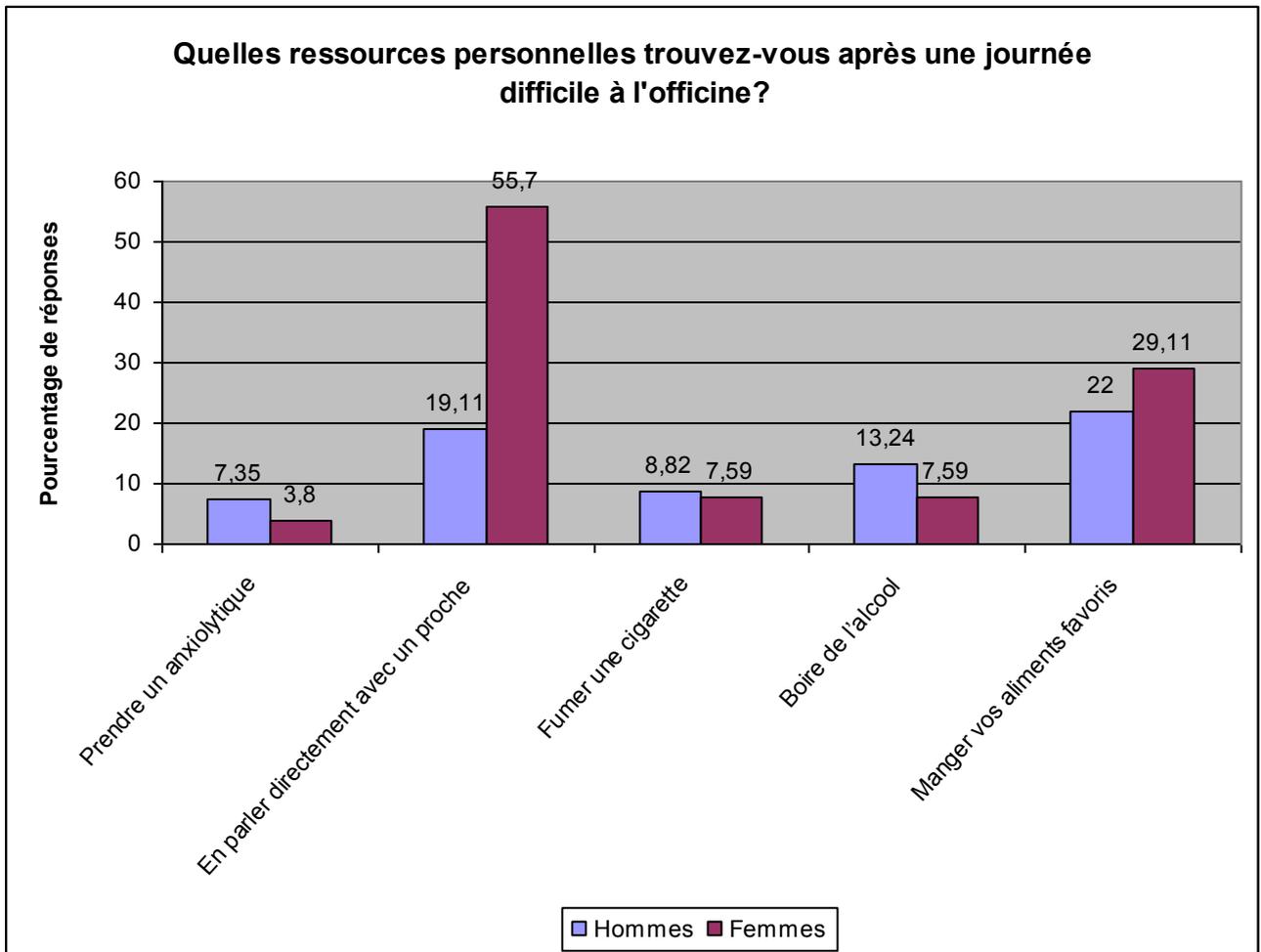
c. Coping



D'autres moyens de se détendre ont été évoqués :

- se retrouver en famille, s'occuper et jouer avec ses enfants
- lire, regarder la télévision, jouer aux jeux vidéo
- chanter, écouter de la musique
- ou tout simplement se mettre au lit

Il faut noter quelques disparités Hommes/Femmes dans les méthodes de coping :



Après une journée difficile, « en parler directement avec un proche » est le premier mode de coping pour les femmes (55,7%), devant « manger vos aliments favoris » à 29,11% et « fumer une cigarette » et « boire de l'alcool » qui sont deux modes de coping négatif ex equo avec 7,59% de réponses. Le dernier mode de coping retenu par les femmes est « prendre un anxiolytique » (3,8%).

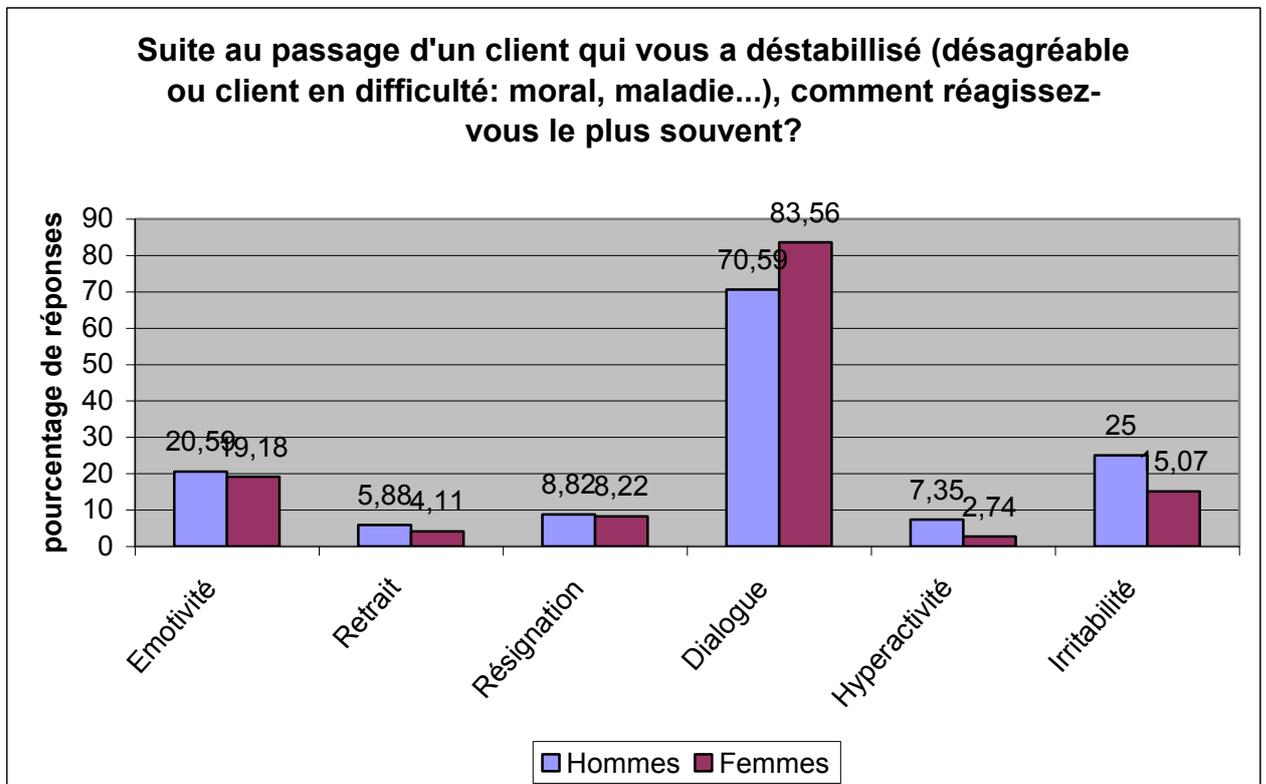
Pour les hommes, le premier mode de coping est « manger vos aliments favoris » (29,11%), devant « en parler directement avec un proche » (19,11%), « boire de l'alcool » (13,24%) et « fumer une cigarette » (8,82%). Le dernier mode de coping est « prendre un anxiolytique » avec 7,35% de réponses.

On observe également que lorsque les méthodes de coping comprennent alcool, anxiolytique et alcool on retrouve des personnes en burn out élevé.

L'alcool seul est retrouvé chez des personnes présentant des degrés de burn out intermédiaires à élevés.

Il en va de même pour les personnes consommant des anxiolytiques.

La cigarette et la compensation alimentaire ne sont pas réellement des indicateurs de burn out élevé car on les retrouve le plus souvent chez des personnes présentant des degrés de burn out bas voire intermédiaires.

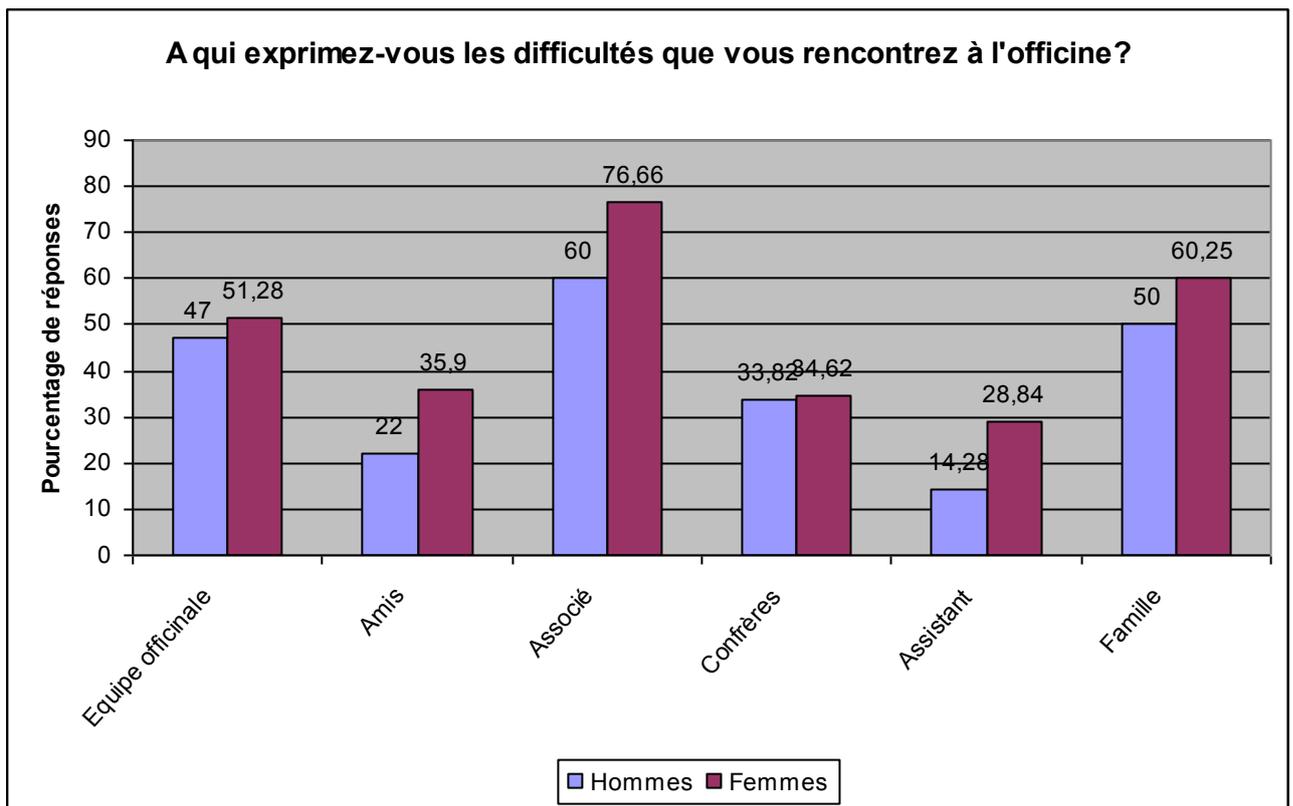


Suite au passage de clients qui les déstabilisent, 83,56% des femmes et 70,59% des hommes réagissent par le dialogue.

- Près de neuf pour cent (8,90 %) des pharmaciens titulaires sondés n'ont pas la possibilité d'exprimer les difficultés qu'ils rencontrent à l'officine: 13,23% d'hommes et 5,12% de femmes.

Ce manque de communication est lié à des degrés de burn out intermédiaires à élevés chez les hommes. Les femmes qui n'ont pas l'occasion d'exprimer leurs difficultés sont toutes en burn out bas.

- Pour les pharmaciens qui ont la possibilité d'exprimer leurs difficultés (91,10%) les interlocuteurs sont multiples :

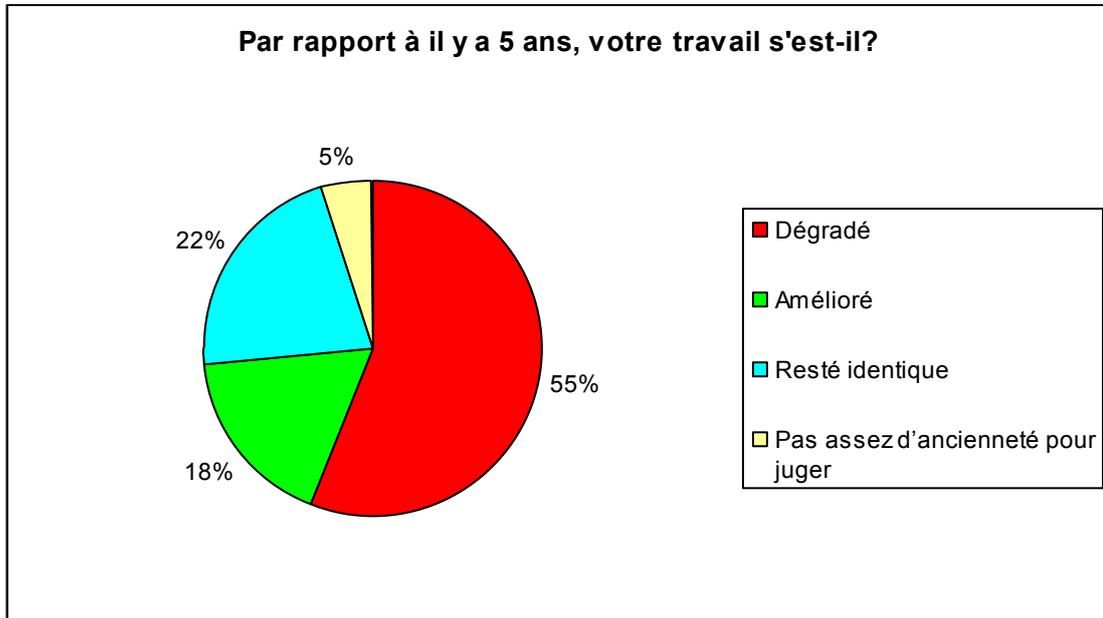


Le premier interlocuteur est la famille (60,25% de réponses pour les femmes, 50% de réponses pour les hommes). Vient ensuite l'équipe officinale (51,28% pour les femmes et 47% pour les hommes), les confrères et les amis.

Pour les pharmaciens en association, l'interlocuteur premier est l'associé.

Les pharmaciens ayant un assistant se confient à leur adjoint dans 28,84% des cas pour les femmes et 14,28% des cas pour les hommes.

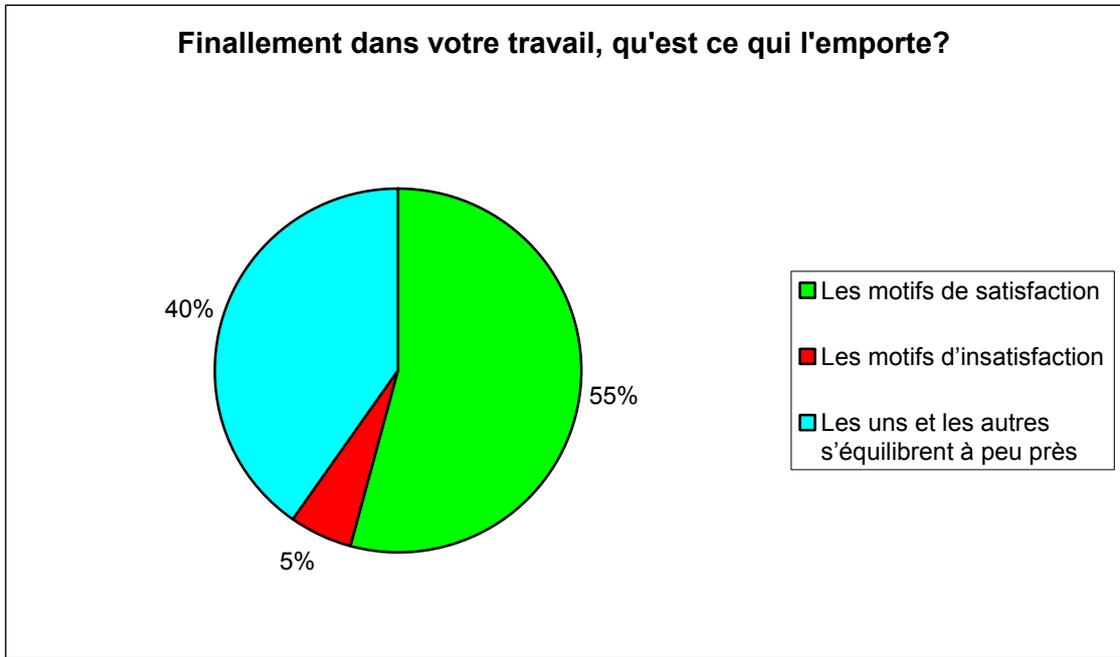
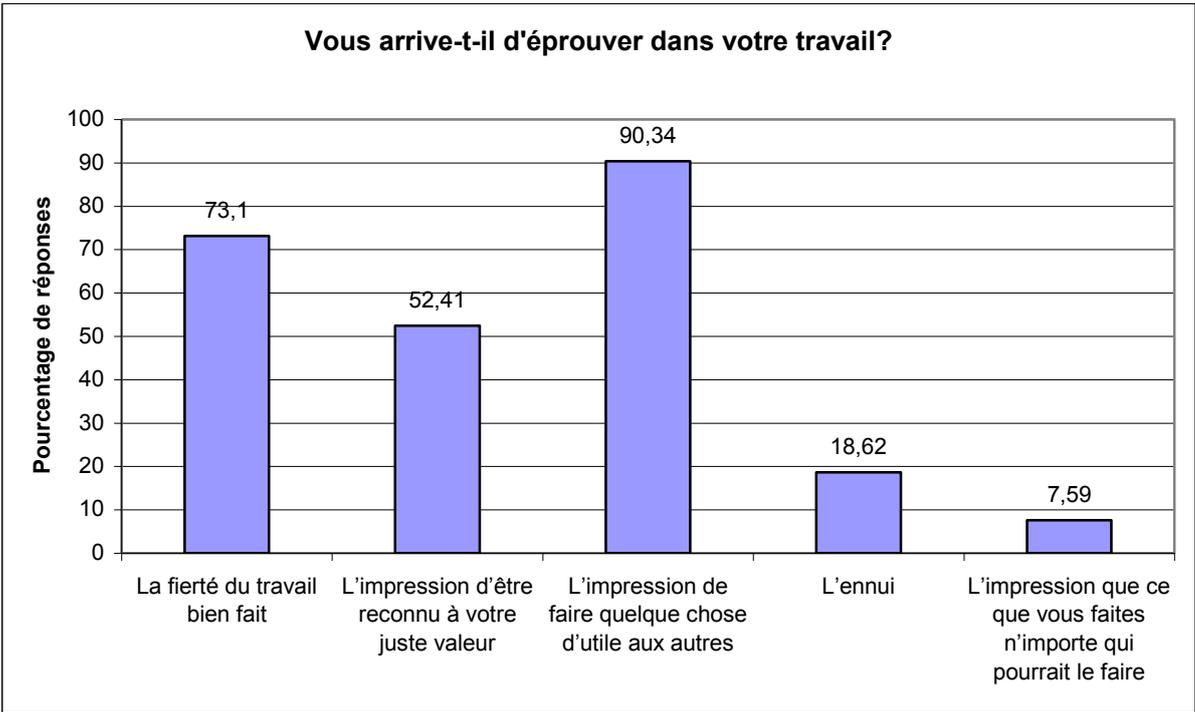
d. Conclusion



Les pharmaciens sont 55% à penser que leur travail s'est dégradé par rapport à il y a 5 ans.



Près de trente pour cent (28,79%) des hommes titulaires déclarent que ce métier les vieillit prématurément. Les femmes sont 16,22% à le penser.



Les pharmaciens titulaires sondés sont 26,57% à répondre qu'ils souhaiteraient, s'ils pouvaient, changer de profession.

Les professions souvent évoquées sont :

- médecin
- vétérinaire
- profession juridique
- professeurs
- fonctionnaires
- ministre de la santé

Dans d'autres cas, ils se retourneraient vers une profession avec moins de responsabilité où ils travailleraient 35 heures par semaine.

D'autres encore évoquent une retraite attendue ou des rêves d'enfants : pompiers, pilotes de ligne, photographe, musicien, chanteur, footballeur professionnel, rentier...

B. Les pharmaciens assistants

a. Questions générales

55 questionnaires exploitables

Globalement sur les 53 pharmaciens qui ont répondu, 41,51% conseilleraient ce métier à leurs enfants. Parmi eux 18,87% ont des parents pharmaciens.

Concernant les aspects importants du « travail en général » énumérés, 100% des pharmaciens interrogés pensent que les aspects :

- rencontrer des gens,
- se sentir utile au travail,
- avoir des horaires qui laissent du temps pour soi et pour sa famille,
- et avoir une grande liberté au travail,

sont quatre aspects importants.

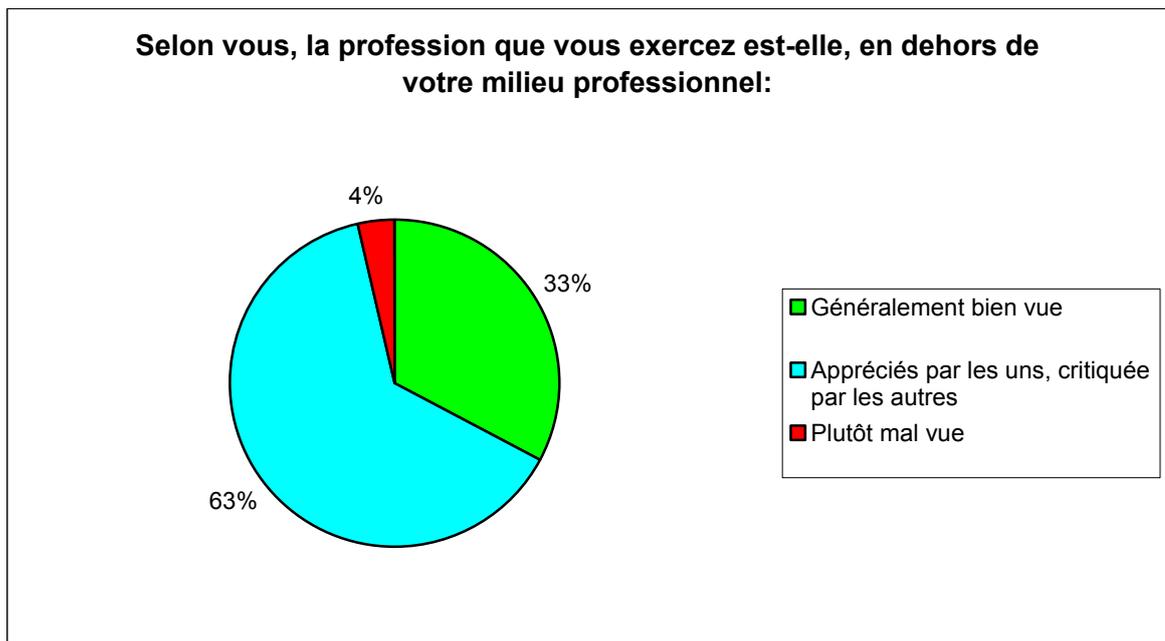
Les pharmaciens assistants pensent à 74,55% que la profession correspond à ces 4 critères réunis.

Les valeurs remises en cause par les autres (25,45%) sont :

- le fait d'avoir des horaires qui laissent du temps pour soi et pour sa famille
- le fait d'avoir une grande liberté dans le travail

Environ 41,7% des pharmaciens adjoints interrogés déclarent avoir l'occasion de faire des choses, sur leurs heures de travail, qui leur plaisent et qu'ils ne pourraient pas faire ailleurs comme :

- la discussion avec les clients. La mise en place de liens privilégiés. La possibilité de discuter avec des personnes de tous horizons. Etre à l'écoute.
- La possibilité d'apporter de l'aide aux clients: accompagnement psychologique lors d'un deuil ou de maladies
- La possibilité de manager une équipe, de s'occuper de passer des commandes, de s'occuper de l'agencement
- La formation professionnelle : diététique, parapharmacie...



Un tiers des assistants pense que la profession de pharmacien est « généralement bien vue » en dehors de leur milieu professionnel et 63% d’entre eux pensent qu’elle est « appréciée par les uns, critiquée par les autres ». Les 4% restants pensent qu’elle est « plutôt mal vue ».

Les pharmaciens assistants interrogés sont 81,48% à déclarer que la concurrence entre les pharmacies existe et sont 25,92% à s’avouer affecter par cette concurrence.

La rémunération a été un critère de choix de cette profession pour 18,18% des pharmaciens. Ils sont 41,82% à déclarer qu’ils pensaient gagner plus d’argent en exerçant ce métier.

La rémunération n’est pas à la hauteur du travail fourni pour 54,72% des pharmaciens assistants.

Cette rémunération leur permet de vivre comme ils le souhaitent dans 81,48% des cas.

b. Les sources de stress

1. La clientèle

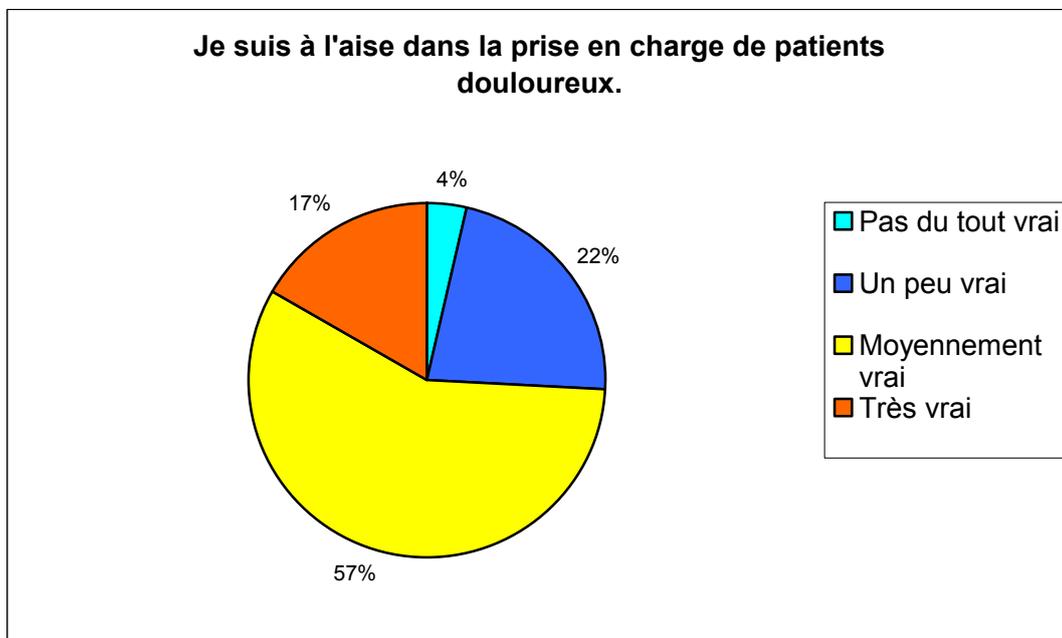
Les pharmaciens adjoints trouvent le contact avec la clientèle facile en général dans 96,36% des cas; ils sont 60% à déclarer avoir parfois des relations difficiles avec la clientèle.

Face à des clients désagréables, 67,27% des pharmaciens trouvent pesant au quotidien de rester aimable.

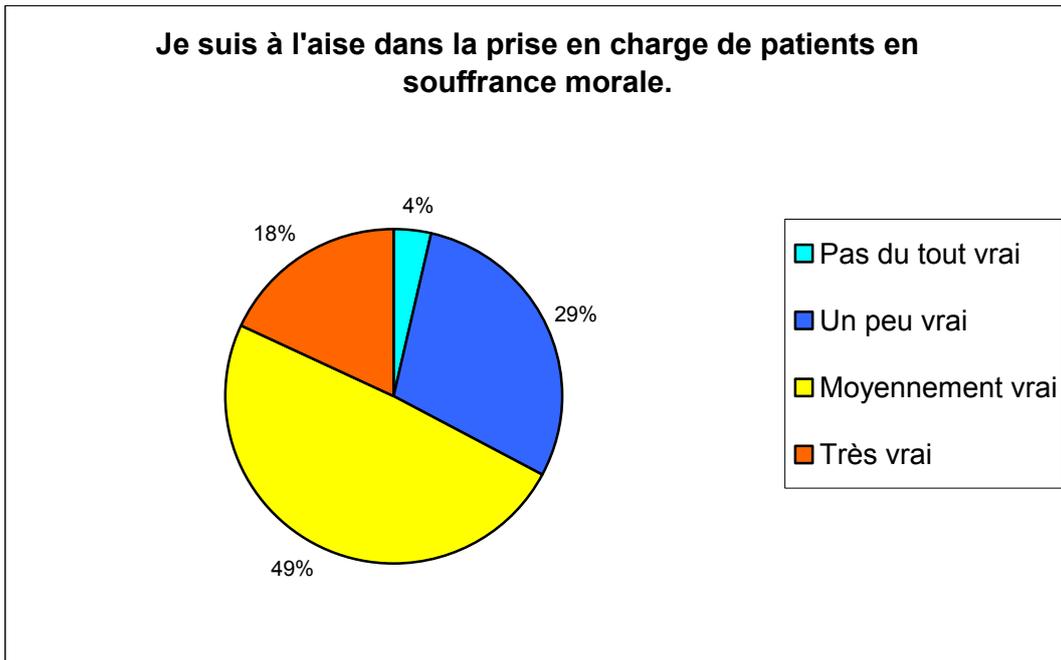
Les assistants pensent à 98,18% que les clients ont confiance en leur pharmacien et en ses conseils.

Les prises en charge difficiles :

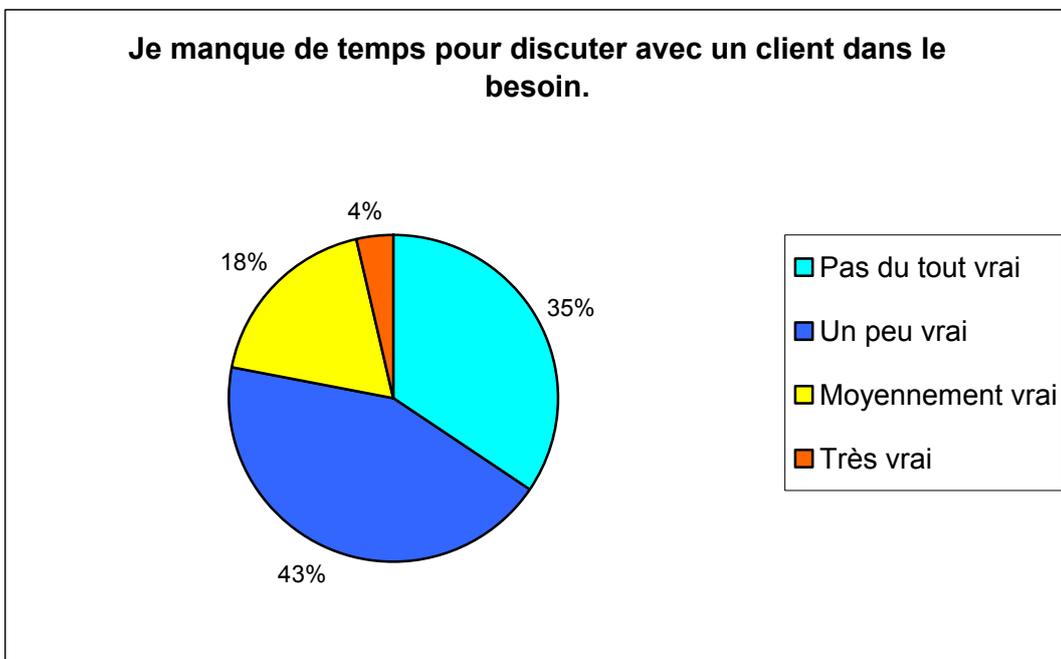
- patients douloureux



- patients en souffrance morale

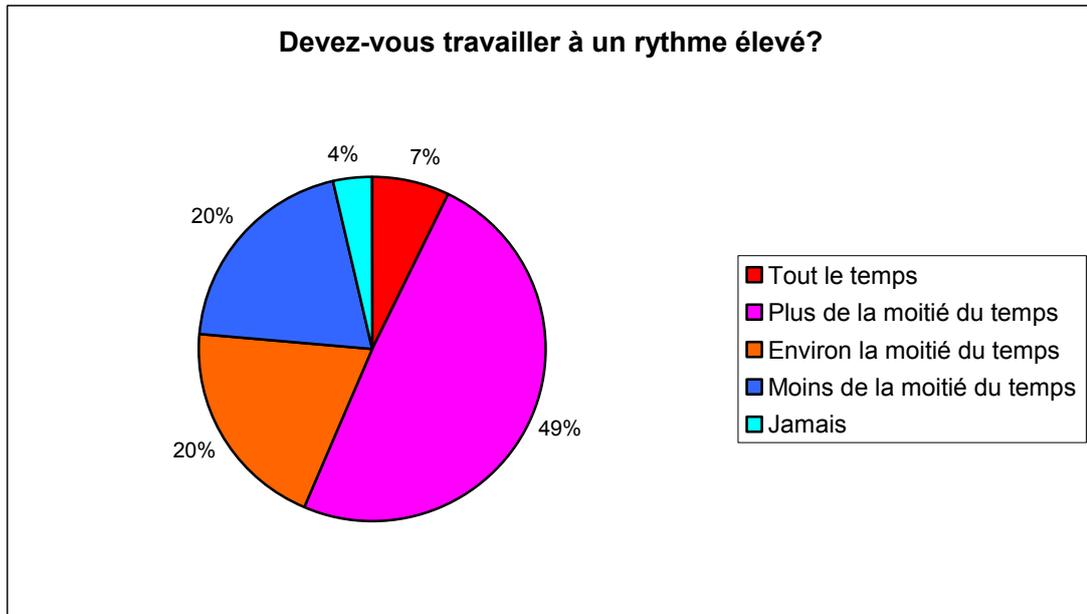


Les pharmaciens assistants évoquent également d'autres prises en charge difficiles comme celles des patients drogués ou violents.

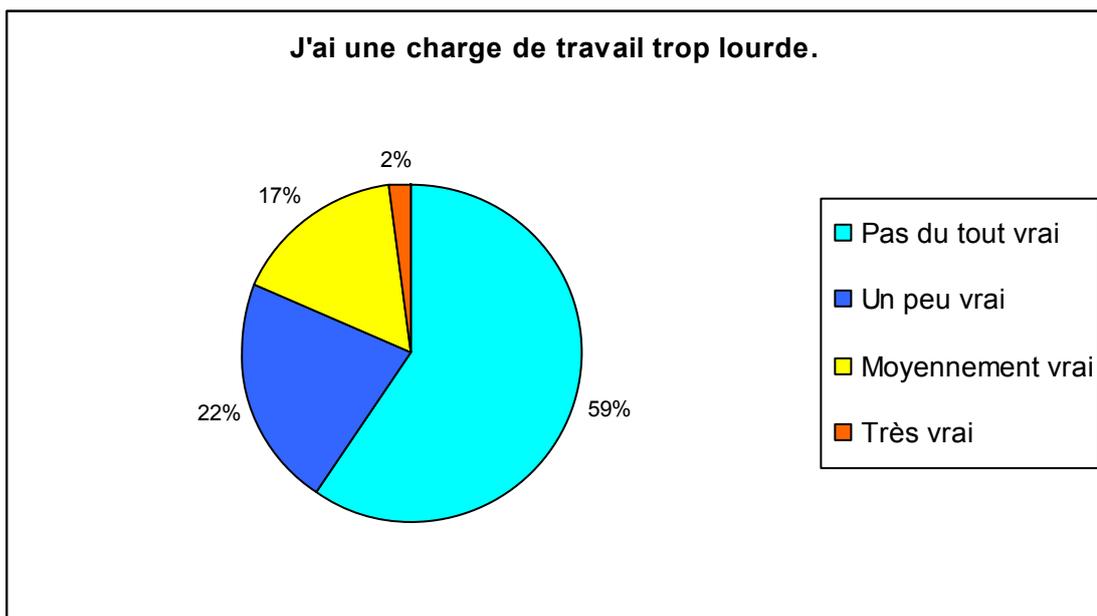


2. Le rythme de travail

Un pharmacien assistant travaille en moyenne 32 heures par semaines. (Calcul effectué à partir des 55 réponses).

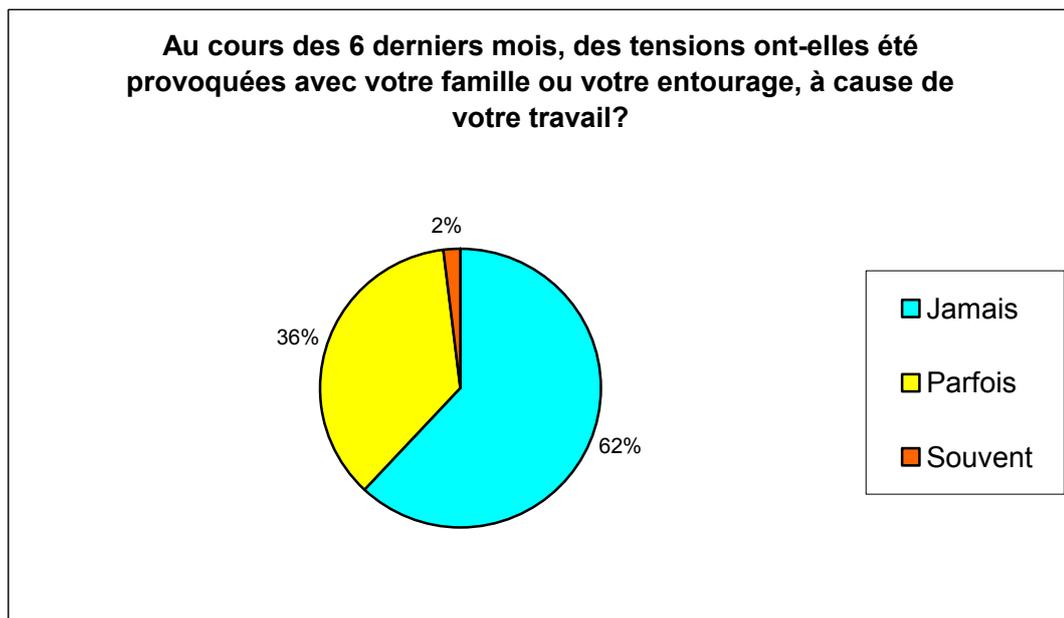


Cinquante six pour cent (56%) des pharmaciens adjoints déclarent travailler à un rythme soutenu plus de la moitié du temps dont 7% en permanence.



Une majorité de 59% de pharmaciens assistants contredit l'affirmation « J'ai une charge de travail trop lourde » et 2% sont totalement d'accord avec cette proposition.

Environ quatre vingt dix pour cent (90,91%) des pharmaciens assistants affirment que leurs horaires sont compatibles avec une vie de famille.



Les assistants déclarent à 38% que leur travail peut parfois être source de conflit à la famille ou l'entourage.

Près de 27,45% des pharmaciens assistants interrogés disent que leur travail les empêche d'exercer davantage certaines activités qu'ils aiment.

Les activités citées sont:

- pratiquer plus de sport
- avoir du temps pour se former
- être avec sa famille
- être avec ses amis
- avoir plus de loisirs
- faire des recherches pour une future installation
- gérer sa maison

3. L'avenir de la pharmacie et l'avenir de l'assistant

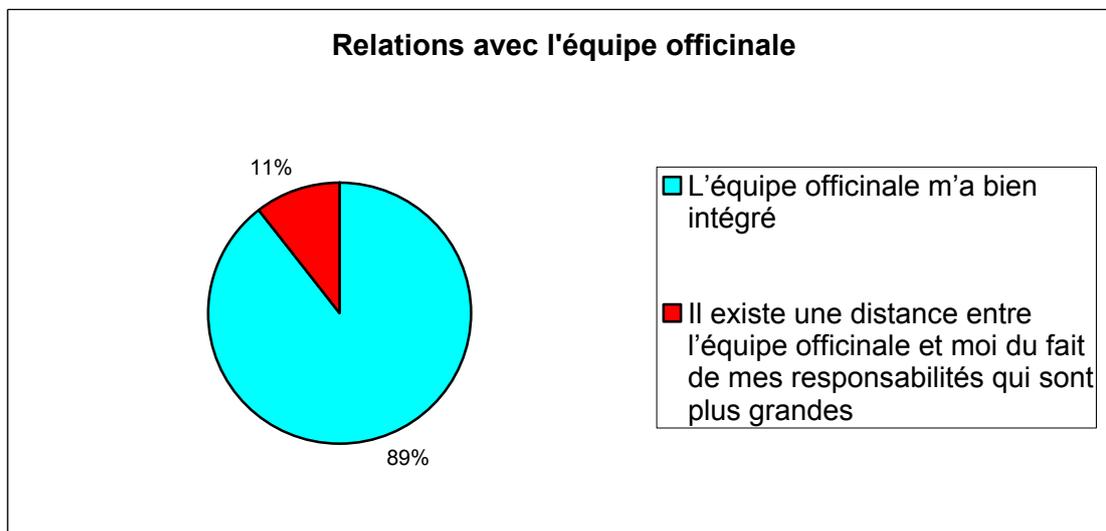


Les adjoints se montrent inquiets pour l'avenir de leur profession à 80%. Ils sont 94,55% à penser que le métier de pharmacien va subir de profondes modifications dans les années à venir.

Les pharmaciens adjoints sondés sont 55,56% à avoir l'intention de s'installer à leur compte à l'avenir.

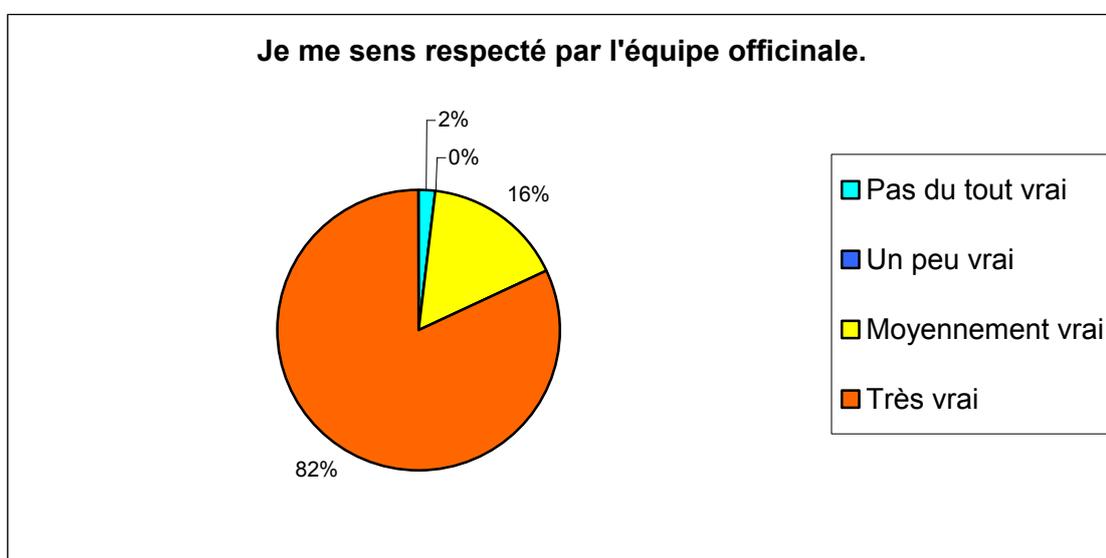
Parmi ceux là, 93,33% sont convaincus qu'ils ne seront pas moins soumis au stress en devenant patron.

4. L'encadrement des préparateurs et les responsabilités



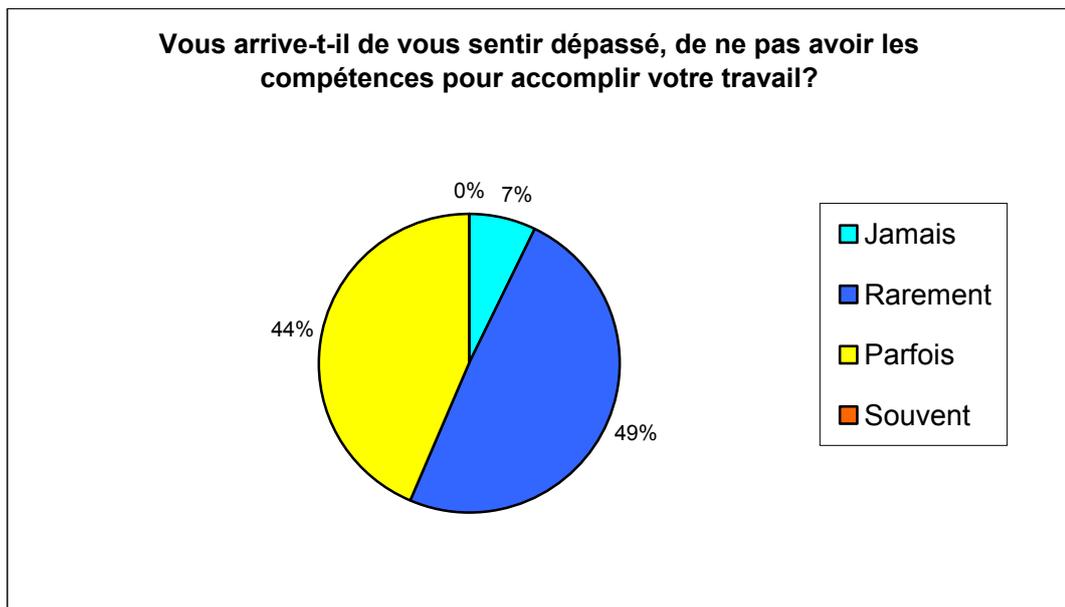
Onze pour cent (11%) des assistants sont mis à distance par l'équipe officinale. La totalité de ces 11% est affecté par cette mise à distance.

Ils sont 21,82% à déclarer avoir parfois des relations difficiles avec leurs collègues.



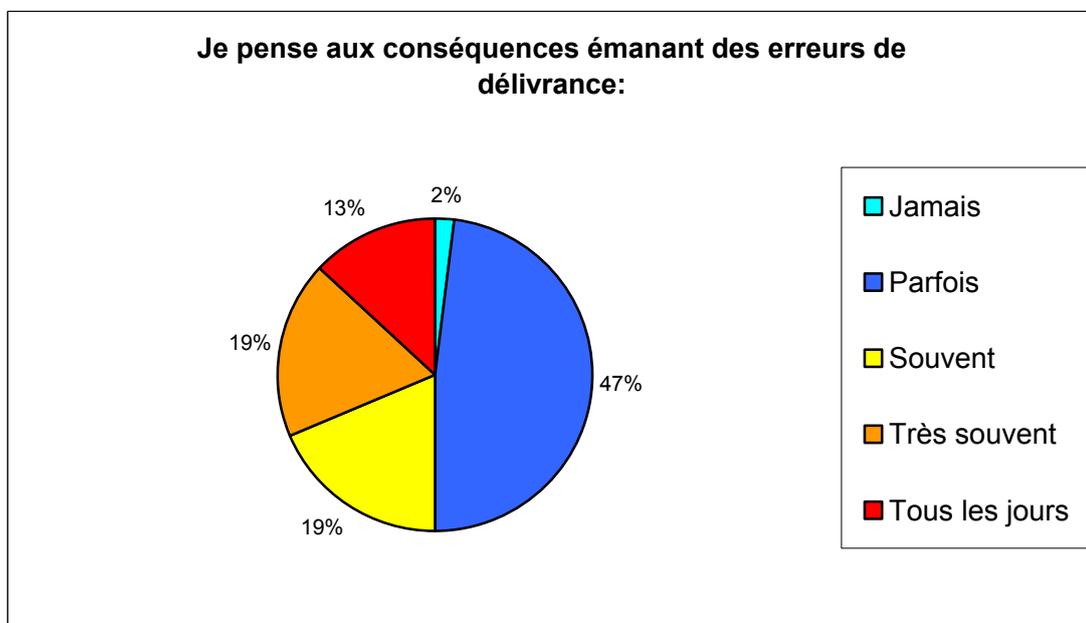
Les adjoints sont 82% à se sentir respectés par l'équipe officinale.

5. Le manque de temps pour se former



Les adjoints déclarent à 44% se sentir parfois dépassés. Mais aucun d’entre eux ne se sent dépassé souvent.

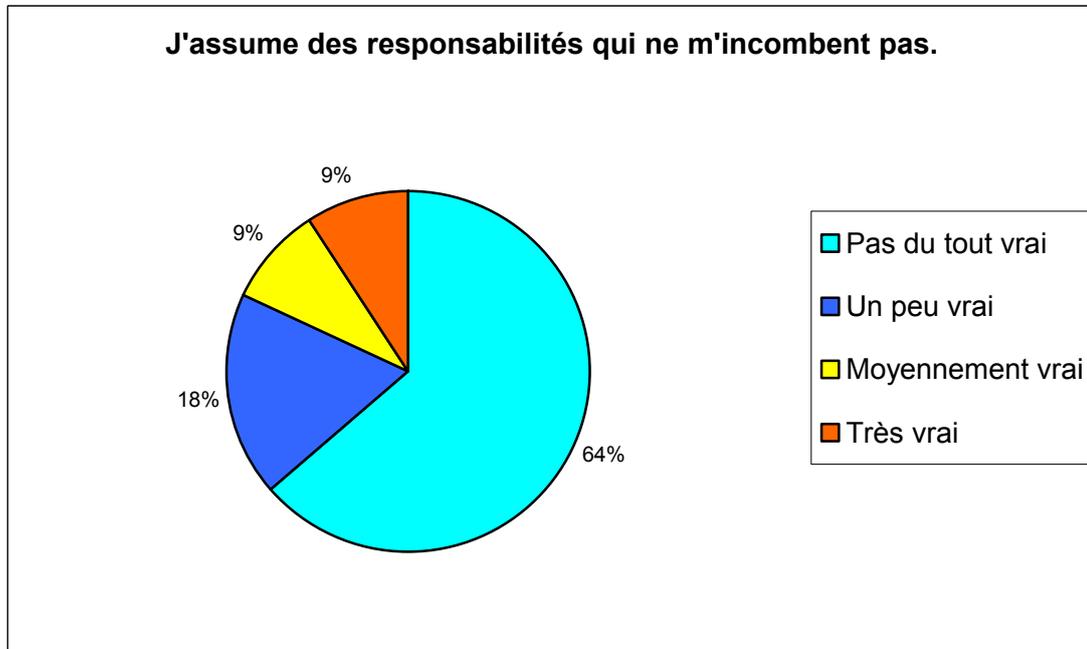
6. La délivrance de certains médicaments et crainte de l’erreur de délivrance



Les pharmaciens assistants sont 13% à penser tous les jours aux conséquences émanant des erreurs de délivrance (conséquences sur la santé du patient, risques juridiques encourus...) et sont 51% à y penser souvent.

7. La relation avec le titulaire de l'officine

Environ quatre vingt quatorze pour cent (94,44%) des assistants interrogés affirment que leur travail est reconnu par leur employeur.



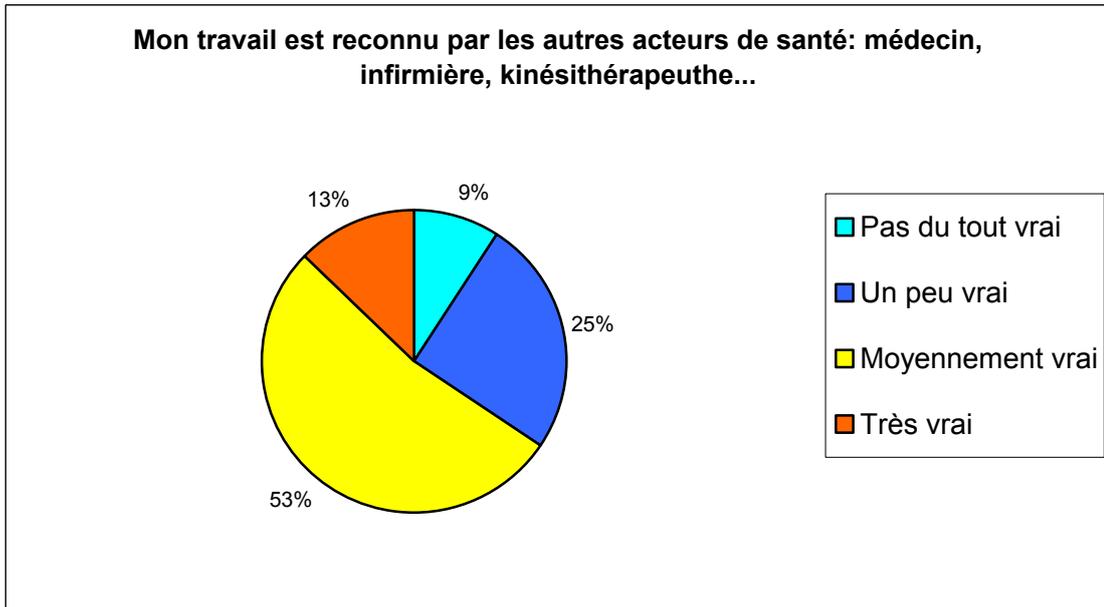
Ils sont 9,26% à avoir le sentiment d'effectuer des tâches qui ne sont pas celles d'un pharmacien adjoint.

Les tâches citées sont :

- le ménage de l'officine
- le remplissage des rayons
- la réalisation des vitrines
- certaines tâches administratives
- le travail non mené à bien par les préparateurs

Ils déclarent à 23,64% avoir parfois des relations difficiles avec leur employeur.

8. Les relations avec les autres professionnels de santé

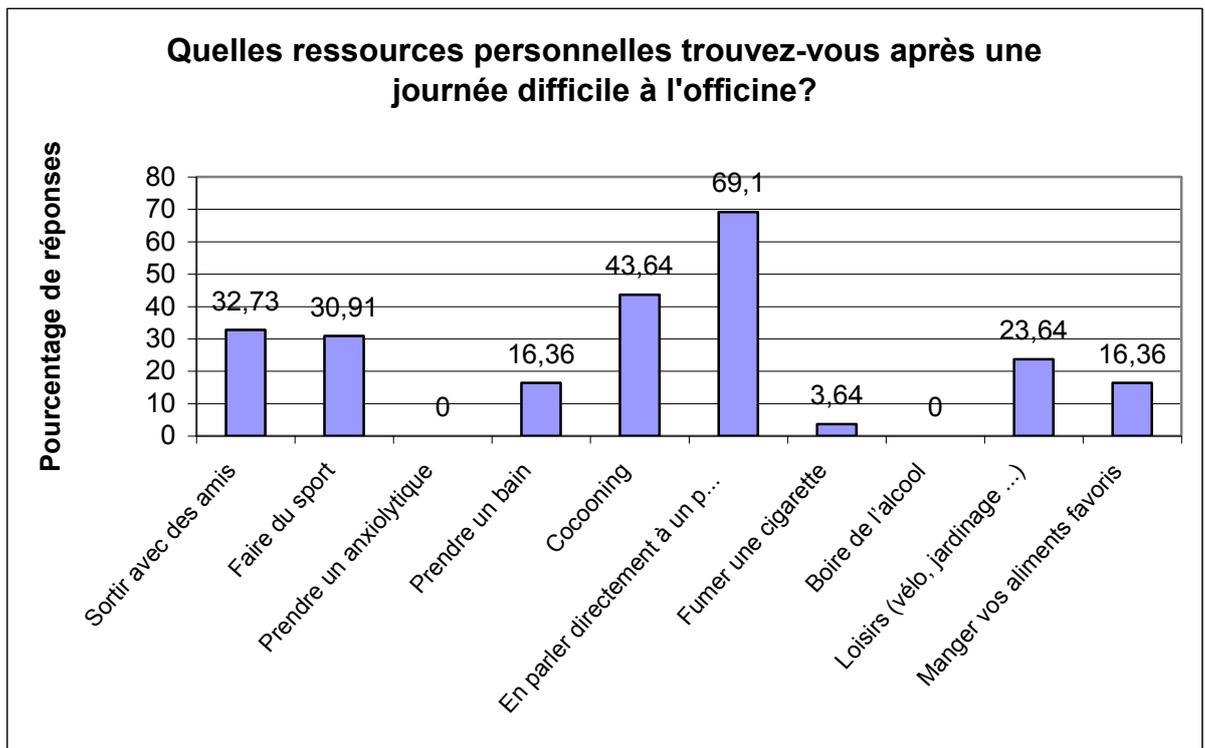


Les pharmaciens adjoints interrogés sont 13% à penser que leur travail n'est pas reconnu par les autres acteurs de santé et 66% pensent qu'il est peu reconnu.

9. Autre :

Les commandes ont également été citées comme source de stress.

c. Coping

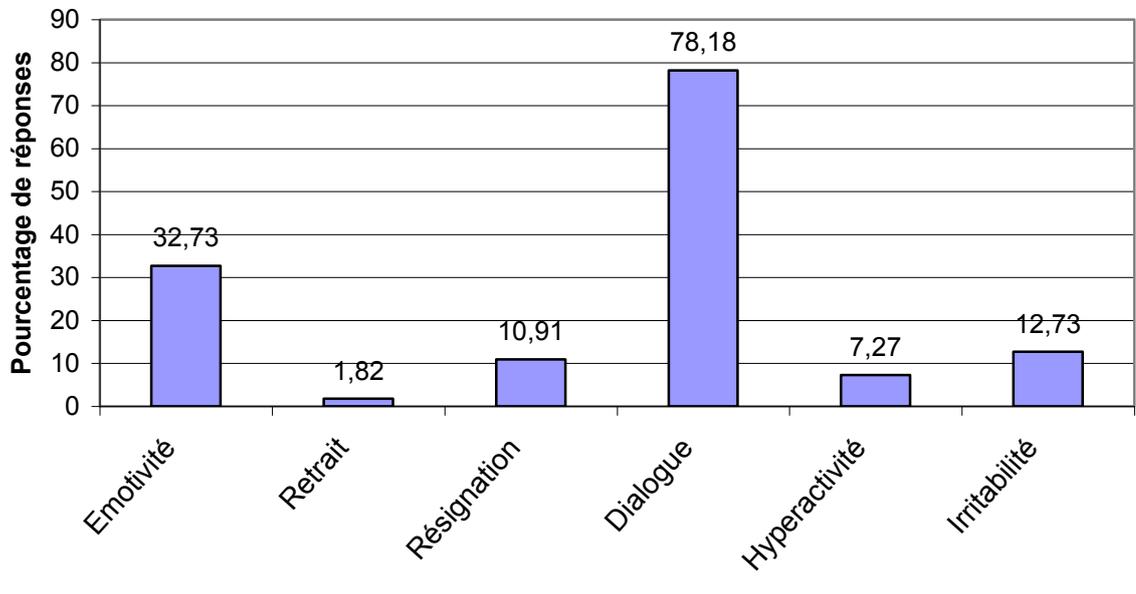


Après une journée difficile, les assistants éprouvent le besoin d' « en parler directement à un proche » dans 69,1% des cas et de « sortir avec des amis » pour 32,73% d'entre eux. D'autres stratégies d'adaptation positives sont également utilisées : « cocooning » (43,64%), « faire du sport » (30,91%), « loisirs (vélo, jardinage...) » (23,64%) et « prendre un bain » (16,36%).

« Manger vos aliments favoris » a été choisi par 16,36% d'entre eux et enfin « fumer une cigarette » par 3,64% des pharmaciens.

A noter l'absence de l'usage d'alcool et d'anxiolytique pour compenser le stress de la journée.

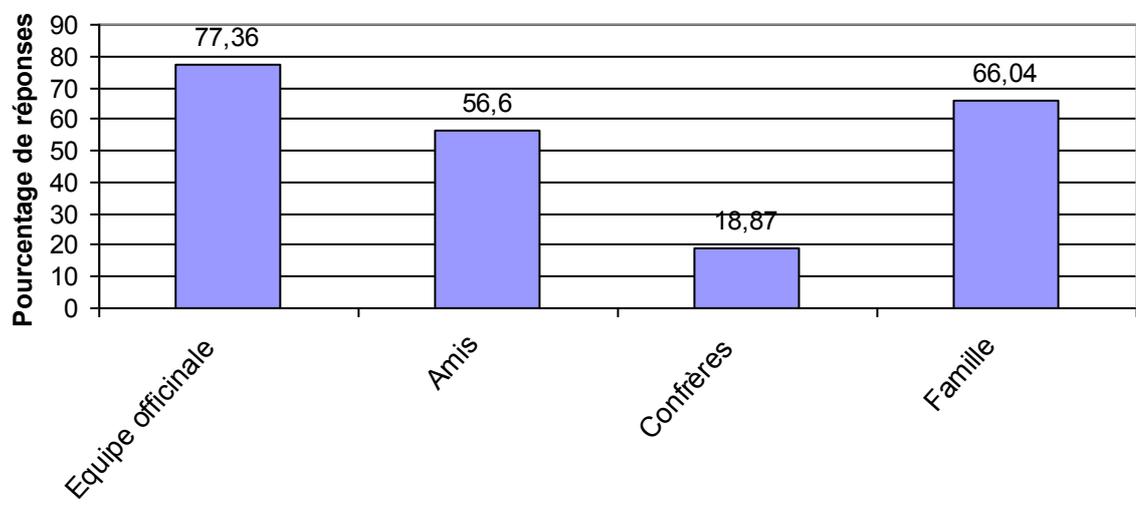
**Suite au passage d'un client qui vous a déstabilisé
(désagréable ou client en difficulté: moral, maladie...),
comment réagissez-vous le plus souvent?**



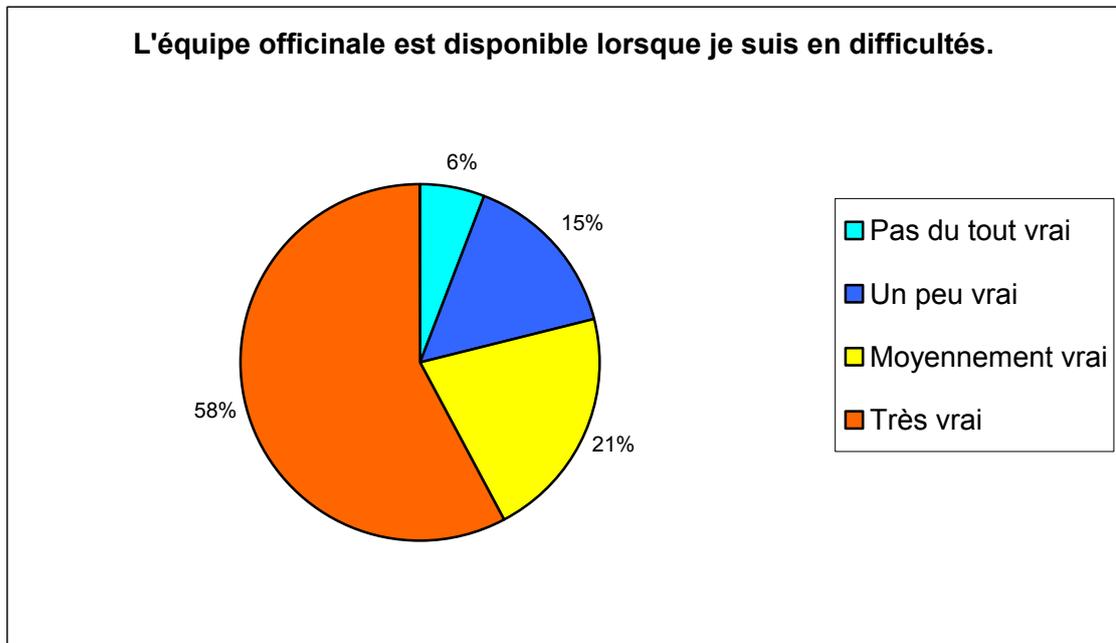
Après le passage d'un client qui les a déstabilisé, les assistants sont 78,18% à réagir en dialoguant.

La totalité (100%) des pharmaciens assistants interrogés ont la possibilité d'exprimer les difficultés qu'ils rencontrent à l'officine.

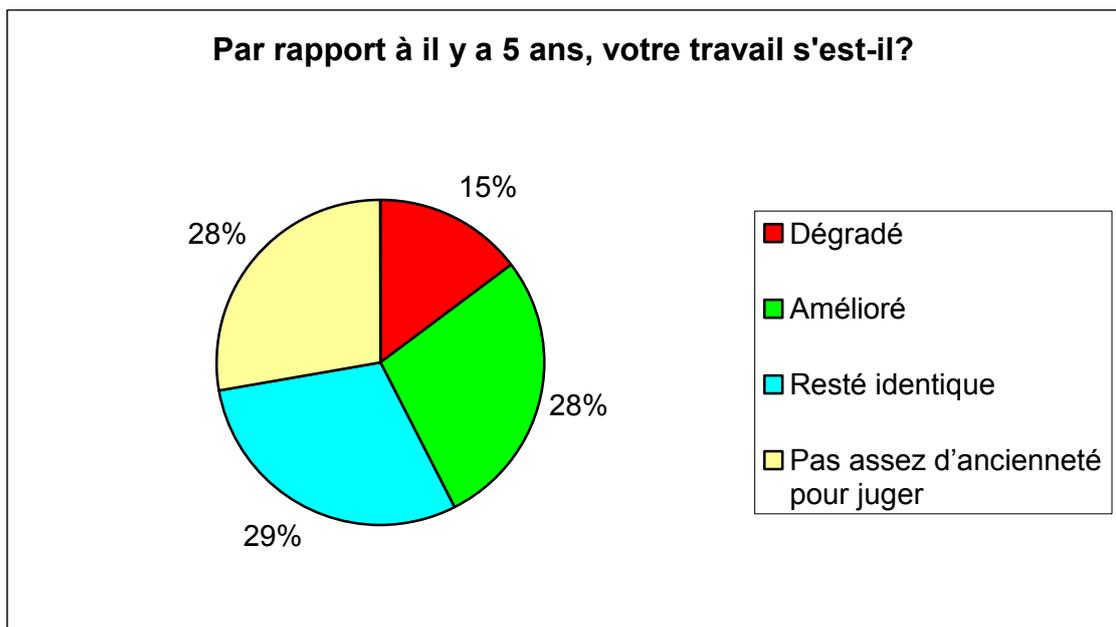
**A qui exprimez-vous les difficultés que vous rencontrez à
l'officine?**



Environ soixante dix sept pour cent (77,36%) des adjoints se tournent vers l'équipe officinale pour exprimer les difficultés qu'ils rencontrent à l'officine. Ils se tournent également vers la « famille » (66,04%), les « amis » (56,6%) et les confrères (18,87%).

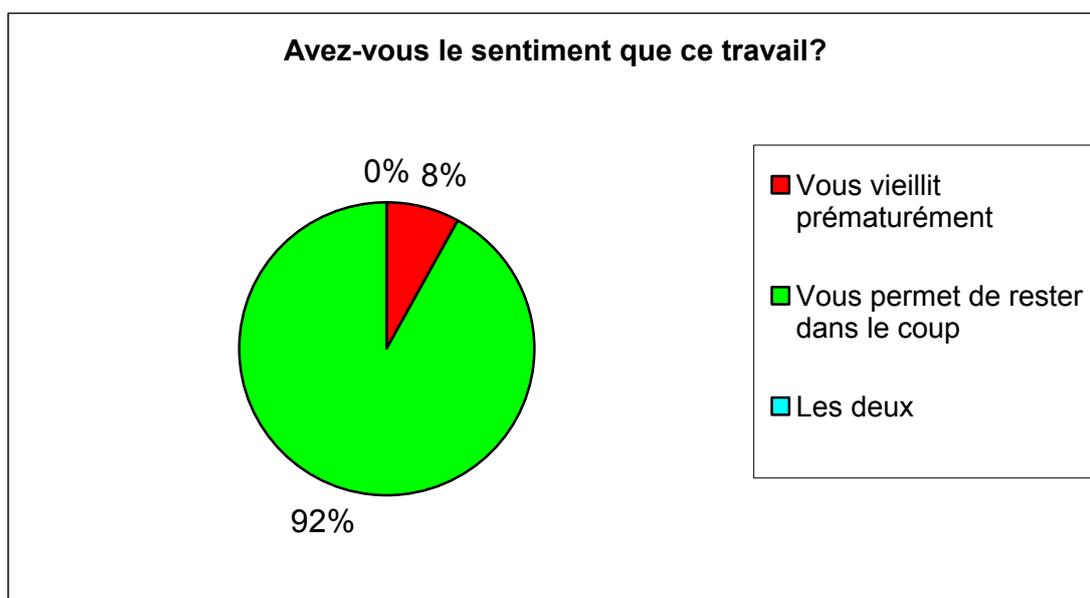


d. Conclusion

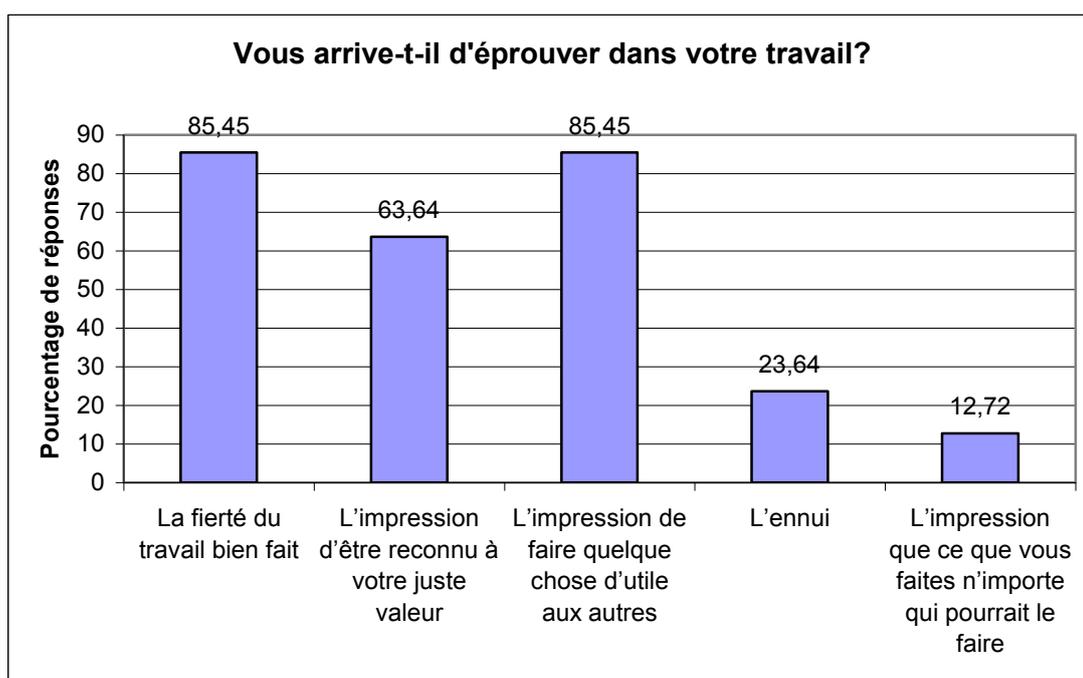


Par rapport à il y a 5 ans, les assistants sont 28% à penser que leur travail s'est amélioré, 29% à penser qu'il est resté identique et 15% à penser qu'il s'est dégradé.

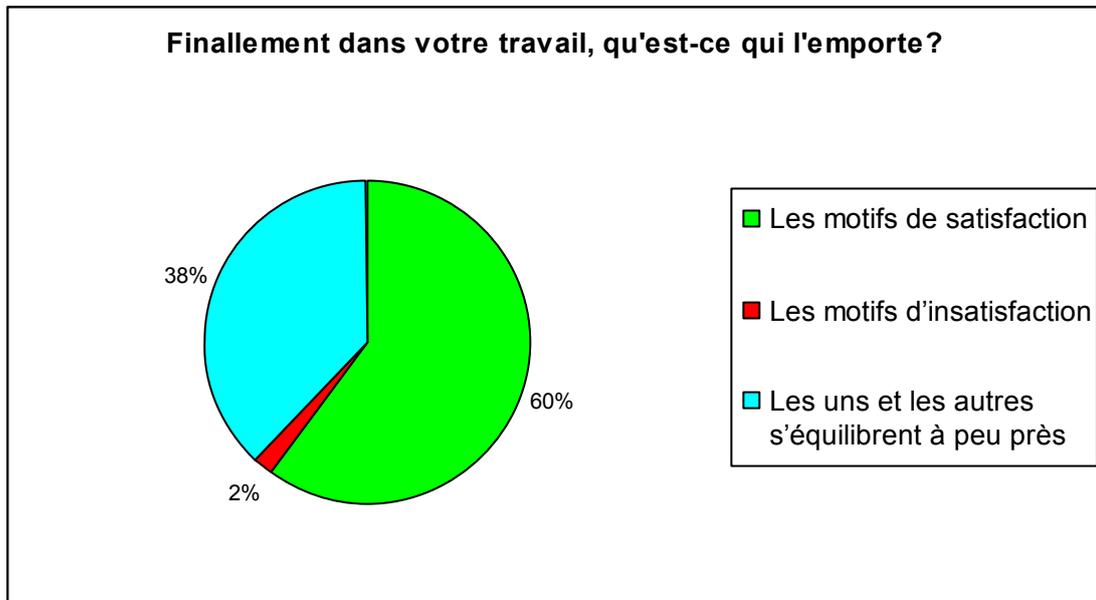
Près de trente pour cent (28%) des adjoints n'ont pas assez d'ancienneté pour répondre à la question.



Etre pharmacien adjoint est un métier qui permet de « rester dans le coup » pour 92% d'entre eux.



Les pharmaciens assistants sont 85,45% à déclarer qu'ils leur arrivent d'éprouver dans leur travail « la fierté du travail bien fait » et « l'impression de faire quelque chose d'utile aux autres ». Ils sont 63,64% à avoir « l'impression d'être reconnu à leur juste valeur » dans leur travail.



Les pharmaciens adjoints sondés sont 36,36% à répondre qu'ils souhaiteraient, s'ils pouvaient, changer de profession.

Les professions citées sont :

- médecin
- enseignant
- sage femme
- juriste
- comptable
- vétérinaire

Beaucoup n'ont cependant pas donné d'idée de reconversion professionnelle.

VI. DISCUSSION

A. Participation à l'enquête

Tout d'abord, il semble important de souligner l'accueil reçu par le questionnaire. En effet, 209 questionnaires nous ont été retournés au total sur une période de deux mois.

Le taux de participation ne peut cependant pas être évalué compte tenu du mode aléatoire de distribution de l'enquête. Celle-ci a été distribuée par quatre grossistes répartiteurs du département à leurs clients. Chaque grossiste répartiteur avait à distribuer environ 150 enveloppes contenant 2 questionnaires soit au total 600 envois. Certaines pharmacies, qui ont plusieurs grossistes, ont reçu l'enquête plusieurs fois; d'autres pharmacies ne l'ont jamais reçue.

Deux questionnaires étaient fournis par enveloppe: nous avons considéré que les officines où il y a deux diplômés de pharmaciens sont les plus nombreuses. Dans les officines où ne travaille qu'un seul pharmacien titulaire sans adjoint, le deuxième questionnaire était donc perdu. D'autres pharmacies en revanche, nécessitent la présence de trois pharmaciens ou plus. Il était demandé à ces pharmaciens de faire des photocopies de l'enquête pour pouvoir y répondre.

Il est donc impossible d'évaluer un taux de participation.

La participation aurait pu être plus importante ; il aurait sans doute fallu effectuer des « relances » pour augmenter le nombre de réponses et peut être réussir à fournir le questionnaire aux officines qui ne l'ont jamais reçu.

Parmi les enquêtés, la majorité a été enthousiasmée par l'enquête et a trouvé le sujet intéressant (Annexe 6: 137 remarques sur 209 questionnaires reçus dont 118 avis favorables)

B. Limites de l'échelle MBI et des scores de burn out

L'échelle MBI est utilisée dans la grande majorité des études et semble être devenue la référence internationale. Sa validité a été largement démontrée. Cependant, on peut souligner deux difficultés concernant son utilisation dans notre travail: l'absence de score unidimensionnel et la limite de sa traduction en français.

a. Limites de l'interprétation des résultats du fait de l'absence d'un score unidimensionnel

L'absence de score global ou unidimensionnel de burn out complique l'analyse des résultats de l'échelle MBI.

Il serait tentant d'établir un score global de burn out. En effet, l'utilisation d'un score unidimensionnel de burn out permettrait de définir deux populations et de simplifier les analyses statistiques.

A notre connaissance, seul un manuscrit soumis à publication, rédigé par Brenninkmeijer et Van Yperen (21) propose un arbre décisionnel pour l'utilisation d'un score unidimensionnel de burn out en recherche.

Cependant, C. Maslach souligne, avec S. Jackson l'importance du caractère multidimensionnel du burn out. Le risque de perdre de l'information et de fausser l'interprétation des résultats serait important. En effet, il y a un degré modéré de corrélation entre les échelles d'épuisement émotionnel et de déshumanisation bien qu'elles soient liées. De même, l'échelle d'accomplissement personnel est indépendante des deux autres (22).

Dans notre étude, l'échelle MBI ne permet de conclure que pour un nombre restreint de sujets: les pharmaciens ayant un syndrome complet de burn out (soient 6 sujets) et les pharmaciens ayant une absence complète de syndrome de burn out dans les trois dimensions (soient 44 sujets). Pour la majorité des pharmaciens (soient 138) ayant des scores intermédiaires, il est difficile d'émettre des conclusions.

b. La limite de la traduction en français

La grille de lecture utilisée pour cette étude est celle traduite et validée par G.Dion (40). Elle a été réalisée auprès d'une population d'infirmières uniquement et sur un échantillon plus réduit alors que Maslach et Jackson ont établi leur grille d'évaluation en étudiant deux échantillons d'effectif élevé (plus de mille sujets au total). Ils ont comparé une population de soignants à une population très diverse. Il semble nécessaire d'utiliser une échelle validée dans la langue du questionnaire mais on peut s'interroger sur sa validité auprès d'une population comme celle des pharmaciens.

Par ailleurs, même s'il s'agit d'une version francophone, on peut s'interroger sur l'influence des différences culturelles entre les canadiens et les français.

L'idéal aurait été de disposer d'une version validée auprès de pharmaciens et en français.

c. Discussion des résultats

La plupart des auteurs s'entendent pour situer la source du burn out syndrome spécifiquement dans un contexte de travail et le définissent comme une réponse à un stress excessif et/ou continu au travail survenant chez un sujet psychologiquement sain antérieurement.

Concernant les 6 pharmaciens qui présentent un syndrome complet de burn out, il aurait été intéressant de connaître leurs antécédents médicaux, ce qui a d'ailleurs été proposé par une des enquêtées. En effet, plusieurs études ont montré un lien entre burn out et psychopathologie (59, 60, 61 et 62).

Pour P.Canoui, s'il fallait placer le syndrome d'épuisement professionnel des soignants dans un cadre diagnostique, il pourrait faire partie des troubles de l'adaptation (8).

Si on s'intéresse aux 138 personnes qui ont obtenu des scores intermédiaires, on s'aperçoit que:

- 2 pharmaciens sur 3 présentent un épuisement émotionnel est bas (soit 66%),
- 1 pharmacien sur 3 a un score élevé de dépersonnalisation (soit 38%),
- 1 pharmacien sur 2 a un fort sentiment d'accomplissement personnel (soit 51%).

Il faut cependant rappeler qu'il s'agit d'un échantillon de pharmaciens, à un instant donné et qu'il n'est pas représentatif de la population générale des pharmaciens.

D'autant que les pharmaciens ayant répondu à cette longue enquête (6 pages) sont nombreux certes, mais intéressés par le sujet (ils ont quasiment répondu à tous les items et ont laissé 137 commentaires sur le travail). Mais il y a aussi possiblement des pharmaciens trop « burnoutés » pour répondre au questionnaire. Cela engendre donc un biais.

Malgré ce biais inévitable à cause de la méthode d'enquête choisie, le travail permet de mesurer les trois dimensions du burn out.

Néanmoins, Mc Camus met en évidence un lien réciproque entre épuisement émotionnel et le stress en utilisant l'échelle G.H.Q 12. Il aurait été intéressant d'utiliser cette échelle dans notre travail pour mesurer le stress. Mc Camus montre qu'un niveau élevé de dépersonnalisation diminue le stress alors qu'un niveau élevé au score d'accomplissement personnel (c'est-à-dire un faible sentiment d'accomplissement personnel) l'élève (62). Graham critique et revitalise ces résultats en insistant sur l'inefficacité à long terme de la déshumanisation comme mécanisme de défense (61).

Il me semble donc légitime de s'interroger sur l'étendue de la signification des résultats: l'échelle M.B.I ne permet elle pas malgré tout un dépistage des sujets à risque de burn out et de troubles psychiques? Faudrait-il le proposer régulièrement afin de dépister les sujets à risque de burn out comme le propose B.Rivoire pour sa population d'internes en médecine (17) ?

D'ailleurs les auteurs ne s'accordent pas sur les significations respectives des trois dimensions ni sur une éventuelle chronologie. L'épuisement émotionnel conduit-il à une diminution du sentiment d'accomplissement personnel puis à une déshumanisation ?

L'épuisement émotionnel, bien que central ne peut être assimilé au burn out même s'il est considéré par certains comme le primum movens et comme l'élément le plus ostensible pour un observateur extérieur (44). La déshumanisation fait bien partie intégrante du syndrome et ne peut sans doute pas être réduite à un mécanisme de défense (facteur protecteur mais à court terme uniquement) de burn out comme l'avancent certains auteurs (61, 62). On peut aussi s'interroger sur la signification du degré d'accomplissement personnel: en effet, peu de déterminants y sont liés dans ce travail et les auteurs semblent y accorder une place secondaire. Agit-il comme un simple modérateur de burn out et peut-on l'assimiler à la satisfaction au travail dont Graham souligne le caractère protecteur ?

Nous remarquons que ce travail fait surtout ressortir un risque plus élevé de burn out chez les pharmaciens seuls titulaires de l'officine employant un assistant ce qui est le cas des 6 pharmaciens présentant un syndrome complet de burn out. Le fait d'employer un adjoint ne semble pas réduire les risques de burn out.

Le peu de données dans la littérature à ce sujet ne permet pas d'étoffer plus la discussion pour le score global de burn out...

C. Limites du questionnaire: défauts méthodologiques

Bien que dans l'ensemble, les questionnaires rendus ait été bien remplis et exploitables et malgré l'effectif relativement important, cette enquête n'a peut être pas mis à jour certains déterminants de souffrance.

En effet, le questionnaire a été établi à partir d'ouvrages de références (5,7) sur le syndrome d'épuisement professionnel mais n'est pas validé et a souffert du manque d'expérience de son « auteur ».

Certaines questions étaient très mal formulées comme la question 3 qui n'a pas pu être exploitée. En effet, la question portait sur les gardes: *Etes-vous amené à faire beaucoup de gardes dans l'année ? oui ou non et précision du nombre de gardes par an.* Cette formulation n'était pas assez précise, car certains qui faisaient peu de gardes dans l'année disaient en faire beaucoup (réponse oui) alors que d'autres qui prenaient en charge un nombre bien plus important de gardes répondaient par la négative à la question. La subjectivité des réponses était trop importante pour pouvoir conclure sur le sujet. D'autre part la demande de précision du nombre de garde par an était elle aussi trop flou, il aurait fallu détailler et demander le nombre de gardes de nuit, de week-ends...

La question 15 déclinée en quatre degrés de réponses pour pouvoir gagner en précision a paru compliquée à certains pharmaciens qui n'y ont pour certains pas répondu.

De part mon manque d'expérience en officine, il est très probable que des sujets importants aient été oubliés dans mon questionnaire. (Annexe 6). Ainsi, beaucoup de pharmaciens auraient souhaité évoquer la lourdeur des tâches administratives.

Néanmoins, sur les 209 enquêtes renvoyées, 207 questionnaires étaient exploitables. On obtient donc un taux de remplissage des items de 99% qui est très satisfaisant compte tenu du nombre important de questions: 34 au total.

D. Discussion au sujet des différents facteurs de burn out

L'échelle M.B.I ne permettant pas de conclure pour la majorité des pharmaciens (138), le questionnaire permet une approche complémentaire pour mieux adapter l'enquête aux pharmaciens et ainsi mieux identifier les sources de stress liées au travail en officine.

L'avenir de la profession et le stress financier qui vont de paire, sont parmi les premières sources de stress citées.

Un sondage réalisé en début 2007 (24), assurait que 67% des pharmaciens affirmaient garder confiance en l'avenir. Les résultats de notre enquête sont tout autre: 85% des titulaires et 80% des assistants s'avouent au contraire inquiets pour l'avenir de la profession avec le biais cité plus haut que notre enquête comporte.

Néanmoins, depuis quelques années, il semble que les mesures gouvernementales prises à l'encontre de la pharmacie rendent les professionnels du médicament un peu moroses d'autant que le contexte politique et économique actuel n'est pas pour les rassurer.

En effet, en 2006: déremboursements, diminution des marges arrières sur les génériques (loi Dutreil II), diminution drastique des prescriptions médicales, apparition des conditionnements pour 3 mois de traitement, les TFR, la nouvelle mesure « tiers payant contre génériques »... sont autant de mesures qui aboutissent à une stagnation de l'excédent brut d'exploitation, à une diminution de la marge et à une baisse du chiffre d'affaire.

Le Plan de financement de la Sécurité Sociale prévoit pour 2008:

- la mise en place de franchises de soins: l'assuré devra 50 centimes par boîte de médicament et acte paramédical et 2 euros par transport sanitaire, avec un plafond annuel de 50 euros. Les bénéficiaires de la CMU, les mineurs et les femmes enceintes en seront exonérés. Les fonds économisés doivent être

consacrés à la prise en charge de l'Alzheimer, du cancer et aux soins palliatifs. Si le but n'est pas de discuter cette mesure politique, on peut tout de même se poser une question: qui sera en charge de prélever ces franchises sur les médicaments dans la mesure où les patients bénéficient du tiers payant?

- Le plan de financement de la sécurité sociale 2008 traduit la volonté du gouvernement de réduire le nombre des officines car dit-il, « les pharmacies seraient de trop petite taille pour assurer de nouveaux services ». Près de 7000 officines seraient sur la sellette. C'est dans cette optique que les regroupements de pharmacies seront favorisés et les créations d'officine plus contrôlées.
- La France subit actuellement les assauts de la dérégulation libérale insufflée par la commission européenne de Bruxelles au nom de la libre concurrence. Ce qui est en jeu ? le monopole du médicament, la propriété de l'officine et la loi de répartition. Si la profession a un monopole, il s'agit avant tout d'un monopole de compétence. Or l'application de l'obligation de formation pharmaceutique n'est toujours pas effective faute de mise en place par les pouvoirs publics des conseils qui devront la gérer. Il devient urgent de se former pour pouvoir continuer à justifier notre monopole.
- Concernant l'OTC (Over the Counter) (il s'agit de médicaments délivrés par le pharmacien sans ordonnance et non remboursés), les décrets modifiant le Code de la santé devront être finalisés pour la mi-décembre 2007. Les médicaments concernés seraient autorisés à franchir le comptoir dès 2008. Le pharmacien devra malgré tout tenir pleinement son rôle de conseil sous peine de voir partir ces médicaments-conseil dans la grande distribution.

L'avenir est-il tourné vers la création de chaînes de pharmacies ? C'est-à-dire de vastes enseignes rassemblant plusieurs titulaires dont le pharmacien exploitant ne contrôle pas le capital de son établissement. Les patients y semblent favorables: 69% attendent la création de chaînes de pharmacies dans l'Hexagone pour profiter d'une baisse significative du prix des médicaments. (25)

En revanche, un sondage réalisé en septembre 2007 (25) révélait que 68% des pharmaciens étaient opposés à l'idée d'intégrer une chaîne. Ils étaient également

47% à penser que l'apparition de chaînes de pharmacies leur paraissait inéluctable et 79% à penser que les chaînes favoriseraient la disparition des pharmacies.

Le contexte actuel ne pousse donc pas les assistants à s'installer à leur compte. En 2005, 56% seulement des adjoints interrogés pour une enquête du Conseil de l'Ordre des pharmaciens envisageaient d'être titulaires. Parmi ceux qui ne le souhaitaient pas, l'insuffisance de capitaux et le risque financier étaient évoqués. Ce chiffre nous le retrouvons dans notre enquête: 55,56% des adjoints qui ont répondu à notre questionnaire déclarent avoir l'intention de racheter une officine dans l'avenir. Environ un adjoint sur deux ne le souhaite donc pas, cela pourrait s'expliquer par une inquiétude légitime et palpable sur l'avenir de l'officine et donc sur leurs futures conditions d'exercice s'ils devenaient titulaires un jour.

En effet, le « stress financier » est une des causes de stress souvent citées par les titulaires: les échéances de prêt, le doute de pouvoir payer ses traites en fin de mois, les problèmes de trésorerie... Dans ce contexte, il est donc nécessaire de bien gérer ces stocks notamment et les commandes ont parfois été citées comme facteur stresseur aussi bien par les titulaires que par les assistants ainsi que les contacts avec les représentants.

Dans un sondage réalisé en septembre 2007 (33), 68% des pharmaciens disaient qu'il était facile de bien gérer son stock aujourd'hui et 72% avaient le sentiment de bien le gérer. Car en effet, mal gérer son stock peut avoir des répercussions sur la trésorerie de l'officine. Etre en surstock coûte cher et ce coût peut atteindre 1% du chiffre d'affaire. Au bout d'un mois, un produit stocké a déjà coûté au pharmacien 2,5 à 3% de sa valeur d'achat.

Il faut donc trouver un équilibre: acheter suffisamment en masse pour obtenir de bonnes remises par les laboratoires mais faire attention à ne pas trop acheter. Un pharmacien sur quatre déclarait se retrouver de temps en temps en surstock suite à une commande trop importante. 71% des pharmaciens convenaient que la gestion des stocks est très importante pour l'entreprise.

Si le surstock peut pénaliser l'officine, le sous stock n'est pas plus souhaitable car cela peut soit mécontenter le client qui devra revenir souvent chercher un « produit manquant » soit le pousser à aller ce produit ailleurs.

L'ambivalence du statut des officinaux s'est exacerbée avec les années. Si leurs qualités de professionnels de santé sont mieux reconnues, leur statut de commerçant les expose à la critique et à l'exigence des consommateurs vis-à-vis du bien de consommation qu'est devenu pour eux le médicament. Ils veulent également un service rapide et immédiat.

Dans une enquête française publiée en février 2007, 81% des pharmaciens interrogés trouvaient les clients plus exigeants qu'au début de leur carrière. Exigeants sur les prix (91% de réponses) et les conseils (74% de réponses). (20) Les pharmaciens étaient 86% à estimer les clients plus informés qu'au début de leur carrière.

Enfin, 33% trouvaient que les relations avec leurs clients évoluaient vers des relations plus difficiles qu'auparavant. Cependant, 53% trouvaient les relations avec la clientèle inchangées.

Notre enquête révèle qu'environ 95% des pharmaciens interrogés (titulaires et assistants confondus) trouvent le contact avec la clientèle facile en général. Ils sont cependant environ 65% à trouver pesant de rester aimable face aux clients désagréables. Une revue professionnelle (19) consciente de cette difficulté propose six règles à retenir face à un client mécontent :

- 1) Rester calme quel que soit le comportement de l'interlocuteur.
- 2) Rester face au client mécontent et bien le regarder.
- 3) Adopter une attitude empathique du type « je vous comprends mais... ».
- 4) Eviter de se justifier à l'extrême sous peine de paraître fautif aux yeux de l'interlocuteur.
- 5) Répéter toujours le même message calmement afin qu'il soit compris.

- 6) Véhiculer une image soudée de l'équipe officinale. En cas d'erreur d'un des membres, pas question de lui faire endosser la responsabilité face au client. Utiliser le « on » pour globaliser la responsabilité.

Il ressort aussi que chez les titulaires d'officine la souffrance morale des personnes malades et de leurs proches semble plus difficile à prendre en charge que la souffrance physique. « Etre à l'aise dans la prise en charge de la souffrance physique » est très vrai pour 26% des pharmaciens interrogés contre 17% seulement pour la prise en charge de la souffrance morale.

Les assistants semblent encore moins à l'aise que les titulaires dans la prise en charge de la souffrance physique. Ils sont seulement 17,5% à se trouver tout à fait à l'aise pour les deux types de prise en charge.

Face à ces prises en charge difficiles, se sentir soutenu est alors primordial. Si il a été convenu précédemment qu'un manque de soutien social favoriserait le burn out, concernant les pharmaciens il ressort que dans l'ensemble la profession n'ait « pas de mal à trouver une oreille attentive ». En effet, 92% des titulaires et 100% des adjoints ont la possibilité d'exprimer les difficultés qu'ils rencontrent à l'officine.

L'équipe officinale semble être un interlocuteur de choix: 58% des assistants affirment que l'équipe officinale est disponible lorsqu'ils en sont en difficultés; environ 50% des titulaires et 77% des adjoints expriment au sein de l'équipe les difficultés qu'ils rencontrent au travail.

En revanche pour les titulaires exerçant en association le 1^{er} interlocuteur reste l'associé.

Il est d'ailleurs important de souligner que 70% des titulaires et 82% des assistants se sentent respectés par les autres membres de l'équipe officinale. Dans la majorité des cas, il semble qu'une bonne cohésion règne au sein des équipes officinales qui ont répondu à notre enquête.

La famille joue également un rôle important: environ 60% des pharmaciens expriment les difficultés qu'ils rencontrent à l'officine auprès de leur proches. Cependant, il arrive parfois que le travail de pharmacien, surtout pour les titulaires, soit également source de conflit avec leurs proches. Les horaires et le rythme de travail pourraient en être la cause.

Les titulaires travaillent en moyenne 48 heures par semaine et près d'un pharmacien sur deux déclare que leurs horaires ne sont pas compatibles avec la vie de famille, sans différence liée au sexe. Alors qu'à ce stade, apparaît une disparité importante avec les assistants qui, eux, sont 90% à déclarer que leurs horaires sont compatibles avec leur vie de famille. Sans doute est-ce dû au fait que, dans notre étude, les assistants ne travaillent que 32 heures/semaine soit 16 heures de moins par semaines que les titulaires et que leur implication au travail n'est logiquement pas la même.

Horaires importants et rythmes de travail soutenus favorisent le syndrome de burn out: non seulement les titulaires travaillent plus que les assistants mais ils seraient également plus nombreux à affirmer travailler plus de la moitié du temps à un rythme élevé (69% des titulaires contre 56% des assistants). Il est à noter que les 6 pharmaciens totalement « burnoutés » sont tous titulaires.

L'interruption des tâches est également bien identifiée comme facteur favorisant le syndrome de burn out. C'est sans doute pour cette raison que le téléphone a été parfois cité comme source de stress. A l'officine, le téléphone sonne souvent imposant au pharmacien d'interrompre son activité, de mener à bien sa conversation téléphonique en étant plus ou moins pressé par l'afflux de clients dans l'officine et de reprendre ensuite son activité première. Il n'est pas rare d'avoir alors plusieurs tâches en cours.

Non seulement ces interruptions régulières sont sources d'insatisfaction mais elles peuvent également être sources d'erreur.

La peur de l'erreur de délivrance semble très présente à l'esprit des pharmaciens. 13% des pharmaciens en général pensent tous les jours aux conséquences

émanant des erreurs de délivrance: conséquences sur la santé du patient et risques juridiques encourus et près de 50% y pensent souvent.

Il faut également rappeler que le pharmacien est non seulement responsable de ses propres délivrances mais également de celles de ses collaborateurs (préparateurs, préparatrices, étudiants en pharmacie...) qui, selon la loi, ne peuvent délivrer des médicaments que sous le contrôle effectif d'un pharmacien.

L'acte de dispensation des médicaments comprend plusieurs étapes : contrôler la validité de l'ordonnance, analyser son contenu et enfin la délivrer. Cependant, l'analyse d'ordonnances hors AMM ou de prescriptions de médicaments sortis de la réserve hospitalière est plus difficile.

Si on prend l'exemple de prescriptions de médicaments à des posologies hors AMM, le pharmacien n'a parfois que peu de données pour évaluer une potentielle toxicité de ce médicament. De telles prescriptions donnent lieu à un appel au prescripteur et amènent parfois à prendre conseil auprès des laboratoires ou des centres de pharmacovigilance.

Toutes ces nouvelles prescriptions de médicaments sortis de la réserve hospitalière nécessitent de se former à ces « nouvelles » thérapeutiques de ville pour pouvoir être performants et effectuer des délivrances de qualité.

Au total, près de 45% des enquêtés avouent se sentir parfois dépassés et pensent parfois ne pas avoir les compétences pour accomplir leur travail. Un tel chiffre doit alarmer! Il est donc urgent que la Formation Pharmaceutique Continue puisse être mise en place. Cependant, L'UTIP ne peut pas pour l'instant se prévaloir de son agrément dans la mesure où les conseils régionaux censés valider les formations ne sont toujours pas constitués. Non seulement le devoir de formation est important d'un point de vue personnel pour assurer une bonne qualité de conseils et de dispensation des médicaments en général; mais, comme nous le reverrons ultérieurement, montrer que la profession participe de façon active aux formations permet également de défendre le monopôle des pharmaciens.

Dans une enquête menée en 2007, 71% des pharmaciens interrogés faisaient de la formation leur priorité en matière d'investissement.

En 2006, 40% des assistants estimaient que leur formation initiale n'était pas adaptée à leur exercice professionnel. La formation n'était pas assez pratique en matière de gestion, relation clientèle, merchandising... (32).

Les adjoints étaient alors 80% à assurer leur formation en dehors de leurs heures de travail et cette formation leur prenait environ 5,6 heures par mois.

Le désir de se former est d'ailleurs clairement exprimé dans les réponses des enquêtés ce qui est une forme de coping positif. Un manque de formation prédispose au burn out car la personne n'a pas les ressources nécessaires pour faire face aux situations difficiles ou inhabituelles.

Même si la formation continue en tant que telle n'est pas encore tout à fait mise en action, d'autres moyens de se former existent déjà: presse, soirées à thème et réunion d'information organisées par les laboratoires et les grossistes, congrès, internet... Il faut encore souligner que l'enquête réalisée en 2006(32) révélait qu'un pharmacien adjoint sur deux (54%) faisait appel en 2006 à des organismes de formation continue.

Améliorer ses performances de gestionnaire en participant à des formations de gestion- management (forme de coping positif) permettrait de mieux gérer son entreprise et de réduire ainsi le stress lié au travail. En effet, certains jeunes pharmaciens se verraient proposer ce genre de formation avant de s'installer à leur compte.

Malgré toutes ces difficultés, 92% des assistants et 74% des titulaires ont le sentiment que « ce travail leur permet de rester dans le coup ». Pour la majorité des pharmaciens (138) pour lesquels il est impossible de conclure avec l'échelle MBI, il ressortait que un pharmacien sur deux éprouvait un fort sentiment d'accomplissement personnel. Les réponses fournies dans le questionnaire vont dans le même sens: près de 80% des pharmaciens (dans leur ensemble) éprouvent « la fierté du travail bien fait », 88% éprouvent « l'impression de faire

quelque chose d'utile aux autres » et enfin 58% éprouvent « l'impression d'être reconnu à leur juste valeur ». Ils sont également 57,5% à dire que finalement ce qui l'emporte dans leur travail ce sont les motifs de satisfaction et sont seulement 31,47% à répondre qu'ils souhaiteraient, s'ils le pouvaient, changer de profession.

Ainsi, pour faire face aux difficultés, les pharmaciens semblent avoir déjà mis en place, de façon consciente ou inconsciente, des stratégies d'adaptation actives (ou coping positif) pour diminuer la tension provoquée par leur travail: le désir de se former en est un exemple. De même, le support social est une stratégie largement développée par les pharmaciens: « suite au passage d'un client qui les a déstabilisé », ils sont 77,5% à réagir par le dialogue et « après une journée difficile », près de 69% des pharmaciens assistants en parlent directement à un proche. Ils pourraient également créer des réunions entre pharmaciens pour échanger sur leurs difficultés et les solutions envisagées pour les dépasser ou participer à des groupes de paroles tels que les groupes Balint: il s'agit d'un groupe de personnes volontaires qui réfléchissent avec l'aide d'un psychanalyste ou d'un psychologue sur les problèmes relationnels posés par leur métier.

« Sortir avec des amis », « faire du sport » ou encore créer à la maison une ambiance « cocooning » sont d'autres façons de se ressourcer utilisées par les enquêtés.

Il aurait été intéressant d'utiliser une échelle de mesure de ces mécanismes de coping pour améliorer la qualité de notre travail. Ces échelles sont actuellement en cours d'élaboration, fruits d'un travail commun de recherche en sciences humaines et sociales.

La pharmacie libérale sous sa forme actuelle doit évoluer pour faire face aux difficultés économiques et aux mesures pénalisantes prises par le gouvernement. Les pharmaciens semblent avoir encore des ressources puisqu'ils sont peu nombreux à présenter un syndrome complet de burn out et qu'ils développent des méthodes de coping. Ils doivent, dans un souci de sauvegarde et de valorisation

de leur profession, s'impliquer collectivement dans l'obtention de nouvelles missions. En voici deux exemples:

- le dossier pharmaceutique (DP) sur internet. Il a pour objet de permettre aux pharmaciens de partager les données nominatives relatives aux délivrances de médicaments (prescrits ou conseillés par le pharmacien), afin de prévenir les interactions médicamenteuses et contrôler les redondances de prescription.
- La réglementation de la prescription pharmaceutique en officine serait une grande avancée dans la reconnaissance des compétences du pharmacien. Aujourd'hui, officiellement, elle n'existe pas mais elle se pratique au quotidien puisque le pharmacien conseille et dispense des médicaments soit en honorant une prescription médicale, soit en délivrant des médicaments conseils. Par sa formation universitaire et hospitalo-universitaire, le pharmacien est le spécialiste du médicament; il peut très justement prétendre à la prescription pharmaceutique qui doit toujours demeurer un acte raisonné.

De même, avec le vieillissement de la population et l'augmentation des nombres de cancers, le pharmacien sera à l'avenir de plus en plus sollicité. Il devra développer les soins de maintien à domicile. Cela permettra de valoriser son travail de contact et renforcera l'image de professionnel de santé de proximité qu'il a déjà.

Comme il a été dit précédemment, les infirmières et les médecins sont au contact de la souffrance et de la mort, ce qui constitue un risque de burn out à long terme. Ce qui est observé pour les infirmières et les médecins peut être transposé chez les pharmaciens. En effet, ils sont avec leurs équipes des acteurs de santé de proximité qui connaissent bien leurs clients et réussissent, avec le temps, à établir avec eux de réelles relations de confiance. Les « clients » n'hésitent pas à leur faire part de leurs craintes vis-à-vis des diagnostics posés, de leurs traitements, des souffrances qu'ils endurent; mais ils leur font part également des joies qui rythment leur vie. Ainsi, lorsque l'un d'eux vient à mourir, l'équipe officinale qui pourtant n'est pas au contact direct de la personne décédée, accuse quand même le coup du deuil.

Le développement des soins de maintien à domicile, l'augmentation du nombre de chimiothérapie à domicile ne peuvent que renforcer les rôles que les pharmaciens exercent déjà avec professionnalisme.

Ils devront continuer l'éducation thérapeutique des patients et les informer sur les nouvelles thérapeutiques à venir.

Il convient également d'informer les patients et autres professionnels de santé sur les rôles réels souvent méconnus du pharmacien, souvent cantonné à sa seule technique pharmaceutique stricto sensu. Il est en fait très polyvalent: non seulement c'est un chef d'entreprise, mais il reste un professionnel de santé soucieux de la qualité de son travail. En apportant de l'aide et de l'écoute aux personnes malades, il confirme son rôle clé en tant que partenaire de soin dans la prise en charge des personnes malades et de leurs familles.

VII. CONCLUSION

De cette étude, on peut conclure que si les difficultés liées au travail en officine existent et sont nombreuses, les pharmaciens interrogés sont finalement peu nombreux à présenter un syndrome complet de burn out (3%). Les facteurs de stress identifiés et les plus souvent cités sont:

- l'avenir de la profession
- le « stress financier »,
- et la clientèle.

Il semble que les pharmaciens aient déjà réagi face à ces difficultés sources de stress en mettant en place certains mécanismes de coping positifs tels que :

- une communication efficace au sein de l'équipe officinale,
- un dialogue avec leurs proches,
- une volonté de faire de la formation leur priorité...

Dans ce travail, les pharmaciens, bien conscients d'être à un tournant de leur profession, gardent le souci d'améliorer la qualité de prise en charge des personnes soignées et de conserver leur professionnalisme. Ils sont conscients que la profession de pharmacien doit évoluer avec les nouvelles exigences de notre société.

Malgré les difficultés liées à l'exercice de leur profession, les pharmaciens dans leur majorité aiment leur métier et l'implication personnelle qui en découle.

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

1. Canouï P, Mauranges A. *Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants, de l'analyse du burn out aux réponses*. Ed Masson 2001.
2. Delbrouck M. *Le burn-out du soignant. Le syndrome d'épuisement professionnel*. Ed De Boeck 2003.
3. Brissette L, Arcand M, Bonnet J. *Soigner sans s'épuiser*. Ed Morin 1998.
4. Truchot D. *Epuisement professionnel et burnout. Concepts, modèles, interventions*. Ed Dunod 2004.
5. Baudelot C, Gollac M. *Travailler pour être heureux ? Le bonheur et le travail en France*. Ed Fayard 2003.
6. Chabannes J-P, Crespo F, Jacquier T. *Travail et dépression. Kaléidoscope de la dépression*. Pfizer 2003
7. Maurin M. Thèse de doctorat de médecine. Nantes 2005.
8. Canouï P. *Approche de la souffrance des soignants par l'analyse du concept de l'épuisement professionnel, le burn out. Considérations psychologiques et éthiques en réanimation pédiatrique*. Consulté sur www.inserm.fr/ethique/le/10/09/2007.
9. Demir A, Ulusoy M, Ulusoy MF. *Investigations of factors influencing burnout levels in the professional and private lives of nurses*. Int J Nurs Stud 2003;40(8):807-27.
10. Kalfoss M.H. *Qui prend soin des soignants ?* Oncology Nurses 1999;4(4):18-20.
11. Mitaine L, Adiceom F, Colombat P. *Face à la fin de vie, le syndrome d'épuisement professionnel*. Rev Prat 1998;12(428):22-5.
12. Ramirez AJ, Graham J, Richards MA, Cull A, Gregory WM, Leaning MS et al. *Burnout and psychiatric disorder among cancer clinicians*. Br J Cancer, 1995;71(6):1263-9.
13. Cathébras P, Begon A, Laporte S, Bois C, Truchot D. *Epuisement professionnel chez les médecins généralistes*. Presse Med 2004;33:1569-74.
14. Graham J, Ramirez A.J, Cull A, Finlay I, Hoy A and Richards M.A. *Job stress and satisfaction among palliative physicians*. Palliat Med 1996,10(3):185-194.
15. Kash K.M, Holland J.C, Breitbart W, Berenson S, Dougherty J, Ouellette-Kobasa S and al. *Stress and burnout in oncology*. Oncology 2000;14(11):1621-33.
16. *Burnished or burn out: the delight and dangers of working in health*. Editorial. Lancet 1994,344:1583-4.
17. Rivoire B, Colombat P, Perrier M, Léger I. *Fréquence et étiologies du syndrome de burn-out chez les internes en médecine au C.H.U de Tours en 1999-2000*. Med Pal 2003 ;302-6
18. Pezet-Langevin V. *La souffrance des soignants: causes environnementales*. 3^{ème} congrès de Soins Palliatifs en hématologie-Tours, le 18 et 19 mars 1999.
19. Allaire A. *Faire face aux clients mécontents*. Le moniteur des pharmacies 2007; 2680:36-37.
20. Guignot C. *Vos clients changent! Et vous?*. Le moniteur des pharmacies 2007 ;2665 :20-24.

21. Brenninkmeijer V, Van Yperen N.W. *About the advantages and disadvantages of a unidimensionnal approach in burn out research: When and how may we combine the burnout dimensions into a single concept?* Docserver.ub.rug.nl/eldoc/dis/ppsw/v.brenninkmeijer/c2.pdf le 4.12.2004
22. Maslach C, Jackson S.E. *The measurement of experienced burn out.* J Occup Behav 1981;2:99-113.
23. *Les statistiques démographiques de l'Ordre national des pharmaciens au 1er janvier 2007.* http://www.ordre.pharmacien.fr/fr/pdf/demo_brochure.pdf
24. Philbet T. *2007 année de tous les dangers.* Le Moniteur des Pharmacies 2007 ;2657/2658:14-19.
25. Bérard S. *Les chaînes de pharmacies sont-elles inéluctables ?.* Le Moniteur des pharmacies 2007;2694:40-48.
26. Mercier A.L. Lefort L. *Trop d'officines selon le PLFSS 2008.* Le Moniteur des Pharmacies 2007;2694 :8-9.
27. Silvan F. *Roselyne Bachelot n'a pas su rassurer.* Le Moniteurs des Pharmacies 2007 ;2697:12-13.
28. Bérard S. Mercier A.L. *L'OTC est pour demain.* Le Moniteur des Pharmacies 2007 ;2698:10-11.
29. Pouzaud F. *Première installation, des candidats sur la réserve.* Le Moniteur des Pharmacies 2007 ;2699:47.
30. Lefort L.Silvan F. *PLFSS de rigueur.* Le Moniteur des Pharmacies 2007;2699.
31. Pouzaud F. *Alerte rouge!* Le Moniteur des Pharmacies 2007;2681:6-7.
32. Bulletin de l'Ordre des Pharmaciens. *Officine, le regard des adjoints sur leur métier.* N° 312. 26/01/2006.
33. Saurel V. *Surstock: arrêtez les frais!.* Le Moniteur des Pharmacies 2007;2691:30-35.
34. Berrezai O. *« Le métier de pharmacien est à un tournant ».*Ouest-France. 13-14 octobre 2007.
35. Philbet T. *Cramé ?!* Editorial Le Moniteur des Pharmacies 2007;2686:5.
36. Vachon M. *Staff stress in hospice/palliative care: a review.* Palliat Med 1995;9:91-122.
37. Freudenberger HJ. *Staff burn out.* J Social Issue 1970;30:159-65.
38. Maslach C, Jacksn SF, Leiter MP. *Maslach burn out inventory manual.* Palo Alto, CA: Consulting Psychologist's Press 1996.
39. Goldenberg E. *Souffrir de soigner.* Rev Prat Med Gen 1998;414.
40. Dion G, Tessier R. *Validation de la traduction de l'Inventaire d'épuisement professionnel de Malasch et Jackson.* Revue canadienne des sciences du comportement 1994 ;26(2) :210-27
41. Demir A, Ulusoy M, Ulusoy MF. *Investigations of factors influencing burnout levels in the professionnall and private lives of nurses.* Int J Nurs Stud 2003;40(8);807-27.
42. Penson R, Dignan L, Canellos G, Picard C, Lynch T. *Burnout: Caring for the Caregivers.* The Oncologist 2000;5:425-34.
43. Grunfeld E, Whelan T.J, Zitzelsberger L, Willan A.R, Montesanto B, Evans W.K. *Cancer care workers in Ontario: prevalence of burnout, jobstress and job satisfaction.* CMAJ 2000;163(2):166-9.

44. Rafferty JP, Lemkau JP, Purdy RR, Rudsill JR. *Validity of the Maslach Burnout Inventory for family practice physicians*. J Clin Psychol 1986;42(3):488-92.
45. Daneault S, Lussier V, Mongeau S. *Souffrance et médecine*. Presses de l'Université de Québec.2006.
46. Roelofs J, Verbraak M, Keijsers G, De Bruin M, Schmidt A. *Psychometric properties of a Dutch version of the Maslach Burnout Inventory General Survey (M.B.I-DV) in individuals with and without clinical burnout*. Stress and health. (sous presse-accepté le 25/08/2004).
47. Schaufeli W.B, Van Dierendonck D.A. *Cautionary note about the cross national and clinical validity of cutt-off points for the Maslach Burnout Inventory*. Psychological Reports 1995;76:1083-90.
48. Kobasa Sc, Maddi Sr, Kahn S. *Hardiness and health: a prospective study*. J Pers Soc Psychol 1982,42(1):168-77.
49. Dobson R. *Stress on women doctors may cause higher suicide risk*. BMJ 2001;322(7292):945.
50. Coulon A. *Etude du syndrome de burn out chez les médecins s'occupant de soins palliatifs*. Thèse de doctorat de médecine. Lyon,1994.
51. Schraub S, Marx E. *Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants ou burn out en cancérologie*. Bull Cancer 2004 ;91(9) :673-6.
52. Gueibe R. *Le burn out, une maladie de l'âme en deuil de son idéal? Ou le questionnement de nos idéaux*. Perspective soignante 2003 ;16 :7-20.
53. Creagan E.T. *Stress among medical oncologists: the phenomenon of burnout and a call to action*. Mayo Clin Proc 1993;68:614-5.
54. Ramirez A.J, Graham J, Richards M.A, Gregory W.M, Cull A. *Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work*. Lancet 1996;347(16):724-8.
55. Whippen D.A, Canellos G.P. *Burnout syndrome in the practice of oncology: result of a random survey of 1,000 oncologists*. J Clin Oncol 1991;9(10):1916-20.
56. Firth-Cozens J, Morrison L. *Sources of stress and ways of coping in junior house officers*. Stress Medecine 1989;5:121-6.
57. Ollivier M.P. *La souffrance des soignants, les solutions: mythes ou réalité*. 3^{ème} congrès de soins palliatifs en hématologie-Tours, 18 et 19 mars 1999.
58. Shaerer R. *La souffrance du médecin devant la mort des malades*. Revues JALMALV 1988 ;14 :20-1.
59. Roussopoulos C. *Mort des malades, souffrance des médecins*. Film VHS couleur 1992. Production Fondation de France.
60. Caplan R.P « *stress, anxiety, and depression in hospital consultants, general practitioners and senior health service manager* » BMJ 1994 ;309 :1261-3.
61. Graham J, Potts H W W, Ramirez a J. *Stress and burnout in doctors*. Lancet 2002;360:1975-6
62. McManus I.C., Winder B.C, Gordon D; *The causal link between stress and burnout in a logitudianl study of UK doctors*. Lancet 2002;359:2089-90
63. Lyckholm L. *dealing with stress, burnout, and grief in the practice of oncology*. Lancet Oncol 2001;2 : 750-5.

64. Noël B. *L'impuissance à tout guérir: la souffrance des soignants*. Revue JALMALV 1997 ;50 :30-3.
65. Lissandre, S. *Facteurs associés au burn out dans les services d'onco-hématologie de la région Centre : Place de la démarche palliative*. Thèse de médecine. Tours. 2003.
66. Dieu. V. *Stress et burn out des anesthésistes et chirurgiens*. Mémoires de médecine du travail. Lille. 2004.
67. Mount B.M. *Dealing with our losses*. JCO 1986;4(7):112-34.
68. Alexander DA, Ritchie E. *Stressors and difficulties in dealing with the terminal patient*. J Palliat Care 1990;6(3):28-33;
69. Levy Mitchell M. *End-of-life care in the intensive care unit/ can we do better?* Crit Care Med 2001; 29(2suppl):56-61.
70. Winckler m. *Les trios Médecins*. Ed P.O.L 2004:272.
71. Creagan E.T. *Bombarded by stress. Healthy habits to avert burnout*. Minn Med 1999;82(8):14-15
72. Ruzniewski M. *Face à la maladie grave. Patients, famille, soignants*. Paris Dunod, 1995.
73. Even G. *Comment fonctionne un groupe Balint ?* Rev Pr Med Gen 2001 ;15 (531) :564-5.
74. Fournier, P. *Souffrir de soigner : le burn out des médecins travaillant en soins palliatifs* . La lettre du Cancérologue 2004 ;13(2) :64-75.
75. Le Boul D, Goldenber E. *La plainte du soignant et la notion de désespoir thérapeutique*. Psychol Med 1989 ;21(3) :64-75.
76. Goldenberg E. *Aider les soignants en souffrance*. Revue JALMALV 1988 ;14 :3-13.
77. Goldenberg E. *Réflexion sur les groupes de paroles*. Revue JALMALV 1989 ;16 :2-7.
78. Firth-Cozens J. *Emotional distress in junior house officers*. BMJ 1987;295:533-6.
79. Agoub M, Elyazaji M, Battas O. *Epuisement professionnel et sources de stress au travail chez les soignants*. Ann Med Psychol 2000 ;158(9) :687-92.
80. Beckstead J.W. *Confirmatory factor analysis of the Malasch Burnout Inventory among Florida Nurses*. Int J Nurs 2002;39,785-91.
81. McManus I.C, Winder B.C, Gordon D. *Are UK doctors particularly stressed?* Lancet 1999;354:1358-9.
82. Higgins R.W. *L'invention du mourant. Violence de la mort pacifiée*. Esprit 2003 ;1 :139-168.

ANNEXES

Table des matières des Annexes:

ANNEXE 1: courrier aux grossistes répartiteurs de Loire-Atlantique.....	3
ANNEXE 2: courrier aux pharmaciens	4
ANNEXE 3: Enquête auprès des pharmaciens d'officine ; questionnaire.....	5
ANNEXE 4: Résultats de l'échelle MBI	12
ANNEXE 5: Analyse statistique des résultats de l'échelle MBI.....	28
ANNEXE 6: Questionnaire.....	33

ANNEXE 1: courrier aux grossistes répartiteurs de Loire-Atlantique

Nantes, le 11 septembre 2006

Monsieur,

Dans le cadre de ma thèse de pharmacie, je m'intéresse aux difficultés professionnelles que peuvent rencontrer les pharmaciens d'officine au cours de leur carrière et aux répercussions que cela peut avoir sur leur vie. L'objectif étant d'évaluer le taux d'épuisement professionnel au sein de la profession.

Pour ce faire, j'ai besoin de faire parvenir des questionnaires aux pharmaciens travaillant en officine.

Je vous sollicite aujourd'hui car j'aurais souhaité faire parvenir ces enquêtes par votre biais, en les mettant dans les caisses de livraison.

Je joins à ce courrier un exemplaire de l'enquête ainsi que le courrier d'accompagnement.

En espérant que vous pourrez accéder à ma requête. Je vous prie d'agréer, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Marion Piro

ANNEXE 2: courrier aux pharmaciens

Nantes, le 25 septembre 2006

Objet : *Enquête sur la relation entre le travail à l'officine et la qualité de vie du pharmacien.*

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de ma thèse de pharmacie, je m'intéresse aux difficultés professionnelles que peuvent rencontrer les pharmaciens d'officine au cours de leur carrière et aux répercussions que cela peut avoir sur leur vie.

Pour ce faire, je vous envoie un questionnaire. Il s'adresse aussi bien aux pharmaciens titulaires qu'aux pharmaciens adjoints.

Ne sachant pas combien de pharmaciens travaillent par officine, j'ai choisi d'envoyer 3 questionnaires par pharmacie. Cependant, si vous deviez être plus nombreux, je vous demande, si cela vous intéresse de participer, d'en faire des copies. Je vous en remercie d'avance.

Je tiens également à vous préciser que cette enquête est **anonyme**.

La réponse à ce questionnaire peut se faire de 2 façons :

- Par lettre, à l'adresse suivante : Françoise Chupin

Enveloppe fournie

LABORATOIRE DE THERAPEUTIQUE

Faculté de Médecine

1 rue Gaston Veil

44 035 NANTES

- Par fax, à ce numéro : 02 40 41 28 54

Pour que vos réponses soient prises en compte dans nos statistiques, il est important de nous retourner le questionnaire avant le 30 novembre.

Je me propose de mettre à votre disposition les résultats de l'enquête après exploitation de vos questionnaires. Pour ce faire, il vous suffit de m'en faire la demande par e-mail en me laissant votre adresse de messagerie électronique. Si cela vous intéresse, je vous recommande également de faire une copie de vos réponses à l'échelle MBI.

Je vous remercie d'avance de votre participation. Cordialement.

Marion Piro



PS : Une précision concernant l'échelle MBI : **il est important que vous répondiez à tous les items** afin que l'analyse de l'enquête soit possible.

ANNEXE 3: Enquête auprès des pharmaciens d'officine ; questionnaire

ENQUETE : QUALITE DE VIE DU PHARMACIEN ?

Relation entre le travail en officine et la qualité de vie du pharmacien.

Êtes-vous : une femme un homme

Nombre d'années d'exercice : Age :

Êtes-vous : titulaire de l'officine assistant(e)

Si vous êtes titulaire d'une officine, êtes-vous :

le seul titulaire de l'officine en association

Avez-vous un assistant ? : oui non

Où la pharmacie est elle située ? (plusieurs choix possibles)

en zone urbaine dans un centre commercial

en zone rurale en bord de mer

en zone semi-rurale

ECHELLE MBI (Malach Burnout Inventory)

Il est indispensable de répondre à toutes les questions suivantes ! S.V.P++

Indiquez la fréquence à laquelle vous ressentez ce qui est décrit à chaque item :

0 : jamais 3 : quelques fois par mois 6 : chaque jour

1 : quelques fois par année, au moins 4 : une fois par semaine

2 : une fois par mois, au moins 5 : quelques fois par semaine

1- Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail.	0	1	2	3	4	5	6
2- Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail.	0	1	2	3	4	5	6
3- Je me sens fatigué(e) quand je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail.	0	1	2	3	4	5	6
4- Je peux comprendre facilement ce que mes clients ressentent.	0	1	2	3	4	5	6
5- je sens que je m'occupe de certains clients de façon impersonnelle, comme s'ils étaient des objets.	0	1	2	3	4	5	6
6- Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort.	0	1	2	3	4	5	6
7- Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes clients.	0	1	2	3	4	5	6
8- Je sens que je craque à cause de mon travail.	0	1	2	3	4	5	6
9- J'ai l'impression, à travers mon travail, d'avoir une influence positive sur les gens.	0	1	2	3	4	5	6
10- Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail.	0	1	2	3	4	5	6
11- Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement.	0	1	2	3	4	5	6

12- Je me sens plein(e) d'énergie.	0	1	2	3	4	5	6
13- Je me sens frustré(e) par mon travail.	0	1	2	3	4	5	6
14- Je sens que je travaille trop dur dans mon travail.	0	1	2	3	4	5	6
15- Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes clients.	0	1	2	3	4	5	6
16- Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop.	0	1	2	3	4	5	6
17- J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes clients.	0	1	2	3	4	5	6
18- Je me sens ragaillardi(e) lorsque dans mon travail, j'ai été proche de mes clients.	0	1	2	3	4	5	6
19- J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail.	0	1	2	3	4	5	6
20- Je me sens au bout du rouleau.	0	1	2	3	4	5	6
21- Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement.	0	1	2	3	4	5	6
22- J'ai l'impression que mes clients me rendent responsable de certains de leur problème.	0	1	2	3	4	5	6

1- Devez-vous travailler à un rythme élevé ?

- tout le temps
 plus de la moitié du temps
 environ la moitié du temps
 moins de la moitié du temps
 jamais

2- Quel nombre d'heures de travail hebdomadaire effectuez-vous habituellement ?

3- Etes-vous amené à faire beaucoup de gardes dans l'année ?

- oui non Nombre de gardes par an :

4- Vos horaires sont-ils compatibles avec votre vie de famille et vos activités extra professionnelles ? oui non

5- Selon vous, la profession que vous exercez est-elle, en dehors de votre milieu professionnel :

- généralement bien vue
 appréciée par les uns, critiquée par les autres
 plutôt mal vue

6- Pensez-vous que les clients aient confiance en leur pharmacien et en ses conseils ?

- oui non

7- L'un de vos parents est-il pharmacien ? oui non

Conseilleriez-vous à vos enfants d'exercer votre profession ? oui non

8- Si vous êtes en association :

- L'êtes vous avec quelqu'un de votre famille : oui non
- Votre associé est-il plutôt :
 - quelqu'un sur qui vous pouvez compter et avec qui vous vous entendez bien
 - quelqu'un avec qui vous êtes le plus souvent en conflit (raisons diverses)
- Cela vous permet-il d'avoir une meilleure qualité de vie (horaires, vacances...) ? oui non
- Êtes-vous satisfait de votre choix ? oui non

9-Si vous avez un assistant :

- Cela vous permet-il d'avoir une meilleure qualité de vie (horaires, vacances) ?
 oui non
- Votre assistant est-il quelqu'un sur qui vous pouvez compter ? oui non
- Y a t il des inconvénients à avoir pris un assistant ? oui non

Si oui, lesquels :

.....
.....

10- si vous êtes assistant(e) :

- les préparateurs vous ont-ils bien intégré à l'équipe officinale?
 oui non
- Ou y a-t-il une distance entre vous du fait de vos responsabilités qui sont plus grandes ?
 oui non
- Si oui, cela vous affecte t il ? oui non
- Votre travail est-il reconnu par votre employeur ?
 oui non
- Avez-vous le sentiment d'effectuer des tâches qui ne sont pas les vôtres ?
 oui non
- Si oui, lesquelles ?
.....
.....

- Comptez-vous vous installer à votre compte d'ici quelques années ?
 oui non
- Pensez-vous qu'en étant votre propre patron vous seriez moins soumis au stress ?
 oui non

11- Par rapport à il y a 5 ans, votre travail s'est-il :

- dégradé resté identique
- amélioré vous n'avez pas assez d'ancienneté pour juger

12-Avez-vous l'occasion de faire des choses, sur vos heures de travail, qui vous plaisent et que vous ne pourriez pas faire ailleurs ?

oui non

Si oui, lesquelles :

.....

13- Les aspects suivants du travail en général, vous semblent-ils importants ?

	OUI	NON
1- Rencontrer des gens		
2- Se sentir utile		
3- Avoir des horaires qui laissent du temps pour soi et pour sa famille		
4- Avoir une grande liberté dans son travail		

Pensez-vous que votre profession correspond, dans l'ensemble, à ces critères ?

oui non Lesquels ne correspondent pas ?,.....

14- Vous arrive-t-il d'éprouver dans votre travail ?

la fierté du travail bien fait

l'impression d'être reconnu à votre juste valeur

l'impression de faire quelque chose d'utile aux autres

l'ennui

l'impression que ce que vous faites n'importe qui pourrait le faire

15- Évaluez les affirmations suivantes sur une échelle de 1 à 4 :

1 : pas du tout vrai 2 : un peu vrai 3 : moyennement vrai 4 : très vrai

J'ai une charge de travail trop lourde.	1	2	3	4
Je suis à l'aise dans la prise en charge de patients douloureux.	1	2	3	4
Je suis à l'aise dans la prise en charge de patients en souffrance morale.	1	2	3	4
L'équipe officinale est disponible lorsque je suis en difficultés.	1	2	3	4
Je me sens respecté par l'équipe officinale.	1	2	3	4
Je me sens soutenu par la corporation.	1	2	3	4
J'assume des responsabilités qui ne m'incombent pas.	1	2	3	4
Je manque de temps pour discuter avec un patient dans le besoin.	1	2	3	4
Mon travail est reconnu par les autres acteurs de santé : médecin, infirmière, kiné...	1	2	3	4

16- Trouvez-vous le contact avec la clientèle facile en général ? oui non

17- Trouvez vous pesant au quotidien de rester aimable face à des clients désagréables ? oui non

18- Suite au passage d'un client qui vous a déstabilisé (désagréable ou d'un client en difficulté :moral, maladie..), comment réagissez-vous le plus souvent ?

- émotivité retrait résignation dialogue avec l'équipe
- hyperactivité irritabilité autre :

19- Quelles ressources personnelles trouvez-vous après une journée difficile à l'officine ?

- sortir avec des amis en parler directement à un proche
- faire du sport fumer une cigarette
- prendre un anxiolytique boire de l'alcool
- prendre un bain loisirs (vélo, jardinage...)
- cocooning manger vos aliments favoris
- autres :

20- Avez-vous le sentiment que ce travail :

- vous vieillit prématurément
- ou vous permet de rester dans le coup ?

21- citez les 5 principales sources de stress auxquelles vous êtes soumis(e) :

-
-
-
-
-

22- La concurrence entre pharmacies existe-t-elle ? oui non

Cela vous affecte t-il ? oui non

23- Vous arrive-t-il d'avoir des relations difficiles avec:

- pharmacien titulaire ou associé employés
- collègues clients
- Cela arrive-t-il ? parfois souvent très souvent

24- Avez-vous la possibilité d'exprimer les difficultés que vous rencontrez à l'officine? oui non

si oui, auprès de :

- Équipe officinale Associé(s) Assistant Famille
- Amis Confrères

25- Vous arrive-t-il de vous sentir dépassé, de ne pas avoir les compétences pour accomplir votre travail ?

- jamais parfois
- rarement souvent

26- A quelle fréquence pensez-vous aux conséquences émanant des erreurs de délivrance ?

(conséquences sur la santé du patient, risques juridiques encourus...)

jamais parfois souvent très souvent tous les jours

27- Avez-vous tendance, avec le temps, à vous retrancher dans votre bureau ou à l'arrière de la pharmacie plutôt que de rester au comptoir ?

oui non

Si oui, pourquoi ?

.....

28- Y a t il des activités que vous aimeriez faire ou exercer davantage mais que vous ne pouvez pas faire à cause de votre travail ?

oui non

Si oui, lesquelles :

.....

29- Au cours des 6 derniers mois, des tensions ont-elles été provoquées avec votre famille ou votre entourage, à cause de votre travail ?

jamais parfois souvent

30-Rémunération :

- La rémunération a-t-elle été un critère dans le choix de votre profession ?

oui non

- En choisissant cette profession, pensiez vous gagner plus que ce que vous gagnez actuellement ?

oui non

- Pensez-vous que votre rémunération est à la hauteur du travail fourni ?

oui non

- Vous permet-elle de vivre comme vous le souhaitez ? oui non

31-Etes-vous inquiet pour l'avenir de la profession ? oui non

Pensez-vous que la profession va subir de profondes modifications dans les années à venir (pertes de monopoles, drugstores, développement de parapharmacies...) ?

oui non

32- Finalement dans votre travail qu'est ce qui l'emporte ?

les motifs de satisfaction

les motifs d'insatisfaction

les uns et les autres s'équilibrent à peu près

Si vous aviez le choix, souhaiteriez vous changer de profession ?

oui non

Si oui, pour laquelle ?

33- Y a-t-il un sujet non traité et que vous auriez souhaité évoquer ?

.....
.....

34- Que pensez-vous de cette enquête ?

.....
.....
.....

ANNEXE 4: Résultats de l'échelle MBI

209 réponses

femmes :129 réponses dont 118 échelles MBI exploitables

hommes :80 réponses dont 70 échelles MBI exploitables

BAS	44
INTERMEDAIRE	138
ELEVE	6

Pharmaciens ayant obtenu un score intermédiaire:

Épuisement émotionnel :

BAS	90
MODERE	28
ELEVE	20

dépersonnalisation :

BAS	31
MODERE	54
ELEVE	53

accomplissement personnel :

BAS	70
MODERE	39
ELEVE	29

➤ DISTINCTION HOMMES/FEMMES :

HOMMES :

BAS	8
INTERMEDAIRE	59
ELEVE	3

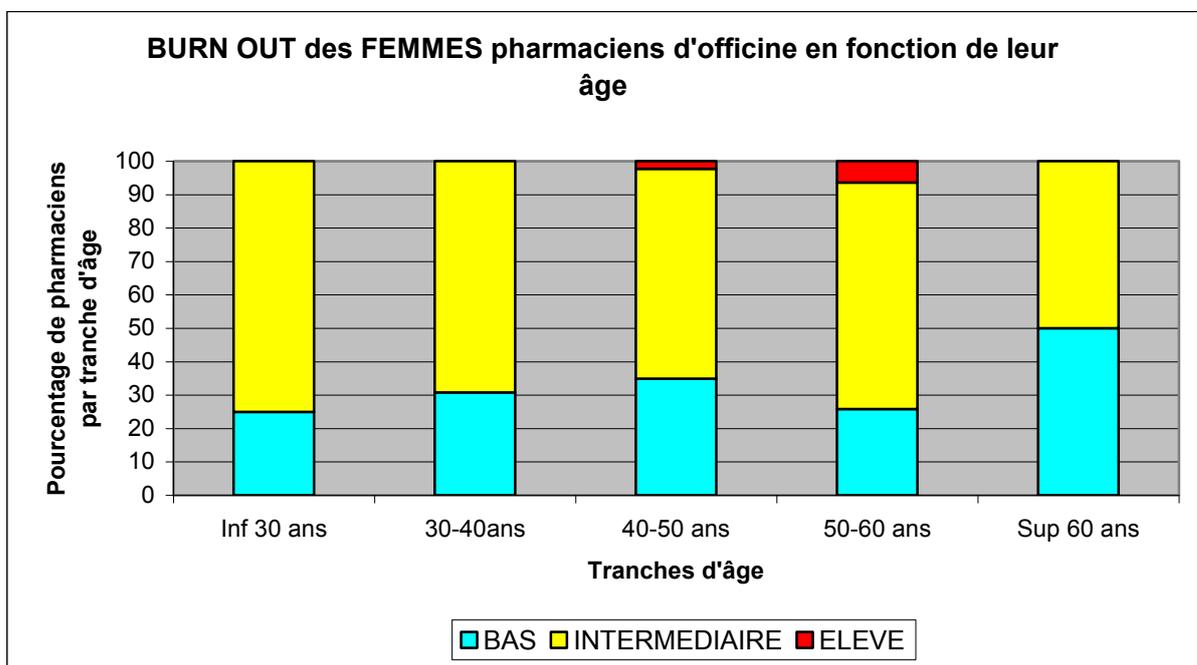
FEMMES :

BAS	36
INTERMEDAIRE	79
ELEVE	3

➤ **BURN OUT en fonction de l'âge :**

	Inf 30 ans	30-40 ans	40-50 ans	50-60 ans	Sup 60 ans
BAS	4	12	15	11	2
INTERMEDIAIRE	16	33	41	44	4
ELEVE	0	1	2	3	

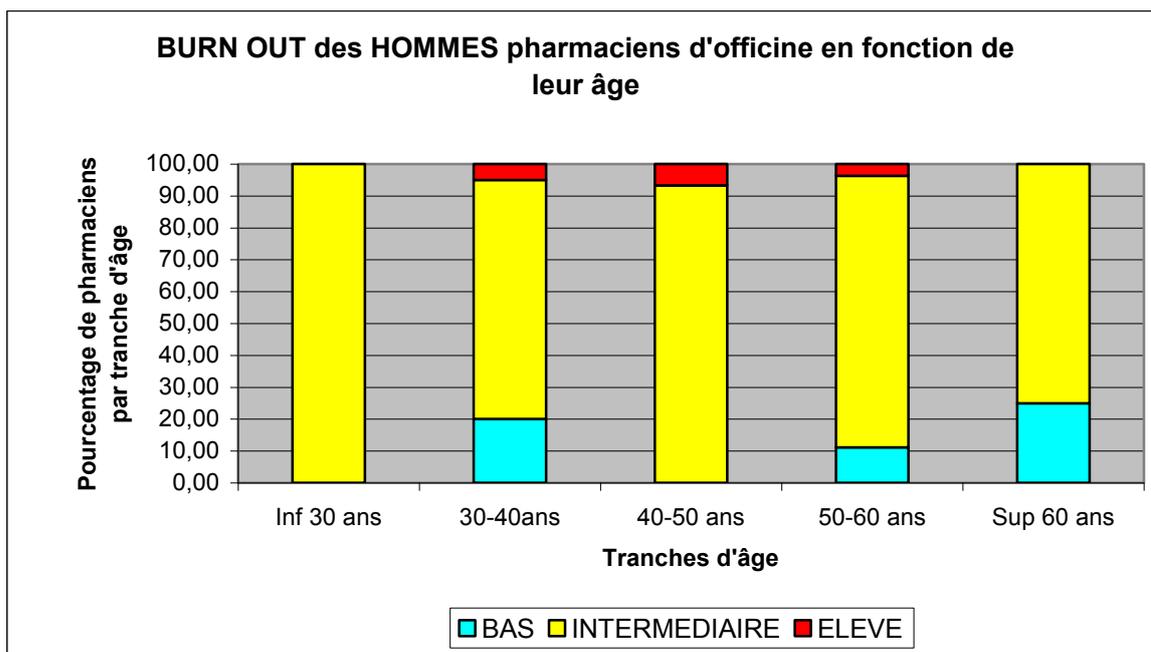
FEMMES	Inf 30 ans	30-40ans	40-50 ans	50-60 ans	Sup 60 ans
BAS	4	8	15	8	1
INTERMEDIAIRE	12	18	27	21	1
ELEVE			1	2	



n=118/ Inf 30 ans: n=16/ 30-40 ans: n=26/ 40-50 ans: n=43/ 50-60 ans: n=31/

Sup 60 ans: n=2

HOMMES	Inf 30 ans	30-40ans	40-50 ans	50-60 ans	Sup 60 ans
BAS		4		3	1
INTERMEDIAIRE	4	15	14	23	3
ELEVE		1	1	1	



n=70/ Inf 30 ans: n=4/ 30-40 ans: n=20/ 40-50 ans: n=15/ 50-60 ans: n=27/
 Sup 60 ans: n=4

- Épuisement émotionnel des pharmaciens ayant obtenu un score intermédiaire en fonction de l'âge :

	Inf 30 ans	30-40ans	40-50 ans	50-60 ans	Sup 60 ans
BAS	11	28	26	22	3
MODERE	4	4	10	10	1
ELEVE	1	1	5	12	

Femmes :

	Inf 30 ans	30-40ans	40-50 ans	50-60 ans	Sup 60 ans
Bas	10	17	18	11	1
Modéré	1	1	8	5	
Elevé	1	0	1	5	

Hommes :

	Inf 30 ans	30-40ans	40-50 ans	50-60 ans	Sup 60 ans
Bas	1	11	8	11	2
Modéré	3	3	2	5	1
Elevé		1	4	7	

- Dépersonnalisation des pharmaciens ayant obtenu un score intermédiaire en fonction de l'âge:

	Inf 30 ans	30-40ans	40-50 ans	50-60 ans	Sup 60 ans
BAS	3	7	6	13	1
MODERE	5	17	18	15	0
ELEVE	8	9	17	16	3

Femmes :

	Inf 30 ans	30-40ans	40-50 ans	50-60 ans	Sup 60 ans
Bas	2	4	5	9	1
Modéré	3	9	13	8	
Elevé	7	5	9	4	

Hommes :

	Inf 30 ans	30-40ans	40-50 ans	50-60 ans	Sup 60 ans
Bas	1	3	1	4	
Modéré	2	8	5	7	
Elevé	1	4	8	12	3

- Accomplissement personnel des pharmaciens ayant obtenu un score intermédiaire en fonction de l'âge:

	Inf 30 ans	30-40ans	40-50 ans	50-60 ans	Sup 60 ans
BAS	9	17	20	23	1
MODERE	5	11	13	9	1
ELEVE	2	5	8	12	2

Femmes :

	Inf 30 ans	30-40ans	40-50 ans	50-60 ans	Sup 60 ans
Bas	6	9	13	8	1
Modéré	4	6	8	7	
Elevé	2	3	6	6	

Hommes :

	Inf 30 ans	30-40ans	40-50 ans	50-60 ans	Sup 60 ans
Bas	3	8	7	15	1
Modéré	1	5	5	2	
Elevé		2	2	6	2

➤ **DISTINCTION TITULAIRES/ASSISTANTS :**

133 titulaires

55 assistants

	TITULAIRES	ASSISTANTS
HOMMES	63	7
FEMMES	70	48

Titulaires :

BAS	30
INTERMEDAIRE	97
ELEVE	6

Assistants :

BAS	14
INTERMEDAIRE	41
ELEVE	0

- Les pharmaciens ayant obtenu un score intermédiaire :

Epuisement émotionnel des pharmaciens ayant obtenu un score intermédiaire :

Titulaires :

BAS	60
MODERE	19
ELEVE	18

Assistants :

BAS	30
MODERE	9
ELEVE	2

Dépersonnalisation des pharmaciens ayant obtenu un score intermédiaire :

Titulaires :

BAS	19
MODERE	40
ELEVE	38

Assistants :

BAS	12
MODERE	14
ELEVE	15

Accomplissement personnel des pharmaciens ayant obtenu un score intermédiaire :

Titulaires :

BAS	53
MODERE	27
ELEVE	17

Assistants :

BAS	17
MODERE	12
ELEVE	12

- Distinction titulaires/assistants en fonction du sexe :

Femmes titulaires :

BAS	23
INTERMEDAIRE	44
ELEVE	3

Femmes assistantes :

BAS	13
INTERMEDAIRE	35
ELEVE	0

Hommes titulaires :

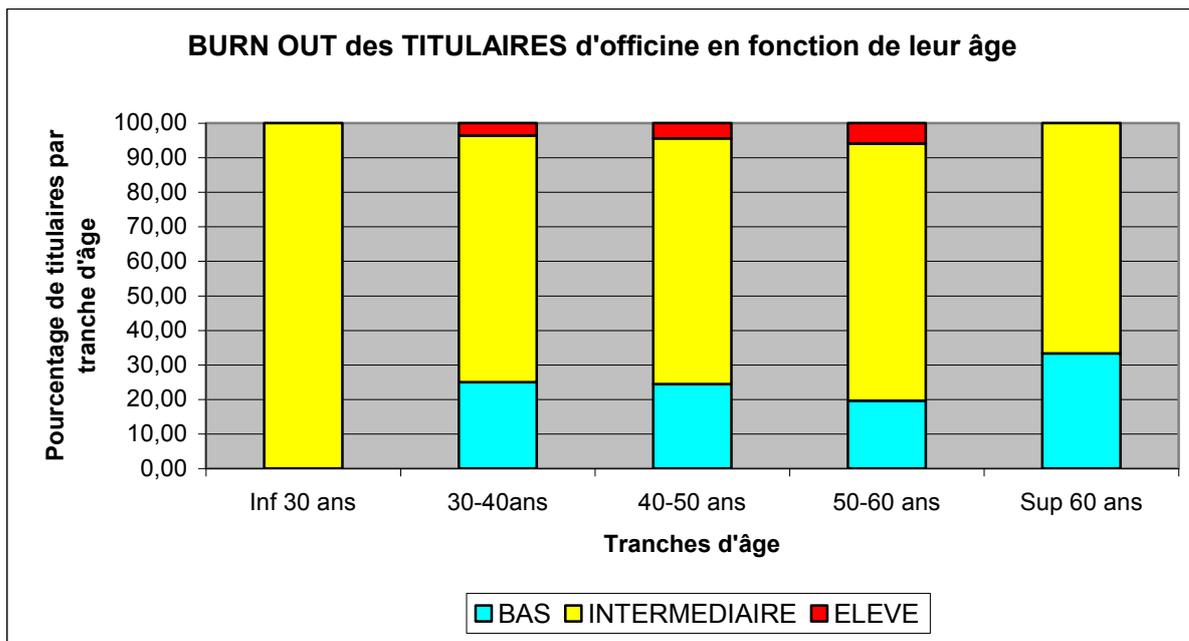
BAS	7
INTERMEDAIRE	53
ELEVE	3

Hommes assistants :

BAS	1
INTERMEDAIRE	6
ELEVE	

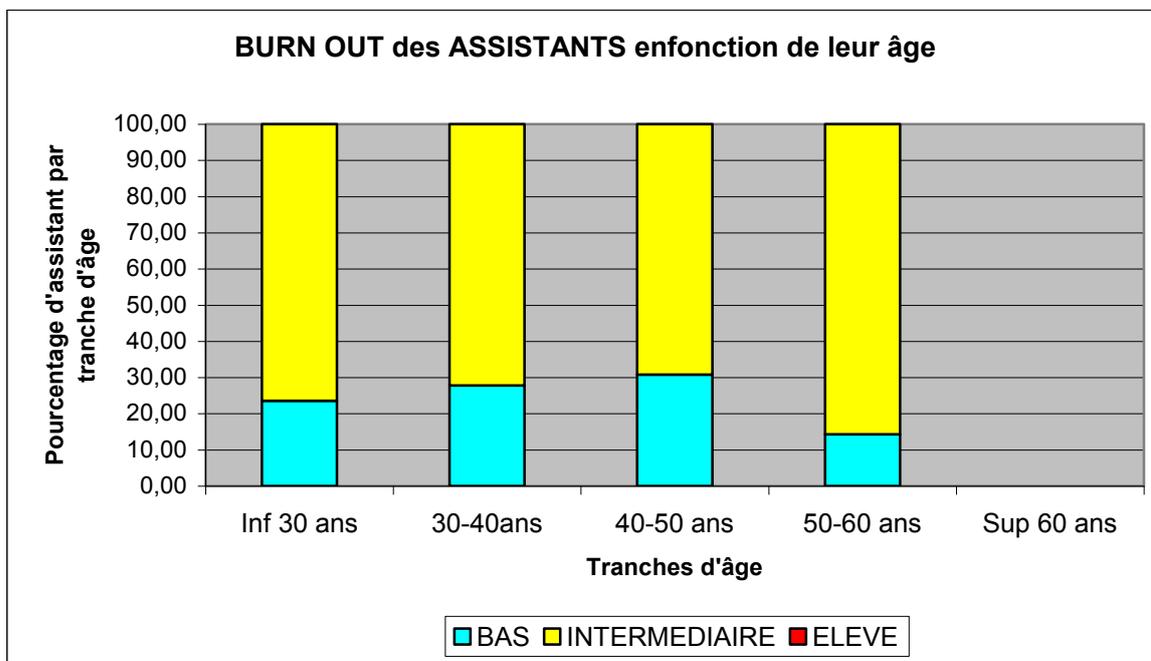
- Evolution du burn out tout au long de la carrière (fonction de l'âge):

TITULAIRES	Inf 30 ans	30-40ans	40-50 ans	50-60 ans	Sup 60 ans
BAS		7	11	10	2
INTERMEDIAIRE	3	20	32	38	4
ELEVE		1	2	3	



n=133/ Inf 30 ans: n=3/ 30-40 ans: n=28/ 40-50 ans: n=45/ 50-60 ans: n=51/
 Sup 60 ans: n=6

ASSISTANTS	Inf 30 ans	30-40ans	40-50 ans	50-60 ans	Sup 60 ans
BAS	4	5	4	1	
INTERMEDIAIRE	13	13	9	6	
ELEVE					



n=55/ Inf 30 ans: n=17/ 30-40 ans: n=18/ 40-50 ans: n=13/ 50-60 ans: n=7/
 Sup 60 ans: n=0

- Etude des pharmaciens titulaires ayant obtenu un score intermédiaire :

Epuisement émotionnel

	Inf 30 ans	30-40ans	40-50 ans	50-60 ans	Sup 60 ans
BAS	1	16	20	20	3
MODERE	2	3	7	7	1
ELEVE		1	5	11	

Dépersonnalisation :

	Inf 30 ans	30-40ans	40-50 ans	50-60 ans	Sup 60 ans
BAS	1	3	6	8	1
MODERE	2	11	12	16	
ELEVE		6	14	14	3

Accomplissement personnel :

	Inf 30 ans	30-40ans	40-50 ans	50-60 ans	Sup 60 ans
BAS	2	11	16	24	1
MODERE	1	7	10	8	1
ELEVE		2	6	6	2

- Etude des pharmaciens assistants ayant obtenu un score intermédiaire :

Epuisement émotionnel

	Inf 30 ans	30-40ans	40-50 ans	50-60 ans	Sup 60 ans
BAS	10	12	6	2	
MODERE	2	1	3	3	
ELEVE	1			1	

Dépersonnalisation :

	Inf 30 ans	30-40ans	40-50 ans	50-60 ans	Sup 60 ans
BAS	2	4	1	4	
MODERE	3	6	5		
ELEVE	8	3	3	2	

Accomplissement personnel :

	Inf 30 ans	30-40ans	40-50 ans	50-60 ans	Sup 60 ans
BAS	7	6	4		
MODERE	4	4	3	1	
ELEVE	2	3	2	5	

➤ **TITULAIRES : ASSOCIATION ? ASSISTANAT ?**

51 titulaires en association (23/28) dont 24 ont des assistants (10/15)

83 titulaires seuls (41/42) dont 66 ont des assistants (33/32)

Répartition des différents modes d'exercice :

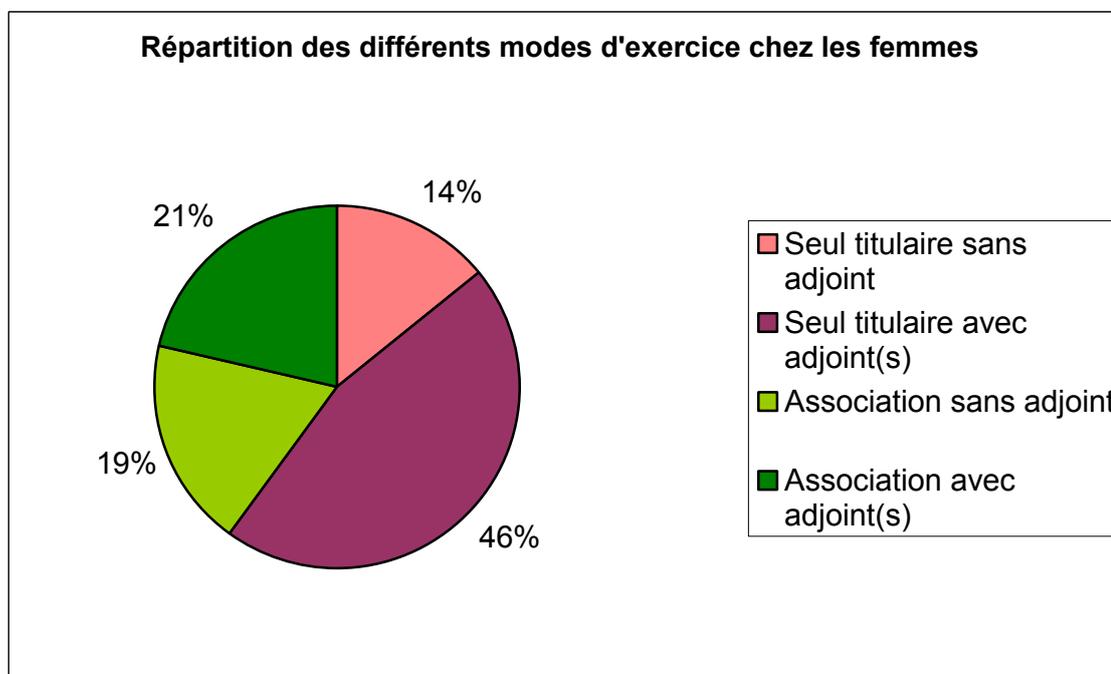
Seul titulaire sans adjoint	17
Seul titulaire avec adjoint(s)	65
Association sans adjoint	27
Association avec adjoint(s)	24

FEMMES :

Seul titulaire sans adjoint	10
Seul titulaire avec adjoint(s)	32
Association sans adjoint	13
Association avec adjoint(s)	15

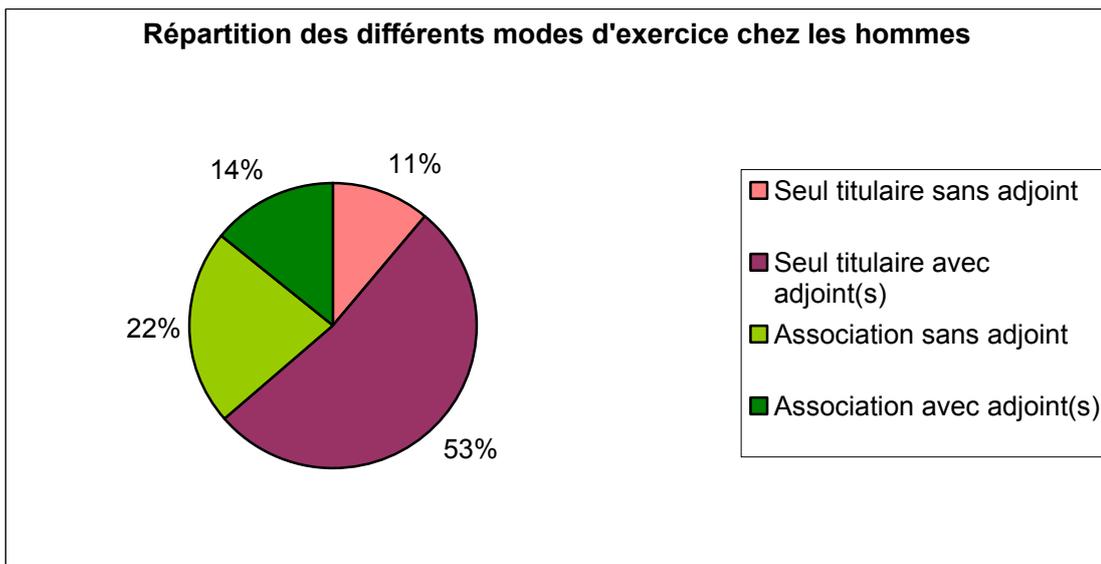
HOMMES :

Seul titulaire sans adjoint	7
Seul titulaire avec adjoint(s)	33
Association sans adjoint	14
Association avec adjoint(s)	9



n=70/ Seul titulaire sans adjoint: n=10/ Seul titulaire avec adjoint(s): n=32/

Association sans adjoint: n=13/ Association avec adjoint(s): n=15



n=63 / Seul titulaire sans adjoint: n=7 / Seul titulaire avec adjoint(s): n=33 /

Association sans adjoint: n=14 / Association avec adjoint(s): n=9

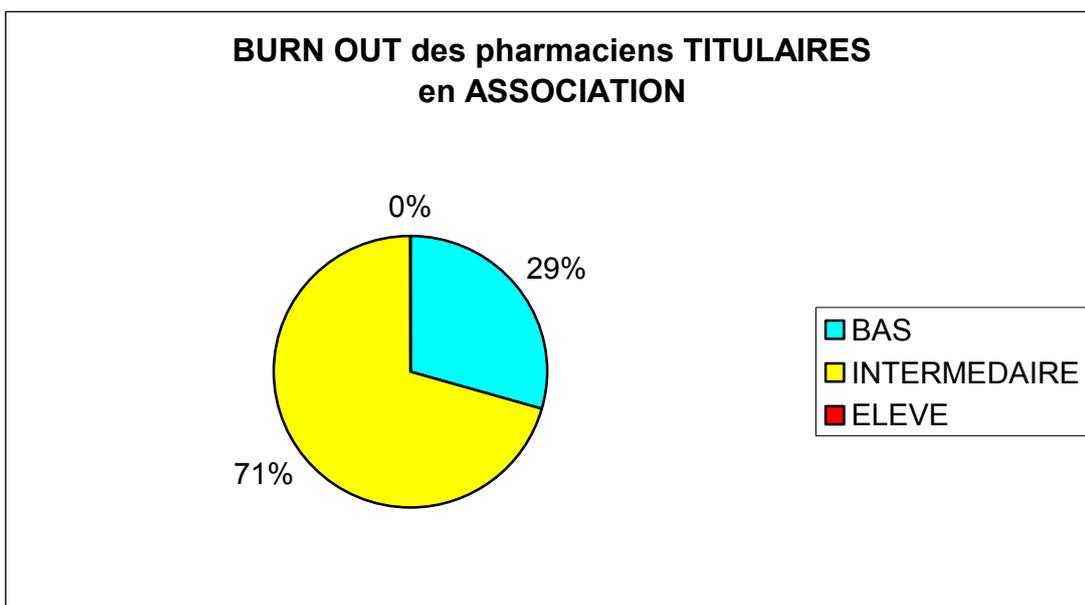
BURN OUT en fonction des différents modes d'exercice :

ASSOCIATION :

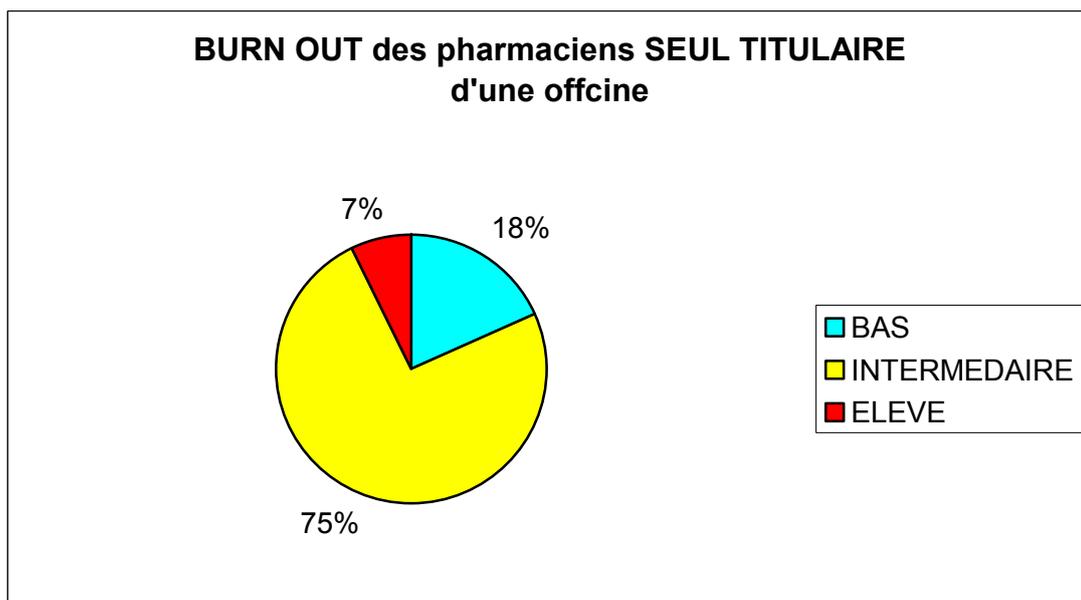
BAS	15
INTERMEDIAIRE	36
ELEVE	0

SEUL TITULAIRE :

BAS	15
INTERMEDIAIRE	61
ELEVE	6



n=51 / BAS: n=15 / INTERMEDIAIRE: n=36 / ELEVE: n=0



n=82/ BAS: n=15/ INTERMEDIAIRE: n=61/ ELEVE: n=6

ASSOCIATION SANS ADJOINT :

BAS	4
INTERMEDIAIRE	23
ELEVE	0

ASSOCIATION AVEC ADJOINT :

BAS	11
INTERMEDIAIRE	13
ELEVE	0

SEUL TITULAIRE DE L'OFFICINE SANS ADJOINT :

BAS	3
INTERMEDIAIRE	14
ELEVE	0

SEUL TITULAIRE DE L'OFFICINE AVEC ADJOINT :

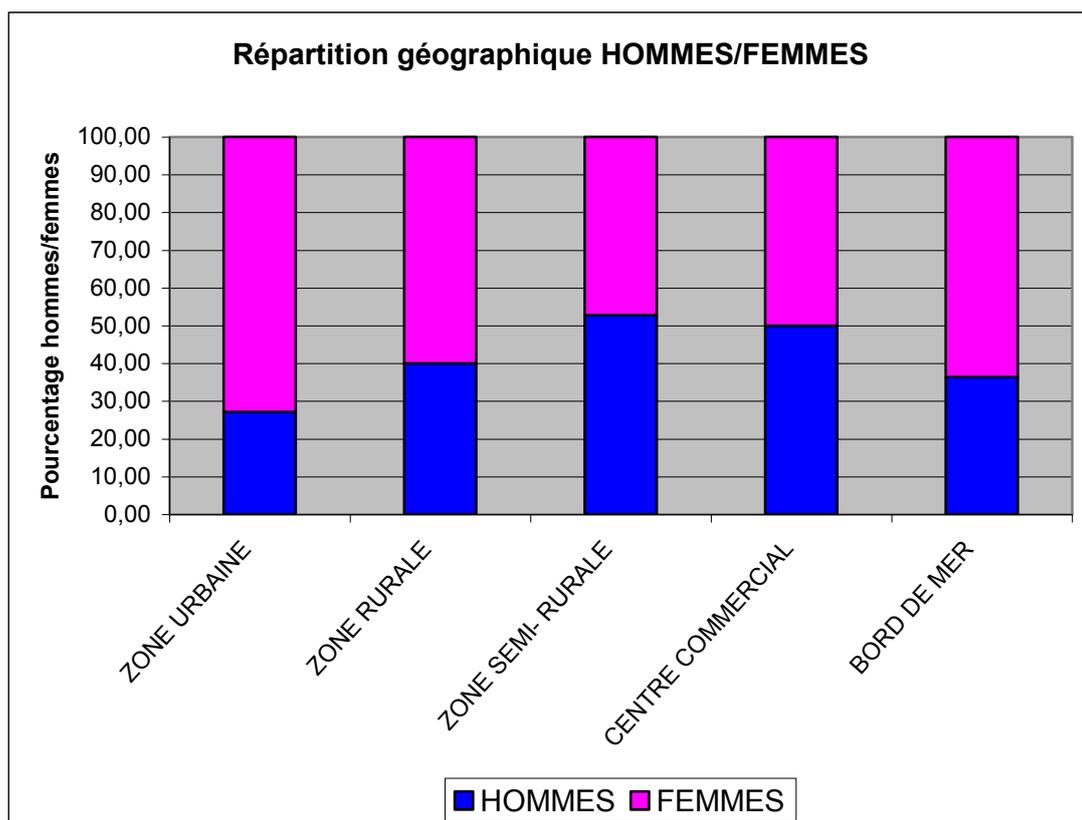
BAS	12
INTERMEDIAIRE	47
ELEVE	6

➤ **LOCALISATION :**

	NOMBRE PERSONNES
ZONE URBAINE	81
ZONE RURALE	40
ZONE SEMI- RURALE	36
CENTRE COMMERCIAL	8
BORD DE MER	22

Répartition des sexes entre les différentes zones :

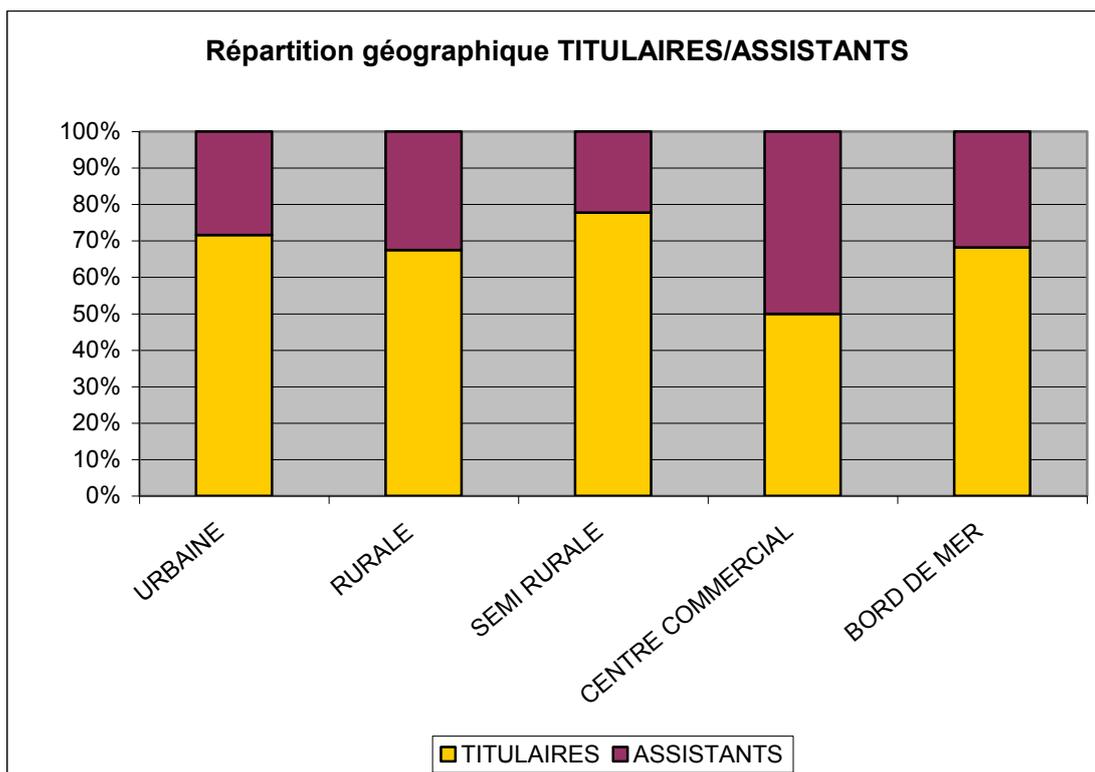
	HOMMES	FEMMES
ZONE URBAINE	22	59
ZONE RURALE	16	24
ZONE SEMI- RURALE	19	17
CENTRE COMMERCIAL	4	4
BORD DE MER	8	14



n=187/ ZONE URBAINE: H n=22 ;F n=59/ ZONE RURALE: H n=16 ;F n=24/
 ZONE SEMI RURALE: H n=19 ;F n=17/ CENTRE COMMERCIAL: H n=4 ;F n=4/
 BORD DE MER: H n=8 ;F n=14

Répartition TITULAIRES /ASSISTANTS fonction de la zone géographique :

	URBAINE	RURALE	SEMI RURALE	CENTRE COMMERCIAL	BORD DE MER
TITULAIRES	58	27	28	4	15
ASSISTANTS	23	13	8	4	7



Titulaires n=132/ Assistants n=55

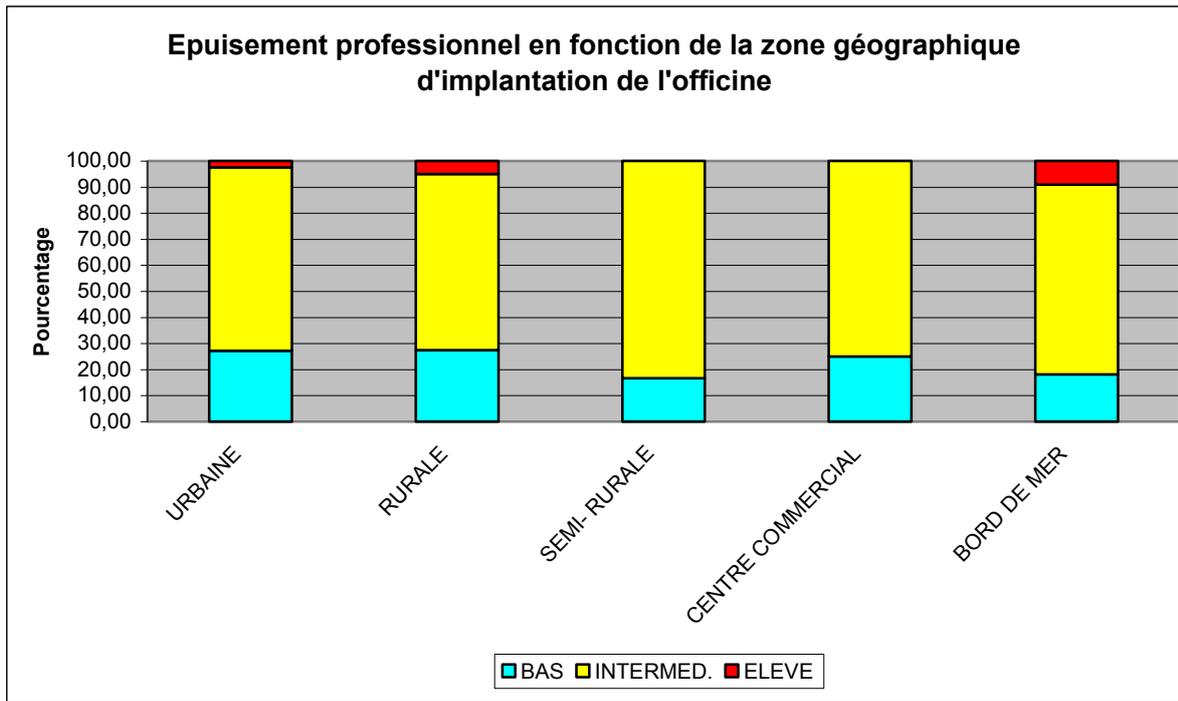
ZONE URBAINE: T n=58 ;A n=23 / ZONE RURALE: T n=27 ;A n=13/

ZONE SEMI RURALE: T n=28 ;A n=8/ CENTRE COMMERCIAL: T n=4 ;A n=4/

BORD DE MER: T n=15 ;A n=7

Epuisement professionnel en fonction de la zone géographique

ZONE	URBAINE	RURALE	SEMI-RURALE	CENTRE COMMERCIAL	BORD DE MER
BAS	22	11	6	2	4
INTERMED.	57	27	30	6	16
ELEVE	2	2	0	0	2



n

=187

TITULAIRES :

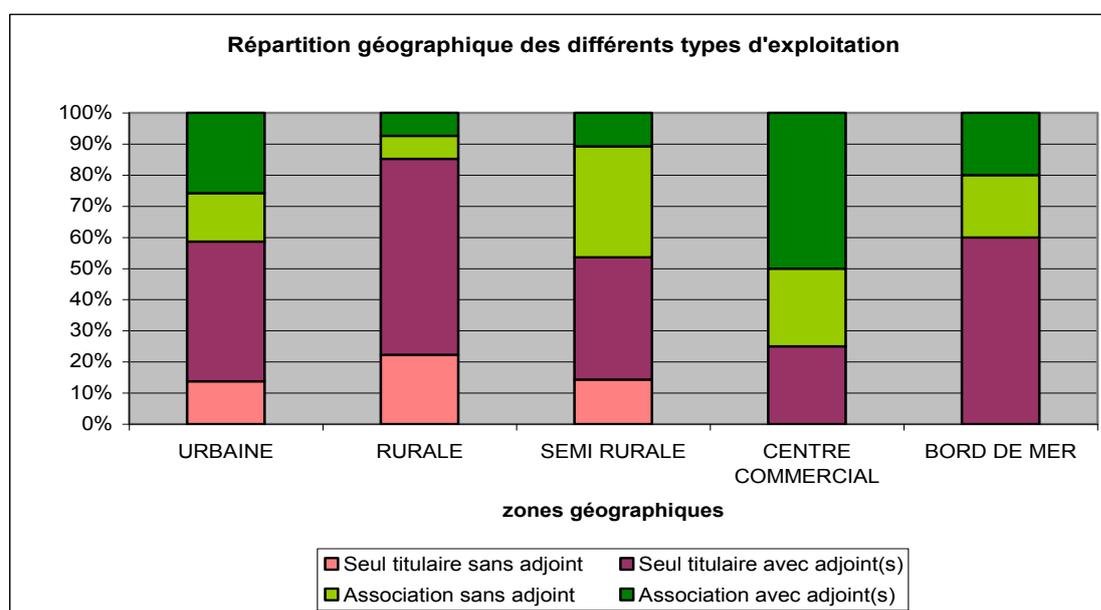
ZONE	URBAINE	RURALE	SEMI-RURALE	CENTRE COMMERCIAL	BORD DE MER
BAS	18	6	4	0	3
INTERMED.	38	19	24	4	10
ELEVE	2	2	0	0	2

ASSISTANTS :

ZONE	URBAINE	RURALE	SEMI-RURALE	CENTRE COMMERCIAL	BORD DE MER
BAS	4	5	2	2	1
INTERMED.	19	8	6	2	6
ELEVE	0	0	0	0	0

Répartition géographique des différents types d'exploitation d'une officine :

	URBAINE	RURALE	SEMI RURALE	CENTRE COMMERCIAL	BORD DE MER
Seul titulaire sans adjoint	8	6	4	0	0
Seul titulaire avec adjoint(s)	26	17	11	1	9
Association sans adjoint	9	2	10	1	3
Association avec adjoint(s)	15	2	3	2	3



Femmes :

	URBAINE	RURALE	SEMI RURALE	CENTRE COMMERCIAL	BORD DE MER
Seul titulaire sans adjoint	4	4	2	0	0
Seul titulaire avec adjoint(s)	15	8	4	0	5
Association sans adjoint	7	1	4	0	1
Association avec adjoint(s)	11	0	1	0	3

Hommes :

	URBAINE	RURALE	SEMI RURALE	CENTRE COMMERC IAL	BORD DE MER
Seul titulaire sans adjoint	4	2	2	0	0
Seul titulaire avec adjoint(s)	11	9	7	1	4
Association sans adjoint	2	1	6	1	2
Association avec adjoint(s)	4	2	2	2	0

ANNEXE 5: Analyse statistique des résultats de l'échelle MBI

e. Influence de l'âge sur le burn out

➤ Femmes

-11,239169	Inf 30 ans	30-40ans	40-50 ans	50-60 ans	Sup 60 ans	-9,0934182
Bas	0,15913371	0,00057946	0,26980686	0,22465221	0,2490584	0,90323062
intermédiaire	0,15490238	0,02021686	0,11106759	0,00291022	0,0858185	0,37491554
Elevé	0,40677966	0,66101695	0,00794902	1,86340441	0,0508475	2,9899975

➤ Hommes

-10,305741	Inf 30 ans	30-40ans	40-50 ans	50-60 ans	Sup 60 ans	-8,1599899
Bas	0,45714286	1,28571429	1,71428571	0,00238095	0,6446429	4,10416667
intermédiaire	0,11719128	0,20460048	0,145682	0,0025917	0,0409201	0,51098556
Elevé	0,17142857	0,02380952	0,1984127	0,02134039	0,1714286	0,58641975

➤ Femmes ayant obtenu un score intermédiaire de burn out à l'échelle MBI

Epuisement émotionnel:

-0,4227134	Inf 30 ans	30-40ans	40-50 ans	50-60 ans	Sup 60 ans	1,72303718
Bas	0,20793545	1,23977842	0,11259161	1,13769656	0,1074839	2,80548594
Modéré	0,7173699	1,71031411	1,6105329	0,25718304	0,1898734	4,48527337
Elevé	0,00376733	1,59493671	0,81039448	1,45467831	0,0886076	7,79383976

Dépersonnalisation:

-4,1259492	Inf 30 ans	30-40ans	40-50 ans	50-60 ans	Sup 60 ans	-1,9801986
Bas	0,44384167	0,12872547	0,66046034	2,09248256	2,0277275	5,35323759
Modéré	0,80811277	0,29171461	0,26276833	0,06796719	0,4177215	1,84828443
Elevé	-0,0047389	0,08509142	0,0243038	1,05318867	0,3164557	4,17984127

Accomplissement personnel:

-13,05517	Inf 30 ans	30-40ans	40-50 ans	50-60 ans	Sup 60 ans	-10,909419
Bas	0,02565857	0,03848785	0,00993398	0,34252155	0,6034896	1,02009152
Modéré	0,01080169	0,01620253	0,03467417	0,01890295	0,3164557	0,39703704
Elevé	0,13129809	0,19694713	0,00620501	0,4853739	0,2151899	1,03501401

➤ Hommes ayant obtenu un score intermédiaire de burn out à l'échelle MBI

Epuisement émotionnel:

-4,0535587	Inf 30 ans	30-40ans	40-50 ans	50-60 ans	Sup 60 ans	-1,9078081
Bas	0,68425783	0,81205273	0,00366865	0,27020388	0,0618045	1,83198758
Modéré	0,58984006	0,08789346	0,52611553	0,03837246	0,1166263	5,20030316
Elevé	0,81355932	1,37862524	0,46650525	1,15260378	0,6101695	4,42146308

Dépersonnalisation:

-7,3587747	Inf 30 ans	30-40ans	40-50 ans	50-60 ans	Sup 60 ans	-5,213024
Bas	0,24905838	0,22146893	0,60384719	0,06886105	0,4576271	1,60086266
Modéré	0,17334361	1,03564458	0,00930002	0,28970992	1,1186441	2,6266422
Elevé	0,4250908	1,36626312	0,27672086	0,10780082	1,7451574	3,92103298

Accomplissement personnel:

-5,0118231	Inf 30 ans	30-40ans	40-50 ans	50-60 ans	Sup 60 ans	-2,8660725
Bas	0,20949651	0,04798937	0,14132602	0,22994061	0,3072449	0,93599744
Modéré	0,01597132	0,86918731	1,18914137	1,85709427	0,6610169	4,59241121
Elevé	0,81355932	0,36195857	0,25221953	0,37361828	0,4601845	4,96708075

a. Burn out et distinction Titulaire/Assistant

- Epuisement émotionnel des titulaires et assistants ayant obtenu un score intermédiaire de burn out à l'échelle MBI:

-1,62578075	<u>Titulaires :</u>	<u>Assistants :</u>	-0,23948052
Bas	0,16808606	0,39766702	0,56575308
Modéré	0,02357474	0,05577438	0,07934911
Elevé	1,10539369	-0,09034087	3,72059341

- Dépersonnalisation des titulaires et assistants ayant obtenu un score intermédiaire de burn out à l'échelle MBI:

-4,36857264	<u>Titulaires :</u>	<u>Assistants :</u>	-2,98227241
Bas	0,35719794	0,84507805	1,20227599
Modéré	0,11001544	0,26028043	0,37029587
Elevé	0,01495367	0,03537819	0,05033186

- Accomplissement personnel des titulaires et assistants ayant obtenu un score intermédiaire de burn out à l'échelle MBI:

-3,09327864	<u>Titulaires :</u>	<u>Assistants :</u>	-1,70697841
Bas	0,2930311	0,6932687	0,9862998
Modéré	0,00622349	0,01472388	0,02094737
Elevé	0,56180415	1,3291464	1,89095055

b. Burn out et distinctions Homme/Femme;
Titulaire/Assistant

-0,626332	femmes titulaires	femmes assistantes	hommes titulaires	hommes assistants	1,3206084
Bas	2,67258911	0,277603159	0,22645784	0,24868748	7,2667929
intermédiaire	1,06082551	0,00155463	0,98680185	0,14450905	2,1936911
Elevé	0,26261398	1,531914894	0,48682877	0,22340426	2,5047619

c. Evolution du burn out tout au long de la carrière d'un
pharmacien titulaire (fonction de l'âge)

-13,125854	Inf 30 ans	30-40ans	40-50 ans	50-60 ans	Sup 60 ans	-10,980103
Bas	0,67669173	0,07412281	0,07111668	0,19656986	0,308939	1,32744009
intermédiaire	0,30137199	0,0086815	0,02046525	0,01740099	0,0322972	0,38021697
Elevé	0,13533835	0,05482456	0,00044556	0,21251659	0,2706767	0,67380174

d. Evolution du burn out tout au long de la carrière d'un
pharmacien assistant (fonction de l'âge)

-7,076628	Inf 30 ans	30-40ans	40-50 ans	50-60 ans	Sup 60 ans	-5,5132978
Bas	0,02475172	0,03816739	0,14425574	0,34304267		0,55021752
intermédiaire	0,00845181	0,01303277	0,04925806	0,11713652		0,18787915
Elevé						

Femmes assistantes:

	Inf 30 ans	30-40ans	40-50 ans	50-60 ans	Sup 60 ans	
-7,4138456						-5,8505153
Bas	0,00096154	0,02564103	0,17307692	0,09262821		0,29230769
intermédiaire	0,00035714	0,00952381	0,06428571	0,03440476		0,10857143
Elevé						

e. Etude des pharmaciens titulaires ayant obtenu un score intermédiaire de burn out à l'échelle MBI

Epuisement émotionnel:

	Inf 30 ans	30-40ans	40-50 ans	50-60 ans	Sup 60 ans	
-3,9577912						-1,8120406
Bas	0,39455899	1,06446735	0,00214777	0,5226985	0,1117268	2,09559942
Modéré	0,37968278	0,30621134	0,02450064	0,08899891	0,0372423	3,54217654
Elevé	0,5257732	1,79044876	0,06596801	0,12298388	0,7010309	5,91174536

Dépersonnalisation:

	Inf 30 ans	30-40ans	40-50 ans	50-60 ans	Sup 60 ans	
-8,6404563						-6,4947057
Bas	0,28938325	0,21489419	0,01146229	0,04163692	0,0598209	0,6171976
Modéré	0,42251278	0,76702288	0,17211466	0,00023821	1,6907216	3,05261018
Elevé	1,1443299	0,3477849	0,263618	0,01689372	1,4244218	3,19704836

Accomplissement personnel:

	Inf 30 ans	30-40ans	40-50 ans	50-60 ans	Sup 60 ans	
-9,183345						-7,0375944
Bas	0,06516482	0,00161321	0,18480336	0,38270935	0,6758782	1,31016894
Modéré	0,03258241	0,36886216	0,13406835	0,62800185	0,0115502	1,17506498
Elevé	0,49484536	0,51146907	0,09866302	0,01146229	0,0167532	3,83873355

f. Etude des pharmaciens assistants ayant obtenu un score intermédiaire de burn out à l'échelle MBI

Epuisement émotionnel:

	Inf 30 ans	30-40ans	40-50 ans	50-60 ans	Sup 60 ans	
-3,4279022						-1,4809623
Bas	0,02501563	0,65065666	0,05203252	1,30135501		2,02905983
Modéré	0,25536794	1,20408589	0,53116531	2,1504065		4,14102564
Elevé	0,21106942	0,63414634	0,43902439	1,70934959		2,99358974

Dépersonnalisation:

-0,5712367	Inf 30 ans	30-40ans	40-50 ans	50-60 ans	Sup 60 ans	1,37570329
Bas	0,63465802	0,07521747	0,82877556	0,84360945		5,08780109
Modéré	0,46649692	0,5489145	1,20809137	2,04878049		4,27228327
Elevé	1,68855535	0,84720919	0,07469512	0,04979675		2,66025641

Accomplissement personnel:

-1,9671011	Inf 30 ans	30-40ans	40-50 ans	50-60 ans	Sup 60 ans	-0,0201612
Bas	0,48074164	0,06897693	0,01928902	2,48780488		3,05681247
Modéré	0,01000625	0,01000625	0,05081301	0,32554201		0,39636752
Elevé	0,8561601	0,17026266	0,15266486	2,15075333		7,1712963

g. Burn out des titulaires: Association/exploitation en tant que Seul titulaire; présence d'un adjoint ou non

2,7574623	seul sans adjoint	seul avec adjoint(s)	association sans adjoint	association avec adjoint(s)	4,7044023
Bas	0,18164529	0,483192597	0,71738606	1,92346739	7,1471467
intermédiaire	0,20686495	0,003477369	0,55579958	1,15882813	1,92497
Elevé	0,76691729	0,503713319	1,21804511	1,08270677	6,2769231

h. Burn out et répartition géographique des officines

➤ Titulaires

zone	urbaine	rurale	semi- rurale	centre commercial	bord de mer	
-5,8368855						-3,6911349
Bas	1,40764149	0,01832845	1,0089373	0,93939394	0,077566	3,45186715
intermédiaire	0,33552769	0,00959596	0,7349738	0,43668262	0,0586124	1,5753925
Elevé	0,15360502	0,48653199	1,27272727	0,18181818	-0,157056	4,64316731

➤ Assistants

zone	urbaine	rurale	semi- rurale	centre commercial	bord de mer	
-5,8095083						-4,1012138
Bas	0,58746471	0,86403596	0,00064935	0,94675325	0,3430427	2,74194594
intermédiaire	0,20059771	0,29503667	0,00022173	0,3232816	0,1171365	0,93627422
Elevé						

ANNEXE 6: Questionnaire

Question 2: Quel nombre d'heures de travail hebdomadaire effectuez-vous habituellement ?

Variation du nombre d'heures hebdomadaires travaillées en fonction du nombre de pharmaciens (titulaires ou assistants) travaillant dans l'officine.

Nombre de diplômés de pharmaciens dans l'officine	Moyenne des heures hebdomadaires travaillées (heures/semaines)	Moyenne des heures hebdomadaires travaillées par les femmes	Moyenne des heures hebdomadaires travaillées par les hommes
1 seul diplôme	49,5	44,7	54,3
2 diplômés	48,37	44,98	51,76
3 diplômés	44,54	40,53	48,55

Question 33: Y a t il un sujet non traité et que vous souhaité évoquer ?

Femmes titulaires :

- Lien sécurité sociale / pharmacien avec toutes les obligations qui nous pèsent de plus en plus (administratives)
- Réaction liée au sexe du client pour certains conseils.
- Surcharge administrative éloignant le titulaire de son vrai métier : le comptoir.
- Déphasage entre les différents types d'officine. Le travail en officine rurale est très différent et certainement beaucoup plus valorisant.
- Si pharmacie semi rurale ou rurale, il faut que l'on s'investisse dans la vie locale (en plus !!!): fêtes, anniversaire, maisons de retraite...
- L'importance du travail administratif du pharmacien.
- La gestion du personnel, la difficulté à recruter sont des problèmes très importants.
- La relation avec les autres pharmaciens, l'Ordre, et les syndicats.
- La FORMATION.COMPETENCE: connaissances énormes avec peu de temps pour se former.

- Plus de questions sur notre professionnalisme.
- La difficulté, le poids des charges administratives de ce métier.
- Difficulté de se faire remplacer lorsqu'on n'a pas d'assistant.
- Les problèmes économiques.
- Arrêter de dire dans les journaux que les pharmaciens d'officine ont le salaire le plus élevé.
- Conflit permanent avec les clients pour avoir la carte vitale et la mutuelle.
- Les charges administratives sont de plus en plus importantes et pour avoir des prix pas trop élevés nous nous groupons et passons beaucoup de temps dans les rétrocessions au lieu d'être plus à l'écoute de nos clients.
- Cette profession laisse la place pour un mandat électoral mais tout de même avec difficultés.
- L'inadéquation entre la formation essentiellement technique reçue à la fac et la vie à l'officine.
- Relations: médecins et autres professions médicales.
- Le « stress économique », la situation actuelle me démotive et m'inquiète beaucoup en tant que jeune installée et prend le pas sur les côtés positifs de la profession.

Femmes assistantes :

- Le plan de carrière de l'assistant en officine
- La formation continue inexistante jusqu'à maintenant (22 ans de carrière, 4 jours de formation en 2005)
- En qualité d'assistante, j'aurais souhaité évoquer le sujet de l'association avec le titulaire.
- Le pharmacien face à l'administratif.
- Peut être nos rapports (inexistants...) avec les instances (Conseil de l'Ordre par ex).
- Une question sur les antécédents (dépression, déprime, suicide).

Hommes titulaires :

- Maintien et hospitalisation à domicile + travail en milieu hospitalier → ouverture de l'officine
- succession et transmission de l'outil de travail aux nouveaux diplômés

- système de formation du pharmacien, maintien à domicile, pharmacien prescripteur ??
évolution du monopole
- formation des apprenties.
- Le poids des emprunts par rapport aux revenus et au mode de vie lors de l'achat d'une pharmacie.
- LA SOLITUDE DEVANT LES PROBLEMES (MEDICAUX, FINANCIERS, JURIDIQUES).
- Ce métier n'a plus de raison d'être !
- Avenir de la profession à 5-10-15 ans.
- La pharmacie à deux vitesses : les ENTREPRENEURS et les HUMANISTES.
- Ras le bol des papiers, pharmacien responsable de la dégradation des soins, gaspillage des clients.
- Peut être, on peut tout envisager.
- La formation personnelle et du personnel. La paperasserie grandissante qui prend beaucoup de temps au quotidien.
- Le pharmacien d'officine est d'abord un chef d'entreprise. Cette réalité est souvent occultée au profit de la seule technique pharmaceutique stricto sensu.
- L'évolution de la carrière du pharmacien assistant à titulaire et des choix qu'on est amené à faire.
- Notre principal problème est que nous nous endettons toute notre vie pour rembourser très cher notre outil de travail. Nous restons indépendant mais nous le payons cher.

Hommes assistants :

- Le besoin de retrait qui arrive à un moment donné. Le besoin de quelques mois de repos, d'une année sabbatique. Se « débrancher » avant d'en arriver à la dépression.

Question 34: Que pensez-vous de cette enquête ?

Femmes titulaires :

- C'est une bonne idée. Le sort des pharmaciens d'officine intéresse tellement peu !
- Trop longue, réponses proposées parfois inadaptées. Sujet intéressant.
- Très bon sujet du fait de l'évolution de la profession. Que des changements depuis 1978, date d'obtention de mon diplôme ! Peut être l'enquête aurait-elle pu prendre en

compte nos différences ? Petite-moyenne- grande officine, à structure différente, équipe différente. Bon courage pour l'exploitation de l'enquête !

- Certainement utile mais dans mon cas de privilégiée (conjoint pharmacien), vue différente de mes consoeurs seules dans leurs officines.
- Intéressante.
- Assez complète. Donne l'occasion de s'exprimer sur notre profession et notre ressenti au quotidien, ce que je ne fais pas souvent.
- Assez globale.
- Permet de se poser à soi même quelques questions et d'y répondre objectivement.
- Très complète. Pas assez de recul pour moi en tant que titulaire pour bien y répondre.
- Bonne idée. C'est sympa que quelqu'un pense à la qualité de notre vie.
- Les questions essentielles sont vraiment abordées.
- J'attends le résultat général !!!
- Voulez-vous nous rendre pessimistes et désabusés ?
- Intéressant. Merci de bien vouloir nous communiquer les résultats.
- En fait ce seront les résultats de cette enquête qui seront intéressants afin de se positionner par rapport aux autres et de prendre conscience des problèmes que peuvent rencontrer certains confrères.
- Intéressante puisque j'ai trouvé le besoin d'y répondre et d'y passer un peu de temps.
- Trop axée sur une présentation NEGATIVE du métier! Nous avons une formation qui nous permet de changer de métier si nous sommes excédés! Changeons! Le travail est mieux réalisé par ses personnes aimant leur tâche. Il faut arrêter de grogner et laisser la place à des personnes motivées!
- En attente de la conclusion de l'enquête.
- Nulle pour l'échelle MBI sinon peu être intéressante.
- Aide à approfondir les sentiments quotidiens.
- Je pense qu'elle est très intéressante et que j'aimerais connaître les résultats. En conclusion, pour ma part, le sentiment de stress professionnel réside dans la charge administrative beaucoup trop lourde qu'il me faut assumer quotidiennement et qui est épuisante. J'ai le sentiment d'être la seule dans mon cas, aussi ce serait intéressant de savoir ce que les confrères en pensent, car, à les entendre, personne n'a de problème. Pourtant, les conditions économiques sont telles qu'il est difficile de les déléguer et je me trouve affligé de les faire en dehors des heures d'ouverture.
- Bonne initiative.

- Je n'ai pas apprécié le tout premier tableau de questions.
- Bien j'aimerais bien un aperçu des réponses.
- Je n'en vois pas trop la finalité !
- Les questions (ou plutôt les réponses) ne sont pas bien formulées.
- Très bonne idée.
- Echelle MBI, ligne 4 ? Question 15, ligne 4 ?
- Les questions sont parfois déroutantes ? pourquoi vous n'envoyez pas les résultats à ceux qui vous envoient des réponses.
- Très intéressante, je souhaiterais en connaître les résultats.
- Bonne initiative mais pessimiste sur ce qui peut en découler pour des petites officines éloignées des grands centres.
- Très bonne idée. Envie de voir les résultats.
- Très intéressante.
- Aller plus loin dans les questions.
- Je pense qu'à 55 ans non associée c'est difficile, j'éprouve souvent le sentiment d'être seule sur une île face au personnel (5 personnes) qui fait bloc. Difficulté d'exprimer ce qui ne va pas, inertie.
- L'échelle MBI ne correspond pas vraiment aux réponses à certaines questions. Je ne referai pas pharmacie aujourd'hui par peur de l'avenir de la profession.
- Trop ciblée relationnel pharmacien/clientèle or le contact avec la clientèle qui est le travail le plus intéressant et le plus sympa est devenu très restreint pour un titulaire; il ne représente pas plus de 50% de son travail. Le titulaire est de plus en plus coincé dans son bureau pour recevoir les labos, gérer l'administratif et le tiers payant... le plus dur dans ce travail étant la gestion du personnel: trouver du personnel compétent, le motiver, gérer les arrêts divers et variés...c'est ce qui dégoûte le plus dans cette profession. Il aurait également fallu demander si c'était une première, deuxième ou troisième installation car les données changent énormément: en première installation, pas le choix: on force, on découvre le métier tout seul et on gagne des clopinettes en travaillant 70H/semaine et en prenant des vacances uniquement si on trouve des remplaçants.
- Intéressante. L'avenir je le sens bien si les intérêts financiers ne dévorent pas tout, car on aura toujours besoin de pharmaciens que l'on peut trouver à n'importe quelle heure du jour et de la nuit à la différence des médecins, infirmiers...et il suffit de pousser notre porte.

- Intéressante.
- Intéressante.
- Certaines questions sont bizarres.
- Très intéressante car la profession a beaucoup évoluée et les conditions de travail aussi.
- Sympa et intéressante.
- Intéressante
- Que du bien.
- Satisfaisante.
- J'aimerais avoir un retour de cette thèse.
- Ce que je pense est dorénavant pacifique. Tout ce que vous dites pousse au crime. La profession de pharmacien pousse quelques-uns à faire des sacrifices mais dans l'ensemble c'est une profession d'avenir.
- Questions pertinentes sur l'intérêt du métier!
- Intéressant. Permet de faire le point sur ce que l'on pense de notre profession.
- J'espère que le résultat de votre enquête sera connu de d'autres instances: CPAM, gouvernements...
- Elle permet un petit bilan rapide de notre activité et il permet de voir où on en est! Et finalement malgré un travail difficile et exigeant on aime bien le travail de pharmacien mais il faut une bonne santé !!!
- Très intéressante. Sujet jamais abordé au cours des études mais tout n'est pas aussi négatif qu'on l'entend parfois. Le principal souci c'est la routine mais n'est-ce pas un peu le cas dans toutes les professions ? (au moins, par rapport à un médecin par exemple, on peut laisser un client qui ne nous plait pas à un collègue...). L'association présente plus d'avantages que d'inconvénients.

Femmes assistantes :

- Y a-t-il autant de difficulté que ce questionnaire semble le soulever ?
- Très intéressante. Lire les résultats m'intéresseraient.
- Cette enquête permet de se remettre en question et de revoir les priorités.
- Dans un article de l'express (28 Février-6 mars 1981), le métier de pharmacien arrivait en 8^{ème} position sur 50 dans le classement des métiers heureux après le

chirurgien, le professeur d'université, le notaire, le diplomate, le haut fonctionnaire, le dentiste, l'avocat. En 2006, qu'en est-il ?

- Il faudrait en connaître les conclusions.
- Intéressante, car permet de sentir que je suis plutôt à l'aise dans l'exercice de ma profession.
- Il serait intéressant de connaître le résultat !
- Bonne initiative, curieuse de connaître le résultat.
- Intéressante. Met en évidence que le pharmacien ne doit plus s'isoler, il faut évoluer et s'associer avec des personnes de même profil afin d'anticiper (cf: drugstores) (diminuer au maximum les risques de tensions)
- Intéressante. Questions parfois « tordues » ou surprenantes. Les résultats de cette enquête seront-ils consultables quelque part ?
- Je serais curieuse d'en connaître le résultat.
- Intéressante. Bon courage pour l'étude.
- J'aimerais que la profession de pharmacien soit davantage reconnue pour le côté relationnel primordial. J'espère que l'enquête permettra de mettre en avant ce rôle qui passe trop souvent inaperçu.
- L'enquête n'a de valeur que si la même enquête est faite partout en France afin d'établir un comparatif et si l'enquête se renouvelle tous les 5 à 10 ans.
- Enquête assez pointue sur certaines questions.
- Intéressante. J'attends avec curiosité les résultats.
- Complète et intéressante. J'aimerais en connaître les résultats.
- Utile et intéressante. J'aimerais connaître les résultats de cette enquête.
- Bonne mais un peu trop négative dans cette question. La pharmacie est un bon métier pour une femme.
- MBI difficile à répondre avec les critères imposés.
- S'il y a une enquête comme ça c'est qu'il doit y avoir des gens stressés par leur boulot et aigris ce qui n'est pas mon cas, OUF !
- Très bien.
- Pourquoi pas: c'est une idée. Cependant autour de pharmacie, autour de cas de figure très différents, je pense à cause de la configuration de la pharmacie (grandeur, emplacement), du titulaire (+++)... Je crois qu'on ne pourra jamais tirer des conclusions et des généralités sur ce genre de sujet. Bon courage à vous.
- Elle est faite en période de mutation de la pharmacie (elle tombe à un bon moment).

- Bon courage pour la réalisation de cette thèse et pour la suite...
- Intéressante.
- Je ne suis pas un bon cobaye. Je travaille dans une officine moyenne en huis clos avec mes employeurs tous les deux mari et femme. Je manque d'activité, même si je fais tout. La clientèle n'est pas assez nombreuse à mon goût, les journées sont longues! Cependant mes employeurs sont extraordinaires et je sais que c'est rare dans notre profession. De plus, les horaires d'ouverture sont cadeaux: 9h-midi et 14h-19h et fermé le samedi après midi.
- Intéressante. La profession exige une polyvalence très difficile à maintenir à un niveau élevé pour le pharmacien (exercice plus difficile à exercer dans une petite officine que dans une moyenne ou une grande). Réflexion d'une diplômée de 58 ans qui ne serait sans doute pas la même à 30 ans !!...
- Je ne pense pas que cette enquête change quoi que ce soit sur les conditions de vie des pharmaciens. Ce sont des statistiques supplémentaires. Bon courage néanmoins.
- Pas toujours facile de répondre (le stress est présent mais pas toujours facile à exprimer).
- Intéressante, elle permet de faire un point personnel sur les points positifs et négatifs de son activité professionnelle.

Hommes titulaires :

- Bonne étude sur la sociabilité du pharmacien. Cette enquête permet de mieux appréhender l'avenir du pharmacien.
- Intéressante et bon courage pour la thèse !
- Je souhaite que le travail reste toujours la principale source de satisfaction et donc de liberté.
- Excellente.
- Intéressante.
- Un peu vague mais très intéressante
- Enquête qui donnera une vue d'ensemble sans faire de distinction entre les jeunes installés et les autres.
- Difficile de répondre aux questions (certaines) avec l'échelle MBI.
- Bonne.
- Intéressante.

- Qu'elle m'a obligé à me poser certaines questions mais qu'elle ne servira à rien.
- Intéressante. Comment le pharmacien se sent-il en fonction de son environnement, son âge... Réponse dans les résultats de cette enquête. Merci et bonne chance à notre jeune confrère.
- Peu intéressante en tant que sujet de THESE.
- Sans doute inutile.
- Un peu simpliste pour une profession méconnue ou plutôt mal connue.
- Intéressante et complète, on est dans le vif du sujet.
- C'est à vous de me le dire. Avec les résultats, reflètera-t-elle que même quand on aime vraiment son métier 10% seulement est vraiment intéressant. Avec toutes ces réponses osez-vous vous lancer ?
- C'est une des rares fois que l'on parle de la pharmacie sous le côté plus affectif. Bravo pour le questionnaire et bonne chance.
- Intéressante, cette enquête démontre que la motivation est primordiale pour réussir en officine en tant que titulaire et qu'il faut s'investir énormément. C'est un métier passionnant mais usant !!!
- Bon courage pour le dépouillement.
- L'échelle MBI n'est pas très adaptée.
- Intéressant.
- Elle ne servira qu'à décerner une thèse, ce qui est déjà bien, mais sera sans intérêt pour la profession ce qui est dommage.
- C'est bien la première fois que l'on s'intéresse aux conditions de travail des pharmaciens et à leurs incidences sur la vie privée ou l'humeur, le ressenti. J'espère que votre enquête sera fructueuse et puisse-t-elle servir à nos responsables quels qu'ils soient pour prendre la mesure du malaise actuel. Bon courage et merci.
- Elle peut être utile aux bacheliers qui envisagent pharmacie.
- Excellente.
- Intéressante, questions pas toujours bien formulées, choix de réponses pas toujours assez « nuancables ».
- Très bonne !
- ++++++
- UTILE/ INTROSPECTION
- Pas le temps de penser à soi. Ceux à qui je dois penser sont devant le comptoir et cela ne s'arrêtera que lors de la cessation d'activité. La pression est permanente.

- Le résultat doit être intéressant pour savoir si le pharmacien se plaît dans son lieu de travail et aime son métier.
- Intéressante pour les libéraux.
- Intéressante car inédite.
- Certaines réponses sont difficiles à quantifier.
- La meilleure enquête c'est l'immersion dans l'activité des officines, travail de terrain...pour se faire un jugement, il faut participer à ce travail, le vivre au quotidien...
- Concrétiser la perception inconsciente d'un excès de travail.
- ++
- Amusante
- Intéressante.
- Comme déjà dit (« péjorativement »), le technicien du médicament est déconsidéré, instrumentalisé. On ne considère pas assez le chef d'entreprise. Féminisation ? Micronisation des entreprises ? On est en bout de chaîne....beaucoup aimerait bien faire de nous le chariton manquant... ex les labos les GMS... (Pas la sécu ni les mutuelles) nous sommes leur source de revenu et leur main d'œuvre quasi gratuite !!! arrêtons la langue de bois, merci !
- Intéressante.
- Très intéressante.
- Très très suggestif.
- Originale, concise et génératrice de réflexion. Bravo et bon courage pour son exploitation.
- Assez généraliste, je suis installé depuis 10 mois après 10 ans d'assistantat. Qu'en dire: assistant, pas d'évolution ou si peu. Un métier intéressant mais trop dévalorisé comme le bénévolat !!
- Bien.
- Je suis curieux d'en connaître la conclusion.
- Bien, elle défoule.
- Très bonne idée.

Hommes assistants :

- Divertissante.

- Intéressante. Il y a quelques années mes réponses auraient été différentes. Cela m'a aidé à mesurer mon usure.
- Enfin on s'occupe de nous.

Nom-Prénom : PIRO Marion

Titre de la thèse : DIFFICULTES DU PHARMACIEN A L'OFFICINE ET BURN OUT

Résumé de la thèse :

Le burn out défini comme une « incapacité d'adaptation de l'intervenant à un niveau de stress émotionnel continu causé par l'environnement de travail » associe un épuisement émotionnel, une dépersonnalisation et une diminution du sentiment d'accomplissement personnel.

Ce travail a pour objectif d'évaluer le degré d'épuisement professionnel des pharmaciens d'officine, d'identifier les difficultés professionnelles qu'ils rencontrent mais également les sources de satisfaction que leur procure leur métier.

Une enquête a donc été réalisée auprès de pharmaciens exerçant en Loire-Atlantique, de septembre à novembre 2006. 209 pharmaciens ont répondu au total.

Les résultats de notre étude montrent que seuls 3% des pharmaciens ont un syndrome complet de burn out. Les principales sources de stress identifiées sont l'avenir de la profession et les mesures gouvernementales, le « stress financier », la gestion du personnel et le management, les clients ...

Ils ont déjà mis en place de façon consciente ou inconsciente, des stratégies d'adaptation actives (ou coping positif) telles que la formation, le dialogue qui pourraient être protectrices de burn out.

Malgré tout, les difficultés sont bien présentes et la prise de conscience de ce risque de burn out permettra peut être à chacun d'être plus vigilant et de réagir avant que le syndrome complet ne s'installe.

MOTS CLES :

BURN OUT, SYNDROME D'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL, PHARMACIEN, COPING, QUALITE DE VIE, SOUFFRANCE

JURY :

PRESIDENT : M. Alain PINEAU, Professeur de Toxicologie
Faculté de Pharmacie de Nantes

ASSESEURS : Pr Gérard DABOUIS, Chef de service des Soins Palliatifs
CHU de Nantes

Dr. Nathalie DENIS-DELPierre, Praticien Hospitalier
CHU de Nantes

Mme Hélène POUCHUS, Pharmacien

53, avenue de la Cholière 44700 ORVAULT

Mme Véronique SEBILLE-RIVAIN, Biostatisticienne et
Biomathématicienne

Faculté de Pharmacie de Nantes

Adresse de l'auteur : 8, rue du Belon 44700 ORVAULT