

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2015

Thèse n°

THESE

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

présentée et soutenue publiquement
le 23 octobre 2015 à Poitiers
par Monsieur Vincent SAUREL

**Évaluation de la mise en place des
facteurs protecteurs de l'épuisement professionnel
chez les médecins généralistes installés depuis moins de 10 ans**

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Jean Louis SENON

Membres : Monsieur le Docteur Eric BEN BRIK
Monsieur le Docteur Nicolas BOURMEYSTER

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Pierre CORNU

*Le Doyen,*

Année universitaire 2014 - 2015

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE**Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers**

1. AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
2. ALLAL Joseph, thérapeutique
3. BATAILLE Benoît, neurochirurgie
4. BRIDOUX Frank, néphrologie
5. BURUCOA Christophe, bactériologie - virologie
6. CARRETIER Michel, chirurgie générale
7. CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
8. CHRISTIAENS Luc, cardiologie
9. CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
10. DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
11. DEBIAIS Françoise, rhumatologie
12. DROUOT Xavier, physiologie
13. DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
14. EUGENE Michel, physiologie (**surnombre jusqu'en 08/2016**)
15. FAURE Jean-Pierre, anatomie
16. FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
17. GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
18. GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
19. GILBERT Brigitte, génétique
20. GOMBERT Jean-Marc, immunologie
21. GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
22. GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion
23. GUILLET Gérard, dermatologie
24. GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
25. HADJADJ Samy, endocrinologie et maladies métaboliques
26. HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
27. HERPIN Daniel, cardiologie
28. HOUETO Jean-Luc, neurologie
29. INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
30. IRANI Jacques, urologie
31. JABER Mohamed, cytologie et histologie
32. JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
33. JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
34. KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
35. KEMOUN Gilles, médecine physique et réadaptation (**en détachement 2 ans à compter de janvier 2014**)
36. KITZIS Alain, biologie cellulaire
37. KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
38. LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
39. LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
40. LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
41. LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
42. MACCHI Laurent, hématologie
43. MARECHAUD Richard, médecine interne
44. MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire
45. MEURICE Jean-Claude, pneumologie
46. MIGEOT Virginie, santé publique
47. MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
48. MIMOZ Olivier, anesthésiologie - réanimation
49. MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
50. NEAU Jean-Philippe, neurologie
51. ORIOT Denis, pédiatrie
52. PACCALIN Marc, gériatrie
53. PAQUEREAU Joël, physiologie
54. PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
55. PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
56. PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
57. POURRAT Olivier, médecine interne
58. PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
59. RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
60. RICHER Jean-Pierre, anatomie
61. RIGOARD Philippe, neurochirurgie
62. ROBERT René, réanimation
63. ROBLLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
64. ROBLLOT Pascal, médecine interne
65. RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
66. SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (**surnombre jusqu'en 08/2017**)
67. SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie
68. SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
69. TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
70. TOUCHARD Guy, néphrologie
71. TOURANI Jean-Marc, cancérologie
72. WAGER Michel, neurochirurgie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
2. ARIES Jacques, anesthésiologie - réanimation
3. BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie - virologie
4. BEN-BRIK Eric, médecine du travail
5. BILAN Frédéric, génétique
6. BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
7. CASTEL Olivier, bactériologie - virologie - hygiène
8. CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
9. CREMNITER Julie, bactériologie - virologie
10. DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie - réanimation
11. DIAZ Véronique, physiologie
12. FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
13. FRASCA Denis, anesthésiologie - réanimation
14. HURET Jean-Loup, génétique
15. LAFAY Claire, pharmacologie clinique
16. SAPANET Michel, médecine légale
17. SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
18. THILLE Arnaud, réanimation
19. TOUGERON David, hépato-gastro-entérologie

Professeur des universités de médecine générale

GOMES DA CUNHA José

Professeurs associés de médecine générale

BINDER Philippe
VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

BIRAULT François
BOUSSAGEON Rémy
FRECHE Bernard
GIRARDEAU Stéphane
GRANDCOLIN Stéphanie
PARTHENAY Pascal
VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

DEBAIL Didier, professeur certifié
PERKINS Marguerite, maître de langue étrangère
SASU Elena, enseignant contractuel

Professeurs émérites

1. DORE Bertrand, urologie (08/2016)
2. FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie – virologie (08/2015)
3. GIL Roger, neurologie (08/2017)
4. MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (08/2016)
5. MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (08/2017)
6. MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (08/2017)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

1. ALCALAY Michel, rhumatologie
2. BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
3. BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
4. BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
5. BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
6. BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
7. BEGON François, biophysique, Médecine nucléaire
8. BOINOT Catherine, hématologie - transfusion
9. BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
10. BURIN Pierre, histologie
11. CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
12. CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
13. CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
14. CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
15. DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
16. DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
17. DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
18. DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
19. FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
20. GOMBERT Jacques, biochimie
21. GRIGNON Bernadette, bactériologie
22. GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
23. JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
24. KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
25. KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
26. LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
27. LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
28. MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
29. MARILLAUD Albert, physiologie
30. MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
31. POINTREAU Philippe, biochimie
32. REISS Daniel, biochimie
33. RIDEAU Yves, anatomie
34. SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
35. TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
36. TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
37. VANDERMARQ Guy, radiologie et imagerie médicale

Remerciements

À Monsieur le Professeur Jean-Louis SENON,

Vous m'avez accordé le privilège de présider cette thèse. Soyez assuré de mes sentiments les plus respectueux

À Monsieur le Docteur Pierre CORNU,

Merci infiniment de ton aide précieuse, Tu m'as accordé ta confiance, ton temps et ton soutien indéfectible. Je te remercie pour tes conseils avisés qui m'ont été très précieux pour réaliser ce travail.

À Monsieur le Docteur Eric BEN BRIK,

Vous me faites l'honneur d'accepter d'être membre de notre jury. Je tenais à vous remercier de l'attention que vous portez à ce travail.

À Monsieur le Docteur Nicolas BOURMEYSTER,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Je tiens à vous exprimer mes remerciements et mon plus profond respect.

À mon amour éternel, Ophélie, tu es la lumière de ma vie. Tant que nous continuons à nous éclairer de concert, rien n'est impossible.

À mes fils,

Ariste, continue de bercer mon cœur de tes mots doux. Je ne rêve que de t'emmener dans la joie de vivre.

Léandre, continue de grandir petit d'Homme, le monde t'appartient.

À mon père et ma mère,

pour leur indéfectible soutiens et sans qui rien ne serait possible. Vous êtes la base de ma pyramide, je vous en serais reconnaissant toute ma vie.

À mes informaticiens préférés, Swann et Jérôme, mes Nehustan, je vous dois beaucoup et je crois que ça n'est pas prêt de s'arrêter. Et à vos femmes Kiki et Nanou, pour leur patience et leur amitié.

À Olivier et Ingrid, votre bourdonnante passion est un exemple de courage pour nous tous.

À la musique et toutes les associations qui m'ont forgé, je ne serais jamais le même et c'est mieux comme ça.

À mon médecin de famille, Docteur DUCOS, je vous remercie de m'avoir montré la voie.

Table des matières

Remerciements.....	1
I – Introduction.....	4
II – Le syndrome d'épuisement professionnel en médecine générale.....	6
II.1 -Définition de la médecine générale et sa place dans un système de soins organisé :.....	6
II.1.1 – Une définition de la médecine générale.....	6
II.1.2 – La place de la médecine générale dans un système de soins organisé.....	7
II.1.3 – Les missions de la médecine générale.....	8
II.2 – Historique et définition du syndrome d'épuisement professionnel.....	9
II.2.1 – Du stress au syndrome d'épuisement professionnel.....	9
II.2.2 – Vers une définition du syndrome d'épuisement professionnel.....	9
II.2.3 – Puis la création d'un outil de mesure.....	10
II.2.4 – Une pathologie touchant particulièrement les métiers à relations sociales.....	10
II.2.5 – Les principaux intervenants actuels du syndrome d'épuisement professionnel en France	10
II.2.6 – Des moyens de prévention et de prise en charge.....	11
II.3 – Prévalence du burn-out des médecins généralistes.....	12
II.3.1 – Les données françaises.....	12
II.3.2 – Les données internationales.....	12
II.3.3 – Comparaison des médecins et autres professionnels engagés dans une relation d'aide....	13
II.4 – Facteurs influençant le burn-out en médecine générale.....	13
II.4.1 – Les facteurs internes.....	13
II.4.2 – Les facteurs externes.....	16
III – Matériel et méthode.....	18
III.1 – Schéma d'étude.....	18
III.2 – Population d'étude.....	18
III.3 – Critères d'évaluation.....	18
III.4 – Déroulement de l'enquête.....	18
III.5 – Recueil des données.....	18
III.6 – Analyse des résultats.....	19
III.7 – Traitement statistique des données.....	19
IV – Résultats.....	20
IV.1 Participation.....	20
IV.2 – Caractéristiques des médecins répondants :.....	20
IV.2.1- Variables socio-démographiques.....	20
IV.2.2 – Situations familiales.....	20
IV.2.3 – Situation géographique.....	20
IV.2.4 – Mode d'exercice des médecins répondants.....	21
IV.2.5 – Activité professionnelle.....	22
IV.2.6 -Satisfaction de l'activité professionnelle.....	23
IV.2.7 – Activité autre que clinique.....	24
IV.2.8 – Désir de reconversion.....	24
IV.3 – Résultats du MBI.....	26
IV.3.1 – Résultats du MBI.....	26
IV.3.2 – Niveau de Burn-out.....	26
IV.4 – Facteurs influençant la survenue du syndrome d'épuisement professionnel.....	28
IV.4.1 – Prévalence du syndrome d'épuisement professionnel et caractéristiques des médecins répondants.....	28
IV.4.2 – Intensité du syndrome d'épuisement professionnel et caractéristiques des médecins répondants.....	30

V – Discussion	31
V.1 – Biais.....	31
V.1.1 – Biais liés aux modalités de l'étude.....	31
V.1.2 – Biais liés au matériel.....	31
V.1.3 – Biais liés au questionnaire MBI.....	32
V.1.4 – Biais liés au concept de burn-out.....	32
V.2 – Limites.....	33
V.2.1 – Démographie médicale.....	33
V.2.2 – Nombre de réponses.....	33
V.2.3 – Auto-questionnaire.....	33
V.3 – Interprétation des résultats.....	34
V.3.1 – Caractéristiques des médecins répondants.....	34
V.3.2 – Interprétation des analyses uni-variées.....	35
VI – Conclusion	38
Vers un profil idéal protecteur du jeune médecin généraliste.....	38
Conflits d'intérêt :	39
Annexes	40
Annexe 1 : Maslach Burnout Inventory.....	40
Interprétation du résultats du Maslach Burnout Inventory:.....	41
Annexe 2 : Questionnaire de notre étude.....	42
BIBLIOGRAPHIE	47
SERMENT	55
RESUME	56

I – Introduction

Lors de mon premier stage chez le praticien en médecine générale, j'ai rencontré des personnes extraordinaires. Deux médecins généralistes, des vrais. Installés depuis plus de 20 ans chacun. Et tous deux avaient eut un exercice passé rempli d'horaires de consultations de dingues, de visites urgentes et impératives. J'ai tout de suite reconnu la passion dans leur regard protecteur paternel sur le jeune futur médecin que j'étais à l'époque. Toutefois je n'ai pas pu m'empêcher de leur poser une question évidente : mais pourquoi accueillez-vous des internes dans votre cabinet ? Vous n'êtes ni universitaires, ni passionnés par l'enseignement... vous avez été médecins généralistes en cabinet toute votre vie. Et en posant cette question, j'avoue que je connaissais déjà une partie de la réponse. Nous avons donc eu de franches discussions sur la pratique médicale et ses évolutions, la judiciarisation ainsi que la bureaucratisation du métier. Tout passionnés par leur vocation médicale qu'ils étaient, je leur demandais toujours plus d'astuces, de méthodes pour faciliter mon métier futur, autant sur le plan médical que sur le plan administratif et financier. Concernant l'organisation du cabinet, tous les deux m'ont exprimé leur aveu unanime : « Avec les horaires que nous avons pratiqués, nous n'avons pas vu grandir nos enfants. Ne fais jamais ça ! Respecte-toi, respecte ta famille, ton bien être psychique et tes patients te respecteront. »

Tous deux m'ont alors raconté comment ils ont frôlé, et parfois goûté du naufrage familial, comment pour éviter leur propre naufrage psychiatrique, ils ont rivalisé d'inventivité pour modifier leurs horaires, leur mode d'exercice, adapter leurs façons de faire à leurs patients toujours plus exigeants. Tous deux avaient aussi eut l'expérience de la reconversion professionnelle, mais avaient fini par revenir à leurs cabinets au bout de quelques années. Ils avaient ainsi mis en place des horaires de consultation aménagés à leur cadre de vie et avaient voulu diversifier leur pratique entre autre en accueillant le futur jeune médecin que j'étais.

J'ai donc décidé fort de cette expérience de me poser les bonnes questions quant à mon futur. Oui, je m'installerai un jour, pour la beauté de ce métier, pour la beauté des choses auxquelles nous participons (modestement, chacun à notre échelle).

Tout cela impliquait donc de faire le tour de la problématique de ce mal être qui ronge beaucoup de médecins installés. Et c'est ainsi que le mot burn-out dans sa version anglo-saxonne ou syndrome d'épuisement professionnel est apparu.

Voir un médecin « dévisser sa plaque » pour partir à la retraite semble normal. En revanche quand c'est un jeune qui avait décidé d'investir sa vie pour les dizaines d'années à venir qui s'en va de son cabinet, cela me marque toujours beaucoup. Et les exemples ne manquent pas dans la presse comme dans l'entourage professionnel actuel.

On peut tout autant se demander de l'autre versant : quelle image est renvoyée aux patients pris dans ce scénario ? En effet, pour beaucoup de patients, penser que l'on pourrait avoir des difficultés à accéder à un médecin de proximité, de premier recours est une perspective bien effrayante. D'ailleurs, les jeunes médecins sont largement pris à témoin dans leur entourage pour remédier aux problèmes de démographie médicale et au manque de médecins dans certaines zones. Quel jeune praticien n'a jamais entendu « *Les jeunes médecins ne veulent plus venir s'installer en campagne* », ou « *Le maire de la commune de X cherche un médecin pour remplacer celui qui est parti sans trouver de successeur* ».

La médecine générale libérale est un monde à part, qui comporte de nombreux avantages, mais aussi des inconvénients, de nombreux obstacles que tous ne sont pas toujours prêts à surmonter. Dès lors, voir des médecins installés depuis plusieurs années finalement renoncer à exercer en milieu libéral m'a fait prendre conscience que nombreux sont les écueils de la médecine générale libérale et de l'installation. Les connaître pourrait alors permettre d'améliorer les conditions de travail et favoriser une meilleure adaptation du praticien dans son environnement.

Comment, en temps que futur acteur de santé, ne pas s'interroger sur ce thème ? Et comment aborder sereinement son propre projet d'installation lorsque l'on voit des médecins expérimentés décider de renoncer au bout de nombreuses années d'exercice ?

J'ai voulu, par cette thèse d'exercice rechercher comment un futur jeune médecin peut s'installer en ayant avec lui la sensation de bien prendre en charge ses patients, de s'accomplir dans sa vocation sans avoir le sentiment de se sacrifier un peu plus chaque jour.

Le but de ce travail est donc de faire un état des lieux du syndrome d'épuisement professionnel chez les jeunes médecins généralistes libéraux et d'établir quels sont les éléments de protection active mis en place contre ce même syndrome d'épuisement professionnel.

II – Le syndrome d'épuisement professionnel en médecine générale

II.1 -Définition de la médecine générale et sa place dans un système de soins organisé :

II.1.1 – Une définition de la médecine générale

La définition de la WONCA développe les caractéristiques essentielles de la médecine générale. Elle propose une vision consensuelle de ce que les médecins généralistes d'Europe devraient fournir comme services médicaux aux patients, afin de garantir la qualité et l'efficacité des soins aux patients (1)

Les médecins généralistes sont des spécialistes formés aux principes de cette discipline. Ils sont le médecin traitant de chaque patient, chargés de dispenser des soins globaux et continus à tous ceux qui le souhaitent indépendamment de leur âge, de leur sexe et de leur maladie. Ils soignent les personnes dans leur contexte familial, communautaire, culturel et toujours dans le respect de leur autonomie. Ils acceptent d'avoir également une responsabilité professionnelle de santé publique envers leur communauté. Dans la négociation des modalités de prise en charge avec leurs patients, ils intègrent les dimensions physiques, psychologique, sociale, culturelle et existentielle, mettant à profit la connaissance et la confiance engendrées par des contacts répétés. Leur activité professionnelle comprend la promotion de la santé, la prévention des maladies et la prestation de soins à visée curative et palliative. Ils agissent personnellement ou font appel à d'autres professionnels selon les besoins et les ressources disponibles dans la communauté, en facilitant si nécessaire l'accès des patients à ces services. Ils ont la responsabilité d'assurer le développement et le maintien de leurs compétences professionnelles, de leur équilibre personnel et de leurs valeurs pour garantir l'efficacité et la sécurité des soins aux patients. (2)

II.1.2 – La place de la médecine générale dans un système de soins organisé

La médecine générale est la première ressource qui s'offre au patient lorsque l'automédication ne lui a pas permis de trouver une solution à son problème de santé. Elle offre une réponse ambulatoire, proche du lieu de vie et/ou de la communauté du patient, d'accès ouvert, non trié, au stade initial comme au stade évolué des pathologies. Ce large champs d'activité est donc déterminé par les demandes et les besoins de la population.

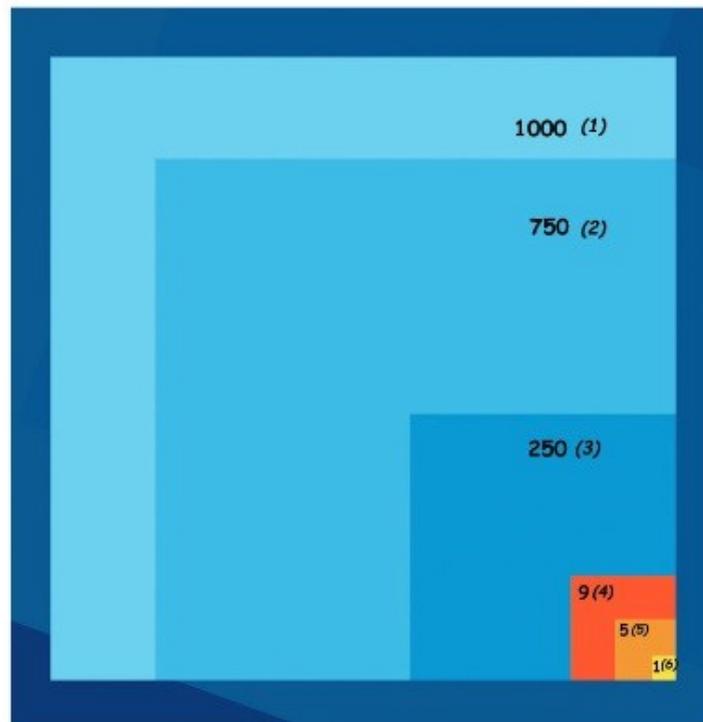


Figure 1 : Le carré de White, adaptation de GH DeFriese.

(1) 1000 adultes, population à risque, (2) 750 adultes signalant une ou plusieurs maladies ou blessures par mois, (3) 250 adultes consultant un médecin une ou plusieurs fois par mois, (4) 9 patients adultes admis dans un hôpital par mois, (5) 5 patients adultes référés à un autre médecin par mois, (6) 1 patient adulte envoyé dans un Centre Médical Universitaire par mois.

Le carré de White revu par Green en 2001(3) montrait clairement que la majorité des demandes médicales de la population concernait les soins de santé primaires.

Giet décrit le carré de White comme illustrant « la parfaite complémentarité de la première ligne de soins – soigner le plus grand nombre, pour des affections médicalement moins complexes avec un plateau technique et des coûts réduits – et les activités hospitalières – soigner une population sélectionnée et moins nombreuse en utilisant des moyens techniques sophistiqués nettement plus nombreux » (4).

II.1.3 – Les missions de la médecine générale

L'art L1411-11 du code de santé publique précise que « l'accès aux soins de premier recours ainsi que la prise en charge continue des malades sont définis dans le respect des exigences de proximité, qui s'apprécie en termes de distance et de temps de parcours, de qualité et de sécurité. Ces soins comprennent :

- La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ;
- La dispensation et l'administration de médicaments ;
- L'orientation dans le système de soins et les secteurs médico-sociaux;
- L'éducation pour la santé. »

Pour prendre en charge les missions territoriales, il pourrait être ajouté un 5^e point selon de Pr Jean Louis Druais(5):

- La prise en compte de la santé de la population dans un territoire concerné en application des règles directives des projets de santé régionaux.

Les médecins généralistes exercent ainsi dans une partie du système de santé dite de premier recours, qu'ils soient dans une maison de santé ou un pôle de santé.

Les missions du médecin généraliste sont mentionnées de manière théorique dans l'article L 4130-36 de la loi HPST, mais la description précise que ce qui est attendu en termes de tâches et de compétences n'a jamais été fait ni de lois, ni par décret, encore moins la description des moyens de l'exercice. (5)

II.2 – Historique et définition du syndrome d'épuisement professionnel

Le syndrome d'épuisement professionnel est une notion relativement récente par rapport au travail car étudiée depuis 300 ans. La prise de conscience de ce syndrome en tant que pathologie date de la fin du 20^è siècle. Par contre il touche toutes les populations. Il se décline à l'international avec le « Burn-out Syndrome » des anglo-saxons, le « Karoshi » (mort par la fatigue au travail) au Japon. Dans son évolution au stade terminal, il peut conduire jusqu'au suicide.

II.2.1 – Du stress au syndrome d'épuisement professionnel

Au XIV^e siècle le stress signifie l'épreuve, l'affliction. Il s'élargit aux notions d'efforts, de contraintes, d'attaque, d'invasion, tout terme qui précise bien ce que ressent une victime du syndrome d'épuisement professionnel, envahie, agressée, « consumée » par le travail.

En 1768, le Dr Tissot (6) décrivait les méfaits de l'acharnement au travail sur la santé. Précurseur d'une psychopathologie du travail, il proposait une approche hygiéniste et préventive. Selye en 1936 (7), et Canon (8) en 1942 définissent la physiopathologie du stress. En 1959, Claude Veil (9) psychiatre développe le concept d'épuisement professionnel.

Dans les années 70, un psychanalyste américain, Herbert J. Freudenberger (10) nomme « Burn-out Syndrome » l'état d'épuisement qui atteint des soignants très investis dans une relation difficile auprès des toxicomanes, dans les toutes nouvelles « Free Clinics ».

II.2.2 – Vers une définition du syndrome d'épuisement professionnel

La définition actuelle du Burn-out émane en 1986 de Maslach et Jackson comme un « syndrome d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et de réduction de l'accomplissement personnel ». L'épuisement provient d'un stress permanent et prolongé aux causes multiples. Les conséquences principales sont l'altération de la qualité des soins et la mise en danger du médecin lui-même (conduites addictives, dépression, suicide) (11).

Le terme *burn-out*, d'origine anglo-saxonne et inspiré de l'industrie aérospatiale, désigne l'épuisement de carburant d'une fusée avec comme résultante la surchauffe et le risque d'éclatement de la machine ; le burn-out toucherait ainsi des « individus fusées » hyperactifs et hyper exigeants, en permanence contraints par une obligation de résultats et qui épuisent leur énergie jusqu'à se faire exploser tels des machines (12)

En France, on emploie plutôt le terme *Syndrome d'épuisement professionnel*. Il se définit par trois dimensions (12), évoluant successivement et sur plusieurs années (13) :

- **l'épuisement émotionnel (EE)** ou fatigue psychologique, avec une sensation d'abattement qui rend irritable et dont les conséquences physiques sont des troubles somatiques non spécifiques. L'épuisement émotionnel est peu ou pas amélioré par le repos.

- **la déshumanisation ou dépersonnalisation de la relation (DP)** ou perte d'intérêt vis-à-vis des patients, considérés comme des objets impersonnels (« la crise d'asthme de la chambre 4 »...) et non plus comme des individus ; cette sécheresse relationnelle est le noyau dur du syndrome.

- **la diminution de l'accomplissement personnel (AP)**, vécue comme un sentiment d'échec personnel.

II.2.3 – Puis la création d'un outil de mesure

Plusieurs instruments de mesure ont été utilisés pour évaluer l'épuisement professionnel.

Le Maslach Burnout Inventory ou MBI (Maslach et Jackson, 1977, 1981, 1986) est l'outil méthodologique le plus fréquemment utilisé par les scientifiques car ses qualités psychométriques de validité (alpha de Cronbach : épuisement émotionnel = 0.89, dépersonnalisation = 0.71, accomplissement personnel = 0.78) et de fidélité sont constantes d'une étude à l'autre (14,15). La validité de sa traduction en langue française a été confirmée (16).

Le résultat du MBI n'est pas un score global, mais un score exprimé en « bas/modéré/élevé » pour trois dimensions (épuisement émotionnel, dépersonnalisation, accomplissement professionnel). Un score *élevé* d'épuisement émotionnel ou de dépersonnalisation, ou un score *bas* d'accomplissement personnel suffisent à définir le burn-out.

Le burn-out est dit « faible » si l'une des trois dimensions est pathologique, « moyen » si deux des trois dimensions sont pathologiques, « élevé » si les trois dimensions sont pathologiques.

Quels que soient les pays étudiés, les résultats du Maslach Burnout Inventory des soignants donnent des scores de burn-out préoccupants (17–22). Cependant Schaufelli a montré qu'il existe des variabilités culturelles des scores de MBI (23) ce qui impose la prudence dans la comparaison des scores entre différents pays.

II.2.4 – Une pathologie touchant particulièrement les métiers à relations sociales

Toute personne engagée au quotidien dans une relation d'aide avec autrui et soumise à un stress professionnel chronique est susceptible un jour d'être atteinte du syndrome d'épuisement professionnel (12). Sont ainsi concernés : le personnel soignant dans son ensemble et en particulier les infirmières (24,25), mais aussi les enseignants (26), le personnel de police et pénitentiaire (27,28), les « aidants naturels » (29) qui sont des membres de la famille, des personnes proches, des amis ou des voisins qui fournissent un soutien ou des soins à la personne malade ou dépendante.

II.2.5 – Les principaux intervenants actuels du syndrome d'épuisement professionnel en France

Le Pr Truchot, maître de conférences en psychologie sociale à l'Université de Besançon, est un des spécialistes français du burn-out, avec plusieurs enquêtes et études à son actif (21,30–33). Selon lui, la principale cause serait la sphère relationnelle : relations avec les patients, les collègues et les chocs émotionnels. Il pointe également comme responsable la sensation d'iniquité dans la relation médecin-patient (32). La charge de travail a uniquement de l'influence sur l'épuisement émotionnel, alors que les pressions administratives et fiscales n'auraient pas d'influence.(30). La personnalité du médecin ou « identité professionnelle » entre aussi en compte : ainsi l'activiste social, militant engagé, est moins à risque de présenter un burn-out que le carriériste ou son contraire le « self-due » (qui privilégie son confort de vie personnel).

Le Dr Baumann, médecin généraliste enseignant à l'université Paris V et fondateur de la Société de Formation Thérapeutique du Médecin Généraliste (SFTG), souligne le manque de formation en sciences humaines et l'illusion de la toute-puissance de la médecine par les patients (34). Selon ses études, la médicalisation des problèmes de société et la dévalorisation du rôle de généraliste vient ruiner les bases même de la relation médecin-patient.

II.2.6 – Des moyens de prévention et de prise en charge

La SFTG, par le biais de formations, propose des moyens concrets pour éviter le burn-out : remettre en question ses relations avec les patients et trouver la bonne distance émotionnelle.

En Île-de-France, les Dr Régis MOURIES (président fondateur) (35) et Dr Eric GALAM (médecin coordonnateur) (36) ont créé il y a 5 ans l'association AAPML (Association d'Aide Professionnelle aux Médecins Libéraux). Ses objectifs sont de prévenir le syndrome d'épuisement professionnel et développer des solutions de soins. L'AAPML (37) a instauré voilà plus de 5 ans un système d'aide téléphonique permettant une prise en charge anonyme des médecins par des psychologues (38,39)

En Haute-Garonne depuis 2010, l'association MOTS, a mis en place et expérimenté des consultations confraternelles d'aide et de soutien aux médecins en difficultés professionnelles ou personnelles réalisées par des médecins compétents en ergonomie et santé au travail (40,41)

En Haute-Normandie, l'initiative de l'association IMHOTEP, Association de médecine préventive pour les médecins libéraux de Haute-Normandie (42) qui base sa participation sur le volontariat a été fondée par le Dr Pierre URTEBIZE suite à une étude au constat dramatique réalisée en 2008 auprès d'un échantillon de 1235 médecins de Haute-Normandie.

II.3 – Prévalence du burn-out des médecins généralistes

II.3.1 – Les données françaises

En France, dix études régionales ont été menées auprès des médecins généralistes, dont l'une à Tahiti (Tableau 1). Leurs résultats sont très disparates avec des niveaux allant pour le score d'« épuisement émotionnel élevé » de 47,2% en Bourgogne (22) à seulement 7,2% à Tahiti (43).

	<i>EE élevé</i>	<i>DP élevée</i>	<i>AP faible</i>
Bourgogne, Médecins généralistes et spécialistes (n=393) (30)	47,2%	32,8%	29,2%
Champagne-Ardenne, généralistes et Spécialistes (n=407) (21)	42,3%	44,5%	37,4%
Dinant, Médecins généralistes (n=88) (44)	22.7%	35.2%	39.8%
Loire, Médecins généralistes (n=307) (45)	26%	30%	19%
Poitou-Charentes, Médecins généralistes (n=515) (22)	40,3%	43,7%	43,9%
Poitou-Charentes, Médecins généralistes (n=32) (46)	34%	40%	44%
Indre et Loire, Médecins généralistes (n=496) (47)	25%	29%	25%
Rhône-Alpes, Médecins généralistes (n=189) (48)	25%	24%	42%
Cher, Médecins généralistes (n=127) (49)	25.2%	33.1%	29.1%
Tahiti, Médecins généralistes (n=57) (43)	7.2%	12.5%	23.2%

EE = Épuisement Émotionnel, DP = Dépersonnalisation, AP = Accomplissement Personnel

Tableau 1 : Résultats des études françaises sur le burn-out des médecins libéraux (43)

II.3.2 – Les données internationales

Selon un article du JAMA compilant plusieurs études américaines (11), les composantes du burn-out sont très répandus chez les médecins :

- 46 à 81 % rapportent un degré modéré d'épuisement émotionnel,
- 22 à 93 % un degré modéré à élevé de dépersonnalisation,
- 16 à 79 % un degré modéré d'accomplissement personnel.

Ces chiffres semblent très élevés malgré des écarts importants selon les études puisqu'il s'agit de critères subjectifs.

En Europe, l'enquête EGPRN (European General Practice Research Network) datant de 2006 avec la participation de 1393 médecins généralistes issus de 12 pays européens retrouvait des prévalences de :

- 43 % d'épuisement émotionnel élevé
- 35 % de dépersonnalisation élevée
- 32 % d'accomplissement personnel effondré
- dont 12 % en syndrome d'épuisement professionnel élevé (score élevé dans les 3 dimensions)

II.3.3 – Comparaison des médecins et autres professionnels engagés dans une relation d'aide

En France, les scores de burn-out des médecins libéraux (généralistes et spécialistes) français (Moyenne EE=23.9, Ecart-type EE=11.71) seraient significativement plus élevés que ceux d'échantillons normatifs Hollandais (Moyenne EE=17.86, Ecart-type EE= 8.5) et Américains (Moyenne EE=20.3, Ecart-type EE= 10.75) (22). Il faut cependant rester prudent dans l'interprétation de ces résultats, car les échantillons hollandais et américains regroupaient des infirmières, médecins, travailleurs sociaux et pompiers, de plus il existe des variabilités culturelles des scores de MBI (23) .

La majorité des études réalisées sur ce sujet montrent que les médecins généralistes sont plus atteints par le burn-out que les spécialistes (18,21) ($p<0.05$).

II.4 – Facteurs influençant le burn-out en médecine générale

II.4.1 – Les facteurs internes

II.4.1.1 – Variables socio-démographiques

Il est difficile d'établir des conclusions quant au rôle des variables socio-démographiques sur l'apparition du burn-out, car les études multivariées ont des résultats divergents.

Le rôle de l'âge dans la survenue du burn-out est encore très discuté dans la littérature. Le plus souvent les résultats sont non significatifs, que ce soit en France (21) ou à l'étranger (21,50–53). Cependant, pour certains, l'âge est inversement proportionnel à l'épuisement émotionnel (43).

Selon les études, la dépersonnalisation épargnerait les 30-35 ans et toucherait majoritairement les 36-45 ans. (18,54)

II.4.1.2 – Situation de famille et mode de vie

La situation de famille des médecins généralistes (en couple/ célibataire/ avec ou sans enfant à charge) est souvent demandée dans les différentes études sur le sujet. Le résultat est malheureusement rarement exploité, et le cas échéant il est le plus souvent non significatif sur le burn-out (22,30,47,54).

En revanche, il ressort que la vie en famille a un effet positif sur le moral (55) et est corrélée à la satisfaction au travail (52). Par ailleurs, le conflit entre la vie de famille et la carrière est une source de stress (56,57) pouvant favoriser le burn-out (18,58), même si ce résultat n'est pas systématiquement retrouvé (22,59).

Selon une étude tahitienne, la qualité de vie protégerait de l'épuisement émotionnel « élevé » (7,2 % des médecins de Tahiti (43) versus 42,3 % en Champagne Ardennes (21))

II.4.1.3 – Date d’installation, lieu d’exercice professionnel, mode d’installation

Le burn-out et en particulier la dépersonnalisation de la relation diminuerait avec l’ancienneté professionnelle (43,60). Il y aurait un pic d’incidence en début de carrière, précisé à moins de cinq ans d’activité pour la plupart des études (30,44,52).

L’installation en milieu rural semble, pour certaines études, être une source particulière de stress (61) et favoriserait l’émergence du burn-out (21,44,50), mais plusieurs études françaises trouvent des résultats non significatifs (22,30,43,47).

II.4.1.4 – Personnalités à risque et personnalités protectrices

La fragilité psychologique ou socio-familiale ne semble pas être un facteur favorisant le burn-out (21,62–64).

Il a par contre été pointé dans plusieurs études que l’anxiété (62), la culpabilité et le doute (65) pouvaient être incriminés comme facteurs de risque.

Selon le Dr Delbrouck (13) « certains facteurs psychiques peuvent être décisifs dans l’émergence du burn-out : la conception du travail, le sens de la vocation, la poursuite du maintien d’une certaine image de soi et une recherche exagérée de réussite sociale ou de pouvoir personnel ».

II.4.1.4.1 – La notion d’orientation de carrière

Chaque individu entretient des attentes particulières vis-à-vis de son travail. Pour mieux cerner ces attentes et comprendre leur impact sur la santé, Cherniss avance la notion d’ « orientation de carrière » et classe les professionnels de l’aide en quatre catégories (66) :

– le militant : son travail représente plus un engagement qu’un emploi, il cherche à amener un changement social et à améliorer la situation de ses patients

– le carriériste : il recherche avant tout le prestige, les responsabilités, la sécurité financière, la reconnaissance sociale

– l’artisan : le travail est pour lui l’occasion d’exercer son savoir faire ou de le développer au cours de nouvelles expériences

– l’égoïste : il privilégie sa vie personnelle quitte à négliger son travail qui ne représente pour lui qu’un moyen de gagner sa vie.

Il a été démontré une relation significative entre l’orientation de carrière et le degré de burn-out (26)

– les artisans et les militants ont les scores d’épuisement émotionnel et de dépersonnalisation les plus bas,

– les militants ont le score d’accomplissement personnel le plus élevé

– les égoïstes ont le score d’accomplissement personnel le plus bas,

– les carriéristes semblent être accomplis sur le plan personnel mais ont des scores d’épuisement émotionnel et de dépersonnalisation élevés

II.4.1.4.2 – Des traits de personnalité

Certains traits de personnalité sont retrouvés protecteurs vis-à-vis du burn-out comme l'audace (62) et le perfectionnisme (55) de même que l'engagement organisationnel (18).

À l'inverse, les traits de personnalité retrouvés à risque de burn-out sont la haute estime de soi (65), un sens exagéré de l'ordre (63) ainsi que l'absence de confiance envers autrui (67). Ceux-ci mènent à un processus d'acharnement au travail pour atteindre l'objectif fixé sans apprécier le travail déjà accompli.

La personnalité d'un individu intervient également dans sa perception du stress. Tout en restant prudent dans l'interprétation des études réalisées sur les ressources personnelles et l'émergence du burn-out, il apparaît que la hardiesse décrite par Suzanne Kobasa aurait une influence sur les processus d'adaptation et un effet modérateur en situation de stress.

Les trois dimensions de la hardiesse sont :

- le sens de l'engagement, qui fait appel à la tendance de l'individu à s'impliquer pleinement dans différentes situations, à se sentir concerné par ce qui lui arrive ou par les événements auxquels il participe, ce qui donne un sens à son vécu
- le sens de la maîtrise, qui correspond à la capacité de l'individu, par son action et sa réflexion, de faire évoluer des situations
- le sens du défi.

Ce type de personnalité permettrait d'accepter, maîtriser, réduire ou tolérer les exigences externes qui menacent ou dépassent l'individu, ce qui offre à l'individu des possibilités d'adaptation plus grandes, entraînant une diminution de son stress. La solidité psychique de ces individus les rend capable de réévaluer les problèmes de manière positive, et de mieux appréhender les problèmes (68).

II.4.1.5 – Lien entre objectifs professionnels attendus et ceux effectivement réalisés

L'écart entre les « objectifs professionnels attendus » et les « objectifs réalisés » peut être une source d'angoisse qui favorise l'émergence du burn-out (43). L'épuisement émotionnel est lié au degré de désillusion. Les médecins qui ne présentent aucune désillusion par rapport aux idées initiales du métier de médecin ont le score d'épuisement émotionnel le plus bas, les médecins présentant une désillusion avec compensation (financière, intellectuelle ou relationnelle) ont un score intermédiaire et ceux qui présentent une désillusion sans compensation ont le score le plus élevé. La dépersonnalisation et l'accomplissement personnel ne sont pas statistiquement liés au degré de désillusion (43).

II.4.1.6 – Épanouissement professionnel

Certains considèrent le burn-out comme une incapacité à trouver une signification existentielle dans son travail (43). Le manque de connaissance médicale (50), l'incertitude (18,50), la crainte des erreurs médicales (57) sont des facteurs de stress et d'insatisfaction au travail (57) qui favorisent l'épuisement émotionnel (18,50).

Cela est vérifié par l'étude française du Dr Consoli (69) (échelle de stress et non MBI), la satisfaction au travail et le stress seraient corrélés (56).

II.4.1.7 – Engagement professionnel

L'engagement professionnel diminue l'apparition du burn-out (22,63). L'information au patient des différentes options thérapeutiques, la prise du temps nécessaire à donner une information claire et compréhensible sont une forme d'engagement professionnel. De plus, González a montré qu'une formation continue axée sur la clinique alourdit la charge de travail favorisant le burn-out, alors qu'une formation médicale continue axée sur la communication, la relation médecin-malade ou la relaxation sont protecteurs (63).

L'engagement organisationnel comme la tenue d'un dossier médical ou la gestion administrative du cabinet est corrélée positivement à la satisfaction au travail (22) et négativement au burn-out (18).

II.4.2 – Les facteurs externes

II.4.2.1 – Charge de travail quantitative

Le lien entre charge quantitative de travail et burn-out n'est pas clairement établie.

Selon Goehring la charge de travail est fortement corrélée à un degré élevé de burn-out (50). Les analyses multivariées montrent que les médecins travaillant plus de cinquante heures par semaine sont plus épuisés émotionnellement (18,21,43,45), (58,61), mais qu'ils sont plus accomplis sur le plan personnel (21,22). Ces mêmes études montrent que le nombre d'actes quotidiens serait aussi un facteur de burn-out (21,22,54).

Cependant, Molina conclut que le nombre d'actes quotidiens n'influerait pas sur l'apparition du burn-out (54) tant que l'on ne dépasse pas 1700 actes par an.

A contrario, l'étude de Chan-Lin montre en revanche que travailler trop peu (moins de 20 actes par jour) serait un facteur de risque d'épuisement émotionnel (43). Elle suggère que les médecins « épuisés » diminueraient d'eux même le nombre de consultations quotidiennes (43). Cela est discutable car un médecin en burn-out a peu de recul sur sa situation et peut difficilement sortir de cet engrenage (13).

II.4.2.2 – Charge de travail qualitative

De façon unanime, les gardes de nuit sont une source de stress (18,21,50,61,62). Les effets d'une privation de sommeil de 24H sur les performances psychomotrices des médecins étudiés sont équivalents aux effets d'une intoxication aiguë d'alcool correspondant au taux légal de 0,8 g/L d'alcoolémie. La privation de sommeil altère les performances intellectuelles des médecins ce qui n'est pas sans conséquences vis-à-vis des patients (70).

Une étude réalisée sur 1928 personnes (71) a distingué quatre facteurs de stress professionnel prédictifs d'insatisfaction professionnelle :

- la charge de travail et les attentes des patients,
- l'interférence avec la vie familiale,
- la mauvaise qualité de travail et particulièrement les interruptions de tâche (22,56,58,62)
- les aspects administratifs.

De plus, une étude réalisée à Poitiers auprès d'infirmières de Réanimation cardiaque (72) montre que l'absence de définition claire des rôles, de possibilité de concertation et d'espace favorisant la communication, génèrent un stress chez les soignants.

II.4.2.3 – Problèmes juridiques

La crainte des litiges et des attaques juridiques sont une source de stress (56,57,59) et d'insatisfaction au travail (51) pour les médecins. Elle est associée à un degré élevé de burn-out (50). De plus, le nombre de plaintes allant à l'encontre des médecins généralistes français ne cesse de progresser (+0,07% entre 2004 et 2005) (73). Les médecins généralistes se placent en termes de condamnation pénale après les urgentistes-régulateurs, les chirurgiens et les stomatologues (74). Les condamnations au civil sont au nombre de 61 mises en causes pour 39 condamnations (63%) en 2013.

II.4.2.4 – Confrontation à son impuissance, à la mort, aux patients difficiles

Les urgentistes invoquent l'exposition aux patients lourds, la demande émotionnelle et l'agressivité des malades et leurs familles comme facteur de risque de syndrome d'épuisement professionnel (75–77). Contrairement à l'absence de suivi des patients.

Les médecins généralistes en burn-out l'expliquent l'augmentation des attentes des patients et leurs familles (22,50,58,62) ainsi que le manque de respect (43,56). Les patients souffrant de pathologies psychiatriques sont une source de stress pour les généralistes (56) comme pour les infirmières (78).

II.4.2.5 – Absence de soutien de la famille ou des collègues

Le conflit entre carrière et vie personnelle est une source de stress qui peut favoriser le burn-out (18,21,50,56–58,60), ainsi que l'absence de soutien (18,59) ou le conflit entre collègues (79). En revanche une équipe de travail bien organisée et soudée semble protéger de l'épuisement émotionnel, de la dépersonnalisation et favorise l'accomplissement personnel (60,63,72).

II.4.2.6 – Fiscalité

Les contraintes économiques sont corrélées à un degré élevé de burn-out (50) mais les études menées sur les problèmes de surendettement des médecins ne montrent aucune association statistique avec le burn-out (21,46).

III – Matériel et méthode

III.1 – Schéma d'étude

Il s'agit d'une étude prospective réalisée entre janvier et août 2015 d'une cohorte de médecins généralistes.

III.2 – Population d'étude

Nous avons inclus les médecins installés dans les régions Aquitaines et Poitou-Charentes en cabinet de médecine générale depuis moins de 10 ans.

Ont été exclues les réponses partielles inexploitable, les informations erronées et les erreurs d'envoi ainsi que la non-réponse au Maslach Burnout Inventory.

III.3 – Critères d'évaluation

L'objectif principal est de définir la prévalence du burn-out et la recherche de la mise en place de facteurs protecteurs ou non.

L'objectif secondaire est la recherche d'un lien à l'intensité du burn-out vis-à-vis de ces mêmes facteurs de protection active.

III.4 – Déroulement de l'enquête

Le questionnaire en ligne a été élaboré avec l'application limesurvey (80) afin de pouvoir respecter les critères d'anonymat et de confidentialité. Il a été envoyé par internet.

Les Conseils départementaux de l'ordre des médecins des régions Aquitaines et Poitou-Charentes ont été sollicités afin de transmettre le questionnaire aux médecins généralistes installés acceptant de répondre aux questionnaires de thèse.

III.5 – Recueil des données

Les questionnaires ont été remplis directement sur internet par les médecins généralistes participants. Ils ont été identifiés par un numéro unique chronologiquement aux réponses enregistrées. Les données anonymisées sont stockées dans un serveur personnel afin de garantir la sécurité de l'étude. (81)

III.6 – Analyse des résultats

Nous avons utilisé le Gold Standard qu'est le Maslach Burn-out Inventory (MBI) pour quantifier le Burn-out (cf Annexe 1).

De plus, Nous avons étudié les variables socio-démographiques suivantes :

- le sexe
- l'age
- la situation familiale
- le fait d'avoir ou pas des enfants à charge
- la zone d'installation
- la durée d'installation
- le mode d'exercice
- le nombre de jours travaillés hebdomadairement
- la durée moyenne estimée des consultations
- le nombre de semaines de vacances annuelles
- la présence ou non d'une secrétaire
- le temps libre consacré à d'autres activités que le cabinet.
- la participation a des groupes de pairs / balint, des Formations Médicales Continues (FMC) ou a des activités de recherche

Nous avons de même étudié les variables qualitatives de satisfaction suivantes :

- la sensation de disposer d'un salaire adéquat visa vis des efforts consentis issues du modèle effort/récompense de Siegrist simplifié (1996)
- le degré satisfaction par rapport à sa vie professionnelle issue de l'échelle de satisfaction au travail COPSOQ Kristensen et al. 2005
- le fait de déclarer penser au cours des 12 derniers mois à la reconversion professionnelle

III.7 – Traitement statistique des données

Les statistiques descriptives de même que la rédaction de la thèse ont été réalisées avec le logiciel LibreOffice.

Les facteurs influençant le syndrome d'épuisement professionnel ont été recherchés par analyse univariée. L'analyse des données a été réalisée à l'aide du logiciel SPSS 20.0 (IBM®) (82).

Le diagnostic de burn-out, les variables qualitatives ont été comparées selon un test de man-whitney et les variables quantitatives selon un test de Fischer exact.

L'intensité du burn-out, les variables qualitatives ont été comparées selon un test de kruskal-wallis et les variables quantitatives par un test de Chi-2.

Un risque de première espèce de 0,05 a été choisi pour la réalisation des tests statistiques.

IV – Résultats

IV.1 Participation

5 conseils départementaux de l'ordre des médecins ont accepté de participer à l'enquête. Sur les 420 questionnaires envoyés, 73 médecins ont répondu soit un taux de participation de 17,3%. Parmi les 73 questionnaires, 26 présentaient un critère d'exclusion.

IV.2 – Caractéristiques des médecins répondants :

IV.2.1- Variables socio-démographiques

Les médecins répondants sont à 47% des hommes (n=22) et à 53% des femmes (n=25). La classe d'âge est en moyenne de 31 à 35 ans.

IV.2.2 – Situations familiales

Les médecins répondants sont à 94,5% en couple (n=44) dont 73% ont un ou des enfants à charge (n=32).

IV.2.3 – Situation géographique

Départements	Effectifs	%
Pyrénées atlantiques	3	6,3
Landes	4	8,5
Gironde	18	38,3
Charente	6	12,7
Vienne	16	34,0

Tableau 2 : Effectif des médecins participants (N = 47 soit 0 non répondants)

IV.2.4 – Mode d'exercice des médecins répondants

Les médecins répondants ont une activité urbaine (c'est à dire exercent dans des communes de plus de 2000 habitants) dans 73,5 % des cas (n=36).

Les médecins répondants exercent en moyenne depuis 4,5 ans (médiane 3 ans).

Année d'installation	Effectif	%
2005	3	6,1
2006	6	12,2
2007	3	6,1
2008	1	2,0
2009	2	4,1
2010	6	12,2
2011	2	4,1
2012	8	18,3
2013	7	16,3
2014	6	12,2
2015	3	6,1

Tableau 3 : Effectif des médecins participants selon leur année d'installation (N= 47 soit 0 non répondants)

Ils sont installés dans des cabinets de groupe pour 84% d'entre eux (n=40).

IV.2.5 – Activité professionnelle

Les médecins interrogés travaillent en moyenne 4,2 jours par semaine (minimum 3 jours, maximum 6 jours).

Leur durée moyenne de consultation est de 15 à 20 minutes.

Il est à noter que :

- 15,2% déclarent une durée de consultation entre 10 et 15 minutes
- 6,5% déclarent une durée de consultation de plus de 30 minutes

Les médecins prennent entre 5 et 10 semaines de congé par an dans 82,6% des cas (n=38) et moins de 5 semaines de congé par an dans 17,3% des cas (n=8).

Les gardes sont effectuées pour 69,6% par le répondant lui-même alors que 30,4% prennent régulièrement un remplaçant pour les gardes.

Concernant leur rythme de travail, les médecins répondants sont en majorité assez satisfaits :

Rythme de travail	Effectif	%
Totalement satisfait	12	26,4
Assez satisfait	30	66,7
Assez insatisfait	3	6,6
Totalement insatisfait	0	0

Tableau 4 : Effectif des médecins selon leur satisfaction du rythme de travail (N=45 soit 2 non répondants)

Ils sont 80,4 % à être dotés d'un secrétariat (téléphonique, sur place voire les deux pour 12,5%).

Les médecins interrogés se sont majoritairement déclarés « assez satisfait » de leur mode d'organisation vis-à-vis du secrétariat comme le montre le tableau ci-après.

Satisfaction du mode de fonctionnement	Effectifs	%
Totalement satisfait	14	30,4
Assez satisfait	31	67,3
Assez insatisfait	1	2,1
Totalement insatisfait	0	0

Tableau 5 : Effectif des médecins selon leur satisfaction de mode de fonctionnement (N=46 soit 1 non répondants)

IV.2.6 -Satisfaction de l'activité professionnelle

Les médecins interrogés se déclarent dans 66% des cas (n=30) comme ayant un salaire inadéquat par rapport à leurs efforts et leur activité.

Parmi eux, 16,6% (n=5) ne sont pas perturbés par cette inadéquation alors qu'une majorité de 60 % (n=18) le sont beaucoup comme indiqué dans le tableau suivant :

Mon salaire est inadéquat et cela me perturbe	Effectif	%
Pas du tout	5	16,6
Vraiment beaucoup	18	60
Modérément	4	13,3
Considérablement	3	10

Tableau 6 : Effectif des médecins selon leur inadéquation salaire vs effort (N=30 soit 17 non répondants)

Les degrés de satisfaction répartis de très insatisfait à très satisfait sont synthétisés dans le tableau suivant

Quel degré de satisfaction éprouvez vous :		Effectif	%
Ma profession telle que je l'exerce			
	Très insatisfait	3	6,6
	insatisfait	8	17,7
	satisfait	24	53,5
	Très satisfait	10	22,2
Mes perspectives professionnelles			
	Très insatisfait	2	4,4
	insatisfait	17	37,7
	satisfait	21	46,6
	Très satisfait	5	11,1
La façon dont mes compétences sont utilisées			
	Très insatisfait	4	8,8
	insatisfait	14	31,1
	satisfait	21	46,6
	Très satisfait	6	13,31

Tableau 7 : Effectif des médecins selon leur satisfaction professionnelle (N=45 soit 2 non répondants)

IV.2.7 – Activité autre que clinique

Parmi les médecins répondants, 75,6% ont une activité autre que clinique.

Parmi eux :

- 66,6 % participent à des groupes de pairs ou à des groupes balint (n=30)
- 6,7% participent à une activité de recherche (n=3)
- 31,1% participent à une formation médicale continue (n=14)

Satisfaction des activités autres que cliniques	Effectif	%
Totalement satisfait	3	6,6
Assez satisfait	27	60
Assez insatisfait	12	26,6
Totalement insatisfait	3	6,6

Tableau 8 : Effectifs selon la satisfaction de ses activités autres que cliniques (N=45 soit 2 non répondants)

IV.2.8 – Désir de reconversion

Les médecins interrogés déclarent avoir pensé, dans les 12 derniers mois, à suivre une formation :

- jamais dans 51,1% des cas (n=23)
- quelques fois par an dans 31,1% des cas (n=14)
- quelques fois par mois dans 13,3% des cas (n=6)
- quelques fois par semaine pour aucun d'entre eux
- chaque jour dans 4,4% des cas (n=2)

Ces données sont synthétisées dans le tableau suivant :

	Effectif	%
Jamais	23	51,1
Quelques fois par an	14	31,1
Quelques fois par mois	6	13,3
Quelques fois par semaine	0	0
Chaque jour	2	4,4

Tableau 9 : effectifs selon le fait d'avoir pensé suivre une formation dans les 12 derniers mois (N=45 soit 2 non répondants)

Les médecins interrogés déclarent avoir pensé, dans les 12 derniers mois, quitter définitivement leur profession / activité et s'engager dans une autre :

- jamais dans 51,1% des cas (n=23)
- quelques fois par an dans 35,5% des cas (n=16)
- quelques fois par mois dans 6,6% des cas (n=3)
- quelques fois par semaine dans 6,6% des cas (n=3)
- chaque jour pour aucun d'entre eux

Ces données sont synthétisées dans le tableau suivant :

	Effectifs	%
Jamais	23	51,5
Quelques fois par an	16	35,5
Quelques fois par mois	3	6,6
Quelques fois par semaine	3	6,6
Chaque jour	0	0

Tableau 10 : effectifs selon le fait d'avoir pensé quitter définitivement sa profession dans les 12 derniers mois et s'engager dans une autre profession. (N=45 soit 2 non répondants)

Les médecins interrogés ont entrepris des démarches concrètes sur une reconversion dans 13,3% des cas (n=6), alors que 20% déclarent juste y penser (n=9).

Ainsi, 66,6% des médecins ne souhaitent pas se reconverter (n=30).

IV.3 – Résultats du MBI

IV.3.1 – Résultats du MBI

Les médecins ont obtenu, en moyenne :

un score d'épuisement émotionnel (EE) « Bas » puisque la moyenne est de 17,42 (Médiane = 16 ; écart-type = 10,8)

un score de dépersonnalisation (DP) « Moyen » puisque la moyenne est de 7,59 (Médiane = 7 ; écart-type = 5,8)

un score d'accomplissement personnel (AP) « Moyen » puisque la moyenne est de 38,23 (Médiane = 40 ; écart-type 8,3)

Les résultats sont interprétés selon la grille d'évaluation du MBI disponible en Annexe 1.

Les détails des scores sont donnés dans le tableau suivant :

	EE	DP	AP
	Effectif (%)	Effectif (%)	Effectif (%)
Score bas	25 (53,2%)	17 (36,2%)	30 (63,8%)
Score moyen	14 (29,8%)	20 (42,5%)	8 (17,0%)
Score élevé	8 (17,0%)	10 (21,2%)	9 (19,1%)
Total	47 (100%)	47 (100%)	47 (100%)

Tableau 11 : Répartition des trois dimensions du MBI en pourcentage (les scores pathologiques sont en caractère gras)

IV.3.2 – Niveau de Burn-out

Le pourcentage des médecins en Burn-out au moment de l'enquête était de 30% (n =16), c'est à dire présentant un niveau dit « pathologique » pour au moins l'un des trois scores du MBI.

Burn-out faible = 12,7% (n=6) ont obtenu au MBI un niveau pathologique pour seulement un des trois scores.

0 % (n=0) ont obtenu un EE élevé

50 % (n=5) ont obtenu une DP élevée

50% (n=5) ont obtenu un AP bas

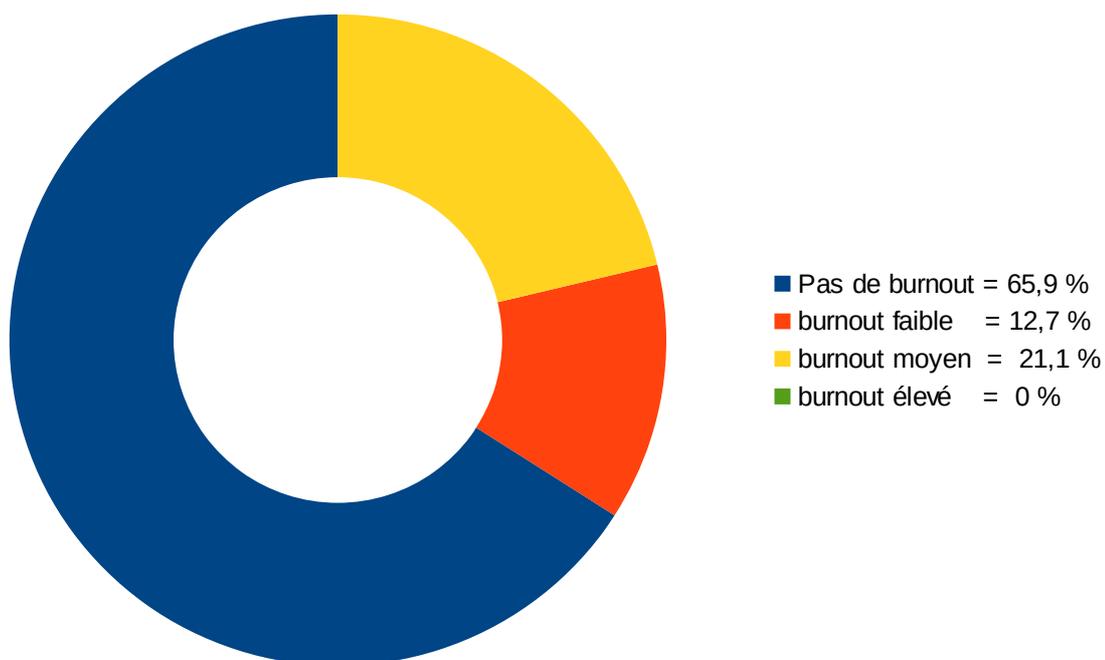
Burn-out modéré = 21,3% (n=10) ont obtenu un niveau pathologique pour deux scores.

10,65 % (n=5) ont obtenu un EE élevé et un DP élevé

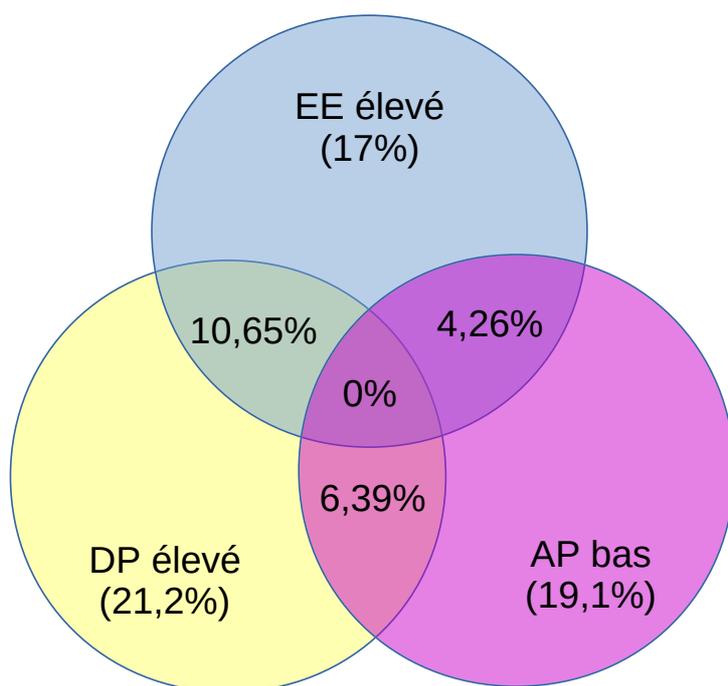
4,26 % (n=2) ont obtenu un EE élevé et un AP bas

6,39 % (n=3) ont obtenu un DP élevé et un AP bas

Burn-out élevé = 0, aucun médecin interrogé n'a obtenu un niveau pathologique aux trois scores



Graphique 1 : Répartition des différents degrés de burn-out parmi les médecins généralistes de l'enquête



Graphique 2 : Distribution des réponses au questionnaire MBI des médecins généralistes de l'enquête

IV.4 – Facteurs influençant la survenue du syndrome d'épuisement professionnel

IV.4.1 – Prévalence du syndrome d'épuisement professionnel et caractéristiques des médecins répondants

Parmi les médecins installés depuis moins de 10 ans, les résultats suivants sont statistiquement comme facteurs protecteurs du burn-out :

- Les plus jeunes sont significativement moins touchés par le syndrome d'épuisement professionnel (p=0,001)
- Les plus récemment installés parmi l'effectif de l'étude sont significativement moins touchés que les autres (p=0,039)
- Les médecins satisfaits de leur profession telle qu'ils l'exercent est proche de la significativité (p=0,065)
- Il en est de même à l'égard de ses perspectives personnelles (p=0,065) et de la façon dont ses compétences sont utilisées
- La participation aux groupes de pairs montre une différence significative avec les autres groupes (p=0,01)
- Avoir l'impression que son salaire est en adéquation avec ses efforts (p=0,043)
- Avoir une secrétaire sur place ou une secrétaire téléphonique montre une différence significative par rapport à l'apparition d'un syndrome d'épuisement professionnel (p=0,017)

Au contraire, les 2 éléments suivants sont statistiquement associés au burn-out :

- Le fait de penser suivre une formation professionnelle autre est significativement évocateur de syndrome d'épuisement professionnel (p=0,04), de même que penser quitter définitivement sa profession (p=0,006)
- Le fait d'entreprendre des démarches concrètes de reconversion professionnelle ou bien de ne pas encore l'avoir fait mais déclarer penser à cette démarche semble être significatif d'un lien avec le syndrome d'épuisement professionnel (p=0,017)

Parmi l'effectif interrogé, ne sont pas significatifs : le nombre de jours travaillés par semaine, la durée des consultations, le nombre de vacances annuels, le fait de consacrer du temps libre à son partenaire/sa famille, ni à ses proches.

Le tableau suivant synthétise les principaux résultats comparant l'occurrence du syndrome d'épuisement professionnel par rapports aux caractéristiques des médecins répondants :

	MannWhitney Z	P
Test de Mann-Whitney grouping variable = diagnostic de Burnout		
Votre age	-3,380	0,001
Durée d'installation	-2,069	0,039
Nombre de jours travaillés hebdomadaires	-0,150	0,988
Durée moyenne des consultations	-0,340	0,734
Nombre de semaines de vacances annuelles	-0,321	0,748
Ce rythme de travail vous convient il	-1,091	0,275
Satisfaction du mode de fonctionnement	-1,321	0,187
Au cours des 12 derniers mois : avez vous pensé Suivre une formation	-2,056	0,040
Au cours des 12 derniers mois : avez vous pensé Quitter définitivement votre profession	-2,736	0,006
Consacrez vous du temps libre à votre partenaire/famille	-1,354	0,176
Consacrez vous du temps libre à vos amis proches	-0,663	0,507
Consacrez vous du temps libre à activités loisir/sociales	-1,672	0,095
Satisfaction des activités autre que clinique	-1,396	0,090
Satisfaction a l'égard de Ma profession telle que je l'exerce	-1,848	0,065
Satisfaction a l'égard de Mes perspectives professionnelles	-2,045	0,041
Satisfaction de la façon dont mes compétences sont utilis	-1,863	0,062
Test Fischer exact		
Sexe		0,420
situation familiale		0,736
avoir des enfants		0,122
nombre d'habitants par commune		0,403
mode d'exercice		0,075
Avoir un secretariat téléphonique a distance		0,036
Participation a des groupes de pairs		0,001
Vu tous mes efforts, mon salaire est adequat		0,043
Pensez vous avoir déjà présenté les symptômes du Burnout		0,102
Participation aux gardes		0,489
Avoir un secretariat (sur place ou téléphonique)		0,017
Participer a une activité de recherche		0,286
Participation a une formation médicale continue		0,539
Entreprendre des démarches concretes de reconversion "Oui" ou "Non mais j'y pense"		0,017

Tableau 12 : significativité de la prévalence du syndrome d'épuisement professionnel par rapports aux caractéristiques des médecins répondants

IV.4.2 – Intensité du syndrome d'épuisement professionnel et caractéristiques des médecins répondants

Parmi les médecins installés depuis moins de 10 ans, on détermine des facteurs associés :

2 facteurs protégeant de l'intensité du burn-out :

- le jeune âge (p=0,003)
- la participation aux groupes de pairs (p=0,004)

2 facteurs aggravant l'intensité du burn-out :

- avoir pensé au cours des 12 derniers mois suivre une formation (p=0,046)
- avoir pensé au cours des 12 derniers mois quitter définitivement sa profession/son activité (p=0,016)

Certains éléments montrent une tendance sans être significatif mais méritent d'être cités comme étant protecteurs de l'intensité du burn-out :

- la sensation d'une adéquation entre ses efforts et le salaire (p=0,088)
- la courte durée d'installation (p=0,073)
- le fait d'avoir un secrétariat téléphonique ou sur place (p=0,017)
- et être satisfait de ce mode de fonctionnement (p=0,089)

Le tableau suivant synthétise les principaux résultats comparant l'intensité du syndrome d'épuisement professionnel par rapports aux caractéristiques des médecins répondants :

Intensité du Burnout		
Chi 2		p
participation aux groupes de pairs		0,004
vu tous mes efforts mon salaire est adequat		0,088
Kruskal-Wallis	Chi-square	p
Age	11,700	0,003
Durée d'installation	5,239	0,073
Nombre de jours de travail hebdomadaire	2,397	0,302
Durée des consultations	1,121	0,571
semaines de vacances annuelles	2,827	0,243
satisfaction du rythme de travail	1,619	0,445
Avoir une secretaire (téléphonique ou sur place)		
Satisfaction de son mode de fonctionnement	4,845	0,089
Au cours des 12 derniers mois, avez vous pensé Suivre une formation	6,167	0,046
Au cours des 12 derniers mois, avez vous pensé Quitter définitivement votre profession	8,249	0,016
Consacrez vous du temps libre A votre partenaire/famille	2,562	0,278
Consacrez vous du temps libre A vos amis proches	0,443	0,801
Consacez vous du temps libre Aux loisirs/activits sociales	4,289	0,117
Concernant les activités autres que cliniques	2,876	0,237

Tableau 13 : significativités des intensités du syndrome d'épuisement professionnel par rapports aux caractéristiques des médecins répondants

V – Discussion

V.1 – Biais

V.1.1 – Biais liés aux modalités de l'étude

V.1.1.1 – Temporalité de l'étude

L'étude a été réalisée au printemps et début d'été, périodes hétéroclites quant à la charge quantitative de travail ce qui a pu conduire à des impressions différentes des omnipraticiens interrogés. Les réponses auraient donc pu être différentes selon que l'interrogé a été sollicité en début ou en fin d'étude. Le volume horaire est généralement moindre pendant les mois de juillet et août, alors qu'il est très important pendant toute la période qui couvre les 6 premiers mois de l'année riches en miasmes.

Nous avons toutefois réalisé une étude transversale, ne permettant pas de conclure à une évolution du burn-out selon la saison.

V.1.1.2 – Auto-questionnaire

L'étude reposant sur des données déclaratives, certains biais ne pouvaient être évités. Il s'agit d'une part du biais de désirabilité sociale, amenant au choix de la réponse conforme aux attentes sociales et d'autre part du biais de valorisation amenant le répondant à remplir le questionnaire dans le but de se valoriser et de décrire son comportement comme idéal.

V.1.1.3 – Un questionnaire qui n'est pas exhaustif

D'autres facteurs ne sont pas étudiés dans l'étude : sur ce point, notre étude n'est pas exhaustive afin d'utiliser un questionnaire plus léger, plus facile à remplir et moins intrusif.

V.1.1.4 – Vecteur de l'étude

Un aspect important est aussi l'absence de réponse de certains départements qui n'avaient tout simplement pas de liste disponible de médecins acceptant de répondre aux questionnaires de thèses. C'est le cas notamment des Pyrénées Atlantiques et de la Charente-Maritime.

V.1.2 – Biais liés au matériel

V.1.2.1 – Zonage en aires urbaines

Nous avons utilisé la notion de rural/urbain pour définir le mode d'exercice des médecins interrogés avec pour seuil une population frontière de 2000 habitants dans la commune. Il s'agit de notion d'acception courante mais sans fondement réellement scientifique. L'INSEE parle plutôt de zonage en aires urbaines depuis octobre 2011 (30,83–85)

V.1.2.2 – Biais de sélection

L'échantillon a été pris parmi une liste de volontaires désirant répondre aux questionnaires de thèse parmi les médecins inscrits au conseil de l'ordre.

V.1.2.3 – Biais d'induction

Ce biais apparaît lorsque les réponses du répondant ne sont pas faites en fonction de sa conviction mais plutôt influencées par l'enquêteur.

Nous avons tenté de minimiser ce biais en garantissant au maximum l'anonymat de cette étude et en rédigeant un questionnaire de la manière la plus neutre possible. Les questions potentiellement stigmatisantes ont été formulées avec le plus grand soin. Chaque question qualitative a été appariée, de manière à laisser au répondant le maximum de liberté d'esprit dans sa réponse (par exemple : « totalement insatisfait » – « assez insatisfait » – « assez satisfait » – « totalement satisfait ») (86)

V.1.3 – Biais liés au questionnaire MBI

La version française traduite par Fontaine a été validée pour évaluer le burn-out (87).

Néanmoins, la traduction a été réalisée par une équipe québécoise, et certains termes peuvent différer de la langue française.

Pour illustrer, la question n°18 « Je me sens ragaillard(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes malades » peut être mal interprétée par les répondants, et ainsi sous estimer l'accomplissement personnel.

L'autre critique que nous pouvons relever concernant le MBI est la polémique qui anime la société scientifique, quant au nombre de dimensions caractérisant le burn-out. En effet, de nombreux auteurs pensent que le noyau du syndrome est représenté par l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation ; alors que l'accomplissement personnel ne serait qu'une donnée secondaire ou un trait de personnalité, et de ce fait ne représenterait pas une dimension de l'épuisement professionnel (88,89) .

Lourel a réalisé une méta-analyse en 2007 qui va dans le sens des auteurs proposant un modèle à deux dimensions : il a été démontré une corrélation positive entre l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation, mais une hétérogénéité des études démontrant un lien entre l'accomplissement personnel et l'une des deux autres dimensions (88).

V.1.4 – Biais liés au concept de burn-out

Le syndrome est difficilement définissable, car chaque dimension a son importance et est classée en niveau bas, modéré ou élevé.

Certains auteurs pensent qu'un niveau élevé d'épuisement émotionnel ou de dépersonnalisation suffit à évoquer un burn-out, tandis que d'autres prennent le parti d'étudier les individus présentant des scores élevés aux trois dimensions. (90,91) .

Il faut rester vigilant sur l'interprétation des résultats car selon les critères choisis, le taux d'épuisement professionnel varie considérablement. Ainsi dans leur étude de 2008, Legassie trouve 12,5 % d'individus atteints du burn-out sévère en reprenant la définition de scores élevés aux trois dimensions. Ce chiffre passe à 56 % si l'on considère un niveau élevé d'épuisement émotionnel ou de dépersonnalisation. (92) .

Notre interprétation des résultats doit rester prudente car le score du MBI n'établit pas le diagnostic de burn-out mais permet de nous orienter sur son existence chez les médecins généralistes libéraux répondants et de tenter d'en étudier les facteurs associés.

V.2 – Limites

V.2.1 – Démographie médicale

Il existe plusieurs chiffres donnant le nombre de médecins en France. Ils sont tous justes, mais différents car basés sur des définitions différentes en fonction des données recueillies et analysées

Tout d'abord le Conseil de l'Ordre National des Médecins établit chaque année un atlas de démographie médicale (93) basé sur le nombre d'inscrits au tableau de l'ordre. L'Aquitaine compte ainsi 3346 généralistes libéraux et mixtes et le Poitou-Charente 1634 généralistes libéraux et mixtes.

Ensuite la DREES utilise la liste des médecins possédant un numéro RPPS (94). Cette liste est élaborée par inscription obligatoire dès son diplôme de tout professionnel de santé. C'est le numéro qui figure également sur la Carte de Professionnel de Santé (ou CPS).

Médecins Généralistes	Mois de 30 ans	30-34	35-39	40-44	45 et plus
Charente	9	38	22	36	403
Gironde	45	247	220	284	1962
Landes	3	52	46	73	479
Pyrénées-Atlantiques	18	94	124	149	846
Vienne	23	72	46	81	480

Tableau 14 : Nombre de médecins en 2015 par catégories d'âges selon la DREES (95)

Enfin, il est possible d'évaluer le nombre de médecins formés à partir du *numerus clausus* des années précédentes ou du nombre de postes d'internes financés par les DRASS.

En revanche il n'a été retrouvé aucune donnée fiable dans la littérature précisant le nombre exact de médecins installés ces 10 dernières années

V.2.2 – Nombre de réponses

Notre étude a recueilli 73 questionnaires sur les 420 envoyés, soit un taux de réponses de près de 17,3% ce qui est un taux moyen pour un questionnaire virtuel.

Le taux de participation de notre étude est situé dans la moyenne basse des taux habituel dans les réseaux de référence (84) allant de 15 % à 40 % dans le réseau sentinelles. Cela peut être expliqué par l'absence de relance.

La période à laquelle notre questionnaire a été envoyé est un facteur qui a influencé négativement le taux de réponse. En effet les départs en vacances ou la surcharge de travail lié aux vacances des associés a diminué la participation à notre questionnaire.

V.2.3 – Auto-questionnaire

Notre étude est basée sur un auto-questionnaire, et le recueil des données repose sur le volontariat des participants. Il était donc important de susciter une motivation suffisante de leur part. Nous avons proposé un questionnaire précis, des réponses rapides sans texte libre. Nous avons assuré la confidentialité et l'anonymat du recueil et du traitement des questionnaires.

Aucun participant ne nous a contacté afin d'obtenir une aide à remplir le questionnaire, malgré la notification de coordonnées e-mail. Nous pensons donc avoir rédigé un questionnaire n'impliquant pas de confusion dans les réponses.

Cependant, nous avons constaté que le taux de réponses aux questions trop personnelles est plus faible (vie familiale, questionnaires de satisfaction...). D'autre part nous ne pouvons pas être sûrs de l'exactitude de certains renseignements fournis. Certains médecins n'ont pas répondu aux questions qui leur posaient problème (notamment le Maslach Burnout Inventory ce qui était un critère d'exclusion).

V.3 – Interprétation des résultats

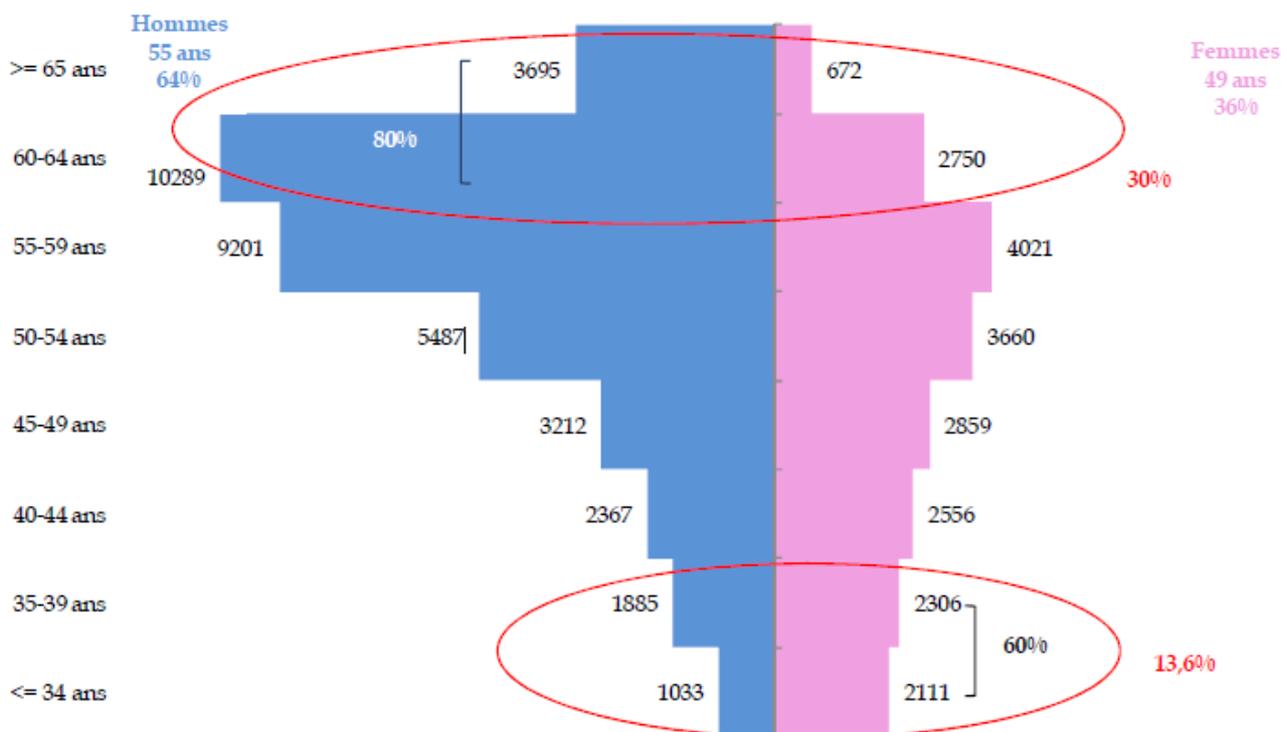
V.3.1 – Caractéristiques des médecins répondants

V.3.1.1 – Sexe

Les femmes représentent en 2015 une part de 36 % des médecins généralistes libéraux en France alors que parmi les moins de 40 ans, 60% des effectifs sont des femmes. (93)
Notre étude retrouve une part de 53 % de Femmes dans l'échantillon ce qui correspond à la population étudiée.

V.3.1.2 – Age

En France, l'âge moyen des médecins généralistes en activité libérale ou mixte est de 53 ans selon le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM)



Graphique 3 : Atlas national de la démographie médicale 2015 du Conseil National de l'Ordre des Médecins

Le rétrécissement à la base de la pyramide des âges notamment en ce qui concerne les hommes indique une population vieillissante.

Notamment, la tranche d'âge des moins de 40 ans représente 13,6 % alors que la tranche d'âge des 60 ans et plus représente 30 % des médecins généralistes libéraux et mixtes. (93)

Dans notre étude la médiane des âges se situe entre 35 et 39 ans ce qui correspond à une population cible installée depuis moins de 10 ans.

V.3.1.3 – Situation familiale

Notre étude constate que 95 % des jeunes médecins interrogés se déclarent en couple dont 73 % sont parents. Ces chiffres sont tout à fait cohérents avec les études réalisées auprès des médecins du réseau sentinelle (84) qui retrouve 81,5 % de personnes en couple dont 67,8 % avec un ou des enfants à charge.

Il est à souligner que ces résultats sont notablement différents des chiffres retrouvés par l'INSEE : lors du recensement de la population générale de 2012 où 68 % des 25-39 ans se déclarent en couple dont 53 % avec un ou des enfants en Aquitaine et Poitou-Charente (96,97)

V.3.1.4 – Mode d'exercice

Les médecins interrogés exercent à 73,5 % en milieu urbain, ce qui est conforme aux données de la littérature avec selon les chiffres du réseau sentinelle 78,3 % (84) et ceux de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) évalués à 76,2 % (98)

V.3.2 – Interprétation des analyses uni-variées

V.3.2.1 – Un important niveau de burn-out malgré les limites d'inclusion

Les résultats de notre enquête montrent un important niveau d'épuisement professionnel chez les jeunes médecins généralistes libéraux (30%).

Ce score est à restituer dans le contexte chronologique puisque Thevenet (99) a montré que les internes en médecine générale d'Île-de-France et de Languedoc Roussillon présentent des scores d'épuisement émotionnel élevé dans 23 % des cas.

Notre étude porte ce taux dans les 10 premières années d'installation à 30 %, chiffre chronologiquement acceptable puisqu'elle porte en majorité dans une tranche d'âge 30-35 ans.

Puis les études de grande échelle menées sur l'entièreté des médecins généralistes libéraux français propose dans la grande majorité des scores d'épuisement émotionnel élevé dans 50 % des cas. (21,22,47,49,84,100,101)

V.3.2.2 – La différence Homme-Femme

Notre étude ne permet pas de conclure à une différence d'atteinte vis-à-vis du syndrome d'épuisement professionnel entre les 2 sexes.

La différence entre hommes et femmes dans l'apparition du burn-out est très controversée dans la littérature. En majorité, les résultats ne sont pas significatifs en France (43,46) comme à l'étranger (18,53,54,57,102) et quand ils le sont, les résultats sont contradictoires.

Certaines études montrent que les femmes sont plus « intensément » atteintes que les hommes. Une étude multivariée américaine (n=2326) montre que les femmes ont 60 % plus de risque d'être en burn-out élevé que les hommes (26% des femmes ont un score élevé dans les trois dimensions du burn-out contre 21% des hommes (102). Les explications avancées sont que les femmes auraient une moindre maîtrise de leur travail (capacité à sélectionner les patients, efficacité dans le travail, connaissance médicale, organisation du cabinet, constitution d'un carnet d'adresses) par rapport aux hommes (102,103).

Pour d'autres comme Maslach, (n=1025, personnel médical et paramédical, analyse uni-variée réalisée en 1981) les hommes seraient plus sévèrement atteints que les femmes (104): 4,1% d'hommes sont en « burn-out élevé » contre 0,7% chez les femmes (50,59), ce qui s'expliquerait par le fait que les hommes auraient une charge de travail plus grande (> 40 actes/jour) (59,105). De même, les hommes auraient un score de dépersonnalisation supérieur à celui des femmes (49,106).

V.3.2.3 – Le jeune âge, l'installation récente

Notre étude appuie l'idée déjà confirmée par d'autres (30,44,52) que le jeune âge et l'installation récente sont en lien étroit avec une protection contre le syndrome d'épuisement professionnel.

Les résultats faibles dans le degré d'épuisement émotionnel (17 %), score habituellement plus élevé (rarement en dessous des 30% dans la littérature) laissent à penser que le feu sacré limite la sensation d'assèchement affectif pouvant apparaître avec les années où l'on devient plus réaliste voire plus empreint à la désillusion, source de stress faisant le lit du syndrome d'épuisement professionnel. (43)

V.3.2.4 – Exercice de groupe

Le fait d'exercer dans un cabinet de groupe ne semble pas être protecteur, nous émettons l'hypothèse qu'il s'agit d'un biais de sélection. En effet, les jeunes médecins sont plus fréquemment installés dans des cabinets de groupes que leurs pairs (84% dans cette étude versus 53 % pour l'ensemble des médecins estimé par l'URPS Centre en 2012 voire 34 % selon l'atlas de la démographie médicale 2014 (93) du CNOM)

V.3.2.5 – Activités autres que cliniques

Le fait de participer à des groupes de Pairs ou des groupes balint est analysé comme protecteur autant contre la survenue que contre l'intensité du syndrome d'épuisement professionnel. Il est également intéressant de constater que par contre le fait d'être satisfait de la façon dont se passent ces rencontres n'importe pas sur cette protection, comme s'il était juste important de partager les connaissances et l'expérience.

Il est dommage de ne pas avoir eut plus de médecins pratiquant de la recherche (n=3) car le résultat aurait été intéressant pour comparer l'effet protecteur versus groupe de pairs/ balint.

V.3.2.6 – Gérer son temps libre

Le fait de consacrer du temps libre à sa famille/ses proches ou de s'accorder du temps de loisir ne fait pas non plus parti des facteurs protecteurs.

On peut évoquer 2 hypothèses

Ceci peut être un biais de confusion dû au jeune âge qui ferait sous estimer l'effet protecteur.

Il peut aussi exister des prémices de syndrome d'épuisement professionnel que sont l'hyper-présentisme, le fait de ne plus savoir prendre de temps avec sa famille/loisirs, ne pas savoir maîtriser son rythme de travail (107).

Les premières manifestations du syndrome professionnel décrites sont : ne plus savoir prendre du temps de ressourcement (loisirs ou activités sociales), ni maîtriser un rythme de travail acceptable, négliger les pauses alimentaires au travail et enfin ne plus ajuster l'équilibre vie personnelle / familiale avec la vie professionnelle (108).

V.3.2.7 – Mésestimation de son propre syndrome d'épuisement professionnel

Nous observons comme dans de nombreuses études (67,107–109) que le burn-out est négligé par les médecins généralistes libéraux, fussent-ils jeunes. On retrouve une absence totale de significativité en comparant les scores du MBI à la question « pensez vous avoir déjà présenté les symptômes du burn-out ? »

Cette mésestimation traduit l'impossibilité d'entendre pour soi-même des signes d'alerte que les praticiens reconnaissent pour autrui (67).

VI – Conclusion

Nous avons voulu dans notre étude déterminer la prévalence du syndrome de l'épuisement professionnel ainsi que son intensité au sein des médecins généralistes installés depuis moins de 10 ans. Nous avons ensuite recherché quels étaient les facteurs de protection mis en place dans leur exercice en les comparant aux données de la littérature.

Les facteurs de protection retrouvés sont la mise en place d'un secrétariat, qu'il soit sur place ou à distance et la participation à des groupes de pairs ou à des groupes balint.

Les médecins jeunes et installés récemment sont également moins touchés par le burn-out.

En revanche, le fait d'être un homme ou une femme n'a aucune influence.

Il est aussi à relever que la très forte prévalence au sein de notre échantillon de l'exercice en groupe ne permet pas de trancher à un effet protecteur.

Nos résultats s'intègrent dans la progressivité chronologique de l'évolution du syndrome d'épuisement professionnel. A contrario, on considère habituellement les installés de moins de 10 ans protégés du burn-out dans la littérature. Ces résultats devront alarmer la communauté puisque en lieu et place d'être protégés, les médecins récemment installés sont plutôt sur le chemin du burn-out, comme nous l'avons évoqué dans la discussion.

Il est même soulevé qu'ils méconnaissent ce syndrome d'épuisement professionnel car nient les prémices déjà visibles aux vues de cette étude.

Certaines pratiques semblent toutefois se dégager comme prémunissant du syndrome d'épuisement professionnel, c'est pourquoi nous avons tenté d'isoler un profil type du médecin récemment installé mettant en œuvre un comportement actif protecteur. Nous le décrivons donc comme suit :

Vers un profil idéal protecteur du jeune médecin généraliste

Nous avons trouvé judicieux de dégager un profil du jeune médecin généraliste installé, mettant en place les facteurs protecteurs contre le syndrome d'épuisement professionnel retrouvés dans notre étude.

Il s'agira d'un jeune médecin installé récemment dans un cabinet bénéficiant d'un système de secrétariat (qu'il soit physique ou à distance).

Il participe à des groupes de pairs ou à des groupes balint même s'il n'en est pas nécessairement satisfait, ceux-ci lui permettent un dialogue social et des échanges d'expériences.

Le salaire qu'il perçoit de son activité le satisfait.

Ce médecin est satisfait de son exercice, tel qu'il le pratique. Il est également relativement satisfait de ses perspectives professionnelles. Il ne pense pas à se reconvertir professionnellement même s'il réalise des formations complémentaires dans des domaines qui tendent à satisfaire son désir de complétude professionnelle.

Il a établi un mode de fonctionnement dans lequel il se complaît et qui lui accorde de travailler en harmonie avec son rythme de vie (horaires, jours de présence au cabinet hebdomadaire, vacances)

Conflits d'intérêt :

L'auteur déclare ne présenter aucun conflit d'intérêt.

Annexes

Annexe 1 : Maslach Burnout Inventory

8.2. Annexe 2: Maslach Burnout Inventory (MBI)

Les variables dépendantes du MBI représentent les trois dimensions du burnout : neuf *item* se rapportent à l'épuisement émotionnel (questions 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20), cinq autres rendent compte de la dépersonnalisation de la relation (questions 5, 10, 11, 15, 22), et enfin huit *item* sont relatifs à l'accomplissement personnel (questions 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21).

ITEM	FRÉQUENCE ¹
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) lorsque 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 malades ressentent	0 1 2 3 4 5 6
5. Je sens que je m'occupe de certains malades 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 malades	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 malades	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 malades	0 1 2 3 4 5 6
18. Je me sens ragaillard(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes malades	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 malades me rendent responsable de certains de leurs problèmes	0 1 2 3 4 5 6

¹ Notes données pour mesurer la fréquence:

0: jamais; 1: quelques fois par an; 2: au moins une fois par mois; 3: plusieurs fois par mois; 4: une fois par semaine; 5: plusieurs fois par semaine; 6: chaque jour.

Interprétation du résultats du Maslach Burnout Inventory:

Le résultat du MBI n'est pas un score global mais un score exprimé en « bas/modéré/élevé » pour chacune des trois dimensions. L'obtention d'au moins un score pathologique (score élevé d'épuisement émotionnel ou de dépersonnalisation, score bas d'accomplissement personnel) suffit à définir le burnout.

Epuisement émotionnel (EE): questions : 1. 2. 3. 6. 8. 13. 14. 16. 20 (résultat entre 0 et 54)

total < à 17 = degré d'EE bas

18 < total < 29 = degré d'EE moyen

total > à 30 = degré d'EE élevé (ou **burn-out**)

Dépersonnalisation (DP): questions : 5. 10. 11. 15. 22 (résultat entre 0 et 30)

total < à 5 = degré de DP bas

6 < total < 11 = Degré de DP moyen

total > à 12 = degré de DP élevé (ou **burn-out**)

Accomplissement personnel (AP) : question : 4. 7. 9. 12. 17. 18. 19. 21 (résultat entre 0 et 48)

total > à 40 = degré d'AP élevé

34 < total < 39 = degré d'AP moyen

total < à 33 = degré d'AP bas (ou **burn-out**)

Le burn-out est dit « faible » si l'une des trois dimensions est pathologique, « moyen » si deux des trois dimensions sont pathologiques, « élevé » si les trois dimensions sont pathologiques.

Annexe 2 : Questionnaire de notre étude

Facteurs protecteurs mis en place contre l'épuisement professionnel

Tout d'abord bonjour !

Et merci de de répondre a ce questionnaire évaluant la mise en place des facteurs protecteurs de l'épuisement professionnel chez les jeunes médecins généralistes.

Ce questionnaire est articulé en 3 parties :

- Recueil des données personnelles et mode d'exercice
- Evaluation du retentissement du travail sur le moral
- Satisfaction au travail

Il y a 25 questions dans ce questionnaire

Données individuelles

[]Votre sexe : *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Homme
- Femme

[]Votre âge : *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- 26 à 30 ans
- 31 à 35 ans
- 36 à 40 ans
- 41 à 45 ans
- 46 ans et plus

[]Votre situation familiale : *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- En couple
- Célibataire

[]Avez vous des enfants ? *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Données Lieu principal de travail

[]Le numéro de votre département d'exercice : *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- 16 - Charente
- 17 - Charente-Maritime
- 19 - Corrèze
- 23 - Creuse
- 24 - Dordogne
- 33 - Gironde
- 40 - Landes
- 64 - Pyrénées-Atlantiques
- 79 - Deux-Sèvres
- 86 - Vienne
- 87 - Haute Vienne

[]La commune compte-t-elle :

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Moins de 2000 habitants
- Plus de 2000 habitants

[]Quelle est votre année de première installation : *

Chaque entrée doit être entre 1900 et 2015
Seul un nombre entier peut être inscrit dans ce champ.

Veuillez écrire votre réponse ici :

[]Quel est votre mode d'exercice : *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Seul
- Groupe de médecins et/ou paramédicaux

Burn Out

[]Pensez vous avoir déjà présenté les symptômes du Burn Out : *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

[]Merci de renseigner le questionnaire standardisé évaluant le burn out : *

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	jamais	quelques fois par an	une fois par mois	quelques fois par mois	une fois par semaine	quelques fois par semaine	chaque jour
Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je me sens a bout a la fin de ma journée de travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je peux comprendre facilement ce que mes patients ressentent	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je sens que je m'occupe de certains patients de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes patients	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je sens que je craque à cause de mon travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'ai l'impression, à travers mon travail, d'avoir une influence positive sur les gens	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je me sens plein(e) d'énergie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je me sens frustré(e) par mon travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je sens que je travaille « trop dur » dans mon travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes patients	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes patients	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je me sens ragaillard(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes patients	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je me sens au bout du rouleau	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'ai l'impression que mes patients me rendent responsable de certains de leurs problèmes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Organisation du travail

[] Combien de jours travaillez vous par semaine à votre cabinet : *

Seuls des nombres peuvent être entrés dans ce champ.
Chaque entrée doit être entre 1 et 7

Veillez écrire votre réponse ici :

décimale avec une virgule :

4,5 et non 4.5

[] Quelle est votre durée moyenne de consultation : *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- 0 - 5 min
- 5 - 10 min
- 10 - 15 min
- 15 - 20 min
- 20 - 30 min
- plus de 30 min

[] Combien de semaines de vacances annuelles disposez vous : *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Moins de 5 semaines par an
- entre 5 et 10 semaines par an
- plus de 10 semaines par an

[] Concernant vos gardes : *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Je fais les gardes moi même
- Je prend régulièrement un remplaçant

[] Ce rythme de travail vous convient-il ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- totalement satisfait
- assez satisfait
- assez insatisfait
- totalement insatisfait

[] Comment organisez vous la gestion de votre secretariat ? *

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Secrétaire Sur place
- Secretariat Téléphonique à distance
- Pas de secrétaire

[] Êtes vous satisfait(e) de ce mode de fonctionnement : *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- totalement satisfait
- assez satisfait
- assez insatisfait
- totalement insatisfait

Reconversion / autres activités / satisfaction

[]Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez vous pensé : *

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	jamais	quelques fois par an	quelques fois par mois	quelques fois par semaine	chaque jour
suivre une formation pour un autre diplôme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
quitter définitivement votre profession/activité et vous engager dans une autre profession/activité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

[]Avez vous entrepris des démarches concrètes en ce sens : *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Non, je ne le souhaite pas
- Non mais j'y pense
- Oui

[]Consacrez vous du temps : *

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Moins de une fois par mois	une fois par mois	Quelques fois par mois	Quelques fois par semaine	Tous les jours
A votre partenaire / famille	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A vos amis proches	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A récupérer/avoir des loisirs/ des activités sociales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

[]Participez vous a : *

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Oui	Non
Groupe de pairs / groupe balint	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Activité de recherche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Formation Médicale Continue (FMC)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

[]Concernant ces activités ci dessus autres que "clinique", vous êtes : *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- totalement satisfait
- assez satisfait
- assez insatisfait
- totalement insatisfait

[]

Etes vous en accord ou en désaccord avec cette proposition ?

Vu tous mes efforts et mon activité, mon salaire est adequat.

*

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

[]Non et cela me perturbe : *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Non' à la question '23 [satisfactionsalaire]' (Etes vous en accord ou en désaccord avec cette proposition ? Vu tous mes efforts et mon activité, mon salaire est adequat.)

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Pas du tout
- Modérément
- Considérablement
- Vraiment beaucoup

[] Quel degré de satisfaction éprouvez vous à l'égard de : *

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Très insatisfait	Insatisfait	Satisfait	Très satisfait
Ma profession telle que je l'exerce	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mes perspectives professionnelles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La façon dont mes compétences sont utilisées	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Je vous remercie infiniment pour votre participation.

Un envoi des principaux résultats est prévu à la fin de cette étude. Notamment les résultats au score de Maslach !

Bonne journée et prenez soin de vous !

Vincent SAUREL

Envoyer votre questionnaire.
Merci d'avoir complété ce questionnaire.

BIBLIOGRAPHIE

1. Gay B. Actualisation de la définition européenne de la médecine générale. Presse Médicale. 2013;42(3):258-60.
2. Europe W. La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille. Coord Rédactionnelle Trad En Fr Prof Pestiaux Cent Univ Médecine Générale UCL Brux Belg [Internet]. 2002; Disponible sur: http://dmgp13.fr/IMG/pdf/definition_europeenne_de_la_medecine_generale_-_wonca_2002.pdf
3. Green LA, Fryer GE, Yawn BP, Lanier D, Dovey SM. The ecology of medical care revisited. N Engl J Med. 28 juin 2001;344(26):2021-5.
4. Giet D. Les grands défis à relever en médecine générale. La revue de la médecine générale 2008;252:154-6.
5. Pr Druais J. Rapport - La place de la médecine générale dans le système de santé - Mars 2015.
6. De la santé des gens de lettres - S.A. Tissot sur [Internet]. Fnac.com. Disponible sur: <http://livre.fnac.com/a1057632/S-A-Tissot-De-la-sante-des-gens-de-lettres>
7. Selye H. A syndrome produced by diverse noxious agents. 1936. J Neuropsychiatry Clin Neurosci. 1998;10(2):230-1.
8. Cannon WB. « Voodoo » death. Am Anthropol. 1942;44(2):169-81.
9. Principales publications de Claude Veil dans le champ de la psychopathologie du travail. Travailler. 1 mars 2001;n° 5(1):189-92.
10. Freudenberger HJ. Staff Burn-Out. J Soc Issues. 1 janv 1974;30(1):159-65.
11. Chopra SS, Sotile WM, Sotile MO. Physician burnout. JAMA. 4 févr 2004;291(5):633.
12. Freudenberger H. L'épuisement professionnel: La Brûlure interne, Québec. Gaétan Morin Éditeur. 1987 [Internet]. Wikipédia. 2009 [cité 7 sept 2015]. Disponible sur: [https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Référence:L'épuisement_professionnel:_la_brûlure_interne_\(Herbert_J._Freudenberger\)=44605660](https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Référence:L'épuisement_professionnel:_la_brûlure_interne_(Herbert_J._Freudenberger)=44605660)
13. Delbrouck M, Frenette J, Consoli S. Le burn-out du soignant : Le syndrome d'épuisement professionnel. Bruxelles: De Boeck; 2008. 280 p.
14. Balogun JA, Helgemoe S, Pellegrini E, Hoerberlein T. Test-retest reliability of a psychometric instrument designed to measure physical therapy students' burnout. Percept Mot Skills. 1 oct 1995;81(2):667-72.
15. Rafferty JP, Lemkau JP, Purdy RR, Rudisill JR. Validity of the Maslach Burnout Inventory for family practice physicians. J Clin Psychol. mai 1986;42(3):488-92.
16. Dion G, Tessier R. Validation de la traduction de l'inventaire d'épuisement professionnel de Maslach et Jackson. Canadian Journal of Behavioural Science. 1994 avril. Can J Behav Sci

Can Sci Comport. 1994;26(2):210-27.

17. Olkinuora M, Asp S, Juntunen J, Kauttu K, Strid L, Aarimaa M. Stress symptoms, burnout and suicidal thoughts of Finnish physicians. *Scand J Work Environ Health*. 1992;18 Suppl 2:110-2.
18. Freeborn DK. Satisfaction, commitment, and psychological well-being among HMO physicians. *West J Med*. 2001;174(1):13.
19. Grzybowski S, Thommasen HV, Lavanchy M, Connelly I, Berkowitz J. Mental health, job satisfaction, and intention to relocate. Opinions of physicians in rural British Columbia. *Can Fam Physician*. 2001 Apr;47:737-44.
20. Selleslagh P. Résultats de l'enquête burn-out: un médecin sur deux en zone dangereuse. *Journal du médecin*. 2001;1344.
21. Truchot D, URML champagne Ardenne. le burn out des medecins liberaux de champagne ardenne. Disponible sur: http://internat.martinique.free.fr/biblio/rapport_burn_t_medecin_ca.pdf
22. Truchot D. Le burnout des médecins généralistes de Poitou-Charentes. Rapport de recherche pour l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Poitou-Charentes. 2004:99.
23. Schaufeli WB, Van Dierendonck D. A cautionary note about the cross-national and clinical validity of cut-off points for the maslach burnout inventory. *Psychol Rep*. 1 juin 1995;76(3c):1083-90.
24. Belfer R. Une infirmière sur quatre épuisée. Analyse d'une étude préoccupante: la preuve par le stress. *L'infirmière Magazine*. Juin 1993;73. [Internet]. Disponible sur: http://wassil.free.fr/population_concernee.html
25. Stordeur S, Vandenberghe C, D'Hoore W. [Predictors of nurses' professional burnout: a study in a university hospital]. *Rech Soins Infirm*. 1999 Dec(59):57-67.
26. Chambers R, Belcher J. Comparison of the health and lifestyle of general practitioners and teachers. *Br J Gen Pract*. 1993;43(374):378-82.
27. Bourgoin N. Le suicide dans la police nationale. Pénombre, supplément de la lettre d'information « La lettre grise ». 1997;1(Université de Franche-Comté, L.A.S.A) [Internet]. Disponible sur: http://www.penombre.org/lg/03_02.htm
28. Malvina R. Usure professionnelle et stratégies d'adaptation des surveillants, Centre Pénitentiaire de Marseille. Mémoire, DESS Psychologie Sociale de la Santé. 2002- 2003.
29. Djellal F, Gallouj F. La dynamique de l'innovation dans les services de soins aux personnes âgées. Rapport de recherche réalisé pour la Commission Européenne, XIVe Conférence RESER, Castres. 2004 23, 24 Septembre.
30. Truchot D. Le burn'out des médecins libéraux de Bourgogne [Internet]. Dijon: Union professionnelle des médecins libéraux de Bourgogne; 2001. 48 p. p. Disponible sur: http://ireps-ors-paysdelaloire.centredoc.fr/opac/index.php?lvl=notice_display&id=19163
31. Truchot. L'épuisement professionnel : Concepts, modèles, interventions. Paris: Dunod; 2004.

265 p.

32. Truchot D. Le Burn-out dans la pratique du médecin généraliste. Enquête auprès de médecins généralistes. RDPMG 08-12- 2003; 17(634): 1643.
33. Truchot D, Roncari N, Bantégnie D. Burnout, compliance du patient et retrait psychologique chez les médecins généralistes : une étude exploratoire. L'Encéphale. févr 2011;37(1):48-53.
34. Baumann F. Le Burn-out vu par un clinicien. La Revue Du Praticien Médecine Générale 08-12-2003; 17(634): 1644.
35. Mouries R. Enquete 2014 ile de france - L'épuisement professionnel qu'en pensez vous ? Vous sentez vous concerné ? -AAPML.
36. Galam É. Burn out des médecins libéraux-1re partie: une pathologie de la relation d'aide. Médecine. 2007;3(9):419-21.
37. AAPML [Internet]. AAPML. Disponible sur: <http://www.aapml.fr/>
38. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Lutter contre le Burn-Out. Le Bulletin de l'Ordre des Médecins. Décembre 2005 : 5. www.conseil-national.medecin.fr.
39. Le Borgne C. Burn-Out : un numéro vert pour aider les médecins. Le Concours médical 01 juin 2005 ;127(21): 1155.
40. MOTS [Internet]. Disponible sur: <http://www.association-mots.org/>
41. association MOTS. Guide pratique d'analyse psycho sociale et ergonomique de son exercice professionnel.
42. Imhotep Haute-Normandie [Internet]. Disponible sur: <http://imhotephn.blogspot.fr/>
43. Chan Lin-Chanteau S. Le burnout des médecins généralistes libéraux de Tahiti. Thèse de médecine générale, Université Paris 5. 2006.
44. Robert E. L'épuisement professionnel: enquête auprès des médecins de l'arrondissement de Dinan (22). Thèse de médecine générale, Université Rennes 1. 2002.
45. Begon-Bellet A, Cathébras P, Université Jean Monnet (Saint-Étienne), Faculté de médecine Jacques Lisfranc. Le syndrome d'épuisement professionnel ou burnout des médecins généralistes de la Loire. [Saint-Etienne]: U.E.R. de médecine; 2003.
46. Zeter C. Burnout, conditions de travail et reconversion professionnelle chez les médecins généralistes de la région Poitou-Charentes [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Poitiers. UFR de médecine et de pharmacie; 2004.
47. Jarry C, Sonnevillle A, Université François-Rabelais (Tours). Etude du burnout chez les médecins généralistes d'Indre et Loire. [[S.l.]]: [s.n.]; 2005.
48. Philippon C, Moreau A. Syndrome d'épuisement professionnel (burn-out) étude descriptive et recherche de facteurs associés chez 189 médecins généralistes Rhône-Alpins. Lyon: Université Claude Bernard Lyon 1; 2013.

49. El Ouali S, Aspe G, Université François-Rabelais. Etude du burnout, ou syndrome d'épuisement professionnel, chez les médecins généralistes libéraux du Cher. [Tours]: Université de Tours; 2006.
50. Goehring C, Gallacchi MB, Kunzi B, Bovier P. Psychosocial and professional characteristics of burnout in Swiss primary care practitioners: A cross-sectional survey. *Swiss Med Wkly*. 2005;135(7-8):101-8.
51. Appleton K, House A, Dowell A. A survey of job satisfaction, sources of stress and psychological symptoms among general practitioners in Leeds. *Br J Gen Pract*. 1998;48(428):1059-63.
52. Sobrequés J, Cebrià J, Segura J, Rodríguez C, García M, Juncosa S. [Job satisfaction and burnout in general practitioners]. *Atencion Primaria Soc Esp Med Fam Comunitaria*. 15 mars 2003;31(4):227-33.
53. Moreno Jiménez B, González Gutiérrez JL, Garrosa Hernández E, Peñacoba Puente C. [Professional burnout in hospitals. Influence of sociodemographic variables]. *Rev Enferm Barc Spain*. nov 2002;25(11):18-26.
54. Molina Siguero A, García Pérez MA, Alonso González M, Cecilia Cermeño P. [Prevalence of worker burnout and psychiatric illness in primary care physicians in a health care area in Madrid]. *Atencion Primaria Soc Esp Med Fam Comunitaria*. 31 mai 2003;31(9):564-71.
55. Willcock SM, Daly MG, Tennant CC, Allard BJ. Burnout and psychiatric morbidity in new medical graduates. *Med J Aust*. 4 oct 2004;181(7):357-60.
56. Gleizes M, Razavet A, Vidal M, Delfieu D, Université Paul Sabatier (Toulouse), Faculté des sciences médicales Rangueil, et al. Evaluation du stress perçu chez le médecin généraliste et recherche de ses causes en Haute-Garonne et à Paris. [[S.l.]]: [s.n.]; 2002.
57. Firth-Cozens J. Individual and organizational predictors of depression in general practitioners. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract*. oct 1998;48(435):1647-51.
58. Levasseur G. La santé des médecins bretons. Rapport à l'URML Bretagne. Juillet 2003.
59. Prieto Albino L, Robles Agüero E, Salazar Martínez LM, Daniel Vega E. [Burnout in primary care doctors of the province of Cáceres]. *Atencion Primaria Soc Esp Med Fam Comunitaria*. 31 mars 2002;29(5):294-302.
60. Grau A, Suñer R, García MM. [Burnout syndrome in health workers and relationship with personal and environmental factors]. *Gac Sanit SESPAS*. déc 2005;19(6):463-70.
61. Combot A, Levasseur G, Université de Bretagne occidentale. La santé des médecins généralistes du Finistère. [[S.l.]]: [s.n.]; 2004.
62. Cebrià J, Segura J, Corbella S, Sos P, Comas O, García M, et al. [Personality traits and burnout in family doctors]. *Atencion Primaria Soc Esp Med Fam Comunitaria*. 30 avr 2001;27(7):459-68.
63. de Pablo González R, Suberviola González JF. [The prevalence of the burnout syndrome or professional exhaustion in primary care physicians]. *Atencion Primaria Soc Esp Med Fam*

Comunitaria. 30 nov 1998;22(9):580-4.

64. McManus IC, Keeling A, Paice E. Stress, burnout and doctors' attitudes to work are determined by personality and learning style: a twelve year longitudinal study of UK medical graduates. *BMC Med.* 2004;2(1):29.
65. Spickard, Jr A, Gabbe SG, Christensen JF. Mid-career burnout in generalist and specialist physicians. *JAMA.* 25 sept 2002;288(12):1447-50.
66. Burke RJ, Greenglass ER. A longitudinal examination of the Cherniss model of psychological burnout. *Soc Sci Med* 1982. mai 1995;40(10):1357-63.
67. Canoui P. Le burn out : Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants : De l'analyse aux réponses. 3ème Edition Masson, Paris. 2004 [Internet]. [cité 19 août 2015]. Disponible sur: <http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/422511/>
68. Cathébras P, Begon A, Laporte S, Bois C, Truchot D. [Burn out among French general practitioners]. *Presse Médicale Paris Fr* 1983. 18 déc 2004;33(22):1569-74.
69. Thompson WT, Cupples ME, Sibbett CH, Skan DI, Bradley T. Challenge of culture, conscience, and contract to general practitioners' care of their own health: qualitative study. *BMJ.* 2001;323(7315):728.
70. Weinger MB, Ancoli-Israel S. Sleep deprivation and clinical performance. *JAMA.* 27 févr 2002;287(8):955-7.
71. Cooper CL, Rout U, Faragher B. Mental health, job satisfaction, and job stress among general practitioners. *BMJ.* 11 févr 1989;298(6670):366-70.
72. Garcia Lozano M, Esnard C. Organisation du travail et stress professionnel: Etude en service de réanimation cardiaque. Université de Poitiers.
73. MASCFgroupe. Le risque des professions de santé en 2005. Responsabilité. 2006 novembre;Hors série.
74. Panorama décisions justice et avis - Le Sou Médical groupe MACSF- 2013.
75. Goldberg R, Boss RW, Chan L, Goldberg J, Mallon WK, Moradzadeh D, et al. Burnout and its correlates in emergency physicians: four years' experience with a wellness booth. *Acad Emerg Med Off J Soc Acad Emerg Med.* déc 1996;3(12):1156-64.
76. Lloyd S, Streiner D, Shannon S. Burnout, depression, life and job satisfaction among Canadian emergency physicians. *J Emerg Med.* août 1994;12(4):559-65.
77. Orlowski JP, Gullledge AD. Critical care stress and burnout. *Crit Care Clin.* janv 1986;2(1):173-81.
78. Imai H, Nakao H, Tsuchiya M, Kuroda Y, Katoh T. Burnout and work environments of public health nurses involved in mental health care. *Occup Environ Med.* sept 2004;61(9):764-8.
79. Martin, Poyen, Boudierlique, Gouvernet, Rivet, Disdier, et al. Depression and Burnout in Hospital Health Care Professionals. *Int J Occup Environ Health.* juill 1997;3(3):204-9.

80. LimeSurvey - the most popular FOSS survey tool on the web [Internet]. Disponible sur: <https://www.limesurvey.org/en/>
81. Hébergement Internet, Cloud, et Serveurs dédiés - OVH [Internet]. Disponible sur: <https://www.ovh.com/fr/>
82. IBM - Logiciels SPSS - France [Internet]. Disponible sur: <http://www-01.ibm.com/software/fr/analytics/spss/>
83. Insee - Définitions et méthodes - Zonage en aires urbaines / ZAU [Internet]. [cité 16 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=definitions/zonage-en-aires-urbaines.htm>
84. Vaquin clementine. Prévalence du Burnout en médecine générale :Enquête nationale auprès de 221 médecins généralistes du réseau Sentinelles [Internet]. Disponible sur: <https://websenti.u707.jussieu.fr/sentiweb/document.php?doc=734>
85. Armon G, Shirom A, Shapira I, Melamed S. On the nature of burnout-insomnia relationships: a prospective study of employed adults. *J Psychosom Res.* juill 2008;65(1):5-12.
86. DMG strasbourg. Construire une enquête et un questionnaire [Internet]. [cité 11 mars 2015]. Disponible sur: <http://udsmmed.u-strasbg.fr/dmg/documents/recherche/construire-une-enquete-et-un-questionnaire/>
87. Pasquier de Franlieu Deschamps. La souffrance des soignants en psychiatrie : validation de la version française du Maslach Burnout Inventory et étude prospective sur l'épuisement professionnel ou burn-out dans le département de la Somme. Mémoire de DES psychiatrie ; Université de Picardie. 2008.
88. Lourel M, Gueguen N. Une méta-analyse de la mesure du burnout à l'aide de l'instrument MBI. *L'Encéphale.* déc 2007;33(6):947-53.
89. Cordes CL, Dougherty TW. A Review and an Integration of Research on Job Burnout. *Acad Manage Rev.* 1 oct 1993;18(4):621-56.
90. Bakker AB, Demerouti E, Schaufeli WB. The crossover of burnout and work engagement among working couples. *Hum Relat.* 5 janv 2005;58(5):661-89.
91. Firth H, Mcintee J, Mckeown P, Britton PG. Maslach burnout inventory: factor structure and norms for british nursing staff. *Psychol Rep.* 1 août 1985;57(1):147-50.
92. Legassie J, Zibrowski EM, Goldszmidt MA. Measuring resident well-being: impostorism and burnout syndrome in residency. *J Gen Intern Med.* juill 2008;23(7):1090-4.
93. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas national de la démographie médicale 2015.
94. Attal-Toubert K, Vanderschelden M. La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales (...) - Drees - Ministère des Affaires sociales et de la Santé. 2009; Disponible sur: <http://www.projetdeterritoire.com/index.php/content/download/19138/306782/version/2/file/DREES+démographie+médicale.pdf>

95. La démographie des médecins (RPPS) - Drees - Ministère des Affaires sociales et de la Santé [Internet]. Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/la-demographie-des-medecins-rpps,11287.html>
96. Insee - Région d'Aquitaine (72) - Chiffres clés Couples - Familles - Ménages - 2012 [Internet]. [cité 14 sept 2015]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/tableau_local.asp?ref_id=FAM&millesime=2012&typgeo=REG&search=72
97. Insee - Région Poitou-Charente (54) - Chiffres clés Couples - Familles - Ménages - 2012.
98. Les chiffres clefs 2014 de la sécurité sociale - édition 2015 [Internet]. [cité 15 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.securite-sociale.fr/Chiffres-et-reperes>
99. Thevenet. TITRE : ANALYSE DU BURN OUT CHEZ LES INTERNES DE MEDECINE GENERALE SUR LA BASE D'UNE ETUDE COMPARATIVE ENTRE L'ILE-DE-FRANCE ET LE LANGUEDOC ROUSSILLON.
100. Suty romain. Attitude des medecins généralistes envers leur propre santé, enquete auprès de 530 medecins de meurthe et moselle [Internet]. Nancy 1; 2006. Disponible sur: http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDMED_T_2007_GEORGE_THIERRY.pdf
101. Jammes A. Enquête sur l'épuisement professionnel des médecins généralistes libéraux: étude menée auprès de médecins généralistes de la région biterroise [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier I. Faculté de médecine; 2010.
102. McMurray JE, Linzer M, Konrad TR, Douglas J, Shugerman R, Nelson K. The work lives of women physicians results from the physician work life study. The SGIM Career Satisfaction Study Group. *J Gen Intern Med.* juin 2000;15(6):372-80.
103. Murray E, Modell M. Community-based teaching: the challenges. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract.* mai 1999;49(442):395-8.
104. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *J Organ Behav.* 1 avr 1981;2(2):99-113.
105. Marechaux F. Impact de la féminisation de la profession médicale, Approche quantitative et qualitative en Rhône-Alpes. *La Revue du Praticien Médecine Générale* 2004 10 mai; Tome 18 n°652/653:651.
106. Soler JK, Yaman H, Esteva M, Dobbs F, Asenova RS, Katic M, et al. Burnout in European family doctors: the EGPRN study. *Fam Pract.* 1 août 2008;25(4):245-65.
107. Doppia M-A, Estry-Béhar M, Fry C, Guetarni K, Lieutaud T. Enquête comparative sur le syndrome d'épuisement professionnel chez les anesthésistes réanimateurs et les autres praticiens des hôpitaux publics en France (enquête SESMAT). *Ann Fr Anesth Réanimation.* nov 2011;30(11):782-94.
108. Wilhelm BJ, Widmann A, Durst W, Heine C, Otto G. Objective and quantitative analysis of daytime sleepiness in physicians after night duties. *Int J Psychophysiol Off J Int Organ Psychophysiol.* juin 2009;72(3):307-13.
109. Estry-Béhar M, Doppia M-A, Guetarni K, Fry C, Machet G, Pelloux P, et al. Emergency

physicians accumulate more stress factors than other physicians-results from the French SESMAT study. *Emerg Med J.* 1 mai 2011;28(5):397-410.



UNIVERSITÉ DE POITIERS

Faculté de Médecine et de
Pharmacie



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 !



RESUME

Introduction :

La médecine générale libérale comporte des avantages mais aussi de nombreux obstacles que tous ne sont pas prêts à surmonter. Dès lors, connaître ces difficultés doit permettre de favoriser une meilleure adaptation du praticien à son environnement.

Objectif :

Le but de ce travail est de faire un état des lieux du syndrome d'épuisement professionnel chez les jeunes médecins généralistes libéraux et d'établir quels sont les éléments de protection active mis en place.

Méthode :

Notre enquête a été réalisée entre janvier et août 2015 sur une cohorte de médecins généralistes installés depuis moins de 10 ans. Les données recueillies par ce questionnaire sont les données individuelles, les modalités et l'organisation de travail ainsi que les perspectives professionnelles ou de reconversion.

Résultats :

Sur les 47 médecins inclus, 34 % présentent un syndrome d'épuisement professionnel dont 12,7 % d'intensité légère et 21,3 % d'intensité moyenne selon le Maslach Burnout Inventory.

Les facteurs protecteurs retrouvés sont le jeune âge ($p=0,001$), l'installation récente ($p=0,039$), la participation à des groupes de pairs ($p=0,01$) ainsi que la présence d'un secrétariat téléphonique ou sur place ($p=0,017$).

Conclusion :

Le jeune âge et l'installation récente sont retrouvés protecteurs mais les résultats de prévalence du burn-out s'inscrivent dans une progression chronologique vers une aggravation attendue. Nos résultats évoquent aussi une méconnaissance des prémices du syndrome d'épuisement professionnel.

Ces résultats devront alarmer la communauté puisque en lieu et place d'être protégés, les médecins récemment installés sont plutôt sur le chemin du burn-out.