

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2017

THESE **POUR LE DIPLOME D'ETAT** **DE DOCTEUR EN MEDECINE** **(décret du 16 janvier 2004)**

présentée et soutenue publiquement
le 12 octobre 2017 à Poitiers
par **Monsieur METAIS Charles**

Approche quantitative des freins perçus par les médecins généralistes pour se faire aider par une structure dédiée en situation de burn out.

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Nemat JAAFARI

Membres : Monsieur le Professeur Pascal PARTHENAY
Monsieur le Docteur Pierrick ARCHAMBAULT

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur François BIRAULT

Le Doyen,

Année universitaire 2017 - 2018

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- ALLAL Joseph, thérapeutique
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CARRETIER Michel, chirurgie générale
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HADJADJ Samy, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (**en détachement**)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques (**surnombre jusqu'en 12/2017**)
- MACCHI Laurent, hématologie
- MARECHAUD Richard, médecine interne (**émérite à/c du 25/11/2017**)
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIENT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGAUD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SILVAIN Christine, hépto-gastro-entérologie
- SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie

**Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens
Hospitaliers**

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (**en détachement**)
- BILAN Frédéric, génétique
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- COUDROY Rémy, réanimation
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FEIGERLOVA Eva, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- SAPANET Michel, médecine légale
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe
- GOMES DA CUNHA José

Maître de conférences des universités de médecine générale

- BOUSSAGEON Rémy (**disponibilité d'octobre à janvier**)

Professeurs associés de médecine générale

- BIRAULT François
- PARTHENAY Pascal
- VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann
- FRECHE Bernard
- MIGNOT Stéphanie
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié
- LOVELL Brenda Lee, maître de langue étrangère

Professeurs émérites

- EUGENE Michel, physiologie (08/2019)
- GIL Roger, neurologie (08/2020)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2020)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2020)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (16/02/2019)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (**émérite à/c du 25/11/2017 – jusqu'au 11/2020**)
- POURRAT Olivier, médecine interne (08/2018)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2018)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2020)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2018)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONToux Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (ex-émérite)
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Nemat Jaafari,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury, je vous en remercie.

Veuillez trouver ici le témoignage de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Pascal Parthenay,

Je tiens à vous remercier d'avoir accepté de faire partie de ce jury.

Veuillez accepter ma gratitude sincère.

A Monsieur le Docteur Pierrick Archambault,

Vous avez accepté d'être membre de ce jury.

Soyez assuré de mes sincères remerciements.

A Monsieur le Professeur François Birault,

Je vous remercie de m'avoir fait partager votre intérêt pour ce thème, et de m'avoir guidé dans la réalisation de ce travail. Je vous exprime ma profonde reconnaissance.

Je remercie tous les médecins que j'ai eu la chance de croiser qui avaient le gout de transmettre, ainsi que mes co-internes et les équipes soignantes pour tous les moments partagés.

A mes parents, merci pour votre amour, votre générosité et votre soutien,

A mes chers grands-parents, merci pour vos exemples et votre bienveillance,

A mes frères partis conquérir le monde et à celui qui occupe la terre des origines,

A mes oncles, tantes, cousins, belles sœurs et au petit Milo fraîchement débarqué,

A mes beaux-parents pour la place qu'ils m'ont faite depuis ma première venue,

A mes Amis, merci pour les moments partagés et ceux à venir,

A ceux qui ont rendu les années « concours » plus légères, en particulier Pierre et Igor,

A mon Anaïs, merci pour le beau chemin que nous avons fait ensemble, et pour tout le bonheur à venir.

ABREVIATIONS

AAPML : Association d'aide professionnelle aux médecins libéraux

ANACT : Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail

APC : Association des psychiatres du Canada

APSS : Association pour le soin des soignants

ARENE : Association régionale d'entraide du Nord Est

ASRA : Réseau aide aux soignants de Rhône Alpes

ASSPC : Association santé des soignants de Poitou Charentes

BM : Burn out measure

CARMF : Caisse autonome de retraite des médecins de France

CBI : Copenhagen burn out inventory

CIM : Classification internationale des maladies

CDOM : Conseil départemental de l'Ordre des médecins

CNOM : Conseil national de l'Ordre des médecins

DGT : Direction générale du travail

DSM : Diagnostic and statistical manual of mental disorders

HAS : Haute autorité de santé

INRS : Institut national de recherche

MBI : Maslach burn out inventory

MOTS : Médecins Organisation Travail Santé

OBI : Oldenburg burn out inventory

OMS : Organisation mondiale de la santé

PAIMM Programme d'attention intégrale pour le médecin malade

PAMQ : Programme d'aide aux médecins du Québec

URML : Union régionale des médecins libéraux

VDHP : Victorian doctors health program

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	1
GENERALITES	2
I- Le concept du burn out	2
1) Description initiale et évolution	2
a) Freudenberger : Le Burn out par la confrontation répétée d'un idéalisme à la réalité.....	2
b) Maslach : Le Burn out avec comme origine un stress répété lors de situations émotionnellement éprouvantes	2
c) Evolution du concept jusqu'à aujourd'hui.....	3
2) Définition et manifestations	4
3) Classification	5
4) Méthode d'évaluation.....	5
II- Le burn out chez les médecins	6
1) Prévalence	6
2) Facteurs favorisants	7
a) Individuels	7
b) Collectifs.....	7
4) Conséquences	8
5) Dans le code de déontologie.....	8
6) Structures existantes.....	9
a) A L'étranger	9
b) En France.....	10
III- Justification de l'étude	13
MATERIEL ET METHODES.....	14
RESULTATS.....	15
DISCUSSION	19
CONCLUSION.....	22
BIBLIOGRAPHIE	23
ANNEXES.....	26
RESUME	36
SERMENT	37

INTRODUCTION

Dans les recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS) de 2017, le médecin généraliste fait partie des acteurs principaux pour le dépistage et la prise en charge du burn out (ou syndrome d'épuisement professionnel)(1). Les travaux sur le sujet montrent également que ces mêmes médecins généralistes sont parmi les plus touchés par le phénomène.

Le burn out est une entité complexe qui n'a pour l'heure pas de critères diagnostics précis. Il n'est pas considéré comme une maladie dans les classifications de référence (CIM-10 et DSM-5). L'outil de mesure de référence pour le burn out est le Maslach burn out inventory (MBI), basé sur 3 dimensions : l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et la baisse de l'accomplissement personnel.

L'ampleur du phénomène est considérable chez les médecins. Dans la littérature, un médecin sur deux présente un score élevé dans au moins une des trois dimensions du MBI, et environ 10% dans les 3 dimensions simultanément(2). Les généralistes sont les premiers concernés. 60,8% d'entre eux se sentaient menacés par le burn out dans une étude de 2007 en Ile-de-France(3). Dans une étude réalisée en 2004 en Poitou Charentes, 32,5% des médecins généralistes envisageaient de changer de métier(4). Une autre étude retrouvait un taux de suicide chez ces derniers deux fois plus élevé que dans la population générale(5).

Devant ces chiffres alarmants, des outils de prévention et de prise en charge spécifiques ont vu le jour. En première ligne, des numéros d'écoute et d'orientation, dédiés aux soignants en difficulté. L'association d'aide pour les professionnels de santé et les médecins libéraux (AAPML), pionnière en la matière, dressait, en 2015, son bilan après 10 ans d'activité. Les professionnels de l'association constataient des freins importants des appelants pour lâcher prise et se faire aider(6). Des consultations de préventions ont été aussi largement plébiscitées par les médecins, avec comme principales attentes la confidentialité, l'anonymat, la gratuité et la proximité géographique(7). Pourtant, une fois mises en place, les médecins s'y rendent peu.

Des travaux recensent les freins des médecins pour se faire soigner en général. Ce sont principalement le manque de temps, les barrières culturelles et la crainte des conséquences de leur démarche(8). Il ressort également que les problématiques en lien avec la santé mentale sont plus difficiles à aborder(9). Les données sur les freins des médecins pour se faire aider en situation de burn out sont peu nombreuses.

L'objectif principal de cette étude est de recueillir la perception des médecins généralistes à propos de ce qui les empêcherait de faire appel à une aide extérieure dédiée, en situation de burn out. L'objectif secondaire est de savoir si les médecins se considérant fortement concernés par le burn out ressentent davantage ces freins.

GENERALITES

I- Le concept du burn out

1) Description initiale et évolution

a) Freudenberger : le burn out par la confrontation répétée d'un l'idéalisme à la réalité

C'est le psychiatre et psychanalyste Américain, Herbert J. Freudenberger qui a fait la première description clinique du burn Out à propos du travail en 1974. Il travaillait alors dans une « free clinic » de New York. C'était un établissement communautaire dédié à la prise en charge des toxicomanes en hôpital de jour. Il observait le phénomène chez la majorité des jeunes bénévoles travaillant dans l'établissement. Très investis à la fois sur le plan émotionnel et professionnel, il constatait après plusieurs mois, une dégradation de leur état mental, une perte de motivation et une baisse de leur engagement.

« En tant que psychanalyste et praticien, je me suis rendu compte que les gens sont parfois victimes d'incendie, tout comme les immeubles. Sous la tension produite par la vie dans notre monde complexe, leurs ressources internes en viennent à se consumer comme sous l'action des flammes, ne laissant qu'un vide immense à l'intérieur, même si l'enveloppe externe semble plus ou moins intacte ».(10)

Il empruntait le terme « burn out » au milieu de la toxicomanie. Cette expression servait à décrire les effets de la drogue sur le long terme chez les consommateurs.

Freudenberger expliquait l'apparition du syndrome par la confrontation répétée, entre d'une part, un rôle idéalisé par l'individu lui-même dans la relation de soin, et d'autre part la réalité de l'engagement auprès des patients qui n'offre pas les résultats escomptés. Il considérait avoir été atteint par ce syndrome et se servait beaucoup de son expérience personnelle dans ses écrits.

b) Maslach : le burn out avec comme origine un stress répété lors de situations émotionnellement éprouvantes

Christina Maslach, professeure de psychologie sociale à l'université de Berkeley en Californie, a consacré une grande partie de sa carrière à ce sujet, de 1975 à aujourd'hui. Elle étudiait initialement les stratégies mises en place par des professionnels de santé confrontés à des états « d'activation émotionnelle ». Elle élargissait ensuite ses travaux à l'ensemble des professions impliquant une relation d'aide. Elle constatait la fréquence importante de situations vécues comme stressantes et l'effet destructeur de leur répétition sur les individus. Pour elle, les causes du burn out résidaient, avant tout, dans le type et les conditions de travail.

c) Evolution du concept jusqu'à aujourd'hui

Les travaux de recherche sur le burn out ont été nombreux à partir de 1974, afin de tenter de le modéliser.

En 1980, Cary Cherniss proposait un modèle « transactionnel », où l'individu et son environnement interagissent en permanence. Il expliquait le stress à l'origine du burn out par un déséquilibre entre les ressources de l'individu et les exigences du travail. Pour lui, c'était donc autant les facteurs individuels qu'environnementaux qui génèrent le burn out(11).

En 1981, Ayala Pines proposait, quant à elle, un modèle « motivationnel ». Elle expliquait l'apparition du burn out par un écart entre les attentes (motivation de l'individu) et la réalité. Il faut préciser que, pour cette psychologue israélienne, le travail était perçu comme une quête existentielle(12).

Maslach décrivait, en 1981, un phénomène tridimensionnel, avec pour origine, un stress quotidien, ayant usé l'individu(13) :

- Comme point de départ un « épuisement émotionnel » en lien avec un stress chronique. L'individu a l'impression de ne plus avoir d'énergie et d'être à court de ressources pour gérer de nouvelles situations.
- La deuxième composante, la « dépersonnalisation » (ou cynisme) correspond au fait que l'individu traite les personnes dont il s'occupe de façon impersonnelle, détachée, négative.
- Enfin, la baisse de l'accomplissement personnel touche à la dimension individuelle. Il s'agit d'une tendance à la dévalorisation de ses compétences, l'impression que les objectifs ne sont pas remplis et une baisse du sentiment d'auto efficacité.

Cette conception fait toujours office de référence, et elle permet de voir le burn out, comme un processus de dégradation subjectif du rapport au travail.

Entre l'apparition du concept et aujourd'hui, le monde du travail s'est totalement transformé (tertiarisation, insécurité des emplois, culture managériale...). La conception même du travail a également beaucoup évolué, et la sphère professionnelle perd du terrain au profit de la vie privée pour la « réalisation de soi ».

Ainsi, la problématique du burn out a été étendue au-delà des professions comprenant une relation d'aide. En 1996, Leiter et Shaufeli décrivaient le burn out comme pouvant survenir chez tout individu psychologiquement engagé dans son travail quel qu'en soit la nature(14).

2) Définition et manifestations

Il existe de très nombreuses définitions du burn out. Entre 1974 et 1980 seulement, les psychologues Perlman et Hartman en ont recensé quarante-huit publiées dans des articles scientifiques(15).

Il a été publié en 2015, le fruit d'un travail multidisciplinaire entre la direction générale du travail (DGT), de l'institut national de recherche et de sécurité (INRS) et de l'agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT). Ce travail synthétisait les données disponibles sur le burn out et formulait des recommandations pour les différents acteurs concernés au sein d'une entreprise. La définition choisie, synthétique et actualisée était la suivante(16) :

« Un épuisement physique, émotionnel et mental qui résulte d'un investissement prolongé dans des situations de travail exigeantes sur le plan émotionnel »

Les manifestations du burn out peuvent être nombreuses et sont non spécifiques. Leur installation est progressive et souvent insidieuse, en rupture avec l'état antérieur. Il s'agit d'un ensemble syndromique. On peut les classer selon 5 catégories(1) :

- émotionnelles : anxiété, tensions musculaires diffuses, tristesse de l'humeur ou manque d'entrain, irritabilité, hypersensibilité, absence d'émotion ;
- cognitives : troubles de la mémoire, de l'attention, de la concentration, des fonctions exécutives ;
- comportementales ou interpersonnelles : repli sur soi, isolement social, comportement agressif, parfois violent, diminution de l'empathie, ressentiment et hostilité à l'égard des collaborateurs, comportements addictifs ;
- motivationnelles ou liées à l'attitude : désengagement progressif, baisse de motivation et du moral, effritement des valeurs associées au travail, doutes de ses propres compétences (remise en cause professionnelle, dévalorisation) ;
- physiques non spécifiques : asthénie, troubles du sommeil, troubles musculo-squelettiques (type lombalgies, cervicalgies, etc.), crampes, céphalées, vertiges, anorexie, troubles gastro-intestinaux.

3) Classification

Selon la conception de Maslach, le burn out n'est pas en soi une pathologie mais plutôt une spirale susceptible de conduire au basculement dans la maladie (dépression ou maladie somatique) et dans la désinsertion.

Pour cette raison, le burn out n'est pas référencé comme tel dans les grandes classifications nosographiques, notamment le DSM V de l'American psychiatric association. La référence s'en rapprochant le plus est retrouvée dans la CIM 10, classification internationale des maladies de l'OMS, sous le code Z66.6 : « difficultés physiques et mentales liées à l'emploi ».

Les diagnostics apparentés qui y sont référencés sont :

- La dépression (CIM 10 F32 et F33), où l'humeur effondrée et la diminution marquée de l'intérêt sont communes au burn out avec la spécificité dans le burn out que la baisse de l'intérêt est focalisée sur le projet professionnel qui fait l'objet d'un désengagement.
- Les troubles de l'adaptation (CIM 10 F43.2) et en particulier le trouble de l'adaptation avec humeur dépressive, décrit comme une réaction à un ou plusieurs facteurs de stress identifiables et disparaissant, dans les 6 mois suivant leur suppression.

Dans son rapport sur le burn out, l'académie de médecine précise : « Des données convergentes indiquent que le burn out peut conduire à une dépression, et que réciproquement les symptômes d'un épisode dépressif sont exacerbés chez des patients victimes d'un burn out. L'antériorité d'un épisode dépressif majeur est un facteur de vulnérabilité au burn out »(17).

4) Méthodes d'évaluation

Le Maslach burn out inventory est l'instrument d'évaluation le plus souvent employé pour mesurer la sévérité du burn out. Initialement il était adressé aux professionnels de l'aide (MBI –HSS Human Service Survey). Il a été ensuite décliné pour les enseignants (MBI-ES Educator Survey) puis généralisé à toute la population (MBI –GS Général Survey).

Il comprend 22 items à coter entre 0 et 6 (9 items pour l'épuisement émotionnel, 5 pour la dépersonnalisation et 6 pour l'accomplissement personnel). Le score permet d'évaluer le niveau de burn out pour chacune des 3 catégories (faible/moyen/élevé). Ce score correspond à une auto-évaluation, subjective par définition, et donc sans rapport direct avec la gravité de la symptomatologie.

Ainsi, l'intérêt du MBI peut être de servir à repérer et à comparer, au niveau collectif, les phénomènes de dégradation du rapport subjectif au travail et permettre ainsi de revenir

sur les difficultés auxquelles se heurtent les travailleurs dans leur milieu professionnel. Il ne s'agit pas d'un outil diagnostic.

Il existe également d'autres outils d'évaluation du burn out, beaucoup moins utilisés, tels que le Copenhagen burn out inventory (CBI), le Oldenburg burn out inventory (OBI) ou le burn out measure de Pines (BM). Aucun n'est un outil diagnostic. Ils fonctionnent sur le même principe que le MBI en étant plus centrés sur l'épuisement émotionnel.

II- Le burn out chez les médecins

1) Prévalence

Une étude Européenne a évalué l'épuisement professionnel des médecins généralistes à partir du MBI. Sur 1393 réponses, on remarquait que 43% des médecins généralistes présentaient un épuisement émotionnel, 35% présentaient une dépersonnalisation et 32% présentaient un défaut d'accomplissement personnel. Le score correspondait à un burn out dans les 3 dimensions pour 12% d'entre eux(2).

Les études réalisées en France retrouvaient des résultats proches. Le Pr Truchot, enseignant en psychologie à l'université de Franche Comté, a réalisé des études sur le burn out des médecins libéraux dans 3 régions pour l'Union Régionale des médecins libéraux (URML). En Bourgogne (2001)(18), Champagne Ardennes (2003)(19) et Poitou Charentes (2004)(4). En Moyenne 47% des répondants présentaient un burn out dans une des trois dimensions.

Il est également important de préciser que le burn out est susceptible de survenir tôt au cours de l'exercice, puisque dans les études menées chez les internes on retrouvait un score élevé dans au moins une dimension du MBI dans un peu plus d'un cas sur deux(20) (21).

Quand on s'intéresse à la perception des médecins vis-à-vis du burn out, la proportion de médecins se disant touchés reste supérieure à 1 sur 2. Une étude de l'URML Île-de-France en 2007 basée sur l'analyse de 2243 questionnaires, mettait en évidence que 53% des médecins déclaraient se sentir menacés par le burn out, avec un sur-risque pour les médecins généralistes (60.8%)(3).

2) *Facteurs favorisants*

a) Individuels

Des facteurs individuels sont associés au burn out, comme l'existence d'antécédents personnels ou familiaux de troubles dépressifs, certains traits de personnalité tels que le névrosisme (propension à développer des affects négatifs) et la personnalité de type A (besoin de compétition, d'agressivité, de pression temporelle et de contrôle des situations) (22).

L'organisation mondiale de la santé (OMS) rajoutait dans son rapport sur le sujet, l'anxiété, les attentes et les buts irréalisables, la faible estime de soi, et le manque de flexibilité(23).

A l'opposé, comme le rapporte Dagrada dans sa revue de littérature sur le sujet, « la personne qui ne s'inquiète pas, ne pourra pas s'épuiser »(24).

Les facteurs tels que le sexe, l'âge et l'expérience professionnelle obtiennent des résultats contradictoires dans les études et doivent faire l'objet de recherches complémentaires. Cependant, dans une méta analyse, les scores étaient significativement plus élevés pour l'épuisement émotionnel chez les femmes et pour la dépersonnalisation chez les hommes(25).

b) Collectifs

Les facteurs de risques liés au travail à l'origine du burn out sont identiques aux facteurs de risques psycho sociaux synthétisés par le rapport Gollac(26). Il a été mis en évidence 6 catégories de facteurs :

- L'intensité et le temps de travail
- L'exigence émotionnelle du travail
- L'absence d'autonomie
- Les rapports sociaux au travail
- Les conflits de valeur (qualité empêchée/conflits éthiques/travail inutile)
- L'insécurité de sa situation professionnelle

De façon plus spécifique, une revue de la littérature de 53 études réalisées chez les professionnels de santé(27) mettait en évidence une association positive entre le burn out et la charge de travail, les exigences émotionnelles et un mauvais équilibre entre la vie personnelle et professionnelle.

3) Conséquences

Les impacts du burn out chez les médecins sont nombreux. Il est décrit chez les médecins en burn out un sur-risque de dépression, de troubles anxieux et d'addiction. On retrouve également une diminution de la qualité de vie pour les médecins concernés ainsi que celle de leur entourage(3) (28).

Il existe également un retentissement sur les soins proposés, puisque des études montrent chez les médecins en burn out, une diminution de l'empathie(29) (30) ainsi que de la qualité des soins qu'ils proposent(31).

Une étude sur le suicide des médecins a été réalisée en 2004 par le Dr Leopold, en collaboration avec le Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM). Il retrouvait un sur-risque par rapport à la population générale du même âge de 2.37(5). Ces suicides peuvent être interprétés comme le stade ultime du burn out.

L'amicale des psychiatres du Vaucluse a travaillé sur les suicides des médecins et tirait une liste de facteurs de risques de suicide(32). Elle comprenait les addictions (notamment à l'alcool), les maladies physiques ou mentales, le divorce, les contentieux ordinaires, administratifs ou judiciaires et les difficultés financières.

4) Dans le code de déontologie

L'article 56 du code de déontologie médicale prévoit que « les médecins se doivent assistance dans l'adversité... »

Il n'existe pas en France d'obligation déontologique de soins pour le médecin malade. Il n'existe pas non plus d'obligation déontologique de signalement par le confrère qui en a connaissance, comme c'est le cas en Espagne. En Mars 2015, Le CNOM, bien conscient du problème, commentait à propos de cet article, l'importance « de la précocité du dépistage des problèmes » et donnait donc aux « confrères de proximité » un rôle primordial. Il ajoutait que « tout médecin qui a connaissance des difficultés d'un confrère doit s'en ouvrir à lui, lui proposer son aide et le convaincre de se rapprocher du Conseil départemental (...), si ce processus n'aboutit pas et que la gravité de la situation (...) l'exige, il doit aviser le Président du Conseil départemental ».

Le Dr Leopold, disparu en janvier 2017, proposait la modification de l'article 56 du code de déontologie qui prévoit que « les médecins se doivent assistance dans l'adversité... » pour y introduire le « devoir d'ingérence confraternelle ».

5) *Les structures existantes*

a) A l'étranger

- Le PAIMM en Espagne

En Catalogne, l'Ordre des médecins de Barcelone a créé depuis 1998 le « programme d'attention intégrale » pour le médecin malade (PAIMM). Il s'adresse aux médecins en exercice ayant des problèmes psychiques et/ou des comportements d'addictions. Financé à 20% par l'Ordre des médecins et à 80% par la Generalitat (gouvernement de Catalogne), il s'appuie sur une double obligation de leur code de déontologie : obligation de soins (art. 101) et de signalement (art. 102). Ce programme a pris petit à petit de l'ampleur pour atteindre 22 lits et 15 places d'hôpital de jour. Les soins sont gratuits et se déroulent dans la plus stricte confidentialité, avec notamment un changement de nom à l'entrée dans le programme.

Dans les cas jugés graves (risque de mauvaises pratiques, déni du problème ou certains risques de rechute) un contrat est signé entre le médecin malade et son thérapeute, et parfois avec un tuteur et l'Ordre des médecins. Ces contrats durent entre 6 mois et un an, et visent principalement la réhabilitation. Le non-respect de ce contrat peut conduire à une suspension de la pratique médicale. Le PAIMM est un programme pionnier en Europe, disposant de procédures collégiales (accès direct, confidentialité, contrats thérapeutiques pour les cas complexes) et d'un dispositif de prise en charge complet (suivi ambulatoire, unité d'assistance avec internement ou hospitalisation de jour). Mondialement reconnu, le PAIMM est sans doute le programme le plus abouti dans le monde(33).

- L'exemple du Canada

Dès 1997, l'Association des psychiatres du Canada (APC) a émis une série de recommandations afin d'encadrer la prise en charge des médecins atteints de maladie mentale. En 2000, l'APC a réclamé un réseau national de psychiatrie pour venir en aide aux médecins atteints d'épuisement professionnel. Il existe deux entités différentes :

Le programme d'aide aux médecins du Québec (PAMQ) : C'est un organisme sans but lucratif et autonome. Le programme PAMQ offre depuis 1990 une aide discrète par des entretiens téléphoniques ou des rencontres avec des médecins spécifiquement formés (identification des problèmes, établissement d'un plan d'action, soutien tout au long de la démarche, réinsertion socioprofessionnelle. Ce programme a un équivalent dans chacune des provinces(34).

Le programme de suivi administratif des médecins : Ce programme est dédié aux médecins présentant des problèmes de santé physique ou mentale, susceptibles de compromettre l'exercice professionnel de la médecine. Il a été mis sur pied par le Collège des médecins en

1999. Il consiste en une surveillance accrue de l'aptitude à exercer. Il met l'accent sur la mise à jour des compétences et la réadaptation professionnelle des médecins.

- Le VDHP en Australie

Le Victorian doctors health program (VDHP), créé par le Conseil des praticiens de médecine de Victoria (MPBV) et le syndicat australien médical de Victoria a commencé à fonctionner en 2001. Ce programme emploie une équipe pluridisciplinaire dans le but de soutenir les étudiants en médecine et les médecins(35).

Il existe 4 axes d'action principaux :

- une approche préventive (campagne d'éducation et de sensibilisation)
- une approche pédagogique
- un service de contact téléphonique pour les médecins
- un réseau de médecins généralistes.

b) En France

→ Les numéros dédiés

L'association d'aide professionnelle aux médecins libéraux (AAPML), a été mise en place en 2005 sous l'impulsion des Dr Régis Mouries et Eric Galam. Il s'agit d'un numéro de téléphone dédié aux médecins libéraux en difficulté psychologique dans l'exercice de leur profession. Il permet aux appelants, en tout anonymat, d'avoir accès à un psychologue clinicien 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. Début 2015, 1300 appels avaient été traités.

Les psychologues de la plate-forme précisait dans le « bilan à 10 ans » de l'association, que les problématiques abordées étaient souvent anciennes et intenses. Les appelants masquent en général leur motif d'appel et veulent « juste se renseigner ». Les psychologues soulignent la culpabilité qu'ont les médecins à demander de l'aide, et le besoin souvent exprimé de savoir s'ils ne sont pas les seuls à avoir recours au dispositif. De même, la manière dont les praticiens appelants reprennent l'initiative pour clore l'entretien, est très significative de la difficulté des médecins à sortir de leur rôle de soignants(6) (36).

D'autres initiatives locales du même type existent.

→ Les réseaux de soins d'aide aux soignants

- Le réseau aide aux soignants de Rhône Alpes (ASRA)

Une quarantaine de praticiens bénévoles assurent une permanence téléphonique 7j/7 et 24h/24. Ils interviennent avec l'appui de « professionnels ressources » tels que psychiatres, addictologues, avocats, conseillers juridiques et fiscaux, et assurent une prise en charge anonyme(37).

- L'association santé des soignants de Poitou Charentes (ASSPC)

Il s'agit également d'un numéro d'écoute 7j/7 et 24h/24, où des médecins volontaires répondent à leurs confrères en difficulté, en leur garantissant une confidentialité absolue. L'objectif sur le long terme est la création d'un réseau de médecins volontaires dans toute la région et pour les différentes spécialités afin de prendre en charge les soignants malades (38).

- L'association régionale d'entraide du Nord Est (ARENE)

Cette association propose dans le cadre d'un réseau confraternel et associatif un dispositif d'aide et d'accompagnement avec un numéro unique 7j/7 et 24h/24 similaire aux deux associations précédentes.

→ Les réseaux de soins hospitaliers

- L'association pour le soin des soignants (APSS)

Créée en 2009, avec le soutien du CNOM et de la caisse autonome de retraite des médecins de France (CARMF), cette association regroupe les syndicats, les Ordres professionnels (médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens, infirmiers et kinésithérapeutes), les URML et les trois régimes de l'assurance maladie.

Ses objectifs sont la création d'une base de données sur les pathologies spécifiques des professionnels de santé, et de les prévenir et les traiter via la constitution de structures de soin dédiées aux soignants.

Il existe actuellement en France cinq établissements disposant de lits spécifiquement dédiés aux soignants. Leurs adresses sont gardées confidentielles. Comme avec le PAIMM, les hospitalisations de médecins sont encadrées par un contrat thérapeutique sous le contrôle du CNOM et de la CARMF. En contrepartie de ce contrat, le CNOM s'engage à accepter la poursuite de l'exercice professionnel et la CARMF s'engage à accepter le

paiement précoce des indemnités journalières sans délai de carence, puis après l'hospitalisation lors de la période d'aide à la reprise d'activité(39).

- Le programme d'action du groupe Pasteur Mutualité (GPM)

Une enquête préliminaire ayant recueilli la participation de 3786 médecins en 2008 permettait de cibler les principales attentes des médecins pour une consultation dédiée.

66% pensaient qu'un tel dispositif leur serait utile voire très utile dans l'immédiat et 86% à l'avenir. De cette enquête se dégageait que l'anonymat, la confidentialité, la proximité et la gratuité étaient les prérequis pour le fonctionnement de ce dispositif. La moitié des répondants disait envisager la possibilité d'assurer cette consultation, dont 90% après une formation spécifique. En 2012, le GPM a lancé une consultation de prévention et d'évaluation centrée sur le burn out des médecins, respectant les 4 critères cités ci-dessus. Il existe actuellement un réseau de 40 médecins consultants, spécifiquement formés, répartis sur l'ensemble du territoire(40).

- L'association MOTS (Médecins Organisation Travail Santé)

Elle a été lancée en 2010 sous l'impulsion du Dr Jean Thévenot, alors président du CDOM de Haute-Garonne. C'est une structure préventive pour tous les médecins (internes, salariés, libéraux). Elle propose pour les volontaires, une évaluation globale personnalisée et gratuite, avec des propositions concrètes pour améliorer les conditions de travail, et, si besoin l'orientation vers un spécialiste.

Initialement limitée à la Haute-Garonne, elle concerne à présent également la région Midi Pyrénées, Languedoc-Roussillon et le Limousin. Actuellement, trois médecins du travail réalisent ces consultations dans un lieu choisi par le médecin volontaire. 180 médecins ont déjà fait appel à cette structure. Une collaboration avec l'APSS existe pour les cas où une hospitalisation s'avérerait nécessaire.

III - Justification de l'étude

Les initiatives pour accompagner les médecins en situation de burn out sont en plein développement. Seulement une minorité des praticiens concernés font la démarche de demander de l'aide. Les différents freins des médecins pour se faire soigner en général sont bien recensés dans la littérature(8). Ils sont encore plus importants quand il est question de la santé mentale(9). Il nous a semblé pertinent de recueillir la perception des médecins de ces différents freins. Nous l'avons fait avec une enquête d'opinion, en leur demandant de les quantifier un à un, en se projetant en situation de burn out.

L'objectif principal était de connaître les freins que les médecins ressentent comme les plus importants pour se faire aider. L'objectif secondaire était de savoir si les médecins en situation de burn out ressentent davantage ces freins.

MATERIEL ET METHODES

Nous avons réalisé une enquête d'opinion, par mail, auprès de médecins généralistes libéraux, en cours d'activité, entre mars 2017 et juin 2017.

Le questionnaire (annexe 2) a été construit à partir d'une revue de la littérature de 2008. L'étude en question recensait les barrières rencontrées par les professionnels de santé pour accéder aux soins(8). Elle se basait sur 26 articles et il en ressortait 33 freins potentiels différents. Nous les avons regroupés en 16 items génériques et en 4 sous catégories (freins liés au statut de médecin, au fait de faire appel à une aide extérieure, à la relation thérapeutique, au burn out) pour simplifier le questionnaire et favoriser l'adhésion des répondants.

Chaque participant devait préciser son sexe, sa durée d'exercice, son lieu d'exercice et, si il se sentait concerné par le burn out. Pour répondre au reste du questionnaire, il était demandé aux participants de se projeter en situation de burn out. Chaque item correspondait à un frein potentiel. Pour chacun, ils devaient coter entre 0 et 10 : 0 correspondait au fait que l'item ne représentait « pas du tout un obstacle » et 10 correspondait à « un obstacle majeur » pour faire appel à une aide extérieure dédiée aux soignants. Le questionnaire a été conçu et transmis par l'intermédiaire du site internet Google Forms®.

Un test de faisabilité a été réalisé en mars 2017 en diffusant le questionnaire à 64 médecins de notre réseau. Il a ensuite été réalisé une clarification du questionnaire. Le temps pour répondre a été estimé à 3 minutes et les réponses se faisaient en ligne et de façon anonyme.

Les participants ont été recrutés par l'intermédiaire de leur Conseil départemental de l'Ordre des médecins (CDOM). Les 96 CDOM de France métropolitaine ont été contactés pour leur demander de diffuser le questionnaire à tous les médecins pour lesquels ils disposaient d'une adresse mail. 7 CDOM ont répondu favorablement (Ile et Vilaine, Loire atlantique, Vaucluse, Gard, Aude, Haute Saône, et Vosges) et 3 (Ile et Vilaine, Vaucluse, et Aude) ont accepté de le diffuser une seconde fois. Dans 2 départements (Vienne et Lozère) la diffusion a été limitée aux médecins s'étant portés volontaires pour participer à ce type d'enquête.

Nous avons réalisé l'analyse statistique en comparant les cotations moyennes de chaque item et les écarts types. Nous avons également réalisé une analyse en sous-groupes. La significativité des différences de réponses entre les sous-groupes a été contrôlée à l'aide du test de l'écart réduit (ou test Z) sur le logiciel Microsoft Excel®. Le seuil de significativité du test a été fixé à 0.05.

RESULTATS

Description de la population

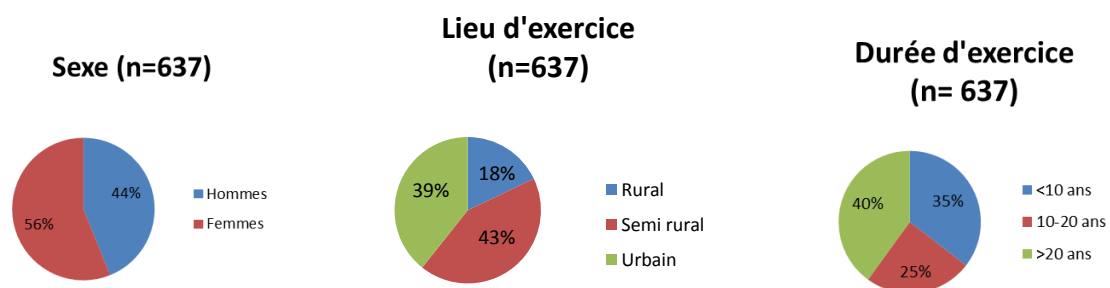
Le questionnaire a été envoyé à 3167 médecins généralistes libéraux en cours d'activité. 1278 ont été relancés. 637 réponses ont été reçues, soit un taux de participation de 20.2%.

56% (n=357) des répondants étaient des femmes et 44% (n=280) des hommes (figure 1).

39 % (n=250) exerçaient en milieu urbain, 43% (n=273) en milieu semi rural, et 18% (n=114) en milieu rural (figure 2).

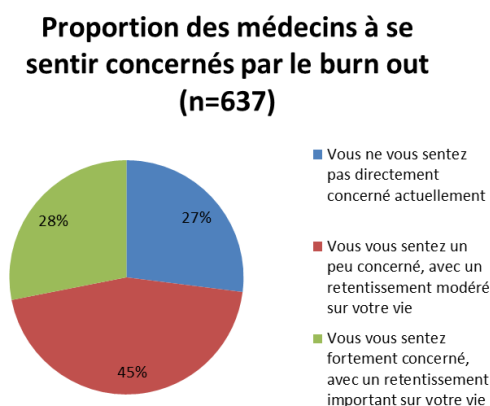
La durée d'exercice était inférieure à 10 ans pour 35% (n=226) des médecins, comprise entre 10 et 20 ans pour 25% (n=156), et supérieure à 20 ans pour 40% (n=255) (figure 3).

Figures 1, 2 et 3 : sexe des répondants, lieu d'exercice des répondants et durée d'exercice des répondants



Les répondants étaient 27% (n=172) à déclarer ne pas se sentir directement concernés par le burn out. 45 % (n=286) se sentaient un peu concernés avec un retentissement modéré sur leur vie. 28 % (n=179) se disaient fortement concernés avec un retentissement important sur leur vie (figure 4).

Figure 4 : Proportion des médecins à se sentir concernés par le burn out



Réponses moyennes et écart type par item

- Les principaux freins

Chez les 637 répondants, le principal frein déclaré était **le manque de temps**, en moyenne coté à 6.14/10 avec l'écart type le plus faible ($s=2.60$). **La tendance à banaliser ses symptômes**, arrivait en 2ème position ($m=5.46$, $s=2.75$).

Les répondants avaient placé **le fait de ressentir un conditionnement pour l'invulnérabilité et le contrôle** ($m=5.11$, $s=2.88$) et **l'accès à l'automédication** ($m=5.09$, $s=3.17$) en 3ème et 4ème position.

- Les freins « intermédiaires »

Le fait de se projeter comme patient et de lâcher prise arrivait en 5ème position ($m=4.88$, $s=3.21$), suivi de **préférer ne pas penser à ses problèmes** ($m=4.66$, $s=2.73$). En 7ème position on trouvait le fait de **douter de la capacité de son interlocuteur à proposer une aide significative** ($m=4.38$, $s=2.62$) puis **ne pas savoir à qui s'adresser** ($m=4.17$, $s=3.28$).

Les trois items suivants étaient **le sentiment d'échec qui accompagnerait le fait de demander de l'aide** ($m=3.86$, $s=3.10$), **l'appréhension de la relation avec un autre professionnel** ($m=3.74$, $s=3.03$), et **la crainte que l'on pose un diagnostic à votre sujet** ($m=3.68$, $s=2.91$).

- Les freins les moins ressentis

L'aspect financier ($m= 3.38$, $s=3.13$), 4ème item de la catégorie des freins associés au statut de médecin arrivait en 12ème position (loin derrière les 3 autres items de cette catégorie). Suivait **la crainte des conséquences négatives en cas de demande d'aide** ($m=3.32$, $s=2.88$).

Les 3 freins cotés comme les moins ressentis étaient : **la crainte de se sentir jugé** ($m=3.24$, $s=2.94$), **la crainte du manque de confidentialité** ($m=3.21$, $s=3.24$) et en dernière position **la gêne liée au fait d'aborder le stress professionnel**, coté en moyenne à 2.83/10 avec un écart type de 2.74.

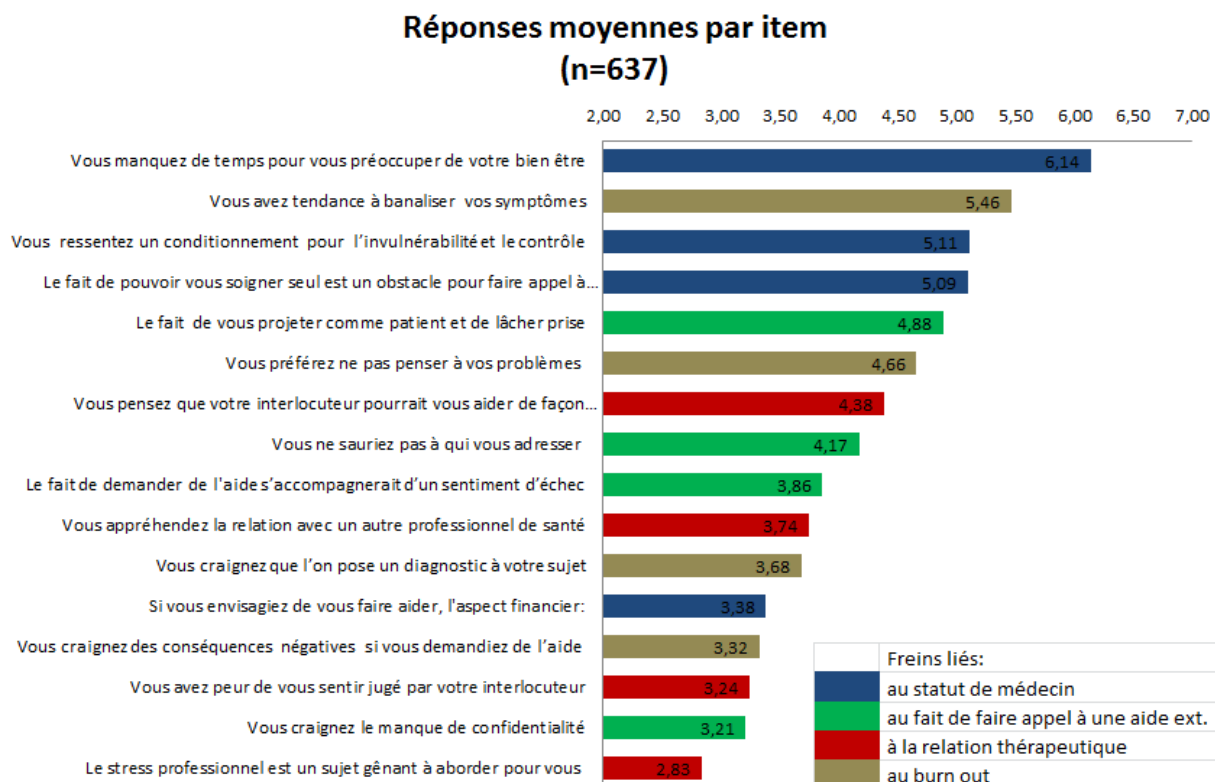


Figure 5 : Réponses moyennes par item

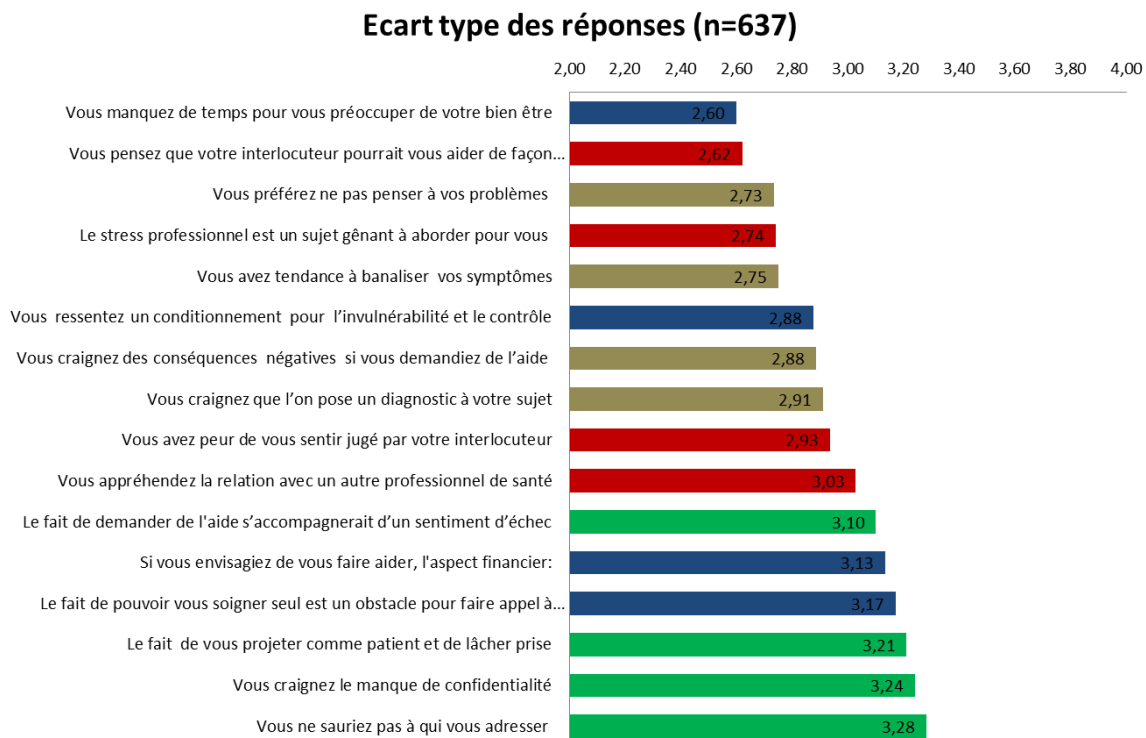


Figure 6 : Ecart type des réponses

Comparaison des réponses des sous-groupes

Nous avons comparé les réponses pour 4 sous-groupes (annexe 2).

Impact du fait de se sentir concerné par le burn out (annexes 3 et 4)

Entre les répondants se disant fortement concernés par le burn out et ceux ne se disant pas concernés, la différence était très significative ($p < 0.005$) pour tous les items. Pour chacun des freins, la cotation était supérieure pour le groupe se disant fortement concerné. La différence la plus marquée entre les 2 groupes était retrouvée pour l'item « **vous manquez de temps pour vous préoccuper de votre bien être** » ($m=7.87$ vs $m=4.40$).

Impact du sexe (annexes 5 et 6)

Les réponses des hommes et des femmes étaient significativement différentes pour 8 items ($p < 0.05$). Ces 8 réponses ont été cotées avec des valeurs supérieures pour les femmes. Pour 3 freins, on retrouvait une différence très significative ($p < 0.005$) : **le fait de ressentir un conditionnement pour l'invulnérabilité et le contrôle** (5.44 vs 4.69), **le fait de ne pas savoir à qui s'adresser** (4.55 vs 3.68) et **la peur du jugement** (3.62 vs 2.76).

Le seul frein potentiel qui avait une cotation supérieure chez les hommes (4.42 vs 4.35) était l'item « **vous pensez que votre interlocuteur pourrait vous aider de façon significative** », mais la différence avec les femmes était non significative ($p = 0.761$).

Impact de la durée et du lieu d'installation (annexes 7 à 10)

Entre les groupes qui exerçaient depuis plus de 20 ans et depuis moins de 10 ans, la différence de réponse était significative pour 6 freins potentiels sur 16. **Le manque de temps** (6.44 vs 5.90, $p=0.027$) et **l'aspect financier** (3.62 vs 2.97, $p=0.021$) étaient significativement supérieurs chez les médecins exerçant depuis plus de 20 ans. Au contraire, **l'accès à l'automédication** (4.77 vs 5.36, $p=0.042$), **l'appréhension de la relation avec un autre professionnel de santé** (3.30 vs 4.28, $p < 0.005$), **le fait de considérer que le stress professionnel est un sujet gênant** (2.67 vs 3.19, $p=0.042$) et **la peur du jugement** (2.65 vs 3.96, $p < 0.005$) étaient plus ressentis par les médecins exerçant depuis moins de 10 ans.

Il n'existait pas de différence significative entre les réponses des médecins exerçant en ville et ceux exerçant à la campagne.

DISCUSSION

➤ Forces et limites de l'étude

Il n'existe, à notre connaissance, pas d'étude comme celle-ci comparant la perception des différents freins potentiels des médecins. Il s'agit d'un questionnaire original que nous avons réalisé pour cette étude. Les possibilités de comparaisons avec les données existantes étaient donc très restreintes.

Cette enquête recueillait la perception des répondants. Elle est donc subjective et comme pour le MBI, il existe une importante variabilité inter individuelle dans la cotation des différents items.

Le fait que l'en-tête du mail contenait le terme « burn out » a pu constituer un biais de sélection en favorisant la réponse des médecins se sentant concernés par le sujet. A l'inverse, il est possible que les médecins en situation de burn out aient moins de temps à consacrer à ce type d'enquête.

Un biais d'interprétation était possible puisque l'on n'avait pas précisé le type d'aide dédiée dont il était question (appel d'un numéro dédié, consultation...) et cela a pu influencer les résultats.

➤ Echantillon

Le faible taux de participation de 20.2% était celui attendu compte tenu du fait qu'il s'agissait d'un questionnaire en ligne auto-administré. La diffusion du questionnaire correspondait à des zones géographiques et des densités médicales variées. La sélection des participants potentiels était relativement aléatoire puisque le seul critère était que les Conseils départementaux de l'Ordre des médecins disposent d'une adresse mail valide.

Les femmes étaient plus représentées dans cette étude que chez l'ensemble des médecins Français en exercice (56% vs 46%). Il est possible que les femmes soient plus attentives à cette problématique et donc qu'elles aient répondu davantage.

Les médecins exerçant depuis moins de 10 ans étaient également sur-représentés (35% dans l'étude vs 10% des médecins Français en exercice), au détriment de ceux exerçant depuis plus de 20 ans (40% vs 64%). Ceux exerçant depuis 10 à 20 ans étaient 25 %, proche

des 20 % chez l'ensemble des médecins(41). Il est possible que cette sur-représentation des jeunes médecins soit liée à la médiatisation croissante du sujet. Compte tenu des statistiques sur le burn out dans la profession, il semble bien légitime que les jeunes médecins s'en inquiètent.

Trois médecins sur quatre (73%) ont répondu se sentir concernés par le burn out, dont 28 % fortement concernés avec un retentissement important sur leur vie. A peine plus d'un médecin sur quatre (27 %) a répondu ne pas se sentir concerné par le burn out.

➤ Principaux freins

Les médecins ont déclaré comme principal frein le manque de temps. Il s'agit également du frein présentant l'écart type le plus faible parmi toutes les réponses. Alors que 63.5% des médecins généralistes ont actuellement un exercice libéral exclusif ou mixte, il semble que ces derniers ne parviennent pas à adapter leur temps de travail pour se protéger.

Les autres freins ressortant comme les plus importants, étaient le fait de ressentir un conditionnement pour l'invulnérabilité et le contrôle, avoir tendance à banaliser leurs symptômes et ressentir des difficultés pour se projeter comme patient et lâcher prise. Ces notions peuvent être associées à celle de « hidden curriculum », qui correspond à l'ensemble des apprentissages implicites au cours de la formation, qui sont particulièrement prégnants dans les études médicales(42). Les médecins interrogés plaçaient ces freins parmi les principaux éléments limitant leurs éventuelles démarches pour se faire aider.

L'accès à l'automédication était également cité parmi les principaux freins ressentis. Or cette pratique, documentée dans la littérature, semble être un moyen de supporter davantage la spirale du burn out que d'en sortir(43). En effet, dans les recommandations récentes de la HAS pour la prise en charge du burn out, des antidépresseurs peuvent être proposés, mais ils le sont en complément d'une prise en charge globale(1).

➤ Facteurs ayant un impact sur les freins

Les réponses des médecins se disant fortement concernés présentent un intérêt particulier. En effet, il s'agit de la population qui expérimente les freins en question pour se faire aider.

Nous retrouvons ici, une perception plus importante des différents freins cités, pour les premiers concernés par la question. Cela peut être associé à la conception du burn out comme une spirale, où le médecin touché va s'enfermer progressivement en voyant grandir sa perception des obstacles pour en sortir.

Chez les femmes, la cotation était supérieure par rapport aux hommes pour 15 items sur 16, dont 8 significativement. Cette différence pourrait s'expliquer par un conditionnement chez les hommes, en plus de celui des médecins cité ici, pour « l'invulnérabilité et le contrôle ». Ainsi, cela pourrait être interprété davantage comme une tendance des hommes à moins admettre les différents freins que par une plus grande aisance pour se faire aider en situation de burn out. Il est également possible que d'autres facteurs jouent un rôle dans ces différences de réponses sans pouvoir les préciser ici.

La durée d'exercice impactait également la perception d'une partie des freins. Les médecins exerçant depuis moins de 10 ans ont répondu être plus préoccupés par l'appréhension de la relation avec un autre professionnel et la peur de se sentir jugé que ceux exerçant depuis plus de 20 ans. L'expérience apparaît donc ici comme un facteur faisant diminuer l'appréhension de la relation avec un autre professionnel et la peur du jugement. Les médecins plus âgés ont par contre coté le manque de temps et l'aspect financier comme des freins plus importants, ce qui pourrait s'expliquer par un temps de travail supérieur et des obligations financières plus importantes.

➤ Comparaison

Dans une étude chez les médecins franciliens en 2007, ils étaient 60.8% (n=991) des généralistes à répondre oui à la question « vous sentez vous menacés par le burn out? »(3). Dans une autre étude, en Limousin, en 2015(44), ils étaient 22 % (n=1029) de médecins à répondre oui à la question « avez-vous le sentiment d'être personnellement menacé par le burn out ? » et pour 8 % ce sentiment était très fortement ressenti. Nous demandions ici si les médecins se sentaient concernés par le burn out, en précisant la notion d'un retentissement sur leur vie. La proportion de réponses positives varie donc, selon les enquêtes, notamment du fait de la formulation de la question, tout en restant préoccupante, avec près de 73% de réponses positives dans notre enquête.

Le frein « vous ne sauriez pas à qui vous adresser » ressortait, en 8eme position, en moyenne coté à 4.16/10. Cet obstacle a été étudié de façon spécifique dans une autre étude(45). En octobre 2016, seulement 14% d'un échantillon de 842 médecins français a répondu connaître une association engagée contre la souffrance psychologique des professionnels de santé. Sur le même effectif, ils étaient 8 % à avoir connaissance d'un

numéro d'écoute dédié aux professionnels de santé. Chez les différents professionnels de santé interrogés (n=4019), la proportion tombait à 3%.

Si l'approche quantitative de notre étude est peu appropriée pour préciser cette problématique, il est important de souligner que la méconnaissance de ce type de structure constitue un frein bien réel.

La faible préoccupation d'un éventuel manque de confidentialité, en avant dernière position dans notre étude, est en contradiction avec d'autres travaux. Lors d'études sur les attentes des soignants concernant une consultation de prévention et de prise en charge dédiée, l'anonymat et la confidentialité ressortaient comme des préoccupations majeures (7) (46). L'absence de précision sur le type d'aide dont il était question dans cette étude a probablement eu une influence sur les réponses de cet item. Si une proportion importante a répondu en envisageant par exemple de contacter un numéro anonyme, cela a pu minimiser leur perception de cet obstacle.

CONCLUSION

Les médecins généralistes de cette étude voient comme principaux obstacles pour se faire aider en situation de burn out le manque de temps et leur conditionnement pour ne pas se prendre en compte. Les médecins se sentant touchés par le burn out ressentent de façon plus importante tous les obstacles potentiels pour se faire aider.

Ces données peuvent constituer un apport utile, afin de comprendre le point de vue des médecins en situation de burn out et leurs difficultés pour débiter une démarche visant à améliorer leur situation.

Des études complémentaires pourraient être intéressantes, notamment en interrogeant les intervenants des structures dédiées sur les freins qu'ils constatent chez les médecins-patients.

BIBLIOGRAPHIE

1. HAS. Repérage et prise en charge cliniques du syndrome d'épuisement professionnel ou burnout. 2017. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2769318/fr/reperage-et-prise-en-charge-cliniques-du-syndrome-d-epuisement-professionnel-ou-burnout
2. Soler JK, Yaman H, Esteva M et al. Burnout in European family doctors: the EGPRN study. *Fam Pract*. 2008 août;25(4):245-65.
3. Galam E, Mouriés R. L'épuisement professionnel des médecins libéraux franciliens: témoignages, analyses et perspectives. URML Ile de France. Commission Prévention et Santé publique; 2007. Disponible sur : http://www.urml-idf.org/upload/etudes/etude_070723.pdf
4. Truchot D. Le Burn out des médecins généralistes de Poitou-Charentes. Rapport de Recherche pour l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Poitou-Charentes. 2004.
5. Leopold Y. Les chiffres du suicide chez les médecins. Rapport au Conseil national de l'Ordre des médecins. 2003.
6. Galam E, Mouriés R, Dupré L. Association d'Aide aux Professionnels de santé et aux Médecins Libéraux (AAPML) 0826 004 580. Bilan à 10 ans.(consulté le 24/02/2017). 2015. Disponible sur : http://www.bichat-larib.com/publications.documents/5004_MEDECINE-nov15-AAPML.pdf
7. Attentes des soignants pour une consultation de prévention [Internet](consulté le 15/04/2017). Groupe Pasteur Mutualité; 2010. Disponible sur : <https://www.gpm.fr/le-groupe/communication/communiqués-de-presse/881-mise-en-place-dune-consultation-de-prevention-de-lepuisement-professionnel-des-soignants.html>
8. Kay M, Mitchell G, Clavarino A, Doust J. Doctors as patients: a systematic review of doctors' health access and the barriers they experience. *Br J Gen Pract*. 1 juill 2008;58(552):501.
9. George S, Hanson J, Jackson JL. Physician, heal thyself: a qualitative study of physician health behaviors. *Acad Psychiatry J Am Assoc Dir Psychiatr Resid Train Assoc Acad Psychiatry*. févr 2014;38(1):19-25.
10. Freudenberg HJ. Staff Burn-Out. *J Soc Issues*. janv 1974;30(1):159-65.
11. Guditus CW. Staff Burnout: Job Stress in the Human Services Cary Cherniss Beverly Hills, California: Sage Publications, 1980, 199 pp. *J Teach Educ*. 1 juill 1981;32(4):55-6.
12. Pines A. Helper's motivation and the burnout syndrome. In: *Basic Processes in Helping Relationships*. Academic press. New York; p. 453-76.
13. Maslach C. Understanding burnout: Definition issues in analyzing a complex phenomenon , *Job Stress and Burnout*. Sage Publications; 1982.
14. Leiter MP, Schaufeli WB. Consistency of the burnout construct across occupations. *Anxiety, stress and coping*. 1 janv 1996;9(3):229-43.
15. Perlman B, Hartman EA. Burnout: Summary and Future Research. *Hum Relat*. 1 avr 1982;35(4):283-305.

16. ANACT, INRS, Ministère du travail. Guide d'aide à la prévention:Le syndrome d'épuisement professionnel ou burnout, Mieux comprendre pour mieux agir; 2015. Disponible sur : http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/Exe_Burnout_21-05-2015_version_internet.pdf
17. Olie JP, Legeron P, rapporteurs. Académie nationale de médecine: Rapport sur le Burn Out; février 2016. Disponible sur : <http://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2016/02/26-fev-2016-RAPPORT-ACADEMIE-Burn-out-V3.pdf>
18. Truchot D. Le burn out des medecins libéraux de bourgogne. UPLMB et Reims département de psychologie; 2001.
19. Truchot D. Rapport de recherche pour l'URML Champagne Ardenne; 2002. Disponible sur : http://internat.martinique.free.fr/biblio/rapport_burn_t_medecin_ca.pdf
20. Guinaud M. Évaluation du burn-out chez les internes de médecine générale et étude des facteurs associés.[Thèse d'exercice] université de Paris Val-de-Marne, 2006. Disponible sur: <http://doxa.u-pec.fr/theses/th0240093.pdf>
21. Rivoire B, Colombat P, Perrier M, Léger I. Fréquence et étiologies du syndrome de burn-out chez les internes en médecine au CHU de Tours en 1999-2000. Med Pal 2003;2:302-6; 2003.
22. Inserm. Stress au travail et santé - situation chez les indépendants (consulté le 02/07/2017), [en ligne]. <http://www.inserm.fr/actualites/rubriques/actualites-societe/stress-au-travail-et-sante-situation-chez-les-independants>
23. World Health Organization. Guidelines for the primary prevention of mental, neurological and psychosocial disorders. Geneva; 1994. Disponible sur : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/60992/1/WHO_MNH_MND_94.21.pdf
24. Dragada H, Verbanck P et Korneich C.Le burn-out du médecin généraliste : hypothèses étiologiques.Rev Med Brux 2011; 32: 407-12
25. Purvanova RK, Muros JP. Gender differences in burnout: A meta-analysis. J Vocat Behav. 1 oct 2010;77(2):168-85.
26. Gollac M. Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail, Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. Paris; 2011. Commandité par le ministre du Travail et des Affaires sociales. Disponible sur : http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_SRPST_definitif_rectifie_11_05_10.pdf
27. Bria M, Baban A, Dumitracu DL. Systematic review of burnout risk factors among European healthcare professionals. Cognition, Brain, Behavior: An Interdisciplinary Journal 2012;16(3):423-52
28. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. Annu Rev Psychol. 2001;52:397-422.
29. West CP, Huschka MM, Novotny PJ et al. Association of perceived medical errors with resident distress and empathy: a prospective longitudinal study. JAMA. 6 sept 2006;296(9):1071-8.
30. Shanafelt TD, West C, Zhao X et al. Relationship between increased personal well-being and enhanced empathy among internal medicine residents. J Gen Intern Med. juill 2005;20(7):559-64.

31. Shanafelt TD, Bradley KA, Wipf JE, Back AL. Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Ann Intern Med.* 5 mars 2002;136(5):358-67.
32. Leopold Y. Le Suicide, étape ultime du Burn Out. CARMF- URML Provence Alpes Cotes d'Azur, 2009. Disponible sur : http://www.ordmed31.org/IMG/pdf/BURN_OUT_DR_LEOPOLD_.pdf
33. PAIMM - Programa d'Atenció Integral al Metge Malalt [Internet] (consulté le 16/11/2016). Disponible sur: http://paimm.fgalea.org/ca/home_cat.php
34. PAMQ [Internet] (consulté le 11/12/2016). Disponible sur: <http://www.pamq.org/>
35. VDHP [Internet] (consulté le 16/11/2016) Disponible sur: <http://www.vdhp.org.au/website/home.html>
36. AAPML [Internet] (consulté le 17/11/2016). Disponible sur: <http://www.aapml.fr/>
37. Réseau ASRA Aide aux soignants de Rhône-Alpes [Internet] (consulté le 22/11/2016). Disponible sur: <http://reseau-asra.fr/>
38. ASSPC Association Santé des Soignants de Poitou-Charentes [Internet] (consulté le 02/02/2017). Disponible sur: <http://associationsantedessoignantspc.jimdo.com/>
39. APSS-santé [Internet]. (consulté le 18/11/2016). Disponible sur: <http://apss-sante.org/>
40. Consultations de prévention pour les soignants GPM [Internet]. (consulté le 12/04/2016) Disponible sur: https://www.gpm.fr/images/pdf/cp_consultation%20prvention%202012.pdf
41. Conseil National de l'Ordre des médecins. Atlas de démographie médicale. 2016. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf
42. Galam E. Becoming doctor: Highlight the hidden curriculum. Medical error as an example. *Presse Medicale Paris Fr* 1983. avr 2014;43(4 Pt 1):358-62.
43. Montgomery AJ, Bradley C, Rochfort A, Panagopoulou E. A review of self-medication in physicians and medical students. *Occup Med Oxf Engl.* oct 2011;61(7):490-7.
44. Ferley JP, Roche-Bigas B. La Souffrance des soignants en Limousin. 2015.
45. Farina H, Leroy R. Vulnérabilité des professionnels de santé; 2016. Rapport de Sthétos International pour l'association Soins aux professionnels de santé.
46. Ihsani F. Quelles consultations de prévention pour un réseau de soignants de soignant?: une recherche qualitative par Focus Group [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine]. Université de Poitiers, Faculté de médecine et de pharmacie; 2014.

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire

Freins des médecins pour se faire aider en situation d'épuisement professionnel

Les études retrouvent un médecin sur deux concerné par l'épuisement professionnel au cours de sa carrière.

Au vu de l'ampleur du problème, des structures de prise en charge dédiées aux soignants apparaissent.

Le sujet semble cependant difficile à admettre et à aborder, du fait de nombreux freins acquis avec le statut de soignant.

Votre réponse permettra d'aider à cibler les points à prioriser pour améliorer l'aide à proposer.

La durée pour répondre à ce questionnaire est estimée à trois minutes, les réponses sont anonymes.

1. Soler, Jean Karl, Hakan Yaman, Magdalena Esteva, Frank Dobbs, Radost Spiridonova Asenova, Milica Katic, Zlata Ozvacic, et al. « Burnout in European Family Doctors: The EGPRN Study ». Family Practice 25, n° 4 (août 2008): 245-65.

2. Truchot D. Le burnout des médecins généralistes en Poitou-Charentes, Université de Poitiers, 2004

A propos de vous:

1. sexe:

Une seule réponse possible.

- ☐ Homme
☐ Femme

2. lieu d'exercice

Une seule réponse possible.

- ☐ urbain
☐ semi rural
☐ rural

3. durée d'exercice

Une seule réponse possible.

- ☐ <10 ans
☐ 10 à 20 ans
☐ >20 ans

4. A propos de l'épuisement professionnel:

Une seule réponse possible.

- ☐ Vous vous sentez fortement concerné, avec un retentissement important sur votre vie
☐ Vous vous sentez un peu concerné, avec un retentissement modéré sur votre vie
☐ Vous ne vous sentez pas directement concerné actuellement

La suite du questionnaire vous propose d'évaluer différents items.

Les items ont été créés en transposant les obstacles des médecins pour se soigner de façon générale à la situation particulière de l'épuisement professionnel.

Il s'agit de vous demander pour chacun, si il pourrait constituer pour vous un frein à faire appel à une structure d'aide dédiée aux soignants, dans une situation d'épuisement professionnel.

Pour chaque item coter entre 0 "ce n'est pas du tout un obstacle" et 10 "c'est un obstacle majeur"

1. Kay, Margaret, Geoffrey Mitchell, Alexandra Clavarino, et Jenny Doust. « Doctors as patients: a systematic review of doctors' health access and the barriers they experience ». The British Journal of General Practice 58, n° 552 (1 juillet 2008): 501-8.
2. George, Susan, Janice Hanson, et Jeffrey L. Jackson. « Physician, Heal Thyself: A Qualitative Study of Physician Health Behaviors ». Academic Psychiatry: The Journal of the American Association of Directors of Psychiatric Residency Training and the Association for Academic Psychiatry 38, n° 1 (février 2014): 19-25.

Obstacles en lien avec votre statut de médecin

5. Vous manquez de temps pour vous préoccuper de votre bien être

Une seule réponse possible.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Pas du tout	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Complètement

6. Si vous envisagiez de vous faire aider, l'aspect financier:

Une seule réponse possible.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Ne serait pas du tout un problème	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Serait un problème important

7. Le fait de pouvoir vous soigner seul est un obstacle pour faire appel à une aide extérieure

Une seule réponse possible.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Pas du tout	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	De façon certaine

8. Vous ressentez un conditionnement pour l'invulnérabilité et le contrôle

Une seule réponse possible.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
pas du tout	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	de façon certaine

Obstacles en lien avec le fait de faire appel à une aide extérieure:

9. Vous ne sauriez pas à qui vous adresser

Une seule réponse possible.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
je saurais à qui faire appel	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	je ne saurais pas à qui faire appel

10. Vous craignez le manque de confidentialité

Une seule réponse possible.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
pas du tout	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	de façon certaine

11. Le fait de vous projeter comme patient et de lâcher prise

Une seule réponse possible.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
n'est pas un problème	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	représente une réelle difficulté

12. Le fait de demander de l'aide s'accompagnerait d'un sentiment d'échec

Une seule réponse possible.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
pas du tout	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	de façon certaine

Passez à la question 13.

Obstacles en lien avec la relation thérapeutique

13. Vous appréhendez la relation avec un autre professionnel de santé

Une seule réponse possible.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
pas du tout	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	de façon certaine

14. Le stress professionnel est un sujet gênant à aborder pour vous

Une seule réponse possible.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
pas du tout	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	de façon certaine

15. Vous avez peur de vous sentir jugé par votre interlocuteur

Une seule réponse possible.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
pas du tout	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	de façon certaine

16. Vous pensez que votre interlocuteur pourrait vous aider de façon significative:

Une seule réponse possible.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
complètement	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	pas du tout

Passez à la question 17.

Obstacles en lien avec l'épuisement professionnel

17. Vous préférez ne pas penser à vos problèmes

Une seule réponse possible.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Cela ne me correspond pas du tout	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Cela me correspond de façon certaine

18. Vous avez tendance à banaliser vos symptômes

Une seule réponse possible.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
pas du tout	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	de façon certaine

19. Vous craignez que l'on pose un diagnostic à votre sujet

Une seule réponse possible.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
pas du tout	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	de façon certaine

20. Vous craignez des conséquences négatives si vous demandiez de l'aide

Une seule réponse possible.

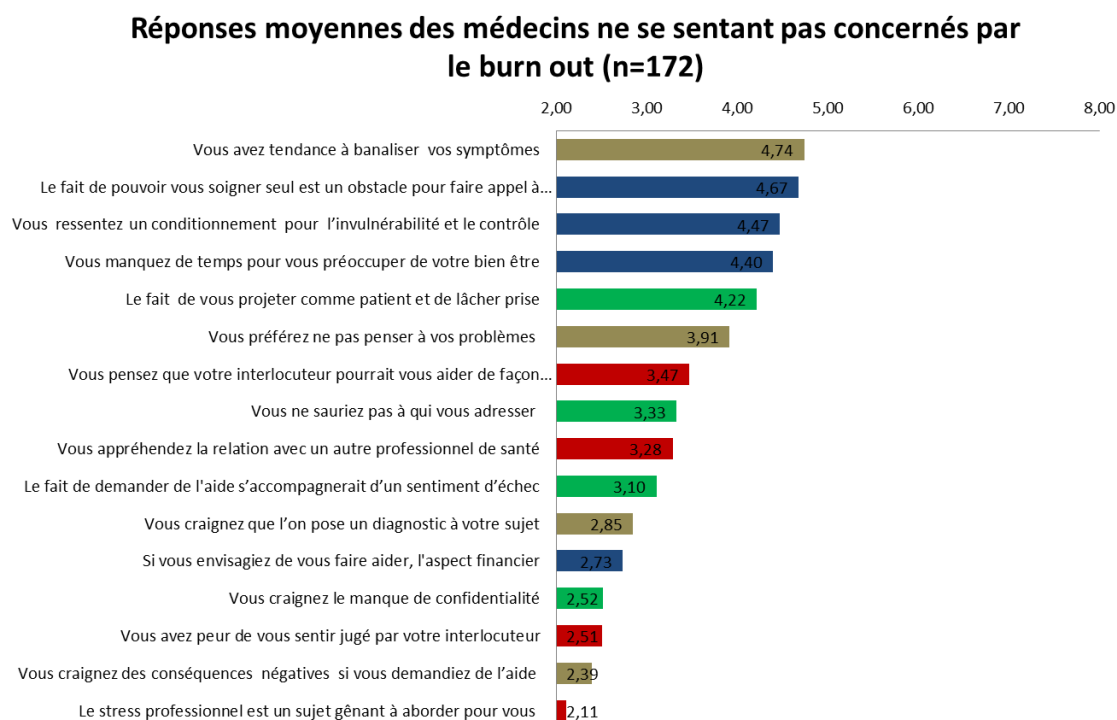
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
pas du tout	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	de façon certaine

Fourni par
 Google Forms

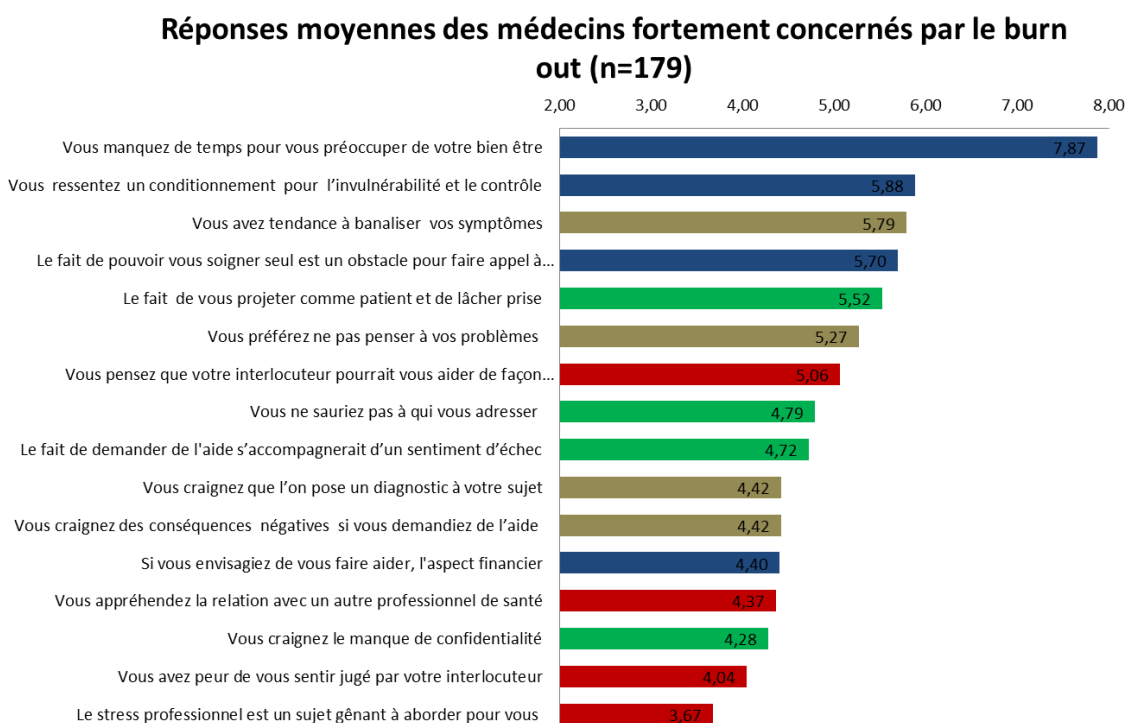
Annexe 2 : test de la significativité des différences de réponses entre les sous-groupes par item à l'aide du test de l'écart réduit (Z test) pour $p=0.05$

	Fortement/ pas Concernés	Femmes/Hommes	<de 10 ans /> de 20 ans	urbain/rural
Vous manquez de temps pour vous préoccuper de votre bien être	0,00000000000	0,6181	0,027067	0,8714
Si vous envisagiez de vous faire aider, l'aspect financier:	0,00000097409	0,1098	0,020935	0,5044
Le fait de pouvoir vous soigner seul est un obstacle pour faire appel à une aide extérieure	0,00319287955	0,0324	0,042320	0,9345
Vous ressentez un conditionnement pour l'invulnérabilité et le contrôle	0,00000656087	0,0010	0,742274	0,4004
Vous ne sauriez pas à qui vous adresser	0,00001424118	0,0009	0,544929	0,8699
Vous craignez le manque de confidentialité	0,00000011739	0,0191	0,135525	0,0897
Le fait de vous projeter comme patient et de lâcher prise	0,00008965200	0,0854	0,517835	0,8664
Le fait de demander de l'aide s'accompagnerait d'un sentiment d'échec	0,00000033661	0,0113	0,183113	0,8839
Vous appréhendez la relation avec un autre professionnel de santé	0,00054256848	0,0103	0,000377	0,5810
Le stress professionnel est un sujet gênant à aborder pour vous	0,00000002315	0,0684	0,041828	0,4951
Vous avez peur de vous sentir jugé par votre interlocuteur	0,00000029300	0,0002	0,000001	0,8195
Vous pensez que votre interlocuteur pourrait vous aider de façon significative:	0,00000000343	0,7612	0,878965	0,0835
Vous préférez ne pas penser à vos problèmes	0,00000529946	0,5227	0,596064	0,5181
Vous avez tendance à banaliser vos symptômes	0,00067056875	0,0405	0,516998	0,5142
Vous craignez que l'on pose un diagnostic à votre sujet	0,00000015674	0,2194	0,382793	0,3344
Vous craignez des conséquences négatives si vous demandiez de l'aide	0,00000000002	0,1448	0,072002	0,8469

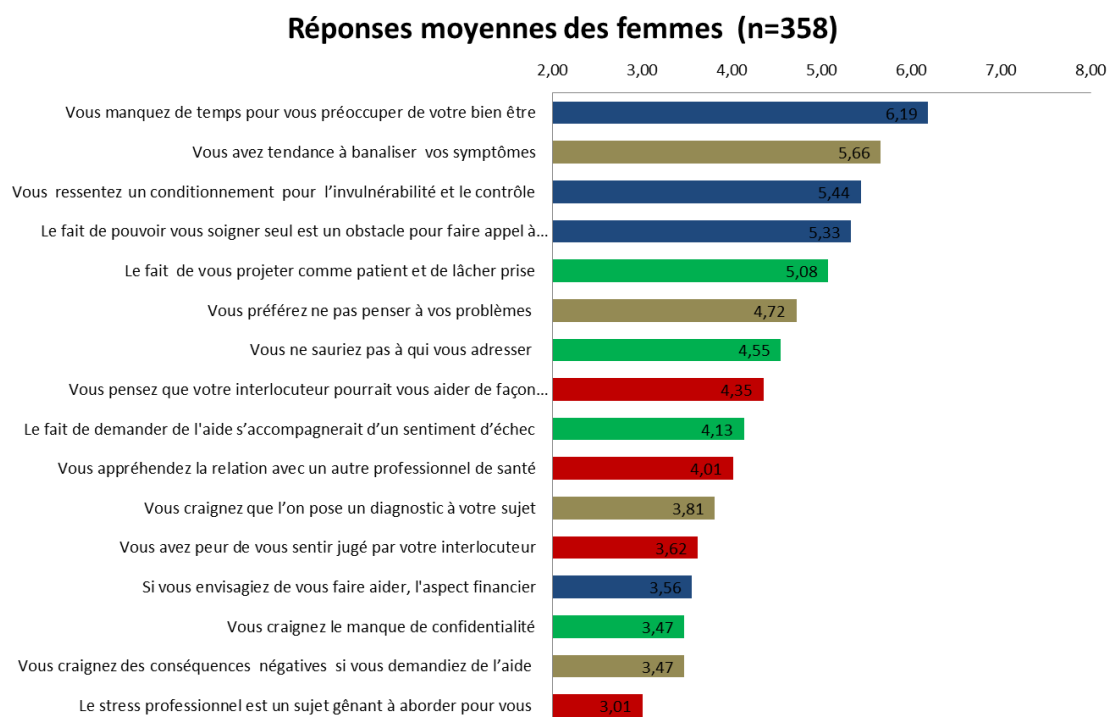
Annexe 3 : Réponses moyennes des médecins ne se sentant pas concernés par le burn out



Annexe 4 : Réponses moyennes des médecins se disant fortement concernés par le burn out



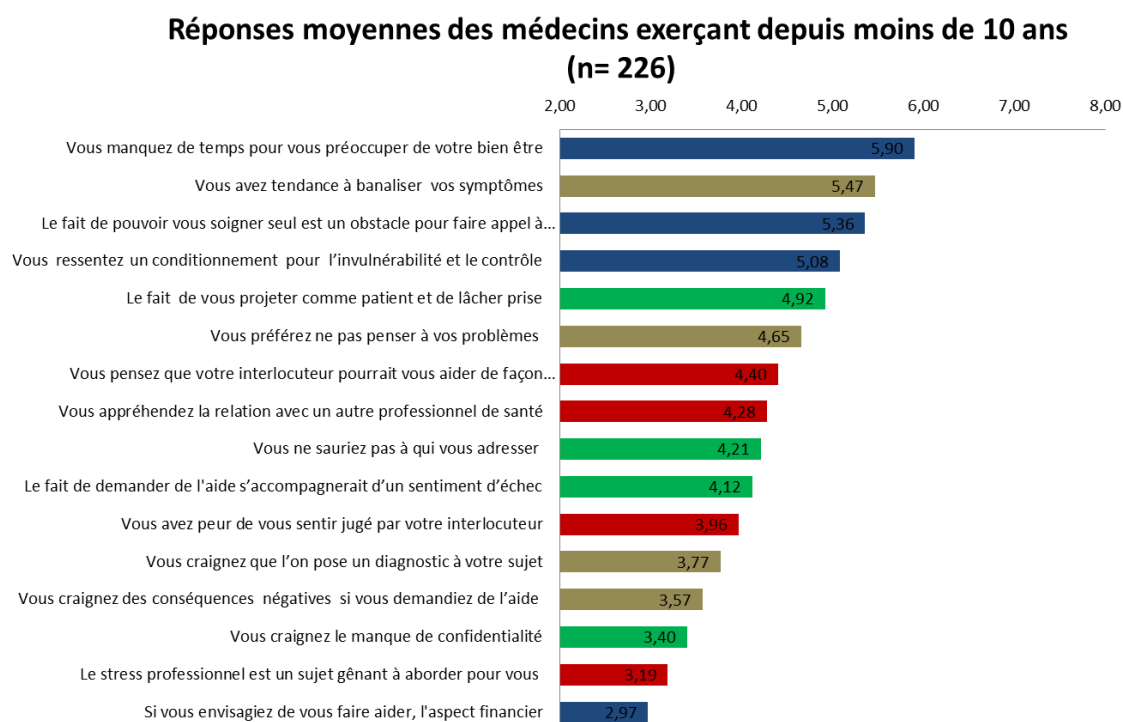
Annexe 5 : Réponses moyennes des femmes



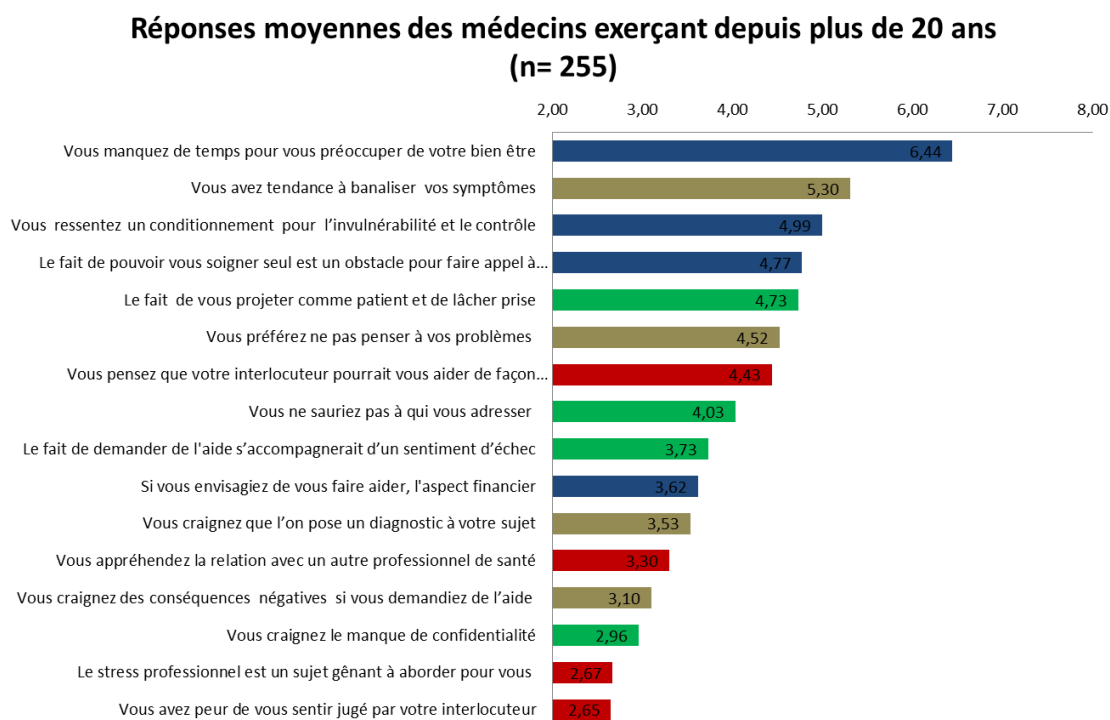
Annexe 6 : Réponses moyennes des hommes



Annexe 7 : Réponses moyennes des médecins exerçant depuis moins de 10 ans

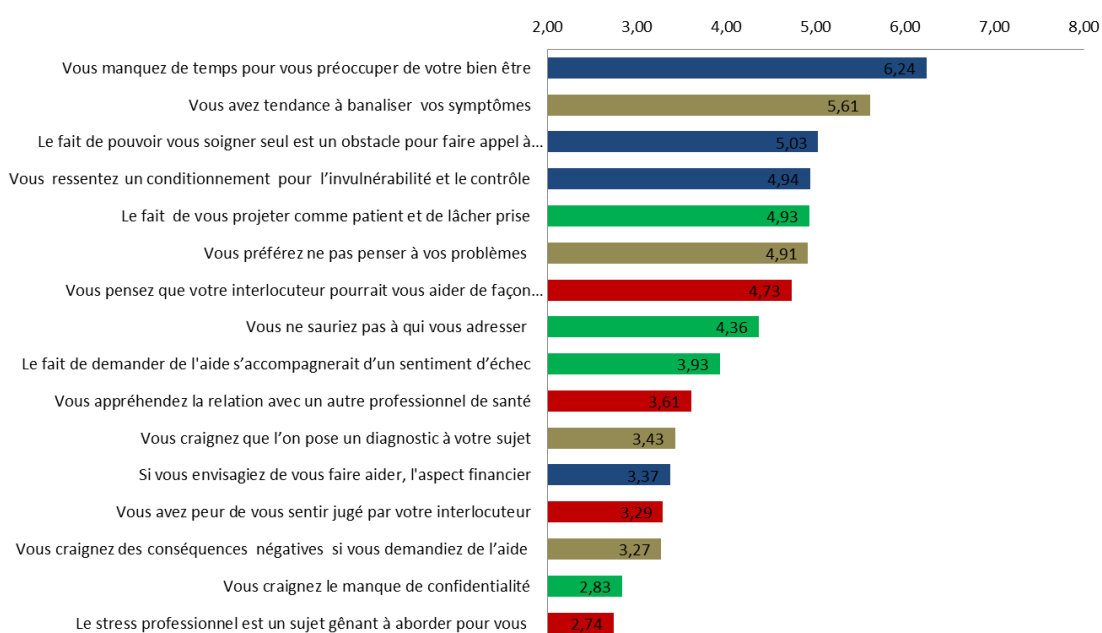


Annexe 8 : Réponses moyennes des médecins exerçant depuis plus de 20 ans



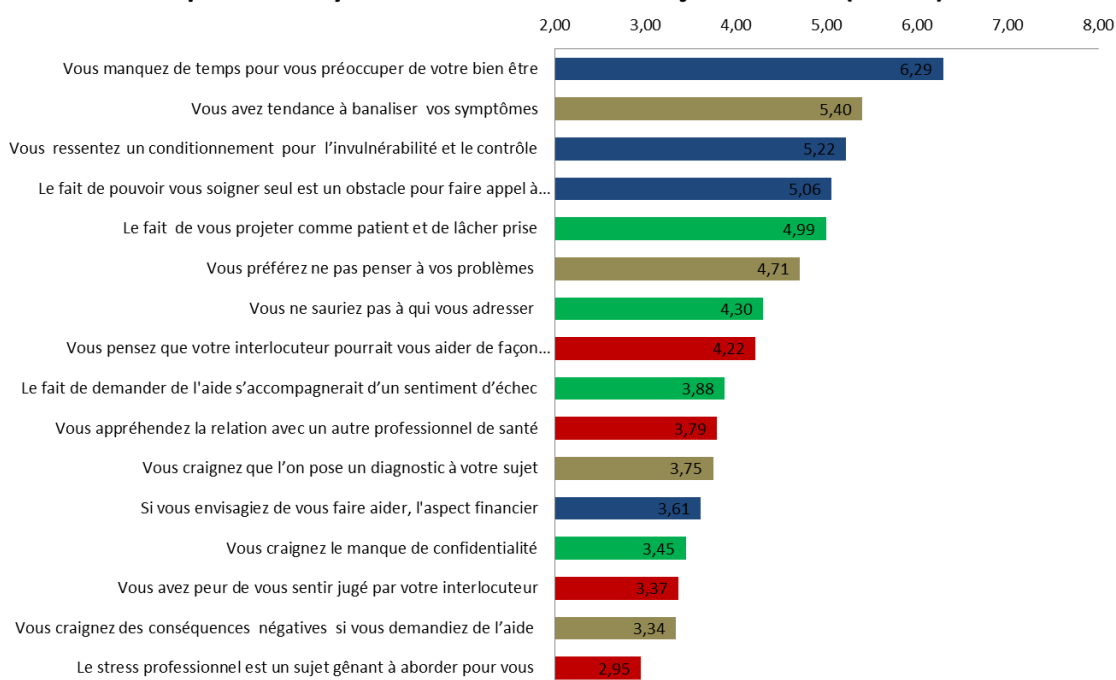
Annexe 9 : Réponses moyennes des médecins exerçant à la campagne

Réponses moyennes des médecins exerçant à la campagne (n=114)



Annexe 10 : Réponses moyennes des médecins exerçant en ville

Réponses moyennes des médecins exerçant en ville (n=250)



RESUME

Contexte : Plus d'un médecin généraliste sur deux est concerné par le burn out. Des structures de soins spécifiques pour les soignants ont été créées en réponse, mais les médecins les utilisent peu. Les freins des médecins pour se faire soigner sont nombreux et ils jouent un rôle dans cette problématique.

Objectif : Recueillir la perception des médecins généralistes à propos des différents freins pour faire appel à une structure d'aide dédiée en situation de burn out.

Méthode : Une enquête d'opinion, créée à partir des données de la littérature sur le sujet, a été adressée par mail à des médecins généralistes libéraux en cours d'activité dans 9 départements entre mars et juin 2017. Le questionnaire contenait 16 freins potentiels que les répondants devaient chacun coter sur 10, en se projetant en situation de burn out.

Résultats : 637 questionnaires ont été reçus sur les 3167 médecins contactés (taux de participation 20.2%). 73% des répondants se sentaient concernés par le burn out, dont 28% fortement avec un retentissement important sur leur vie. Le frein le plus ressenti était le manque de temps ($m=6.14/10$, $s= 2.60$). Les autres freins les plus ressentis étaient la tendance à banaliser ses symptômes ($m=5.46$, $s=2.75$) et le conditionnement pour l'invulnérabilité et le contrôle ($m=5.11$, $s=2.88$). Le fait de se sentir concerné par le burn out était associé à une cotation significativement supérieure des 16 items ($p<0.005$).

Conclusion : Ces données constituent un apport utile afin de comprendre le point de vue des médecins en situation de burn out et leurs difficultés pour débiter une démarche visant à améliorer leur situation. Des études complémentaires pourraient être intéressantes, notamment en interrogeant les intervenants des structures dédiées sur les freins qu'ils constatent chez les médecins-patients.

Mots-clés : Médecins généralistes, burn out, épuisement professionnel, freins, obstacles, accès aux soins.



SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

