



**HAL**  
open science

# Burn out et addiction au travail chez les médecins généralistes de l'île de La Réunion

Coline Gaboulaud

► **To cite this version:**

Coline Gaboulaud. Burn out et addiction au travail chez les médecins généralistes de l'île de La Réunion. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01364295

**HAL Id: dumas-01364295**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01364295>**

Submitted on 29 Sep 2016

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université de BORDEAUX

U.F.R DES SCIENCES MEDICALES

Année 2016

Thèse n° 60

# THESE

pour l'obtention du

## **DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE**

Coline GABOULAUD

Présentée et soutenue publiquement le jeudi 28 avril 2016

*Burn out et addiction au travail  
chez les médecins généralistes  
de l'île de La Réunion*

Professeur Bernard GAY (Président)

Docteur Erick GOKALSING, PH EPSMR (Directeur de thèse)

Docteur Patrick GAILLARD, Maître de conférence universitaire associé (Rapporteur)

Professeur Jean-Marc FRANCO, Professeur associé des universités (Assesseur)

Docteur METE David, PH CHU ST Denis (Assesseur)



# REMERCIEMENTS

**A mon président de jury, le Professeur Bernard Gay,**

Qui me fait l'honneur de présider ce jury de thèse et qui chaque jour travaille à la valorisation de notre métier de médecin généraliste.

**A mon directeur de thèse, le Docteur Erick Gokalsing,**

Pour m'avoir soutenue et accompagnée tout au long de ce fastidieux travail mais aussi de s'être montré très présent et soutenant malgré la distance.

**A mes enseignants de DES et principalement au Pr Jean-Marc Franco et au Dr Patrick Gaillard,**

Pour m'avoir fait partager leur passion pour ce métier mais aussi pour leur dévouement envers les étudiants et leur accessibilité.

**Au Dr David Mete,**

Qui a accepté de bien vouloir participer à mon jury de thèse mais qui m'a aussi inspiré pour le sujet de celle-ci.

**A l'équipe de SAOME,** notamment à Monsieur Vincent Bouyssier et Madame Stéphanie Baronne pour leur aide à la diffusion de mon questionnaire.

**A l'URML,** par l'intermédiaire du Dr Bettini, pour avoir permis la diffusion de mon questionnaire.

**Aux médecins du CGEOL,** pour l'intérêt porté à mon travail.

Et à tous ceux qui m'ont apporté leur aide dans l'élaboration de ce travail : Dr Alexandre Rezvani, Dr Thia Kime, Dr Agnès Pasquier, Dr Yves Léopold mais aussi à la Médicale de France et à l'ORS.

A tous les médecins des services que j'ai fréquenté pour m'avoir apporté une part de leur savoir et de leur sagesse, que chaque jour j'utilise au mieux.

A mes collègues pour leurs encouragements et relecture.

A tous mes co-internes.

A ma famille, pour m'avoir donné tous les éléments nécessaires pour me construire et devenir le médecin que je suis aujourd'hui mais aussi pour les corrections et leur aide pour ce travail.

A ma belle famille.

Aux copains de Poitiers, (Jerem, Lulu, Nunus, Pipi, Bichon, Dani, Lolo, Mélanie, Bibi, Amélie, Aude...) pour m'avoir accompagné pendant l'externat et après. Aux copains de La Réunion (Mémé, Chloé, Carole, David, Christelle, Elena, Emilie...)

Aux vieux copains toujours présents depuis de nombreuses années (Flo, Baloo, Youl, Titou...)

A Jerem, pour son aide précieuse dans la compréhension et la réalisation des statistiques.

A Virginie, dont la rencontre m'a permis de me conforter dans mes choix ainsi que pour tous les bons moments passés ensemble avec Fabien.

A mes biquettes, qui m'ont soutenu dès mes premiers pas dans ces études et qui sont toujours aussi présentes et indispensables.

A Sam, pour sa patience, son soutien quotidien mais surtout pour son amour.

« Alors voilà Gentille Maman qui va chez le médecin. Gentille maman amène ses deux enfants de trois et sept ans.  
Salle d'attente pleine. Le médecin a deux heures de retard. On occupe les enfants comme on peut, ils ont peur :  
le médecin c'est celui qui fait les vaccins.  
La porte s'ouvre :  
– C'est à vous M. Tatillon, annonce le docteur.  
M. Tatillon se lève, passe devant Gentille Maman et au moment d'entrer dans le cabinet lance au médecin :  
– Vous avez quand même deux heures de retard.  
Moment de flottement.  
Le médecin indique la porte d'entrée :  
– Sortez !  
– Pardon ?  
– J'ai dit sortez ! Je vous vire.  
Et le médecin de se tourner vers l'ensemble de la salle d'attente :  
– En fait, sortez tous. Barrez-vous. Je ne veux plus vous voir. Aucun d'entre vous. Vous me faites tous chier. Je n'en peux plus. Cassez-vous de mon cabinet...  
Nouveau moment de flottement. Personne ne bouge. Le médecin de hurler :  
– Vous êtes SOURDS ? J'ai dit BARREZ-VOUS TOUS ! BARREZ-VOUS ! VITE ! DEHORS ! TOUS !  
Gentille Maman prend ses enfants sous le bras et s'enfuit.  
Elle m'écrit :  
« Je n'y suis pas retournée ».  
Je comprends Gentille Maman, je n'y serais pas retourné non plus.  
Les soignants aussi tombent malades. Parfois ils se crament au boulot.  
Mais qui soigne les soignants ?  
Je n'aime pas quand un confrère fait un burn-out, je veux dire : je n'aime VRAIMENT pas quand un confrère fait un burn-out... »

Baptiste Beaulieu

[www.alorsvoila.com](http://www.alorsvoila.com)



# TABLE DES MATIERES

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>13</b>
<b>I. PARTIE 1 : CONTEXTE THEORIQUE.....</b>	<b>17</b>
A. <i>La médecine générale.....</i>	17
1. Historique.....	17
2. Définition.....	17
3. Ses caractéristiques.....	18
4. L'évolution des études de médecine.....	19
5. Etat des lieux.....	21
B. <i>Démographie médicale.....</i>	25
1. En France.....	25
2. L'île de La Réunion.....	27
3. Etat des lieux.....	30
C. <i>Le médecin malade.....</i>	33
1. L'accès aux soins.....	35
2. Le médecin face à la maladie, le diagnostic, le vécu.....	35
3. Etat de santé des médecins généralistes.....	37
4. Etat des lieux.....	43
D. <i>L'addiction au travail.....</i>	45
1. Définition.....	45
2. Les échelles d'évaluation.....	48
3. Causes et conséquences de l'addiction au travail.....	50
4. Epidémiologie dans la population générale.....	51
5. Epidémiologie chez les médecins.....	52
6. Pistes pour la prise en charge de l'addiction au travail.....	53
E. <i>Le syndrome d'épuisement professionnel ou burn out.....</i>	55
1. Historique et définition.....	55
2. Facteurs associés et corrélations en fonction des dimensions de la MBI.....	57
3. Conséquences.....	59
4. Epidémiologie.....	59
5. La Maslach Burn Out Inventory.....	61
6. Prévention du burn out.....	62
7. Prise en charge du burn out.....	64
<b>II. PARTIE 2 : DESCRIPTION DE L'ETUDE.....</b>	<b>67</b>
A. <i>Objectifs de l'étude.....</i>	67
B. <i>Matériel et méthode.....</i>	67
1. Cadre de l'étude.....	67
2. Méthode de recueil de données.....	68
C. <i>Méthodologie d'analyse statistique.....</i>	69
<b>III. PARTIE 3 : RESULTATS.....</b>	<b>71</b>
A. <i>Description de l'échantillon.....</i>	71
1. Participation.....	71

2. Caractéristiques sociodémographiques et professionnelles.....	73
B. Résultats de l'auto-questionnaire d'évaluation du burn out (MBI) .....	77
C. Résultats de l'auto-questionnaire d'évaluation de l'addiction au travail (WART).....	77
D. Corrélation entre burn out et addiction au travail.....	78
E. Autres corrélations .....	79
1. Burn out.....	79
2. Addiction au travail .....	81
<b>IV. PARTIE 4 : DISCUSSION.....</b>	<b>83</b>
A. Généralités.....	83
B. Forces et faiblesses de ce travail.....	86
1. Les limites de l'enquête .....	86
2. Les points forts de l'enquête.....	88
C. Ouvertures .....	89
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>91</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>93</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>99</b>

# LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1: RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES LIBÉRAUX AU 1 <sup>ER</sup> JANVIER 2015.....	28
TABLEAU 2 : DENSITE DES MEDECINS GENERALISTES EN ACTIVITE REGULIERE .....	30
TABLEAU 3 : PROFIL DE LA POPULATION DES MÉDECINS .....	31
TABLEAU 4 : MODE D'EXERCICE DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES .....	31
TABLEAU 5 : MODE D'EXERCICE À LA PREMIÈRE INSCRIPTION À L'ORDRE DES MÉDECINS .....	32
TABLEAU 6 : PROFILS DES TRAVAILLEURS SELON SPENCE ET ROBBINS.....	47
TABLEAU 7 : EPIDÉMIOLOGIE DE L'ADDICTION AU TRAVAIL DANS LA POPULATION GÉNÉRALE.....	52
TABLEAU 8 : EPIDÉMIOLOGIE DE L'ADDICTION AU TRAVAIL DANS LA POPULATION MÉDICALE.....	52
TABLEAU 9 : PRÉVALENCE DU BURN OUT .....	60
TABLEAU 10 : RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE DE L'ÉCHANTILLON EN FONCTION DE LA RÉGION DE RECUEIL.....	71
TABLEAU 11 : CONSOMMATION D'ALCOOL DE L'ÉCHANTILLON.....	75
TABLEAU 12 : SCORES DE L'ÉCHANTILLON AUX DIFFÉRENTES DIMENSIONS DE L'ÉCHELLE MBI .....	77
TABLEAU 13 : LIEN ENTRE ADDICTION AU TRAVAIL ET BURN OUT .....	78
TABLEAU 14 : EFFECTIF ET PART DE L'ADDICTION AU TRAVAIL EN FONCTION DE LA PRÉSENCE OU NON DE BURN OUT .....	78
TABLEAU 15 : CORRÉLATION ENTRE DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES ET LE BURN OUT.....	79
TABLEAU 16 : CORRÉLATION ENTRE PRISE DE TOXIQUES ET LE BURN OUT.....	80
TABLEAU 17 : CORRÉLATION IDÉES SUICIDAIRES/PRISE D'ANTIDÉPRESSEURS ET LE BURN OUT .....	80
TABLEAU 18 : CORRÉLATION ENTRE DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES ET L'ADDICTION AU TRAVAIL.....	81
TABLEAU 19 : CORRÉLATION ENTRE PRISE DE TOXIQUES ET L'ADDICTION AU TRAVAIL .....	82
TABLEAU 20 : CORRÉLATION IDÉES SUICIDAIRES/PRISE D'ANTIDÉPRESSEURS ET L'ADDICTION AU TRAVAIL.....	82

# LISTE DES FIGURES

FIGURE 1 : REPARTITION DES MEDECINS GENERALISTES PAR TRANCHE D'AGE ET PAR SEXE AU 1ER JANVIER 2015.....	28
FIGURE 2 : DIAGRAMME DE FLUX.....	72
FIGURE 3 : RÉPARTITION DE L'ÉCHANTILLON PAR TRANCHES D'ÂGE EN FONCTION DU SEXE.....	73
FIGURE 4 : STATUT MARITAL DE L'ÉCHANTILLON EN FONCTION DU SEXE ET POUR LA POPULATION TOTALE.....	73
FIGURE 5 : MODE D'EXERCICE DE L'ÉCHANTILLON EN FONCTION DU SEXE ET POUR LA POPULATION TOTALE.....	74
FIGURE 6 : ESTIMATION DU TABAGISME EN FONCTION DE LA TRANCHE D'ÂGE.....	74
FIGURE 7 : IDÉES SUICIDAIRES DE L'ÉCHANTILLON.....	76
FIGURE 8 : CONSOMMATION D'ANTIDÉPRESSEURS DE L'ÉCHANTILLON.....	76
FIGURE 9 : RÉSULTAT DE L'ÉCHANTILLON À L'AUTO-QUESTIONNAIRE WART.....	78

# LISTE DES ABREVIATIONS

ARS :	Agence Régionale de Santé
BO :	Burn Out
BWAS :	Bergen Work Addiction Scale
CARMF :	Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France
CES :	Certificat d'Etude Spécialisée
CHU :	Centre Hospitalier Universitaire
CIM :	Classification Internationale des Maladies
CNGE :	Collège National des Généralistes
DCEM :	Deuxième Cycle des Etudes Médicales
DES :	Diplôme d'Etudes Spécialisées
DOM-TOM :	Départements d'Outre-Mer – Territoire d'Outre-Mer
DREES :	Direction de la Recherche, des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques
DSM :	Diagnostic and Statistical of Mental Disorders
DTP :	Diphtérie Tétanos Polio
DUWAS :	Dutch Work Addiction Test
ECN :	Examen Classant National
INRS :	Institut National de Recherche et de Sécurité
MBI :	Maslach Burn out Inventory

OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
PACA :	Provence Alpes Côte d'Azur
PAIMM :	Programa d'Atencio Integral al Metge Malalt
PAMQ :	Programme d'Aide aux Médecins du Québec
PCEM :	Premier Cycle des Etudes Médicales
SAOME :	Santé Addiction Outre-Mer
SASPAS :	Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé
URML :	Union Régional des Médecins Libéraux
VIH :	Virus de l'Immunodéficience Humaine
WART :	Work Addiction Risk test
WONCA :	World Organization of National Colleges and Academies of General Practitionners/Family Physisians
WorkBAT :	Workaholism Battery

# INTRODUCTION

Dernièrement, plusieurs cas de suicides de médecins ou de soignants ont été médiatisés dont le plus récent est celui d'un cardiologue à l'hôpital Georges Pompidou à Paris. De plus en plus d'études se penchent actuellement sur la souffrance du personnel soignant et depuis quelques années certaines s'attardent notamment sur la santé psychique des médecins. Un intérêt particulier a donc été porté sur le burn out de cette population. Il a été évalué jusqu'à 50% d'épuisement émotionnel chez les médecins interrogés. (1) Une étude européenne retrouvée quant à elle jusqu'à 12% de burn out chez les médecins généralistes. (2)

Ces derniers, en plus de pratiquer leur métier de médecin, doivent aussi être considérés comme des chefs d'entreprise. Les conditions démographiques et la surcharge de travail tendent à s'accroître. En effet, la démographie médicale est mise à mal avec un nombre grandissant de déserts médicaux. Les jeunes médecins s'installent moins fréquemment et plus tardivement que leurs aînés. Par ailleurs, il est prévu de nombreux départs à la retraite ces prochaines années et ils ne seront certainement pas remplacés. Aussi, la féminisation de la profession et l'attrait des nouvelles générations pour l'installation en groupe réduisent le nombre de cabinet avec souvent des amplitudes horaires moins importantes. Tout cela entraîne une baisse de l'offre de soins et une charge de travail augmentée pour ceux qui restent installés ou qui s'installent. En plus de tous ces facteurs sociodémographiques, les tâches administratives ne font qu'augmenter et les médecins passent une bonne partie de leur temps à faire de la « paperasse », empiétant sur le temps de soins mais aussi sur leur vie personnelle. Quel est le résultat de cette charge de travail qui ne fait que s'amplifier ? Il est facile d'imaginer qu'une fois passé l'engouement de l'installation, la désillusion s'installe et parfois, ne pouvant plus faire face, les médecins s'effondrent.

Depuis le début de leurs études, les médecins sont entraînés à travailler de nombreuses heures d'affilées. Dès le concours de première année, il est demandé aux étudiants d'apprendre une quantité importante de cours dans différentes matières fondamentales. Cette exigence est identique durant la suite des études médicales. Puis il leur est demandé d'allier la pratique en stages hospitaliers avec un apprentissage théorique conséquent et, plus tard, d'enchaîner des gardes de 24 heures, avec parfois des rythmes de 70 à 90 heures de travail par semaine. On

entraîne probablement ainsi les futurs médecins à travailler de façon soutenue, à délaisser leur vie personnelle, et peut être aussi à développer une certaine addiction au travail.

Cette notion d'addiction au travail est une entité peu reconnue mais de plus en plus étudiée dans des populations de salariés. Peu d'études ont été réalisées chez les médecins, mais une étude française dans une population de médecins hospitaliers retrouve 13% de workaholics. (3)

Bien que rares études aient montré un lien entre le burn out, l'addiction au travail et le bien-être (4,5), les relations entre ces entités ne sont pas clairement définies.

Concernant la prise en charge des médecins en souffrance il existe peu d'aides. En effet, comparativement à leurs confrères hospitaliers qui peuvent avoir accès à un service de médecine de travail, même très succinct, cette possibilité est inexistante pour les libéraux. La prise en charge est donc relativement tardive si ce n'est pas trop tard.

Un nombre grandissant d'études a donc été réalisé sur le burn out des médecins mais aucune jusqu'à présent n'a porté spécifiquement sur les médecins généralistes de l'île de La Réunion. Quant à l'addiction au travail elle n'a jamais été étudiée dans une population de médecins libéraux et encore moins dans la population de médecins généralistes, ni à La Réunion.

L'idée de notre étude est née suite au constat de malaise que nous avons ressenti en médecine générale. Après notre passage en stage chez le praticien et quelques remplacements mais aussi à l'hôpital, il nous a semblé que les conditions actuelles de travail des médecins n'étaient pas optimales et qu'un certain nombre d'entre eux se trouvent en situation de souffrance. Ceci s'installe dans une problématique de fond qui est celle du « médecin malade » qui reste aujourd'hui peu acceptable socialement. De ce fait, la prise en charge des médecins en souffrance est réalisée tardivement.

Dans un premier temps, notre réflexion s'est portée sur le syndrome d'épuisement professionnel des médecins généralistes réunionnais. Il nous paraissait important en premier lieu d'en évaluer la prévalence et de déterminer quels étaient les facteurs sociodémographiques qui y étaient éventuellement associés. Par ailleurs nous nous demandions aussi s'il pouvait exister une différence entre La Réunion et la métropole.

Puis s'est imposée la question des conduites addictives des médecins et celle de leur participation éventuelle dans le processus de burn out. En particulier, nous nous sommes interrogés sur l'addiction au travail pouvant être supposée comme un facteur prédisposant au syndrome d'épuisement professionnel.

Cette étude a été réalisée avec l'idée de contribuer à définir et élaborer des pistes de prévention pour la santé des médecins.



# **I. PARTIE 1 : CONTEXTE THEORIQUE**

## **A. La médecine générale**

### **1. Historique**

En 1972, la WONCA (World Organization of National Colleges Academies Associations of General Practitioners/Family Physicians) est créée. Deux ans plus tard en 1974, le groupe de Leeuwenhorst travaille autour des missions professionnelles des médecins généralistes. (6)

C'est lors de la conférence d'Alma Ata en 1978, que la notion de soins primaires est précisée. (7)

Par la suite plusieurs travaux voient le jour concernant la définition et la description de la médecine générale. La première définition de la médecine générale de la WONCA est soumise en 1991. Puis en 1995, le CNGE propose une description des principes de la médecine générale par l'intermédiaire du Professeur Bernard Gay.

En 1998 c'est la branche européenne l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) qui publie un document sur les fondements de la médecine générale. (8) Une autre définition de la médecine générale est soumise par Olesen en 2000. (9)

Enfin en 2002, une définition consensuelle du médecin généraliste ou médecin de famille est établie par la WONCA Europe puis publiée et validée avec l'aide de L'OMS. (6)

C'est en 2004 que la médecine générale est reconnue comme une spécialité à part entière en France avec la création des ECN.

### **2. Définition**

La définition est établie en 2002 par la WONCA Europe (Société Européenne de médecine générale – médecine de famille).

La médecine générale ou médecine de famille est une spécialité médicale destinée aux soins primaires. (6) Ce qui signifie le premier contact avec le système de santé qui doit être

accessible à tous les individus. En 1978, l'OMS donne la définition suivante : « *les soins de santé primaires sont des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à tous les stades de leur développement dans un esprit d'auto responsabilité et d'autodétermination. Ils font partie intégrante tant du système de santé national, dont ils sont la cheville ouvrière et le foyer principal que du développement économique et social d'ensemble de la communauté. Ils sont le premier niveau de contact des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent, et ils constituent le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sanitaire.* » (7)

### **3. Ses caractéristiques**

Elaborées par la WONCA Europe en 2002. (6)

- ✓ « Elle est habituellement le **premier contact** avec le système de soins, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toutes autres caractéristiques de la personne concernée. »
- ✓ « Elle utilise de façon efficiente les ressources du système de santé par la **coordination** des soins, le travail avec les autres professionnels de soins primaires et la gestion du recours aux autres spécialités, se plaçant si nécessaire en défenseur du patient. »
- ✓ « Elle développe une approche **centrée sur la personne** dans ses dimensions individuelles, familiales, et communautaires. »
- ✓ « Elle utilise un mode de consultation spécifique qui construit dans la durée une **relation médecin-patient** basée sur une communication appropriée. »
- ✓ « Elle a la responsabilité d'assurer des **soins continus et longitudinaux**, selon les besoins du patient. »
- ✓ « Elle base sa **démarche décisionnelle** spécifique sur la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires. »
- ✓ « Elle gère simultanément les **problèmes de santé aigus et chroniques** de chaque patient. »

- ✓ « Elle intervient à un **stade précoce et indifférencié** du développement des maladies, qui pourraient éventuellement requérir une intervention rapide. »
- ✓ « Elle favorise la **promotion et l'éducation pour la santé** par une intervention appropriée et efficace. »
- ✓ « Elle a une responsabilité spécifique de **santé publique** dans la communauté. »
- ✓ « Elle répond aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle. »

Elles ont par la suite été modifiées en 2005 et 2011 où un douzième critère est ajouté mettant en avant la **responsabilité du patient** face à sa santé.(10,11)

## 4. L'évolution des études de médecine

### a) Historique

La création de l'internat des hôpitaux date de façon officielle de 1802 faisant suite aux travaux de Vicq d'Azyr en 1790 et de Fourcroy en 1795.

En 1801, après la création du Conseil Général des hospices, un rapport contenant 121 articles est adopté par décret du consulat. Il y figure l'importance de l'introduction d'un concours afin de différencier les externes et les internes et de répondre à la nécessité d'éliminer le favoritisme.

Le nombre de places augmente de façon exponentielle après la création de l'Assistance Publique de Paris (1849) remplaçant le Conseil Général des hospices.

Après la seconde guerre mondiale, environ un millier d'externes se présentent à une épreuve de sémiologie ouvrant à la 2<sup>ème</sup> année de médecine. Pour avancer dans les études de médecine il faut réussir les concours hospitaliers d'externat, puis d'internat. L'internat se déroule sur 4 ans et offre une chance de formation de qualité.

Il apparaît alors que certaines spécialités sont peu pourvues. Il est mis en place les certificats d'études spécialisées (CES) avec un enseignement universitaire théorique de 2 ans mais avec un manque de formation clinique contrairement à l'internat.

Les centres hospitalo-universitaires voient le jour suite à la réforme Debré en décembre 1958.

Le concours de l'externat est supprimé en 1968.

En 1972, un *numerus clausus* est instauré permettant l'accès à la deuxième année de médecine.

En 1982, il est suggéré la suppression de l'internat des hôpitaux. Mais après de nombreuses protestations il est décidé de le maintenir sous forme de concours universitaire ouvrant sur les spécialités et les étudiants qui échouent ou qui n'ont pas souhaité le présenter se destinent à pratiquer la médecine générale et sont appelés résidents.

L'instauration de ce concours national s'avère difficile et entraîne le développement de classes préparatoires le plus souvent proposées par des organismes privés. De plus, le résidanat de médecine générale est largement critiqué. (12)

Les CES sont supprimés en 1984.

## b) Déroulement actuel des études médicales

Avant la rentrée universitaire de 2010, la première année d'étude était commune aux étudiants en médecine, kinésithérapie, sage-femme et odontologie. Cette année était divisée en deux semestres avec à la fin de chacun un concours dont les résultats n'étaient connus qu'en fin d'année. Un classement était alors fait et les étudiants admis en fonction du numérus clausus.

Depuis l'arrêté de 2009 la première année est commune aux études de santé (étudiants en médecine, pharmacie, odontologie, sages-femmes), et mise en place à la rentrée de septembre 2010.

L'année est divisée en deux semestres ouvrant sur quatre concours différents auxquels les étudiants peuvent s'inscrire librement. Ainsi, à la fin de l'année quatre classements sont établis prenant en compte les épreuves communes à toutes les filières et les épreuves spécifiques. Les étudiants admis et pouvant accéder à la deuxième année de la spécialité choisie sont ceux figurants en rang utile au classement.

Une des nouveautés est que des moyens sont mis en œuvre afin de réorienter les étudiants en difficulté dès le premier semestre (13) car à l'issue de ce concours environ 80% des étudiants devront trouver une autre voie. Le taux de réussite pour le concours de médecine (14) est variable selon les universités mais se situe entre 12% à Montpellier et 29% en Polynésie française. La Réunion annonce un taux de réussite de 19,9% ; il est à noter que le département enregistre le taux le plus bas de réussite (14,4%) toutes filières confondues pour l'année 2013-2014.

En deuxième année les étudiants poursuivent l'apprentissage des matières fondamentales et réalisent un stage infirmier hospitalier de quelques semaines. (13)

La troisième année (DCEM1) est une année de transition, l'étudiant commence ses stages hospitaliers, mais en tant que simple observateur.

La 4<sup>ème</sup> jusqu'à la 6<sup>ème</sup> année sont considérées comme les années d'apprentissage de base pour la clinique, c'est l'externat.

Ces années d'études sont divisées en stages hospitaliers légèrement rémunérés et en cours théoriques repartis en 11 modules.

Le passage dans l'année supérieure se fait sur validation des examens annuels. La sixième année débouche sur un examen à l'échelle nationale, l'ECN, qui permettra à l'étudiant de choisir sa spécialité et sa subdivision géographique. (13)

L'étudiant devient alors interne et se spécialise (Diplôme d'Etudes Spécialisées).

Le DES dure entre 3 et 5 ans suivant la spécialité choisie. Les années sont réparties en deux semestres, soit en deux stages de six mois chacun à temps plein. Le passage dans l'année supérieure dépend alors de la validation de ces stages. Le DES est validé par un mémoire.

La soutenance de la thèse de médecine est obligatoire durant le troisième cycle. (13)

### **Le DES de médecine générale**

Il est d'une durée de 3 ans. Réparti en six stages hospitaliers et non hospitaliers dont 5 stages obligatoires (un en CHU, un chez le médecin généraliste, praticien agréé maître de stage, un en gynécologie et/ou pédiatrie, un en médecine adulte et un aux urgences) ainsi qu'un semestre libre.

La réussite du DES dépend de la validation de ces stages mais aussi de la validation d'un enseignement théorique ainsi que de la présentation d'un mémoire.

Afin de pouvoir s'installer, le futur docteur en médecine a 6 ans à compter de la date de sa première inscription en troisième cycle pour soutenir sa thèse de docteur en médecine.

## **5. Etat des lieux**

On constate :

- **Des études exigeantes :**

Les études médicales sont longues et fastidieuses. Dès le début, il est demandé à l'étudiant une rigueur et une abnégation qui le pousse à s'impliquer toujours plus. L'investissement attendu tout au long des études médicales amène bien souvent à mettre de côté ses loisirs par manque de temps. A 30 ans (soit en moyenne l'âge de la fin de l'internat), l'étudiant a consacré au minimum 1/3 de sa vie à ses études de médecine.

Indéniablement on enseigne alors à cette future génération de praticiens à être dévouée corps et âme à son futur métier en laissant pour compte parfois ses propres envies. Se pose alors la question des conséquences sur la santé de ces personnes.

Existe-t-il un type de personnalité particulière chez les médecins en devenir ? Le cursus médical pousse-t-il les étudiants à devenir de vrais accros à leur activité ? Cette dernière interrogation est en partie une des raisons de cette étude. Nous développerons plus loin la problématique d'addiction au travail.

- **Un métier vécu comme difficile :**

Le médecin généraliste est au cœur du système de soins. Il se trouve en première ligne en étant le premier interlocuteur et l'initiateur des soins. Ses connaissances doivent être larges, il a un rôle de coordinateur des soins. Ses champs de compétences sont très étendus. Il se retrouve face à des patients qui sont de plus en plus exigeants et voit son métier de moins en moins valorisé tant par ses pairs que par la société. En effet, le médecin est de plus en plus surveillé dans ses prescriptions, il lui est demandé de faire des économies en termes de santé avec, en contre partie, des patients de plus en plus demandeurs. Les recours en justice augmentent, l'image de la profession médicale est régulièrement ternie dans les médias qui font passer les praticiens pour des nantis plus préoccupés par leurs finances que par leurs malades. Ainsi les médecins ressentent-ils une baisse de la considération pour leur métier. 58% des médecins libéraux ont le sentiment d'être reconnu par leurs pairs, seulement 16% par les pouvoirs publics et 51% des généralistes évoquent le manque de considération des patients comme difficultés d'exercice. (15) De plus une de leurs missions est de pouvoir offrir une permanence de soins qui relève de leur responsabilité. 61% trouvent que la gestion du cabinet est une tâche contraignante et 59% vivent dans la crainte de faire des erreurs médicales. (15)

- **Un manque d'attractivité pour la médecine générale :**

En 2014, 215 postes de médecine générale sont restés vacants suite aux procédures d'affectations des ECN. (16) La médecine générale est « boudée » par les étudiants. Mais pour quelles raisons ? Les études sont-elles en cause ? Existe-t-il un manque de promotion pour les soins de premiers recours ? La qualité de vie du futur praticien interroge-t-elle les étudiants ? Est-ce un problème de vocation ?

Les internes avouent mal connaître la spécialité de médecine générale à la fin du deuxième cycle. (17) Ce qui est paradoxal car près de 50% des étudiants de second cycle seront des internes de médecine générale. Ces mêmes internes énoncent aussi le fait que durant leur cursus les spécialités autres que la médecine générale sont plus souvent mises en avant, ce qui est mal vécu. Ce manque de considération est parfois perpétué par la suite.

Les études de médecine générale évoluent mais restent toujours très centrées à l'hôpital et dans des services spécialisés le plus souvent. Durant l'externat il existe une possibilité de réaliser un stage chez le médecin généraliste mais celui-ci n'est pas accessible pour tous les étudiants par manque de maîtres de stage. Il est pourtant démontré qu'il permet d'augmenter l'attractivité pour la médecine générale. (18) Les internes de médecine générale quant à eux peuvent ne passer que 6 mois de leur cursus à appréhender leur futur métier. Au mieux pourront-ils faire un an s'ils ont accès à un stage SASPAS (Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé) mais cet accès est fluctuant suivant les universités. Ainsi les futurs praticiens passent très peu de temps durant leur cursus à apprendre les rouages de leur futur métier.

Lorsqu'on interroge les internes en fin de cycle (19), ils se montrent motivés mais aussi préoccupés face à leur arrivée dans la profession qui est « *riche mais lourde* ». Leur intérêt premier est la place centrale du médecin généraliste dans le système de soins. Ils sont inquiets face à des patients qu'ils décrivent comme plus exigeants et plus décisionnaires face à leur santé. Ils ont le sentiment que leur métier est peu valorisé aussi bien par leurs confrères que par l'Etat. Quand on aborde avec eux leur plan de carrière, ils se voient presque tous en cabinet de groupe leur permettant d'assurer les soins, mais aussi de gagner en qualité de vie personnelle. La jeune génération s'identifie peu à ses aînés.

Heureusement certains facteurs continuent d'attirer la jeune génération tels que la relation « privilégiée » avec les patients, le continuum de la prise en charge qui est globale mais aussi la pluridisciplinarité exercée par cette profession. Sans oublier l'autonomie que

permet la pratique de la médecine générale (être son propre patron, choisir de ses horaires, indépendance médicale...). (17,19)

On s'interroge alors sur les conséquences du manque d'intérêt pour cette filière et du souhait des nouveaux praticiens à travailler moins, et notamment de l'impact sur la démographie médicale que nous allons développer dans le chapitre suivant.

## **B. Démographie médicale**

### **1. En France**

#### **a) Profil de la population médicale**

En France, au 1<sup>er</sup> janvier 2015, (20) 89 788 médecins généralistes sont en activité régulière tout mode d'exercice confondu. Parmi ces médecins 58 104 exercent en activité libérale/mixte, on constate une diminution de 10,3% sur la période 2007/2015. On attend encore une diminution de ce chiffre pour 2020 (54 179). Cette baisse touche toutes les régions de France et la diminution la plus élevée enregistrée concerne l'Ile-de-France.

La moyenne d'âge des médecins en activité régulière est de 51,5 ans, avec 26,4% de plus de 60 ans et 17,4% de moins de 40 ans.

En 2007, les femmes représentent 38% de cette population, en 2015, elles sont 45%.

Concernant les médecins généralistes en France en activité régulière, la moyenne d'âge est de 52 ans, les plus de 60 ans représentent 26,7% et les moins de 40 ans 14,8%. La part des femmes est de 43%.

L'âge moyen de l'inscription à l'ordre est de 34 ans (33 ans pour les femmes, 36 ans pour les hommes) avec 58% de femmes contre 52% en 2007.

#### **b) Densité**

En 2015, la densité régionale française (20) est de 88,7 médecins généralistes libéraux et mixtes en activité régulière pour 100 000 habitants. En 2014, elle était de 134,5 en comprenant aussi les médecins généralistes salariés (21).

La région enregistrant la densité la plus faible est la région Ile-de-France avec 73 médecins généralistes libéraux et mixtes pour 100 000 habitants. La région ayant la densité la plus forte est la région Languedoc-Roussillon avec 107,7/100 000 habitants.

La densité moyenne départementale est de 132 médecins généralistes pour 100 000 habitants.

### c) Les modes d'exercices

En 2015, (20) 57,6% des médecins généralistes sont inscrits en tant que libéraux, 7,2% exercent une activité mixte et 35,2% sont salariés.

A la première inscription au 1<sup>er</sup> janvier 2015, 61,6% des médecins toutes spécialités confondues s'inscrivent comme salariés, 15,4% comme libéraux, 20,3% comme remplaçants et 3,6% en activité mixte. Sur la population des médecins généralistes 30,2% s'inscrivent comme salariés, 22,4% comme libéraux, 4,2% en activité mixte et 38,2% comme remplaçants libéraux.

### d) Les sorties

La moyenne d'âge de départ à la retraite est de 65 ans chez les médecins toutes spécialités confondues après avoir travaillé 34,9 ans (35,1 ans pour les libéraux et 33,5 ans pour les salariés).

En 2014, il y a eu 6130 départs de médecin en retraite dont 81,8% de médecins libéraux. (20)

### e) Les médecins remplaçants

Il y a 10 972 médecins remplaçants inscrits au premier janvier 2015 soit + 4,8% en 1 an dont 18,3% de retraités.

Au total 8961 remplaçants actifs soit 3,8% en plus en 1 an. La moyenne d'âge est de 43 ans et les femmes représentent 57% de cette population.

La part des moins de 35 ans est représentée par 72% de femmes et les plus de 60 ans sont représentés par une majorité d'hommes (68%).

68,3% des remplaçants exercent la médecine générale avec une moyenne d'âge de 41 ans (dont 61% de femmes).

**Au total**, on ne peut que constater qu'en France métropolitaine on enregistre une baisse importante de la densité médicale concernant les médecins généralistes en activité libérale et mixte et ceci dans toutes les régions de France métropolitaine. L'offre de soins de premier recours s'affaiblit. C'est de plus une profession toujours vieillissante qui se voit très touchée par des départs en retraite massifs et qui n'est pas remplacée dans sa totalité. De plus, chez les nouveaux arrivants, beaucoup sont attirés par le salariat et ses avantages sociaux. Ainsi

délaissent-ils le libéral. Les jeunes médecins généralistes restent longtemps remplaçants et s'installent moins. A ceci se surajoute la problématique de la féminisation de la profession. En effet, les femmes travaillent sur des amplitudes horaires moindres que leurs confrères hommes et elles envisagent plus facilement l'exercice de groupe. (22) Encore une fois ces nouveaux facteurs mettent en danger l'offre de soins ; en effet la jeune génération a tendance à ne pas vouloir s'installer seule et/ou en milieu rural et à ne pas ouvrir des cabinets sur des horaires aussi étendues que leurs aînés. Leur souhait est de pouvoir s'occuper de leur famille et avoir du temps à consacrer à d'autres activités. Le risque est donc une réduction de l'accès aux soins de premier recours. En contrepartie, on peut espérer qu'avec ce mode d'exercice les préservant d'avantage, les médecins seront plus disponibles lorsqu'ils seront au travail, car probablement moins épuisés. Il est démontré que plus les médecins ont le sentiment de ne pas passer assez de temps avec leurs proches plus le risque d'épuisement émotionnel est élevé. (23)

Du fait du climat, d'une valorisation des honoraires, de contraintes moindres pour la permanence des soins, il est possible de penser que les médecins de La Réunion possèdent de meilleures conditions de travail que leurs collègues métropolitains. Nous allons développer la démographie médicale dans le chapitre suivant.

## **2. L'île de La Réunion**

### **a) Profil de la population médicale**

En 2013, (24) il y a 1083 médecins généralistes en activité sur 2111 médecins toutes activités confondues en activité régulière à La Réunion.

Les médecins potentiellement sortants, soit les médecins âgés de 60 ans et plus, représentent 24,6% des effectifs contre 15,7% pour les moins de 40 ans sur l'ensemble des médecins actifs dans les DOM-TOM.

A La Réunion, la moyenne d'âge est de 50 ans ; les plus de 60 ans représentent 20% de la population des médecins généralistes actifs et les moins de 40 ans 16%. La part des femmes dans cette population est de 35%.

Au cours de l'année 2012, la moyenne d'âge à la première inscription au tableau de l'ordre dans les DOM-TOM est de 35 ans.

L'Agence Régionale de Santé de l'Océan Indien a récemment édité un document (25) sur la

démographie des médecins généralistes de l'île de La Réunion.

L'effectif des médecins généralistes en activité est de 1181 dont 831 en libéral et mixte (810 libéraux). On enregistre donc une hausse comparativement aux chiffres annoncés en 2013 dans l'Atlas de la démographie médicale des DOM-TOM. Les femmes représentent 36% des médecins généralistes de l'île, 37% ont plus de 55 ans, l'âge moyen est de 50,2 ans et la part des libéraux est de 69%

Figure 1 : Répartition des médecins généralistes par tranche d'âge et par sexe au 1er janvier 2015

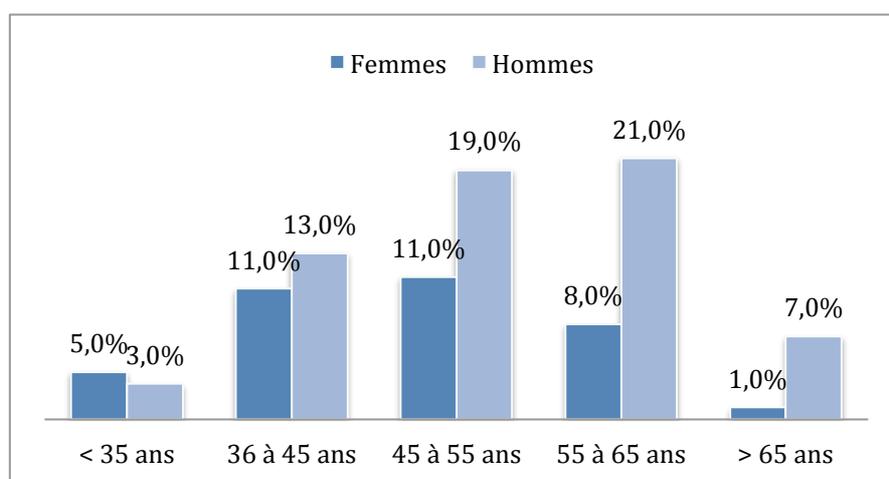


Tableau 1: Répartition géographique des médecins généralistes libéraux au 1<sup>er</sup> janvier 2015

Région	Effectif (n)	Pourcentage par rapport à l'effectif au 1 <sup>er</sup> janvier 2015
Nord-Est	290,3	35,8%
Ouest	227,0	28%
Sud	292,7	36,1%

## b) Densité

En 2013, la densité départementale des médecins généralistes libéraux mixtes et salariés à La Réunion est de 131,8 pour 100 000 habitants en 2013. Cette densité est dans la moyenne départementale française. (24)

En 2015, la densité de médecins généralistes libéraux est de 96 pour 100 000 habitants comparée à 84 en France métropolitaine. Cette densité a tendance à augmenter ces dernières

années. La densité la plus importante est relevée dans le territoire Ouest de l'île avec 107 médecins généralistes libéraux pour 100 000 habitants contre 90 pour le territoire Nord-Est. (25)

### c) Les modes d'exercice

En 2015, en médecine générale, 68,6% des médecins travaillent en libéral, 1,8% ont une activité mixte, 29,6% sont salariés. (25)

Lors de la première inscription à l'Ordre en 2013, 55,7% des médecins choisissent le salariat, 10% le libéral et 34,3% le remplacement.

Pour la médecine générale à La Réunion, 13,3% des médecins nouvellement inscrits choisissent le libéral contre 20% qui font le choix du salariat et 66,7% sont remplaçants. (24)

### d) Devenir des médecins exerçants à La Réunion en 2007

Il est à noter que 44% des médecins nouvellement inscrits ont quitté la Réunion après 5 ans d'activité.

Cinq ans après on constate chez les médecins généralistes que 35,3% travaillent en libéral, 35,3% sont salariés et 29,4% remplacent. (24)

**Au final**, La Réunion est elle aussi touchée par la féminisation et le vieillissement de la population. Il semble par contre que le département soit attractif car la densité augmente depuis quelques années.

Certes il existe un nombre important de médecins qui choisissent le remplacement et le libéral, mais une partie de ces médecins ne s'installera pas. Ils repartiront d'ici quelques années comme nous l'avons vu plus haut. En effet, les conditions de vie, d'activité (absence de gardes obligatoires, horaires libres, honoraires plus élevés etc.) attirent les jeunes praticiens à l'issue de leurs études mais force est de constater qu'ils ne s'installent pas beaucoup dans le département. On peut donc en déduire qu'il existe un turn over important de médecins généralistes pouvant altérer la qualité et l'offre de soins.

### 3. Etat des lieux

Il apparaît :

- **Une répartition inégale** des médecins généralistes en France avec une disparité Nord/Sud, zone rurale/zone urbaine. Celle-ci existe aussi à La Réunion. Le territoire Ouest étant mieux pourvu que le Nord-Est et le Sud de l'île. D'un point de vue démographique et contrairement à certaines idées reçues le département de La Réunion n'est pas mieux doté en médecins généralistes comparé à la métropole. En revanche la densité de médecins augmente contrairement à la France métropolitaine. Seulement 13% des médecins généralistes en France exercent en l'ieu rural. On s'interroge alors sur les conséquences de cette inégalité sur le travail et la vie des médecins généralistes notamment dans les régions les moins bien dotées. La charge de travail y est certainement de plus en plus lourde sans compter les autres facteurs tels que l'augmentation des charges administratives. Ainsi il y a de plus en plus de travail pour de moins en moins de médecins.

Tableau 2 : Densité des médecins généralistes en activité régulière

	Moyenne régionale 2014	Moyenne départementale 2014	Réunion 2015	Eure 2014	Paris 2014	Région centre 2014	PACA 2014
<b>Densité (pour 100000 habitants)</b>	134.5	132	140	98.1	200.3	111.6	157,4

NR = non renseigné

- **Un vieillissement de la population médicale**, avec une moyenne d'âge autour de 50 ans pour les médecins généralistes en activité. Les plus de 60 ans représentent entre 20 et 27% des médecins en activité et les moins de 40 ans entre 13 et 17%. Le renouvellement de cette population n'est donc pas prêt de se réaliser. Il semble que les médecins retraités s'inscrivent en plus grand nombre en tant que remplaçants d'année en année. Cela est-il dû à des contraintes financières ? A une difficulté de lâcher prise ?
- **Un accroissement de la féminisation**, la part des femmes médecins généralistes représente 36% et 45% respectivement à La Réunion et en France. On remarque malgré tout une augmentation du nombre de femmes en activité libérale et mixte.

Tableau 3 : Profil de la population des médecins

	<b>France 2015 Médecins</b>	<b>France 2015 Médecins Généralistes</b>	<b>Réunion 2013 Médecins Généralistes</b>	<b>DOM-TOM 2013 Médecins Généralistes</b>
<b>Moyenne d'âge</b>	51.5 ans	52 ans	50 ans	51 ans
<b>&gt; 60 ans</b>	26.4%	26.7%	20%	24.6%
<b>&lt; 40 ans</b>	17.4%	14.8%	16%	15.7%
<b>Femmes</b>	NR	45%	35%	NR

- **Un désintérêt pour la médecine libérale**, force est de constater qu'au fil des années le nombre de médecins généralistes salariés augmente, accentuant le déficit en médecins généralistes libéraux.

Tableau 4 : Mode d'exercice des médecins généralistes

	<b>France 2015 Médecins Généralistes</b>	<b>Réunion 2015 Médecins Généralistes</b>
<b>Salariés</b>	35.2%	29,6%
<b>Mixtes</b>	7.2%	1.8%
<b>Libéraux</b>	57.6%	68.6%

A La Réunion ce chiffre reste moindre (29,6%) en comparaison à la Métropole (35,2%) mais à la première inscription au tableau de l'ordre, l'activité libérale est un choix pour 13,3% des nouveaux médecins généralistes tandis qu'en métropole il est de 22,4%. Il faut cependant noter que 66,7% de ces nouveaux inscrits choisissent les remplacements à La Réunion contre 38,2% en métropole.

Tableau 5 : Mode d'exercice à la première inscription à l'ordre des médecins

	France 2014 Médecins	France 2014 Médecins généralistes	Réunion 2013 Médecins	Réunion 2013 Médecins généralistes	DOM-TOM 2013 Médecins
<b>Salarié</b>	63.4%	33.4%	55.7%	20%	70%
<b>Libéral</b>	10.7%	20.4%	10%	13.3%	8.4%
<b>Mixte</b>	3.1%	4.3%	NR	NR	NR
<b>Remplaçant</b>	22.8%	41.9%	34.3%	66.7%	21.5%

NR = non renseigné

En France comme à La Réunion, la profession de médecin généraliste est mise à mal. La démographie médicale est un point très préoccupant ces dernières années. Les déserts médicaux qui s'accroissent ont des conséquences catastrophiques sur l'offre de soins et alourdissent la charge de travail des médecins déjà installés, les poussant inévitablement à travailler toujours plus et bien trop souvent aux dépens de leur santé. Devant ce constat qui nous interroge, le chapitre qui suit est consacré à la santé des médecins.

## C. Le médecin malade

Il existe un nombre croissant d'études qui s'intéressent au problème de la santé des médecins. Le médecin malade restant un sujet délicat et tabou, de plus en plus d'auteurs tentent de lever le voile sur ce phénomène.

Bien souvent les médecins négligent leur santé en déclarant manquer de temps pour s'en occuper.

Actuellement une majorité de médecins généralistes se déclarent en tant que leur propre médecin traitant et réalisent auto-diagnostic et auto-traitement. Cela peut engendrer un retard de soins adaptés, une banalisation des symptômes, un déni... Ils ne consultent un confrère qu'en cas de nécessité. (26)

En 2008, le Conseil National de l'Ordre des médecins a publié un travail intitulé « le médecin malade ». (27) L'interrogation portait sur le comportement d'un médecin souffrant et de son soignant dans le but de proposer des aides matérielles et humaines afin de diminuer les conséquences néfastes sur le fonctionnement du cabinet du médecin malade. Y était aussi abordé l'environnement socio-professionnel et son impact sur la santé psychique des praticiens, et la remise en cause de la qualité des soins apportés au patient. Ce rapport avait pour but de proposer des pistes afin de palier au système de soins actuellement insuffisant pour la prise en charge des médecins.

Le sujet de la première partie tournait autour de la problématique du médecin malade :

- minimisation de la pathologie par le médecin atteint,
- complexité de la prise en charge réalisée par un confrère et des relations avec celui-ci,
- automédication,
- ambivalence du médecin malade face à la maladie avec une attitude variant entre négligence et panique,
- ressenti du patient médecin,
- insuffisance de la prévoyance,
- difficultés matérielles et humaines pour tenir le cabinet en cas de soins importants,
- vécu de l'incapacité de travailler ayant pour conséquence un risque important d'isolement.

Dans le second chapitre, centré sur les pathologies induites par l'environnement socio-professionnel, était évoqués :

- l'insécurité et les agressions subies par les médecins avec pour effets une diminution des visites à domicile, un regroupement des médecins...
- le surinvestissement et la charge de travail imposés dès le début des études de médecine,
- la déshumanisation de la relation médecin-malade aux dépens de l'apprentissage scientifique de la médecine,
- la multiplication des tâches et la surcharge de travail pour la prise en charge des patients, aboutissant à une abnégation,
- la démographie avec une disparité entre les zones urbaines et rurales, la féminisation de la profession et leurs conséquences sur l'offre de soins,
- la difficulté pour se faire remplacer,
- les multiples revendications des patients, les recours en justice, le changement de la relation médecin-patient, le dénigrement de la profession.

Tous ces facteurs étaient perçus comme multipliant le risque d'épuisement professionnel, d'addictions, voire de décompensation psychique.

La pathologie psychiatrique était exposée dans un troisième temps avec notamment :

- la notion de prévention des décompensations psychiatriques au cours des études,
- les pathologies invalidantes telles que la schizophrénie, le trouble bipolaire, la paranoïa,
- les addictions (alcool, médicaments, travail...).

Enfin ce rapport proposait d'apporter des propositions de réponses à la problématique du médecin-malade qui s'avérait multifactorielle :

- prendre exemple sur nos voisins espagnols qui à Barcelone ont proposé la mise en place d'un « Programme d'Aide Intégrale pour le Médecin Malade » PAIMM créé en 1998 par l'Ordre des médecins et ayant pour but d'assister les médecins souffrant de troubles psychiques et/ou d'addictions ; ou encore l'exemple du Québec avec le « Programme d'Aide aux médecins du Québec » PAMQ,
- former et sensibiliser les médecins dès le début de leurs études sur leur prévoyance et leur couverture sociale,

- encadrer l'auto prescription, inciter à la déclaration d'un médecin traitant autre que le médecin lui-même,
- mettre en place à l'initiative des conseils départementaux des moyens de dépistage et de soutien des médecins en difficulté de santé et former des professionnels à la prise en charge des médecins,
- proposer l'instauration d'une visite régulière et éventuellement la rendre obligatoire,
- accompagner certains médecins malades vers une reconversion si nécessaire,
- adapter les textes de lois afin de faciliter le remplacement par exemple...

Telle que décrite dans ce rapport, la problématique du médecin malade est donc complexe et multifactorielle, mais elle a aussi de lourdes conséquences sur l'offre de soins. Sa prise en charge devrait être une priorité.

Nous proposons ci-dessous quelques chiffres et exemples concernant la santé des médecins.

## **1. L'accès aux soins**

Dans une étude réalisée en Guadeloupe en 2011, (28) 65% des médecins généralistes avaient déclaré un médecin traitant mais 67% d'entre eux étaient leur propre médecin traitant. Dans 66% des cas l'accès au spécialiste se faisait hors parcours de soins. 79% de cet échantillon n'avaient pas consulté de confrère généraliste et 43% de confrère spécialiste dans l'année précédente.

## **2. Le médecin face à la maladie, le diagnostic, le vécu**

Dans une enquête dans les Pays de la Loire publiée en 2010 (29), 79% des médecins se déclaraient en bonne santé, 35% disaient souffrir d'une maladie chronique.

Concernant le diagnostic et le traitement pour des pathologies aiguës, 91% s'auto-diagnostiquaient et 81% faisaient leurs propres prescriptions.

Dans le cadre d'une maladie chronique 49% des médecins concernés déclaraient avoir initialement réalisé leur propre diagnostic, seulement 5% des diagnostics avaient été réalisés par un médecin généraliste. (28)

Pour exemple, dans l'étude de Gillard, (30) les médecins ont été interrogés sur leur façon de gérer une situation médicale préoccupante il s'avère que 53% avaient demandé l'avis d'un spécialiste, 42% n'avaient pas sollicité d'avis médical, et seulement 5% avaient consulté un généraliste.

Il semble donc que les médecins généralistes ne consultent pas leurs confrères de même spécialité en cas troubles somatiques aigus ou chroniques. Pensent-ils qu'ils ne feront pas mieux qu'eux même ? Sont-ils mal à l'aise de consulter ? Pensent-ils que leurs confrères ne puissent pas mettre la bonne distance ?

Lorsqu'on les questionne sur leurs motifs, ils répondent ne consulter qu'en cas de nécessité ou lorsqu'ils ont utilisé toutes leurs ressources. Ils reconnaissent rechercher la compétence avant la relation de qualité, paradoxalement avec ce qu'ils défendent au quotidien dans leur travail. Ils reconnaissent que le plus difficile pour eux est la relation. D'autres évoquent des contraintes horaires mais aussi les notions de problématique de confiance et de bonne distance. (26)

Quel est le vécu des médecins face à la maladie ?

Dans un premier temps la peur et le choc sont cités puis une représentation différente de la vision de la vie et du rapport au temps qui passe. Les médecins décrivent des difficultés à accepter la maladie et leur nouvel état de malade.

Les conséquences par la suite sont :

- difficultés de concentration,
- erreurs médicales,
- arrêt de travail, (mais certains ne le prennent pas et d'autres ne vont pas au bout de l'arrêt),
- meilleure compréhension des patients et amélioration de la prise en charge (sur le plan de l'accompagnement),
- difficultés du contre transfert,
- limitation de l'activité du médecin malade, voire cessation d'activité,
- investissement dans la connaissance des mécanismes et du traitement de la maladie dont le médecin souffre.

### **3. Etat de santé des médecins généralistes**

#### **a) Le suivi**

En 2006, lors d'une étude chez les médecins généralistes en Ile-de-France (30), 11% des interrogés se déclaraient hypertendus, 4% étaient obèses et 30% étaient en surcharge pondérale.

Dans les Pays de la Loire (29) 35% des médecins généralistes qui étaient en activité présentaient un surpoids.

Dans le panel des médecins interrogés en Haute-Normandie en 2008, les maladies ostéoarticulaires arrivaient au premier rang pour 64% des médecins libéraux, dont 72% non suivies. (15)

Il existe peu de données concernant les maladies chroniques touchant les médecins généralistes, en revanche les troubles psychiques sont plus étudiés et suscitent plus l'attention des auteurs.

#### **(1) Les vaccinations**

Environ 90% des médecins ont une couverture vaccinale contre le DTP, 85% pour l'hépatite B et 64% et sont immunisés contre la rougeole.

37% à 67% des médecins se vaccineraient contre la grippe.

La réalisation de cette vaccination est faite par le médecin lui même dans 51% des cas 30% par un médecin généraliste, 6% par un infirmier et 10% par un parent n'ayant pas de compétence médicale. (28,30)

#### **(2) Dépistage**

Dans sa thèse d'exercice Gillard (30) exposait plusieurs résultats concernant divers dépistages.

##### **Tension artérielle**

81% des médecins avaient réalisé une mesure de leur tension artérielle dans l'année.

##### **VIH**

80% des médecins avaient réalisé une sérologie VIH au cours de leur vie.

### **Cancer du sein**

84% des femmes médecins de 40 à 49 ans et 79% des plus de 50 ans avaient bénéficié d'une mammographie dans les 3 ans et 13% n'avaient jamais eu de dépistage.

### **Cancer du col utérin**

78% des femmes médecins suivaient les recommandations concernant la réalisation du cancer du col utérin à savoir la réalisation d'un frottis tous les 3 ans et 6% n'avaient jamais réalisé cet examen.

### **Cancer du colon**

Chez les plus de 45 ans, 79% des médecins n'avaient jamais réalisé le dépistage.

## **b) Généralités sur les troubles psychiques**

Dans l'échantillon guadeloupéen 34% des personnes interrogées confiaient avoir des souffrances psychologiques liées à leur activité professionnelle. Parmi ces médecins un quart avaient un suivi psychologique. (28)

Dans l'étude menée par Gillard en 2004, 31% des généralistes confiaient avoir ressenti le besoin d'une aide psychologique. (30)

En tant que gestionnaire d'un régime couvrant l'incapacité temporaire et l'invalidité, la CARMF (31) étudie la morbidité de ses affiliés médecins. Selon leur étude réalisée en 2013 la prévalence des affections psychiatriques chez les médecins était de 20,25% pour les arrêts de travail de courte durée et de 39,96% pour une longue période entraînant une mise en invalidité.

En détaillant les causes d'incapacité temporaire de travail, ce sont les affections cancéreuses (32,42 %) qui arrivent en première position de 2011 à 2013. Les motifs psychiatriques arrivent en seconde position.

Par contre, les troubles psychiatriques sont, de loin, la première cause d'invalidité définitive. Ces pathologies sont englobées dans la catégorie plus générale des maladies psychiques et addictives.

A La Réunion selon la CARMF :

- 19 médecins ont perçu des indemnités journalières au cours de l'année 2013, dont 2 pour troubles mentaux et du comportement.
- 2 médecins ont été déclarés invalides pendant l'année 2013 dont 1 pour troubles mentaux et du comportement.

## c) L'addiction

C'est une pathologie définie par une utilisation inadaptée d'une substance ou d'une activité, avec des conséquences néfastes pour l'individu.

En 1990, Aviel Goodman (32) propose dans un but synthétique une définition de l'addiction avec des critères spécifiques. Ils sont assemblés en quatre critères principaux et neuf sous critères inscrits dans une notion de durée d'un mois au moins ou avec un syndrome de répétition. Ici l'addiction est désignée comme l'échec récurrent de maîtriser un comportement et une récurrence de celui-ci malgré la connaissance des effets délétères.

Il existe plusieurs classifications internationales nosographiques dont la 10<sup>ème</sup> édition de 1993 de la Classification Internationale des Maladies de l'OMS et le Manuel Diagnostique des troubles mentaux IV révisé et le DSM-V datant de 2013.

Le DSM IV-TR (33) parle de troubles liés à une substance avec les notions d'abus et de dépendance. Il existe une différenciation en deux groupes : troubles liés à l'utilisation d'une substance (abus et dépendance) et troubles induits par une substance (intoxication, syndrome de sevrage, démence...).

Des changements sont apparus avec le DSM-V (34), introduisant les addictions comportementales laissant ainsi la place aux addictions sans produit. L'unique addiction de ce type mentionnée actuellement est l'addiction aux jeux, les autres restent encore à l'étude.

L'addiction y est donc définie comme « l'utilisation inadaptée d'une substance conduisant à une dégradation ou une détresse cliniquement significative (35). »

### (1) Les addictions aux substances

#### (a) Usage du tabac

Dans une population des médecins généralistes français sondés en 2008, 18% déclaraient être fumeurs. Les hommes étaient plus représentés que les femmes (15% contre 11%). (36,37)

Sur les 2054 médecins interrogés en 2003, en France, pour le baromètre santé 28,8% étaient des fumeurs (30,8% pour les hommes et 21,2% pour les femmes). (38) En Guadeloupe 12% des médecins généralistes sondés étaient fumeurs. (28)

#### (b) Usage de l'alcool

En 2008, des médecins généralistes de 5 régions de France étaient interrogés sur leur état de santé. Il ressortait de cette enquête que les hommes avaient 3 fois plus de risque dû à la

consommation d'alcool que les femmes. Huit médecins sur dix déclaraient avoir consommé de l'alcool dans les 12 derniers mois. (36,37)

30,3% des médecins généralistes déclaraient avoir consommé au moins 3 fois par semaine de l'alcool à l'occasion de l'enquête pour le baromètre santé de 2003, 51,1% déclaraient un usage occasionnel de une à deux fois par semaine. (38) Cette consommation était estimée à 8% de façon quotidienne et évaluée à 15% plus de trois fois par semaine en Guadeloupe. (28)

*(c) Usage des anxiolytiques,  
somnifères et antidépresseurs*

Dans l'enquête de la DREES, en 2008, environ 20% des médecins déclaraient avoir consommé des anxiolytiques ou des hypnotiques avec 24% de femmes et 19% d'hommes.

Quant aux antidépresseurs 5% du panel répondait en avoir pris dans les 12 derniers mois (8% des femmes contre 4% des hommes). (36,37)

Dans l'étude pour le baromètre santé de 2003, en France, 24,6% des généralistes attestaient avoir pris au moins un somnifère ou un tranquillisant dans les 12 derniers mois. Dans cet échantillon 75,4% n'en prenaient pas du tout, 2,1% en utilisaient tous les jours, 1,7% une fois par semaine et 6,4% une fois par mois. (38)

(2) Les addictions sans substances

Le sujet est peu abordé dans la littérature sur la population des médecins et plus précisément celle des médecins généralistes. Dans une enquête en Haute- Normandie en 2008, 15% des médecins libéraux déclarent souffrir de conduites addictives dont 5% concernant les achats compulsifs, 5% concernant l'addiction à internet et 1% concernant les addictions aux jeux. (15) La revue de la littérature ne nous a donc pas permis de trouver d'autres prévalences concernant l'addiction aux jeux, la seule addiction comportementale reconnue dans le DSM-V.

Il existe quelques études sur l'addiction au travail que nous aborderons plus loin.

**d) La dépression**

En 1994, Caplan (39) réalise une enquête sur l'anxiété et la dépression chez les médecins hospitaliers, les médecins généralistes et les chefs de service hospitaliers. Il fait alors état d'une différence significative entre les médecins généralistes et leurs confrères. Il apparaît que

27% des généralistes sont déprimés et 14% ont des idées suicidaires versus 5% chez les médecins hospitaliers.

En 2008, dans l'enquête chez les libéraux de Haute-Normandie 32% des généralistes déclarent souffrir d'une maladie anxio-dépressive ou de burn out. (15)

## e) Le suicide

### (1) Données épidémiologiques générales

#### (a) *Suicides*

En 2002, suite à une vague de suicide chez les médecins dans le Vaucluse (11 cas de suicides sur les 20 derniers décès de médecins en activité), la première étude française sur le suicide des médecins est alors menée par le Dr Yves Leopold à la demande du Conseil National de l'Ordre des médecins en 2003. La méthodologie de cette étude était la suivante : il était demandé à chaque Conseil Départemental de l'Ordre des médecins de fournir le nombre de médecins actifs de moins de 65 ans, le nombre de décès dans cette population sur une durée de 5 années et le nombre de suicides constatés au sein de cet effectif.

Soit 42 137 sur les 180 000 médecins répartis sur 26 départements français. Il retrouvait alors en 5 ans 492 décès dont 69 suicides avérés soit 14% des causes de décès chez ces médecins. A la même période le taux de suicide de la population générale était de 5,6% dans la même tranche d'âge.

Cette étude, bien que biaisée du fait que les grandes villes telles que Paris, Marseille, Lyon et Lille n'étaient pas représentées évoque une surmortalité par suicide comparée à la population générale. A noter que cette comparaison avec la population générale ne prenait pas en compte le statut social, le niveau d'étude et l'activité professionnelle.

En 2008, la Caisse de Retraite des Médecins de France (CARMF) et le Conseil National de l'Ordre des Médecins lance de nouveau une enquête à l'image d'un observatoire des décès dans la population des médecins libéraux. Ici, il s'agissait d'une déclaration basée sur le volontariat de l'entourage. Le bilan de la première année est de 195 réponses dont 16 suicides soit 8,1%. Ce qui confirmait une élévation du risque suicidaire chez les médecins libéraux avec un risque relatif de 1,8 comparé à la population générale.

Dans l'échantillon Vauclusien le Dr Yves Leopold mettait en évidence certains facteurs de risques :

- la consommation d'alcool,
- les difficultés financières,
- le divorce,
- les contentieux (juridiques, administratifs ou ordinaires),
- les troubles psychiatriques, les maladies chroniques.

Le suicide concernait surtout les médecins généralistes, les psychiatres et les anesthésistes et plus souvent les femmes que les hommes.

*(b) Tentatives de suicide*

Dans la population médicale il existe un taux de suicides aboutis plus important que de tentatives de suicide par rapport à la population générale. Les femmes sont les plus touchées.

On peut supposer, que du fait de leurs connaissances en pharmacologie et de leur accès à des moyens létaux, les médecins réussissent mieux leur suicide que la population générale.

Ainsi les tentatives de suicide sont moindres dans la population médicale. (40)

*(c) Idéation suicidaire*

Dans une enquête dans les Pays de la Loire en 2004, 13% des médecins généralistes ont présenté des idées suicidaires. (41)

En comparaison avec la population générale et les professionnels non médicaux les médecins ont plus d'idées suicidaires. Les femmes sont les plus touchées. Une corrélation est faite entre le nombre d'heures de travail, l'anxiété et le stress au travail et les idées suicidaires. (40)

(2) Données épidémiologiques  
spécifiques

Le profil du médecin suicidant est une femme jeune, célibataire, dans la période professionnellement active. Les spécialités les plus touchées sont l'anesthésie, la psychiatrie et la médecine générale ; le suicide touche autant les libéraux que les salariés. Il en est de même pour l'activité rurale et l'activité citadine.

L'intoxication médicamenteuse est le moyen le plus utilisé. Les comorbidités les plus souvent associées au suicide sont les troubles de l'humeur et les addictions. (40)

## 4. Etat des lieux

On observe :

- **Des médecins se retrouvant souvent seuls face à leur santé :**

Comme nous l'avons montré, le suivi du médecin malade est un sujet délicat et complexe. Par souci de discrétion, par gêne, ils consultent peu leurs confrères. Ainsi ils se déclarent eux-mêmes comme médecin traitant, réalisent leurs suivis, leurs diagnostics et leurs traitements. Avec parfois comme conséquence malheureuse un retard de prise en charge.

- **L'émergence d'un souci de prise en charge de la santé des médecins :**

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins s'interroge sur la mise en place d'une structure pour la prise en charge des médecins malades, ce qui semble devenir une nécessité.

- **L'existence de troubles psychiques :**

Il existe un intérêt grandissant pour la santé des médecins généralistes. On porte à notre connaissance des chiffres plus qu'inquiétants sur la santé psychique des médecins. Le suicide chez les médecins apparaît très préoccupant. De plus en plus de travaux sont réalisés sur l'impact du travail chez les médecins généralistes notamment sur le burn out que nous développerons plus loin.



# D. L'addiction au travail

## 1. Définition

L'addiction au travail n'est pas reconnue par la nosologie scientifique, notamment par les classifications de référence en médecine comme la CIM 10 et le DSM-V.

Même si depuis 2013 le concept d'addiction sans produit est introduit dans le DSM-V, cela ne concerne pour l'instant que l'addiction aux jeux.

Les définitions sont donc multiples, sans consensus, mais la notion d'addiction au travail émerge doucement et préoccupe de plus en plus les médecins du travail et les addictologues.

Comme nous l'avons cité plus haut, la définition usuelle de l'addiction est celle de Goodman introduisant les notions de plaisir, de dépendance et de répétition. L'addiction au travail pourrait être définie comme une addiction comportementale dont la définition suivante est proposée par Isabelle Varescon (42) : *« Les addictions comportementales sont le résultat d'un processus interactionnel entre un individu et un objet externe ou une activité banals, mis à la disposition de tous, qui conduit à une expérience sur laquelle se développe une dépendance principalement psychologique en raison des effets plaisants qu'elle procure et des fonctions qu'elle remplit. Cette dépendance, qui se traduit par une répétition de la conduite, la perte de contrôle, la centration et le besoin, peut entraîner des conséquences négatives pour la personne et son entourage. »*

L'addiction au travail appelée aussi workaholisme ou ergomanie est caractérisée comme une relation malade avec le travail. Ceci est défini comme une compulsion persistante à accorder de façon croissante de l'importance, du temps et de l'énergie à son travail ayant des conséquences sur les relations sociales, les vies professionnelle et personnelle et la santé.

### a) Les premières descriptions

En 1919, dans la Revue Internationale de Psychanalyse Ferenczi décrit « les névroses du dimanche ». Il s'interroge sur l'apparition de différents symptômes somatiques tels que des maux de tête ou de ventre présents pendant les jours de repos. Il évoque les termes de ses patients comme « une paresse avec mauvaise conscience ». (43)

Karl Abraham fait lui aussi part de ses observations avec des cas « d'aggravation temporaire d'état nerveux en rapport avec le dimanche et les jours fériés ». Il complète alors l'analyse de Ferenczi en ajoutant qu'un bon nombre d'individus se protègent de leurs états névrotiques par le travail intensif et « qu'ils s'habituent à se donner des capacités qui vont bien au-delà ce qui leur est objectivement nécessaire ». (44)

Puis en 1971, Oates utilise le terme « workaholic » à l'occasion de la sortie de son livre « confessions d'un workaholic ». Livre autobiographique dans lequel il narre son rapport au travail et les conséquences sur sa vie personnelle. Il le met en rapport avec l'addiction à l'alcool d'où il fait naître la contraction « workaholic » (work et alcoholic).

Les premières définitions se basent sur le nombre d'heures de travail. Les workaholiques sont décrits soit de façon positive, comme des individus impliqués, efficaces dans leur travail et épanouis dans leur quotidien, soit dépeints comme des personnes avec « une tendance irrationnelle et compulsive à travailler ». (45)

## b) Description par auteur

(1) D'après Spence et Robbins (46)

C'est en 1992 qu'ils décrivent le workaholisme comme pathologique quand il présente les 3 critères suivants :

- une forte implication au travail,
- un sentiment de contrainte au travail,
- la diminution du plaisir à travailler.

Les auteurs identifient par la suite 6 profils de travailleurs repris dans le tableau ci-dessous :

Tableau 6 : Profils des travailleurs selon Spence et Robbins

Profils de travailleur	Contrainte	Satisfaction au travail	Implication au travail
Travailleur enthousiaste	Non	Oui	Oui
Workaholique	Oui	Non	Oui
Travailleur détendu	Non	Oui	Non
Travailleur non impliqué	Non	Non	Non
Workaholique enthousiaste	Oui	Oui	Oui
Travailleur las	Oui	Non	Non

(2) D'après Scott, Moore et Micelli

Ces auteurs décrivent trois types de workaholiques :

- Le **compulsif-dépendant** : est un sujet qui est conscient de son implication trop excessive malgré les effets négatifs que cela engendre dans sa vie de tous les jours.
- Le **perfectionniste** : il fait abstraction de tout divertissement au profit de son travail. Il se soucie particulièrement des détails et présente des traits de personnalité obsessionnelle.
- Le **travailleur « réussite »** : est un individu valorisé dans le monde du travail. Il est en quête de succès et de performance. C'est une personne compétitive. (47)

(3) D'après Robinson

Robinson propose quatre catégories classées en fonction de la quantité de travail initiée et la quantité de travail accomplie :

- L'**inépuisable** : est le stéréotype du workaholic qui travaille de façon constante et compulsive. Il pense que le travail est plus important que les loisirs ou les relations sociales. Il est très perfectionniste et fait plusieurs choses en même temps. C'est un

travailleur très productif qui une fois la tâche achevée en démarre immédiatement une nouvelle.

- Le **boulimique** : a tendance à la procrastination et à travailler de façon intense à la dernière minute. Cela révèle souvent une peur de ne pas rendre un travail parfait. Il traverse donc de longues périodes sans travailler puis se met sous pression pour achever sa mission.
- Celui avec **déficit de l'attention** : s'ennuie facilement et est toujours en quête de stimulation. Il initie beaucoup de travail mais ne l'achève pas souvent.
- Le **délecté** : il est lent et méthodique. Il présente des difficultés à reconnaître qu'un travail est achevé. Il savoure son travail. (48)

## 2. Les échelles d'évaluation

### a) The Workaholism Battery (WorkBAT)

Elaborée et utilisée dans les travaux de Spence et Robbins en 1992. (46) Elle est composée de 25 items. Elle appréhende trois champs du workaholism :

- l'implication au travail,
- la contrainte au travail,
- et la satisfaction au travail.

La validité de cette échelle est discutée et il n'existe pas de version française.

### b) La Work Addiction Risk Test (WART)

Il s'agit d'un auto-questionnaire de 25 items mis au point par Robinson (49–51) en 1999, il est actuellement l'une des échelles les plus utilisées.

Les réponses sont cotées de 1 à 4 (1 : pas du tout vrai ; 2 : peu souvent vrai ; 3 : souvent vrai ; 4 : toujours vrai).

Le score du participant correspond à la somme des réponses données aux 25 items.

- si le score est inférieur à 57, la personne est considérée comme non addict au travail,
- s'il est compris entre 57 et 66, la personne est à risque d'addiction au travail,
- s'il est supérieur ou égal à 67, il existe une addiction au travail.

Elle permet d'explorer 5 dimensions :

- la compulsion, (« je fais plusieurs choses en même temps » ; « les choses ne vont jamais assez vite pour moi » ; « je continue à travailler alors que mes collègues ont quitté le bureau »)
- le contrôle, (« je suis en colère face à des situations que je ne peux pas contrôler »)
- la capacité pour communiquer et le repli sur soi, (« je suis irrité quand les personnes de mon entourage ne correspondent pas à ce que j'attends d'elle »)
- l'impossibilité de déléguer, (« je préfère faire les choses moi-même plutôt que de demander de l'aide »)
- la place du travail (« je me sens coupable quand je ne travaille pas » ; « je passe plus de temps au travail qu'en famille, avec mes amis, ou dans des activités de loisirs »).

Cette échelle est validée aux Etats-Unis mais il n'existe pas de version française traduite et validée de manière officielle.

### c) La Dutch Work Addiction Scale (DUWAS)

C'est un court auto-questionnaire composé de 17 items élaboré en 2006 par Schaufeli, Shimazu et Taris. Il est issu de deux autres échelles : the Work Addiction Risk Test de Robinson en 1999 et la Workaholism Battery ou WorkBAT de Spence et Robbins en 1992. Puis en 2009, les auteurs développent une nouvelle échelle avec seulement 10 items. Elle explore deux composantes négatives du workaholism :

- le travail excessif,
- le travail compulsif.

Cette échelle a été validée dans des populations allemande et japonaise mais il n'existe pas de version française.

### d) The Bergen Work Addiction Scale (BWAS)

Elaborée et validée dans une population d'employés norvégiens en 2012 elle se base davantage sur les critères diagnostiques du DSM. Elle se compose de 7 items. Il n'existe pas de traduction française. (52)

### **3. Causes et conséquences de l'addiction au travail**

#### **a) Les causes**

Des travaux suggèrent plusieurs causes à cette pathologie : (53–56)

##### **L'estime de soi**

Certains auteurs suggèrent qu'une faible estime de soi mène au workaholisme. Le travail serait une forme de valorisation pour ces personnes qui ont une mauvaise opinion d'elles-mêmes et leur apporte de la reconnaissance.

##### **Une échappatoire**

Pour d'autres auteurs l'addiction au travail est une façon d'échapper à la réalité de la vie personnelle du travailleur. Ainsi le travail serait un moyen de fuir face aux problèmes de la vie quotidienne.

##### **Nécessité de tout contrôler**

Des hypothèses sont avancées sur le fait que les personnes dans le contrôle permanent deviennent des workaholics. On retrouve ici des personnes qui ne sont pas en mesure de déléguer et qui ne voient pas d'autres solutions que de tout réaliser par elles-mêmes.

##### **Le modèle familial**

Les enfants dont les parents sont workaholics seraient plus sensibles à développer une addiction au travail. Certaines femmes quant à elles auraient tendance à suivre l'exemple de leurs maris. Pour certains individus s'assurer de l'amour parental passe par la réussite scolaire durant l'enfance et au travail à l'âge adulte.

##### **Un phénomène sociétal**

La compétition individuelle dans les sociétés capitalistes est citée comme une cause du workaholism.

##### **Les personnalités de type A et obsessionnelle**

La personnalité de type A est caractérisée par un individu ayant de l'ambition, supportant peu l'inactivité, très investi dans son travail et sensible à l'échec. Les obsessionnels sont eux des perfectionnistes.

## b) Les conséquences

L'acharnement au travail est néfaste pour les workaholics. Ses conséquences sont majoritairement en lien avec le stress, l'anxiété et la pression que subissent ces personnes.

**Les conséquences immédiates** sont des troubles digestifs, des insomnies, une mauvaise alimentation, une diminution de l'exercice physique, des relations sexuelles, la présence de céphalées, des douleurs musculaires et une fatigue importante.

**Sur le plan de la santé physique**, on retrouve des pathologies cardiaques plus fréquentes, le développement d'autres addictions, notamment à l'alcool, une diminution du système immunitaire et donc une sensibilité plus accrue aux infections.

**Psychiquement** les conséquences peuvent être catastrophiques, aboutir à un état dépressif et potentiellement au burn out.

Concernant **la vie familiale**, les femmes de workaholics consentent à dire qu'elles laissent leurs ambitions de côté tandis que leurs maris s'adonnent aux leurs ; ceci amène souvent à des conflits et des divorces. Leurs enfants quant à eux ont le sentiment d'avoir manqué d'affection.

Concernant **la vie professionnelle** les relations sont là aussi conflictuelles, le travail de groupe est difficile.

## 4. Epidémiologie dans la population générale

L'addiction au travail a surtout été étudiée dans des populations de salariés. Il existe peu d'études car les workaholics consultent peu et ne demandent de l'aide que lorsque les conséquences de cette addiction deviennent trop lourdes (conflits, dépression, pathologies cardiaques).

La prévalence varie de 8 à 30% : les outils de mesure sont différents et donc difficilement comparables. Nous reprenons dans le tableau ci-dessous un résumé des principaux travaux.

Tableau 7 : Epidémiologie de l'addiction au travail dans la population générale

Auteur	Année	Pays	Echelle	Population	Effectif (n)	Prévalence
I. Taghavi (57)	2010	France	WART	Salariés	55	12%
C. Andreassen (58)	2012	Norvège	BWAS	Salariés	1124	8,30%
Spence et Robbins (46)	1992	Etats-Unis	WorkBAT	Travailleurs sociaux	291	11%
S. Aziz (59)	2006	Etats-Unis	WorkBAT	Salariés	174	23%
L-A. Keown (60)	2005	Canada	Auto-évaluation	NR	NR	31%
V. MacLaren (61)	2010	Canada	NR	Salariés	948	12,40%
S. Sussman (62)	2010	Etats-Unis	NR	NR	NR	10%
Shimazu (63)	2008	Japon	DUWAS	Salariés	1988	29,40%
MD Colas-Benayoun (64)	2003	France	WART	Personnels navigants	250	8%

NR = non renseigné

## 5. Epidémiologie chez les médecins

Peu d'études existent sur la population médicale. Nous avons trouvé une étude française sur les médecins hospitaliers au CHU de Nantes et une étude allemande sur les internes en médecine.

Les prévalences retrouvées dans ces deux études sont dans la moyenne de celles des études menées chez les salariés, mais encore une fois les outils sont différents et ne permettent pas une réelle comparaison.

Tableau 8 : Epidémiologie de l'addiction au travail dans la population médicale

Auteur	Année	Pays	Echelle	Population	Effectif (n)	Prévalence
W. Schaufeli (65)	2005	Allemagne	DUWAS	Internes en médecine	2115	16%
A. Rezvani (3)	2012	France	WART	Médecins hospitaliers	444	13,30%

Les médecins semblent être touchés par l'addiction au travail. De plus, on s'interroge sur les conséquences d'une telle addiction. Les médecins souffrant d'addiction au travail sont-ils plus à risque de faire un burn out ? En dépistant l'addiction au travail, en changeant le rapport au travail dès les études de médecine, serait-il possible d'éviter que certains se retrouvent en situation d'épuisement professionnel dont les complications mènent parfois à l'arrêt de l'activité ?

## **6. Pistes pour la prise en charge de l'addiction au travail**

Il existe des alternatives proposées pour la prise en charge de l'addiction au travail. (53–56)

### **En préventif :**

- identifier les sujets à risque,
- évaluer l'impact du workaholisme au sein de l'entreprise,
- revoir les priorités et les horaires en s'assurant que les addicts au travail terminent à l'heure prévue,
- encourager les employés à développer des activités en dehors du travail, à gérer leur stress, à avoir une meilleure hygiène de vie,
- mettre en avant l'importance de l'équilibre travail-vie de famille,
- décourager les perfectionnistes,
- mettre en place des possibilités de suivi.

### **En curatif :**

**La thérapie cognitivo-comportementale** qui s'appuie sur le renforcement de l'estime de soi et la réassurance vise ainsi à modifier le rapport au travail des individus. Ils sont par ailleurs encouragés à consacrer du temps à leurs proches et à leurs activités favorites.

**Le groupe d'entraide** comme le groupe « Workaholics Anonymous » (66) né en 1983 à New York duquel est issu un groupe français « Work Anonymes » (67) créé à Paris en 2001. Ils

sont inspirés des groupes tels que les alcooliques anonymes et proposent une méthode en 12 étapes.

**Les thérapies de couple et familiale** visent à améliorer la communication au sein de la famille.

**L'entretien motivationnel** qui est une technique qui a fait ses preuves auprès des personnes souffrant d'addictions aux substances et qui pourrait avoir sa place dans le traitement de l'addiction au travail.

# **E. Le syndrome d'épuisement professionnel ou burn out**

## **1. Historique et définition**

En France, un des pionniers à se pencher sur la question est Claude Veil en 1959 (68). Il constate alors la fréquence et les conséquences sociales que les états d'épuisement peuvent engendrer. La nosologie étant atypique et polymorphe, ainsi en découlait des erreurs diagnostiques. Il conclut que les personnes étaient épuisées mais ne pouvaient pas s'arrêter. Il parle déjà de prévention en terme « d'éducation du public, d'hygiène au travail et de mesures sociales ».

Le concept de « burn out syndrom » est né aux Etats-Unis dans les années 1970. C'est en 1974 que le psychanalyste H. Freudenberger (69,70) décrit pour la première fois ce phénomène. Travaillant dans les « free clinics », des centres de soins prenant en charge des toxicomanes Freudberger constate que les équipes soignantes présentent une fatigue importante.

En 1976, C. Maslach, (71) chercheuse en psychologie sociale, se préoccupe de ce sujet. Elle identifie les trois principales dimensions du burn out.

Par la suite elle développe la Maslach Burnout Inventory (MBI), une échelle mesurant l'intensité du burn out chez les soignants. (71) Cette échelle est actuellement la plus utilisée et a été élargie aux autres professions notamment aux métiers de l'éducation MBI-Educators Survey (MBI-ES) et aux professions sans relation d'aide, MBI-General Survey (MBI-GS). (72)

### Le processus du burn out :

Le médecin est initialement très enthousiasmé par son travail et s'investit sans compter dans tous les champs de vie de la personne dont il prend soin. Il s'identifie au patient et dépense beaucoup d'énergie pour l'accompagner et le prendre en charge et cela parfois en débordant de ses fonctions. Puis il éprouve le sentiment de recevoir peu de gratitude pour son aide et il finit par s'épuiser. Il s'irrite facilement face aux attentes parfois irréalisables de ses patients alors qu'il les a en partie occasionnées. Enfin il finit par moins s'investir dans son travail dans

le but de se protéger. Il continue alors de travailler malgré la fatigue et les alertes de son entourage et finira par être forcé à s'arrêter quand il sera exténué.

La définition de C. Maslach (71) du burn out est « un syndrome de fatigue émotionnelle et de cynisme qui touche fréquemment les personnes travaillant dans le soin ».

Les dimensions retrouvées dans ses travaux sont :

- **l'épuisement émotionnel** (EE), lorsque la personne a utilisé toutes ses ressources émotionnelles, elle a le sentiment de ne plus pouvoir être disponible pour les autres. La perte de motivation pour le travail s'installe alors.
- **la dépersonnalisation** (DP) qui se retrouve sous forme de déshumanisation de la relation à l'autre (attitudes et sentiments négatifs vis-à-vis de la personne en soin, indifférence, tendance à ne plus prendre en compte la personne mais seulement son trouble).
- **La diminution du sentiment d'accomplissement personnel** (AP) se traduit par une perte de satisfaction du travail effectué et entraîne une dévalorisation.

L'auteure alertait déjà des répercussions sur la qualité des soins d'un tel syndrome (absentéisme, démission).

Les signes cliniques :

Freudenberger (70) décrit les symptômes du burn out qui peuvent être différents d'une personne à une autre et apparaissent à partir d'un an d'exercice dans une entreprise. Un des premiers signes est la perte du « charisme » avec l'apparition de doutes sur ses propres capacités.

On constate des symptômes physiques tels que :

- asthénie,
- céphalées,
- troubles intestinaux,
- sensibilité aux infections,
- troubles du sommeil,
- perte de poids.

On retrouve des symptômes psychiques tels que :

- ennui, découragement,

- sentiment d'être inutile,
- irritation, crises de colère, intolérance à la frustration,
- suspicion,
- prise de risques inconsidérés,
- labilité de l'humeur,
- rigidité,
- cynisme...

## **2. Facteurs associés et corrélations en fonction des dimensions de la MBI**

### a) Facteurs associés

#### **La charge et le rythme de travail**

La notion de volume de travail est associée au syndrome d'épuisement professionnel.

Les personnes dont le travail nécessite de travailler rapidement et dans l'urgence sont soumises à des contraintes favorisant le burn out.

#### **Le manque de reconnaissance et de soutien au travail**

Les statuts sociaux se modifient dans nos sociétés, changeant le statut de certains métiers (médecins, enseignants) auprès de la population ; cela entraînant un manque de reconnaissance.

#### **La pénibilité du travail**

Il est noté que plus l'employé entrevoit des perspectives professionnels, a accès à un soutien psychologique par exemple, moins il quitte son travail.

#### **Les risques psychosociaux**

Le stress est un facteur fortement associé à l'épuisement professionnel.

#### **Le flou des rôles et des responsabilités**

Lorsque la tâche des travailleurs prête à confusion et est mal définie, cela favorise le stress et le désintérêt s'installe.

#### **Les relations interpersonnelles**

Face aux différences sociales, éducatives et les humeurs, le travail s'avère parfois difficile.

## L'insécurité

### L'environnement familial et social

Des relations de couples compliquées, des enfants instables favorisent l'épuisement professionnel auxquelles peuvent se surajouter des problèmes de santé. (73)

### b) Corrélations en fonctions des dimensions de la MBI

Des corrélations ont pu être identifiées dans plusieurs travaux :

#### Celles en lien avec la dimension « épuisement émotionnel » :

- la charge de travail,
- le sexe féminin,
- la prise en charge de patient en fin de vie,
- la confrontation à des attentes irréalistes des patients,
- les difficultés à concilier vie professionnelle et vie personnelle,
- le nombre d'années d'exercice,

#### Celles en relation avec la dimension « dépersonnalisation » :

- le sexe masculin,
- les contentieux judiciaires,
- le sentiment de remise en cause des compétences.

#### Celles en adéquation avec la dimension « baisse du sentiment d'accomplissement personnel » :

- la lassitude décisionnelle,
- la satisfaction des relations confraternelles. (41,74,75)

Par ailleurs, les personnalités les plus à risque de burn out seraient :

- les travailleurs dévoués et engagés ;
- les travailleurs engagés insatisfaits de leurs vies personnelles ;
- les autoritaires ;
- les personnes dont l'estime de soi est fortement valorisée par le travail. (70,76)

### 3. Conséquences

#### a) Pour les médecins

Les médecins souffrant de burn out développent des troubles physiques et psychiques graves. Comme nous l'avons vu plus haut, la fatigue, le désintérêt, l'irritabilité, font parties des symptômes du burn out. Probablement dans le but d'atténuer cette souffrance, on voit la **consommation de psychotropes** augmenter chez les médecins touchés.

Dans les stades ultimes les **idées suicidaires** (41) surgissent, et trop souvent les médecins ne voient plus que le **suicide** (77) comme seule issue.

Certains choisissent la **reconversion professionnelle** (41).

#### b) Pour les soignés

##### **La dégradation de la relation médecin-patient :**

Comme nous l'avons vu une des dimensions de ce syndrome est la déshumanisation de la relation médecin-patient. Le médecin ressent donc des sentiments négatifs pour les personnes qu'il soigne et finit par ne traiter que leurs pathologies sans prendre en compte « l'humain ».

##### **Diminution de la démographie médicale :**

En Poitou-Charentes plus d'un médecin sur trois a pour projet de changer de profession à plus ou moins long terme (78) et plus d'un médecin francilien sur deux souhaite soit modifier de façon importante son activité professionnelle, soit changer de métier. (79)

Il en résulte alors une **diminution de la qualité des soins ainsi que de l'accès aux soins**.

### 4. Epidémiologie

Les taux de burn out dans la population médicale sont variables, ils vont de 1 à 12% suivant les études. Nous avons choisi de présenter ici un tableau regroupant des enquêtes menées ces dernières années. L'évaluation du syndrome d'épuisement professionnel a été faite par le biais de la Maslach Burnout Inventory pour toutes les études présentées ci-dessous.

Tableau 9 : Prévalence du burn out

	Burn out	EE élevé	DP élevé	AP faible	Pas de burn out
2001 ; Bourgogne n = 394 Spécialistes et généralistes libéraux D. Truchot (1)	NR	47,20%	32,80%	29,20%	NR
2003 ; Champagne-Ardenne n = 408 Spécialistes et généralistes libéraux D. Truchot (80)	NR	42,30%	44,50%	37,40%	NR
2003 ; Loire n = 306 Généralistes P. Cathébras (41)	5%	26%	34%	19%	16%
2003 ; Europe n = 1393 Généralistes JK Soler and al. (2)	12%	35%	35%	32%	NR
2004 ; Poitou-Charentes n = 488 Généralistes C. Zeter (78)	NR	44%	40%	34%	NR
2006 ; France n = 221 Généralistes C. Vaquin (75)	8,10%	27,10%	32,60%	27,10%	48,50%
2006 ; Corse N= 69 Généralistes C. Vaquin (75)	10,10%	36,20%	39,10%	30,40%	36,20%
2006 ; Luxembourg n = 163 Généralistes MH Mangen (23)	1,90%	10,80%	12,10%	33,10%	15,20%
2007 ; PACA n = 511 Généralistes H. Dusmesnil (74)	1%	23%	19,60%	10,60%	25%
2010 ; Roanne n = 76 Généralistes B. Otton (81)	7,10%	17,80%	25,70%	29,40%	26,90%
2010 ; France n = 4050 Interne de médecine générale A. Le Tourneur et V. Komly (82)	7%	16%	33,80%	38,90%	42%
2011 ; Nord Pas de Calais n = 451 Généralistes A. Faille (83)	6%	18,60%	26,40%	29,30%	50,80%
2013 ; Midi-pyrénées n = 131 Urgentistes YM Yven (84)	6,80%	19,80%	40,50%	32,80%	NR

EE = épuisement émotionnel ; DP = dépersonnalisation ; AP = accomplissement professionnel

## 5. La Maslach Burn Out Inventory

Cette échelle a été développée par C. Maslach et S. E. Jackson dans les années 80. (85,86)

La MBI est un auto-questionnaire composé de 22 items évalués en terme de fréquence (jamais, quelques fois par an, tous les jours...). Ils se rassemblent selon les trois dimensions du burn out que nous avons développées plus haut.

Elle a été validée et traduite en français. (87,88)

### Cotations pour l'auto-questionnaire MBI

Les réponses sont cotées de 0 à 6 (0 : jamais ; 1 : quelques fois par an au moins ; 2 : une fois par mois au moins ; 3 : quelques fois par mois au moins ; 4 : une fois par semaine au moins ; 5 : quelques fois par semaine au moins ; 6 : chaque jour).

- Les questions concernant **l'épuisement émotionnel** sont : 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20.

L'épuisement émotionnel est considéré comme bas si le résultat est inférieur à 17, modéré s'il est compris entre 18 et 29 et élevé s'il est supérieur à 30.

- Les questions concernant la **dépersonnalisation** sont : 5, 10, 11, 15, 22.

La dépersonnalisation est considérée comme faible si le résultat est inférieur à 5, modérée si elle est comprise entre 6 et 11 et élevée si elle est supérieure à 12.

- Les questions concernant l'accomplissement personnel sont : 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21.

L'accomplissement personnel est considéré comme élevé si le résultat est supérieur à 40, modéré s'il est compris entre 34 et 39 et bas s'il est inférieur à 33.

Cette échelle s'analyse donc en plusieurs dimensions. Plusieurs études dont celle de Lourel et Guenguen (86) ont montré que l'épuisement professionnel et la dépersonnalisation sont liés entre eux mais l'accomplissement personnel quant à lui n'est pas corrélé à ces deux autres dimensions. Ainsi de nombreux auteurs considèrent l'existence d'un burn out uniquement en se basant sur les valeurs obtenues aux deux premières dimensions (EE et DP), mais d'autres auteurs considèrent qu'il faut aussi un score pathologique à la troisième dimension (AP) pour parler de burn out. Dans le 1<sup>er</sup> cas on parle de burn out bidimensionnel, et dans le 2<sup>ème</sup> de burn out tridimensionnel.

## 6. Prévention du burn out

### a) En France

#### La prévention proposée par l'INRS pour les entreprises (89)

Dans un premier temps, il est proposé d'identifier et d'agir sur les risques psycho-sociaux. Ceci se fait en passant par l'information et la formation des employés, en veillant à la charge de travail de chaque individu, en proposant un soutien social, en permettant la participation aux prises de décisions et en encourageant la communication. Il est aussi conseillé de faire valoir la reconnaissance dans le travail et de préserver la motivation et l'engagement au travail.

Afin de dépister l'épuisement professionnel au sein d'une entreprise, l'INRS propose certains indicateurs pour aider les ressources humaines à déceler le burn out chez les employés. Un absentéisme régulier, des départs fréquents, une détérioration des services rendus à l'entreprise, une augmentation des actions sociales, un nombre important de visites spontanées à la médecine du travail, des suicides ou tentatives de suicides, sont des signes à rechercher afin de détecter des syndromes d'épuisement professionnel.

#### Pour les médecins libéraux

Il existe depuis quelques années des numéros verts. Depuis 2005, en Ile-de-France cette initiative a été menée par l'Association d'Aide Professionnelle aux Médecins Libéraux (AAPML) avec la participation du Dr Eric Galam. (90,91) En Haute-Garonne une association MOTS (Médecin, Organisation, Travail, Santé) a vu le jour avec l'aide du Dr Thevenot et du Dr About. (92)

### b) Chez nos voisins

#### (1) Au Québec

Depuis 1990, il existe le **Programme d'Aide aux Médecins du Québec (PAMQ)**. C'est un organisme à but non lucratif. Les médecins, les résidents et étudiants en médecine peuvent s'y adresser de façon confidentielle s'ils le souhaitent. Il a été créé dans le but d'assurer une aide professionnelle, en toute confidentialité, aux médecins en difficulté. De plus ce programme a des missions de prévention et de sensibilisation. Les intervenants sont des médecins qui sont

présents dans un but de conseil, ils ne posent pas de diagnostic et ne délivrent pas de traitement. Ils peuvent être sollicités aussi bien dans le cadre d'une souffrance importante que pour des recommandations dans le cadre de l'exercice professionnel.

Les missions du PAMQ sont de venir en aide aux médecins, résidents, étudiants en médecine et parfois à leur entourage, concernant des problématiques de :

- santé mentale,
- consommation abusive de toxiques,
- troubles des conduites sexuelles.

Mais aussi de mettre en place des programmes dans le but de :

- prévenir les problèmes de santé mentale,
- identifier précocement et accompagner vers le traitement approprié,
- soutenir et prêter assistance dans la réinsertion professionnelle. (27,40,93)

Il existe aussi le **programme de suivi administratif des médecins** ayant des problèmes de santé physique ou mentale, créé en 1999 par le Collège des médecins. Son but est de surveiller l'aptitude à l'exercice de la médecine.

Ce programme vise les médecins dont l'état de santé peut altérer la qualité des soins, notamment ceux présentant :

- un problème de santé mentale,
- certaines conditions physiques,
- des toxicomanies incluant l'alcoolisme,
- un risque de transmission d'une infection hématogène.

Un suivi dure en moyenne 2 ans. Les rôles du responsable de ce suivi sont d'obtenir des rapports réguliers sur l'évolution de l'état de santé du médecin ; de s'assurer du respect des recommandations ; d'évaluer les risques de transmissions dans le cadre d'infections hématogènes... Tout cela dans le respect de la confidentialité, sauf dans le cas de limitations ou restrictions de l'activité dont les raisons ne sont pas communiquées au public. (94)

## (2) En Espagne

Le Programme d'Aide Intégrale pour les Médecins Malades (PAIMM) a été créé en 1998 par l'Ordre des Médecins de Barcelone. Son but est d'apporter une aide aux médecins souffrants

de maladies psychiques ou de conduites addictives. Ce programme offre des soins spécialisés (hospitalisations complètes ou de jour, traitement ambulatoire) pour les médecins. Par la suite l'Ordre des Médecins de Catalogne créa en 2001 la Fondation Galtea afin d'améliorer la qualité des soins pour les soignants et ainsi améliorer la qualité de leur exercice.

Ce programme vise donc les médecins inscrits à l'Ordre des Médecins et actifs ayant la nécessité d'une prise en charge psychique.

La prise de contact se fait via un appel téléphonique au numéro suivant : 902 362 492. Un médecin spécialisé répond à cet appel de façon confidentielle et donne les informations nécessaires. Un entretien est ensuite programmé. Il est à noter que l'anonymat est préservé en attribuant un faux nom au médecin qui consulte. Des soins gratuits et confidentiels sont débutés suite à la signature d'un contrat engageant le programme et le médecin en demande d'aide.

Le PAIMM met l'accent sur le fait d'informer et d'insister auprès d'un collègue que l'on sait en situation de maladie ou de difficultés psychiques. Il rappelle que le devoir déontologique de tout médecin ayant connaissance de la situation d'un confrère malade est d'en informer le secrétariat de l'Ordre des Médecins. (27,40,95)

## **7. Prise en charge du burn out**

### **a) Dans les entreprises**

Les recommandations de prise en charge de l'INRS sont les suivantes : (89)

- apporter une aide au travailleur afin qu'il reprenne pied en prescrivant un arrêt de travail de deux à trois mois en fonction de la gravité du syndrome pour se ressourcer par du repos, de la relaxation et du sport. Associé à cela il est souhaitable d'initier un traitement par antidépresseur et une psychothérapie.
- préparer par la suite la reprise d'activité en réalisant un projet professionnel prévoyant une reprise progressive et un accompagnement de l'individu.
- dans le but de prévenir une rechute, la personne ne doit pas se retrouver dans un cadre de travail similaire.

Il est conseillé de rechercher les facteurs ayant pu entraîner ce syndrome d'épuisement en prêtant une attention particulière au temps et à la charge de travail, et de proposer d'abord une reprise partielle. Les espaces de soutien et de parole sont préconisés.

Pour la prise en charge collective, l'entreprise doit identifier les facteurs liés au travail qui peuvent conduire à un syndrome d'épuisement professionnel, en particulier agissant sur les risques psychosociaux comme le stress.

## b) Pour les médecins

La réduction du temps de travail est à prendre en compte mais elle est insuffisante à elle seule. Il semble que le travail de groupe peut permettre de limiter le burn out en favorisant l'échange et la discussion de cas complexes. Afin de prévenir le syndrome d'épuisement professionnel il est proposé d'identifier les priorités du médecin et les facteurs de stress afin de trouver un moyen de diminuer ces derniers. Il est également important de favoriser un environnement de bien-être. (96)

**En définitive**, il semble que les personnalités touchées par le burn out et l'addiction au travail ont des similarités. En effet ces deux pathologies touchent des personnes initialement dévouées et enjouées par leur travail. Le métier de médecin est particulièrement touché.

La population des médecins généralistes qui se retrouve au cœur du soin apparaît être une population à risque de développer ce type de troubles car ils sont les premiers interlocuteurs des patients dans le système de soins. Du fait de leur proximité avec les patients il leur est difficile de ne pas s'investir et de façon démesurée parfois.

Ainsi le dévouement au travail est encouragé et valorisé dès le début des études de médecine, et il semblerait que cette dévotion puisse entraîner bien souvent un état d'épuisement.

Nous constatons que la médecine est un métier en souffrance. Nous retrouvons un intérêt grandissant porté sur la santé des médecins et ses conséquences. Il y a peu de données concernant l'addiction au travail et il n'existe jusqu'à présent aucune donnée concernant l'addiction au travail et le burn out chez les médecins généralistes de l'île de La Réunion. Ces deux pathologies semblent liées mais de rares études démontrent un lien direct.

**Existe-il une corrélation entre l'addiction au travail et le burn out ? Quelles sont les prévalences de l'addiction au travail et du burn out dans la population des médecins généralistes de l'île de La Réunion ?**



# **II. PARTIE 2 : DESCRIPTION DE L'ETUDE**

## **A. Objectifs de l'étude**

L'objectif principal de ce travail est de mesurer le burn out et l'addiction au travail et de rechercher une corrélation entre ces deux pathologies.

Les objectifs secondaires sont la mesure de la prévalence de ces deux pathologies chez les médecins généralistes de l'île de La Réunion. Par ailleurs notre étude a pour objectif de décrire notre population en termes sociodémographiques ainsi qu'en termes de conduites addictives à des produits, et de voir si certains de ces facteurs peuvent être en lien avec l'addiction au travail et le burn out.

## **B. Matériel et méthode**

### **1. Cadre de l'étude**

Il s'agit d'une étude descriptive transversale réalisée par auto-questionnaires en ligne auprès de médecins généralistes de l'île de La Réunion entre février et mars 2015.

Afin de toucher un maximum de généralistes le lien permettant d'accéder au questionnaire a été diffusé par le biais de plusieurs mailing listes.

Deux relances ont été faites dans le but d'augmenter le nombre de réponses.

Les réponses à ce questionnaire se basaient donc sur le volontariat et étaient anonymes.

#### **a) Les critères d'inclusion de l'étude**

Pour être inclus dans l'étude il fallait être :

- médecin généraliste,
- en activité régulière,

- résidant dans le département de La Réunion,
- exerçant en libéral à La Réunion.

## b) Les critères d'exclusion de l'étude

Ont été exclus de cette enquête :

- les médecins d'autres spécialités que la médecine générale,
- les remplaçants en médecine générale,
- les personnes hors département,
- les médecins uniquement salariés,
- les médecins n'exerçant pas en cabinet libéral.

## 2. Méthode de recueil de données

### a) Procédure de recueil de données

Nous avons élaboré un auto-questionnaire anonyme accessible par un lien diffusé par mail. Les médecins ont été invités à remplir le questionnaire entre le 20 février et le 30 mars 2015. Il leur était demandé de ne remplir le questionnaire qu'une seule fois durant cette période.

Les praticiens ont été informés par mail sur les intentions et le but de l'étude quelques jours avant la diffusion du lien d'accès au questionnaire.

Il a aussi été proposé aux personnes ne souhaitant pas répondre en ligne la possibilité de le renvoyer le questionnaire par courrier ou par fax.

Le mode de recrutement des médecins généralistes de l'île de La Réunion a été fait au moyen de :

- la mailing liste de l'URML Océan Indien,
- la mailing liste de SAOME,
- la mailing liste du CGEOI.

## b) Elaboration du questionnaire

Le titre du questionnaire indiquait le thème de l'étude à savoir le burn out et l'addiction au travail chez les médecins généralistes de l'île de La Réunion. Un paragraphe d'introduction expliquait le cadre de l'étude (thèse de médecine).

Une première partie comprenait les données sociodémographiques des répondants.

Dans un second temps des questions sur le tabac, l'alcool, la consommation de cannabis, de somnifères et d'antidépresseurs étaient posées dans le but d'évaluer le comportement des médecins généralistes vis à vis de ces substances.

Cet auto-questionnaire a été réalisé avec pour objectif d'obtenir une évaluation du burn out et de l'addiction au travail des médecins généralistes libéraux de l'île de La Réunion.

L'addiction au travail a été mesurée en utilisant une version française de la WART. Le burn out a été évalué au moyen de la version française de la MBI en considérant l'existence de burn out selon une évaluation bidimensionnelle (scores d'épuisement émotionnel et score de dépersonnalisation élevés). L'évaluation des idées suicidaires a été faite au moyen d'une question subjective explorant leur présence et leur lien avec la situation professionnelle et/ou personnelle du sujet. Pour juger de la faisabilité de l'étude par cette méthode (acceptabilité du moyen utilisé, temps de passation), ce questionnaire a été testé auprès d'internes de médecine générale en dernier semestre et sur des praticiens hospitaliers avant d'être diffusé.

Une reproduction du formulaire utilisé pour l'étude est située en annexe.

## **C. Méthodologie d'analyse statistique**

Les variables qualitatives ont été exprimées en termes de fréquences et de pourcentages. Les variables quantitatives ont été exprimées en termes de moyennes et d'écarts types.

Les comparaisons bivariées de données quantitatives ont été effectuées à l'aide du test de Mann et Whitney ou du test de Kruskal Wallis. Les comparaisons bivariées de pourcentages ont été effectuées par le test du Chi<sup>2</sup> de Pearson ou le test exact de Fisher selon les conditions d'application.

Toutes les hypothèses ont été testées au risque alpha de 0.05.

Toutes les analyses ont été réalisées avec les logiciels STATA V11 software (StataCorp LP, College Station, TX) et BIOSTATTV.

# III. PARTIE 3 : RESULTATS

## A. Description de l'échantillon

### 1. Participation

Au total, 128 questionnaires ont été recueillis sur les 810 médecins généralistes en activité libérale sur l'île de la Réunion référencés par l'ARS au premier janvier 2015. Soit un taux de réponses de 15,8%.

Sur les 128 questionnaires reçus, 120 soit 94% ont été exploités. Huit questionnaires ont été écartés de l'analyse (figure 2) du fait de la non correspondance à la population cible.

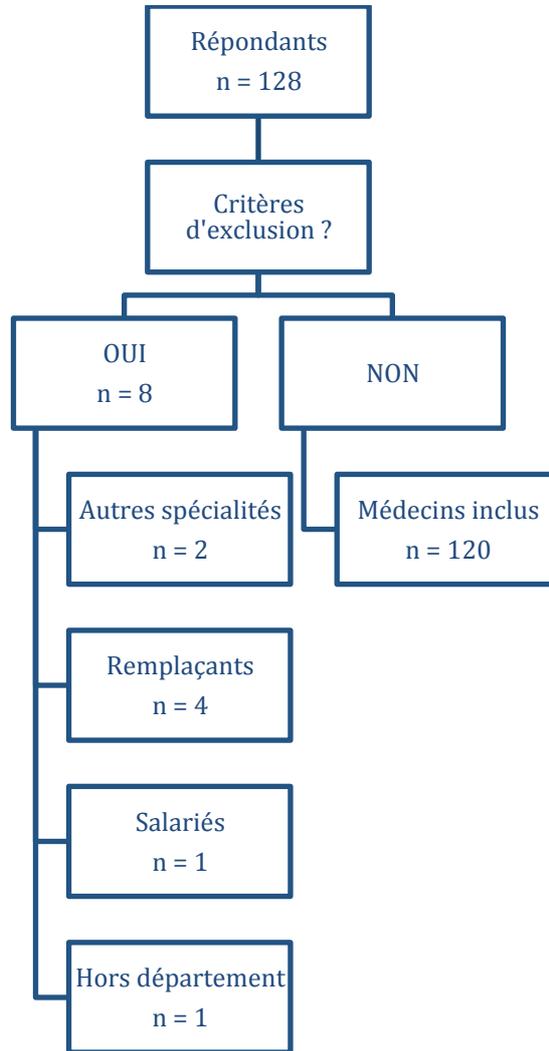
La répartition de 120 questionnaires en fonction de la région de recueil est présentée dans le tableau 10.

La participation est donc évaluée à 14,8% de la population des médecins généralistes libéraux de l'île de La Réunion et 14,5% si on prend en compte les médecins en activité mixte.

Tableau 10 : Répartition géographique de l'échantillon en fonction de la région de recueil

Région	Effectif (n)	Pourcentage par rapport à l'effectif total de l'échantillon (%)
Nord-Est	38	31,7%
Ouest	46	38,3%
Sud	35	29,2%
Non renseigné	1	0,8%

**Figure 2 : Diagramme de flux**

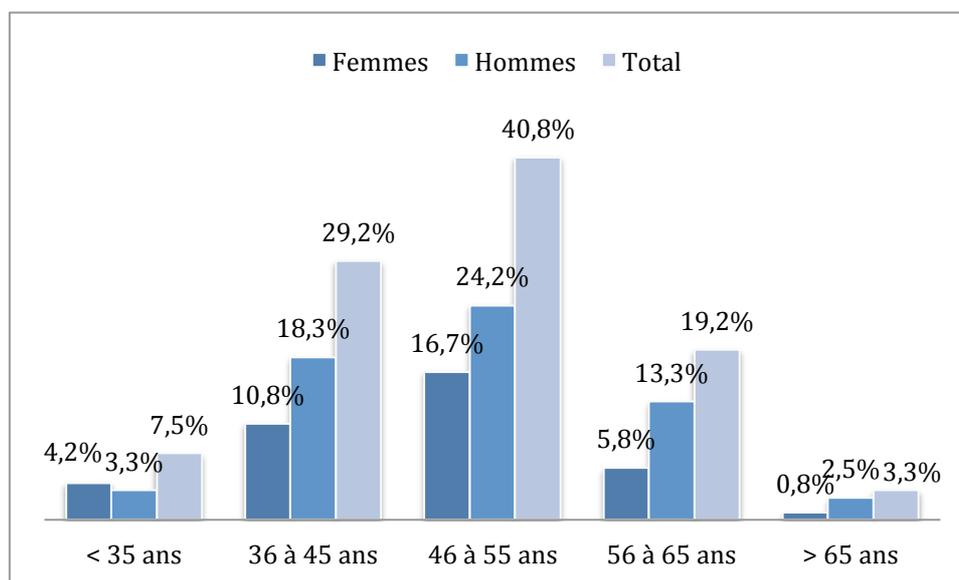


## 2. Caractéristiques sociodémographiques et professionnelles

### a) Sexe et tranche d'âge

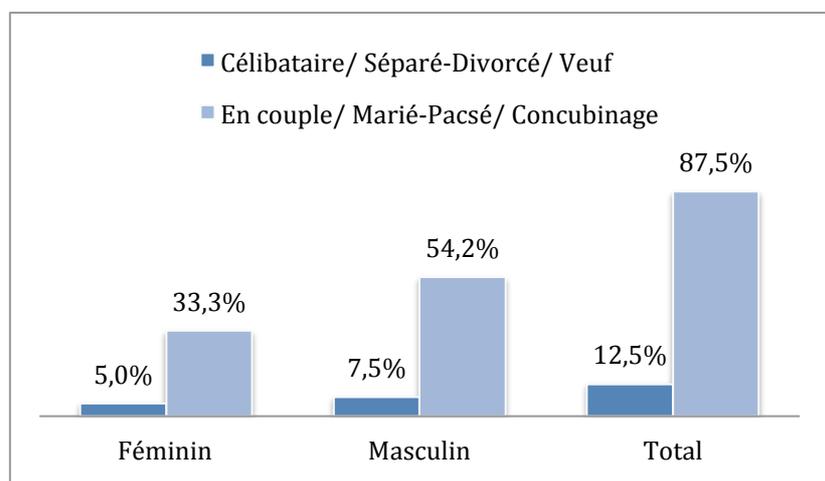
Près de deux tiers des répondants sont des hommes (61,7%).

Figure 3 : Répartition de l'échantillon par tranches d'âge en fonction du sexe



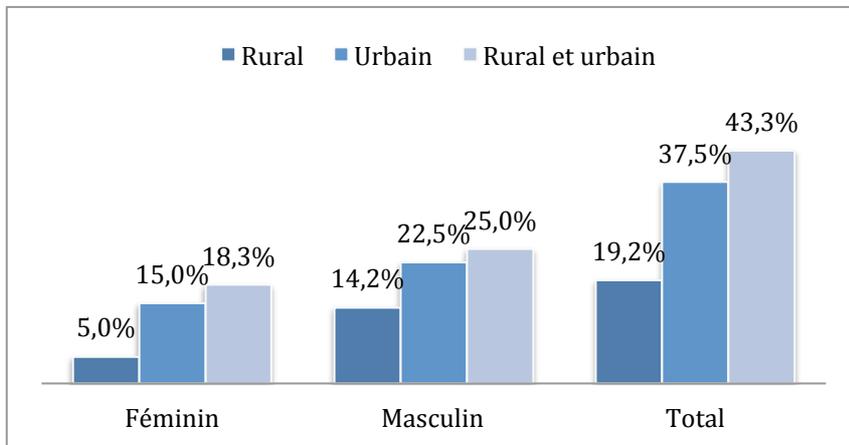
### b) Statut marital

Figure 4 : Statut marital de l'échantillon en fonction du sexe et pour la population totale



### c) Mode d'exercice

Figure 5 : Mode d'exercice de l'échantillon en fonction du sexe et pour la population totale



### d) Temps de travail

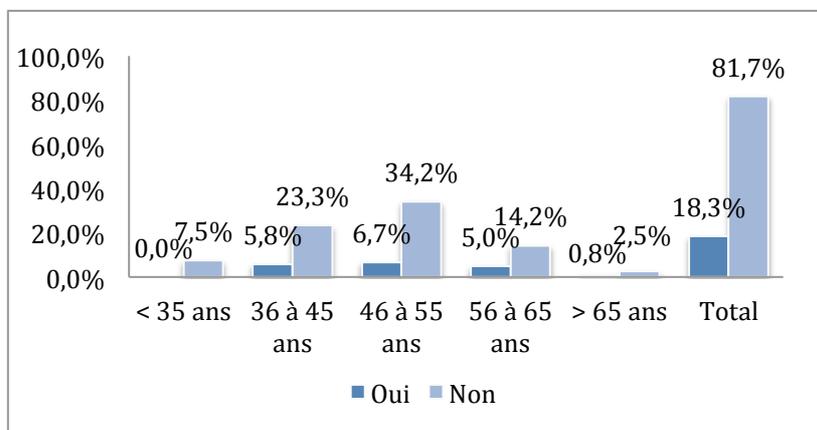
La moyenne de temps de travail déclarée de l'échantillon est de 42 heures par semaine avec un maximum à 114 heures et un minimum à 8 heures. La médiane se situe à 40 heures.

### e) Consommation de toxiques

#### (1) Tabac

Dans l'échantillon on retrouve 18,3% de fumeurs avec une tendance plutôt masculine de 14,2% vs 4,2% chez les femmes.

Figure 6 : Estimation du tabagisme en fonction de la tranche d'âge



## (2) Alcool

La consommation d'alcool quotidienne est plus fréquente chez les plus de 56 ans (13,4% de l'échantillon). Les hommes qui consomment de l'alcool quotidiennement représentent 15,8% de la population contre 2,5% des femmes.

**Tableau 11 : Consommation d'alcool de l'échantillon**

<b>Alcool</b>	<b>Effectif (n)</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Aucune consommation</b>	22	18,3%
<b>Consommation mensuelle</b>	30	25,0%
<b>Consommation hebdomadaire</b>	46	38,3%
<b>Consommation quotidienne</b>	22	18,3%

Consommation mensuelle = 1 à 2 verres par mois ; consommation hebdomadaire = 1 à 6 verres par semaine ; consommation quotidiennes = un verre ou plus par jour

## (3) Cannabis

Aucune femme ne consomme de cannabis et 1,7% (n=2) des hommes en prennent quotidiennement, ils sont âgés de moins de 46 ans. Au total 93,3% (n=112) de l'échantillon ne consomme jamais de cette substance.

## (4) Anxiolytiques et somnifères

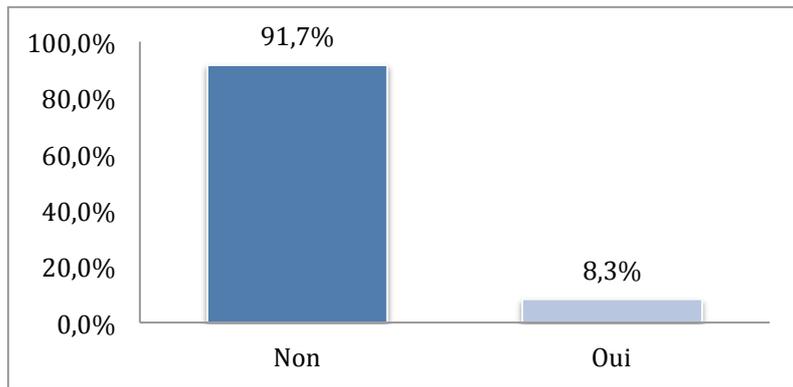
2,5% (n=3) de la population de cette enquête use d'anxiolytiques et ou de somnifères tous les jours, ils sont âgés de plus de 46 ans. 70,8% (n=85) n'en prend jamais. Cet usage est ponctuel dans l'année chez 15,8% de la population avec une tendance féminine 10,8% vs. 5% chez les hommes.

## f) Idées suicidaires et antidépresseurs

Un médecin sur 12 présente des idées suicidaires et 70% d'entre eux sont des hommes. La majorité (n=8) de ces personnes a entre 36 et 55 ans.

Les idées suicidaires sont en rapport avec la vie professionnelle seulement ou avec la vie professionnelle et la vie personnelle associées pour 6,7% (n=8) de l'échantillon et là aussi on retrouve une prédominance masculine puisque 62,5% sont des hommes (n=5).

**Figure 7 : Idées suicidaires de l'échantillon**

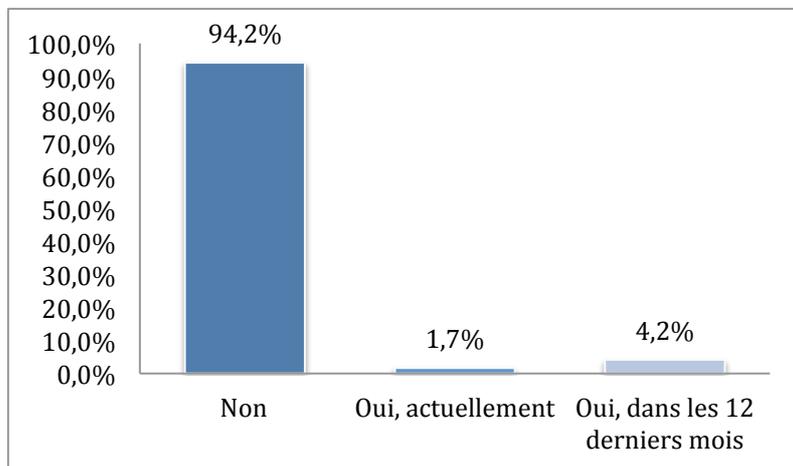


5,8% des individus de l'échantillon ont utilisé ou utilisent des antidépresseurs la part des hommes est de 57,1%.

Concernant la prise d'antidépresseurs 6,5% des femmes en consomment et 5,4% des hommes.

Cela concerne toute les tranches d'âge hormis les extrêmes (âge < 35 ans et > à 65 ans).

**Figure 8 : Consommation d'antidépresseurs de l'échantillon**



## **B. Résultats de l'auto-questionnaire d'évaluation du burn out (MBI)**

Le burn out concerne 8,3% (n=10) des médecins généralistes de cet échantillon en analyse bi-dimensionnelle.

Si on analyse chaque dimension pour la population totale, on retrouve :

**Tableau 12 : Scores de l'échantillon aux différentes dimensions de l'échelle MBI**

<b>Dimension</b>	<b>Score bas</b>	<b>Score modéré</b>	<b>Score élevé</b>
<b>EP</b>	53,3%	26,7%	20%
<b>DP</b>	51,7%	27,5%	21%
<b>AP</b>	18%	20%	61,7%

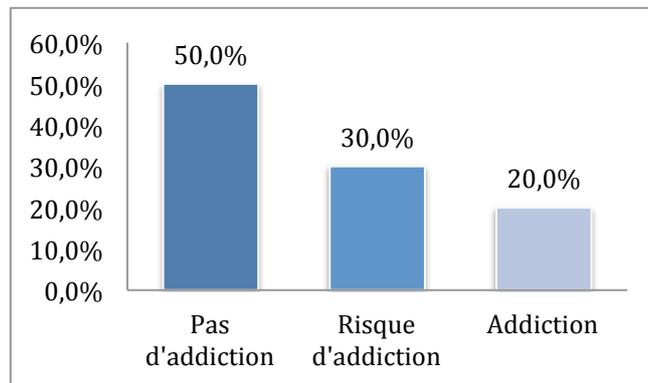
BO : burn out ; EP= épuisement professionnel ; DP= dépersonnalisation ; AP= accomplissement personnel

## **C. Résultats de l'auto-questionnaire d'évaluation de l'addiction au travail (WART)**

L'analyse des résultats montre que 20% des répondants (n=24) présentent une addiction au travail. 30% sont à risque d'addiction au travail (n=36) et 50% (n=60) ne présentent pas d'addiction au travail. Au total, un répondant sur deux présente soit un risque d'addiction au travail soit est addict au travail. (cf figure 9)

Le score moyen est de 55 soit à la limite supérieure du risque d'addiction au travail.

Figure 9 : Résultats de l'échantillon à l'auto-questionnaire WART



## D. Corrélation entre burn out et addiction au travail

Il existe une corrélation entre burn out et addiction au travail ( $p = 0,004$ ).

Tableau 13 : Lien entre addiction au travail et burn out

	Odd Ratio	Valeur p	IC 95%
Addiction au travail – Burn out	7.4775	0,004	[1.5935 ; 39.8844]

Tableau 14 : Effectif et part de l'addiction au travail en 78resence de la 78resence ou non de burn out

	Pas de burn out	Burn out	Total
Pas d'addiction au travail	n = 58 48,3%	n = 2 1,7%	n = 60
Risque d'addiction au travail	n = 34 28,3%	n = 2 1,7%	n = 36
Addiction au travail	n = 18 15%	n = 6 5%	n = 24
<b>Total</b>	n = 110	n = 10	n = 120

On constate que l'épuisement émotionnel ( $p < 0,0001$ ) est fortement corrélé à l'addiction au travail ainsi qu'à la dépersonnalisation ( $p = 0,01$ ) mais pas à la baisse de l'accomplissement personnel ( $p = 0,77$ ).

## E. Autres corrélations

### 1. Burn out

#### a) Recherche de lien entre burn out et données sociodémographiques

Lors de la recherche de corrélation entre le burn out et les données sociodémographiques on retrouve un lien significatif entre le statut marital et le burn out ( $p = 0,02$ ).

Tableau 15 : Corrélation entre données sociodémographiques et burn out

		BO + (n)	BO - (n)	p
<b>Sexe</b>	Homme	8	66	0,31
	Femme	2	44	
<b>Tranche d'âge</b>	< 35 ans	0	9	0,2
	36 à 45 ans	6	29	
	46 à 55 ans	4	45	
	56 à 65 ans	0	23	
	> 65 ans	0	4	
<b>Statut marital</b>	Célibataire	4	11	<b>0,02</b>
	En couple	6	99	
<b>Lieu d'exercice</b>	Rural	2	21	0,22
	Urbain	6	39	
	Rural et urbain	2	50	

BO + = burn out ; BO - = pas de burn out ; n = effectif

## b) Recherche de lien entre burn out et consommation de toxiques

Lors de l'analyse statistique recherchant un lien entre la consommation des différents toxiques dans notre étude on ne retrouve pas de corrélations significatives.

**Tableau 16 : Corrélation entre prise de toxiques et le burn out**

		<b>BO + (n)</b>	<b>BO – (n)</b>	<b>p</b>
<b>Tabac</b>	Oui	2	20	1
	Non	8	90	
<b>Prise quotidienne d'alcool</b>	Oui	1	21	0,69
	Non	9	89	
<b>Cannabis</b>	Oui	1	7	0,51
	Non	9	103	
<b>Somnifères et anxiolytiques</b>	Oui	5	30	0,15
	Non	5	80	

BO + = burn out ; BO - = pas de burn out ; n = effectif

## c) Recherche de lien entre burn out et problématique dépressive ou suicidaire

**Tableau 17 : Corrélation idées suicidaires/prise d'antidépresseurs et le burn out**

		<b>BO + (n)</b>	<b>BO – (n)</b>	<b>p</b>
<b>Antidépresseurs</b>	Oui	1	6	0,47
	Non	9	104	
<b>Idées suicidaires</b>	Oui	3	7	<b>0,04</b>
	Non	7	103	

BO + = burn out ; BO - = pas de burn out ; n = effectif

Il existe un lien entre le burn out et les idées suicidaires ( $p = 0,04$ ).

Il n'existe pas de corrélation retrouvée entre le nombre d'heures effectuées par semaine et le burn out  $p = 0,1307$ .

## 2. Addiction au travail

### a) Recherche de lien entre addiction au travail et données sociodémographiques

Lors de la recherche de corrélations entre les données sociodémographiques et l'addiction au travail il n'a pas été retrouvé de lien significatif.

Tableau 18 : Corrélations entre données socio démographiques et l'addiction au travail

		Wart + (n)	Wart - (n)	p
<b>Sexe</b>	Homme	17	57	0,35
	Femme	7	39	
<b>Tranche d'âge</b>	< 35 ans	1	8	0,65
	36 à 45 ans	7	28	
	46 à 55 ans	13	36	
	56 à 65 ans	3	20	
	> 65 ans	0	4	
<b>Statut marital</b>	Célibataire	19	86	0,18
	En couple	5	10	
<b>Lieu d'exercice</b>	Rural	4	13	0,86
	Urbain	10	35	
	Rural et urbain	10	42	

WART += addiction au travail ; WART - = pas d'addiction au travail ; n = effectif

### b) Recherche de lien entre addiction au travail et consommation de toxiques

Lors de l'analyse statistique afin de trouver des liens entre addiction au travail et consommation de toxiques, on retrouve une corrélation significative pour la prise quotidienne d'alcool ( $p = 0,04$ ) et la consommation d'anxiolytiques ou de somnifères ( $p = 0,02$ ).

Tableau 19 : Corrélation entre prise de toxiques et addiction au travail

		Wart + (n)	Wart – (n)	p
<b>Tabac</b>	Oui	6	16	0,38
	Non	18	80	
<b>Prise quotidienne d'alcool</b>	Oui	8	14	<b>0,04</b>
	Non	16	82	
<b>Cannabis</b>	Oui	1	7	0,56
	Non	23	89	
<b>Somnifères et anxiolytiques</b>	Oui	12	23	<b>0,02</b>
	Non	12	73	

WART += addiction au travail ; WART - = pas d'addiction au travail ; n = effectif

c) Recherche de lien entre addiction au travail et problématique dépressive ou suicidaire

Tableau 20 : Corrélation idées suicidaires/prise d'antidépresseurs et addiction au travail

		Wart + (n)	Wart – (n)	p
<b>Antidépresseurs</b>	Oui	4	3	<b>0,03</b>
	Non	20	93	
<b>Idées suicidaires</b>	Oui	7	3	<b>0,0005</b>
	Non	17	93	

WART += addiction au travail ; WART - = pas d'addiction au travail ; n = effectif

Il existe un lien entre l'addiction au travail et la prise d'antidépresseurs ( $p = 0,03$ ). Et il existe une forte corrélation entre addiction au travail et idées suicidaires ( $p = 0,0005$ ).

Par ailleurs, il existe une relation entre le nombre d'heures travaillées par semaine et l'addiction au travail ( $p = 0,0417$ ).

# **IV. PARTIE 4 : DISCUSSION**

## **A. Généralités**

Il existe actuellement une préoccupation au sujet de la santé des médecins. Ces derniers sont rarement et peu pris en charge et développent parfois des troubles psychiques graves. Par ailleurs le travail peut être à l'origine d'une souffrance qui n'épargne pas pour autant les médecins. Le burn out fait partie des manifestations de cette souffrance au travail et peut être retrouvée chez les médecins. Ces derniers représentent une population à risque de développer cette pathologie du fait d'une tendance à accomplir une grande charge de travail. Par ailleurs, compte tenu de l'importance de la charge de travail des médecins et de leurs responsabilités, on peut se poser la question de l'existence d'une véritable addiction au travail dans cette population.

L'hypothèse principale de notre enquête était que le burn out et l'addiction au travail étaient liés.

Dans le but de démontrer cette hypothèse nous avons interrogé, par l'intermédiaire d'un questionnaire anonyme diffusé par mail, des médecins généralistes volontaires de l'île de La Réunion. L'addiction au travail et le burn out ont donc été explorés respectivement par le biais de la Work Addiction Risk Test et de la Maslach Burn out Inventory, échelles de mesure validées et déjà utilisées dans d'autres études pour quantifier ces phénomènes.

Par ailleurs, nous avons aussi tenté de vérifier nos hypothèses secondaires en mesurant la prévalence du burn out et de l'addiction au travail à La Réunion pour les comparer à celles de la métropole. Mais nous avons aussi recherché l'existence d'éventuelles corrélations entre ces deux pathologies et les facteurs sociodémographiques, d'autres types d'addictions aux substances et les idées suicidaires.

Notre enquête corrobore l'existence d'un lien entre l'addiction au travail et le burn out dans la population de médecins généralistes de La Réunion que nous avons pu explorer.

Ceci semble confirmer la corrélation positive qui a été retrouvée par Shaufeli, dans une étude de 2008 dans une population de cadres des télécommunications. L'objectif de son étude était alors de prouver que l'addiction au travail, le burn out et l'engagement au travail étaient trois

entités bien distinctes corrélées au bien-être. (4) En 2009, ce même auteur a réalisé une autre étude chez des internes en médecine allemands qui montrent que le workaholism est un facteur de risque individuel qui contribue à l'épuisement professionnel. (5)

Le résultat principal de notre étude va donc dans le sens des données de la littérature.

Il est à noter que nous ne retrouvons pas de lien entre l'addiction au travail et la dimension « accomplissement personnel » de la MBI.

La prévalence du burn out de notre échantillon est de 8,3% en analyse bi dimensionnelle (soit pour les dimensions : épuisement émotionnel et dépersonnalisation). Elle est de 3,6% si l'on considère les trois dimensions de la Maslach Burnout Inventory. Ces chiffres se situent dans la moyenne des études antérieures réalisées en métropole. Le taux minimum (en analyse bi dimensionnelle) retrouvé a été de 1% pour la région PACA (74) et le taux maximum de 10,1% pour les médecins corses (97). Dans le Nord Pas de Calais, le pourcentage de médecins en burn out en analyse bi dimensionnelle est de 11,3% (83). Si on considère uniquement la dimension « épuisement émotionnel », la prévalence de celle-ci est de 20% dans notre échantillon. C'est un chiffre qui est dans la moyenne des autres études sans pour autant faire partie des plus élevés enregistrés jusqu'à présent. Le taux le plus haut est de 47% en 2001 en Bourgogne (1) et le plus bas enregistré est de 10,8% pour les médecins généralistes luxembourgeois (23).

Ainsi, notre population de médecins généralistes de La Réunion serait-elle tout aussi touchée par le burn out que celle de leurs confrères métropolitains.

Selon nos résultats le fait d'être en couple ne semble pas protéger du burn out. Cependant, dans notre étude il n'a pas été demandé le nombre d'enfants, notamment le nombre d'enfants à charge. De même, nous n'avons pas d'informations concernant la situation professionnelle du conjoint. Une hypothèse permettant peut-être d'expliquer cette corrélation serait que ces médecins pourraient s'épuiser d'autant plus que la charge de subvenir aux besoins de la famille pèserait sur leur épaules.

Nous n'avons pas trouvé non plus de relation entre le nombre d'heures travaillées et le burn out. Or, il a été démontré qu'une charge de travail moindre diminue l'épuisement émotionnel. En revanche l'accomplissement personnel s'accroît avec le nombre d'heures travaillées (80), mais cette dimension n'est pas prise en compte dans l'existence d'un burn out. Ainsi, même si

le nombre d'heures travaillées améliore l'accomplissement personnel, cela ne permettrait pas de compenser l'épuisement émotionnel qui en découlerait. On pourrait donc s'attendre à ce que le burn out soit d'autant plus important que le nombre d'heures travaillées est grand. Cette hypothèse n'est cependant pas validée par nos résultats, et cela peut probablement s'expliquer par le manque de puissance de notre étude du fait d'un échantillon trop faible.

Il n'a pas été retrouvé non plus de corrélation entre la prise des différents toxiques étudiés et le burn out. Une étude réalisée par Truchot, Lheureux et Borteyrou chez 1890 médecins généralistes répartis sur 5 régions françaises fait état de résultats similaires. En effet, ils constatent que la dimension « épuisement émotionnel » n'est ni associée à la consommation d'alcool ni à la consommation de tabac. En revanche cette dimension est significativement liée à la prise d'anxiolytiques et d'antidépresseurs ainsi qu'à la présence d'idéation suicidaire (98,99). Notre étude va dans ce sens : nous montrons ici qu'il existe un lien entre burn out et idées suicidaires, et ce résultat va donc dans le sens des précédentes données de la littérature.

La prévalence de l'addiction au travail dans notre échantillon est de 20%. Elle est tout à fait dans la moyenne des études réalisées précédemment même s'il existe peu de chiffres dans la population médicale et aucun chez les médecins généralistes. Dans l'étude de Rezvani, sur une population de médecins hospitaliers de Nantes, la prévalence était de 13,3%. (3)

De plus, si l'on prend en compte les personnes à risque d'addiction au travail de notre étude ainsi que les addicts, ce chiffre est de 50% alors qu'il était de 48% dans l'enquête de Rezvani. Ceci prouve que les médecins généralistes sont très concernés par l'addiction au travail tout comme leurs confrères hospitaliers. Il ne s'agit donc probablement pas ici d'un problème de spécialité médicale, mais peut être plutôt du métier de médecin et éventuellement de leur formation.

En ce qui concerne l'addiction au travail et le nombre d'heures de travail nous avons trouvé un lien entre ces deux données. On peut identifier ceci comme un facteur de risque de l'addiction au travail. De plus, comme dans les autres phénomènes addictifs on peut penser que la personne addictive travaille de plus en plus afin d'éprouver de la satisfaction. Celle-ci a peut-être tendance à diminuer petit à petit et, afin de retrouver le plaisir, le médecin accroît son temps de travail. Il serait peut-être intéressant de rechercher chez les sujets addicts une éventuelle augmentation des plages horaires travaillées au fil du temps, un phénomène de

tolérance comme avec certaines addictions à des produits qui entraînent le consommateur à augmenter progressivement les doses.

Notre étude ne retrouve pas de lien entre l'addiction au travail et les données sociodémographiques. L'étude menée par Rezvani ne retrouve pas non plus de lien avec l'âge et le sexe chez les médecins hospitaliers. (3)

Par ailleurs, une corrélation entre l'addiction au travail, la prise d'alcool quotidienne et la consommation d'anxiolytiques et de somnifères est retrouvée dans cette étude. Ces consommations peuvent être vues comme une conséquence de l'addiction au travail. On peut aussi penser qu'une personne ayant une addiction est plus à risque d'en développer d'autres.

Dans l'étude sur les médecins hospitaliers de Nantes, il n'a pas été retrouvée de corrélation entre la consommation de substances psychoactives (tabac, caféine, alcool, opiacés, médicaments, cannabis) et l'addiction au travail. (3)

Pour finir, dans notre enquête, les idées suicidaires et la prise d'un antidépresseur sont corrélées avec l'addiction au travail. Il est probable que les idées suicidaires et la dépression soient des conséquences de l'addiction au travail. Ainsi la souffrance liée à l'addiction au travail entraînerait une dépression et des idées suicidaires. Mais il est possible aussi d'avancer une hypothèse alternative selon laquelle l'addiction au travail serait une manière de lutter contre la dépression et les idées suicidaires (comme on peut parfois voir des comportements d'hyperactivité de type maniaque de défense contre ces deux entités). Nous n'avons pas pu retrouver d'éléments dans la littérature nous permettant de comparer ce résultat.

## **B. Forces et faiblesses de ce travail**

### **1. Les limites de l'enquête**

Cette étude est quantitative et descriptive. Elle comporte des biais de méthodologie malgré nos efforts pour les éviter. Certains aspects peuvent ainsi être critiqués.

En particulier il existe un **biais de recrutement** ; les médecins généralistes ayant répondu sont peut-être des médecins sensibilisés ou touchés par le burn out et/ou l'addiction au travail. Par ailleurs, les médecins ayant présenté un burn out au moment de l'étude ont pu échapper au questionnaire n'étant alors pas disponibles pour y répondre. Les personnes contraintes à une forte activité professionnelle n'ont quant à elles peut-être pas pris le temps de répondre. On peut aussi envisager que l'exploration de l'addiction au travail et des autres addictions ait pu déranger certains médecins ; ceci étant alors vu comme quelque chose de pathologique et de négatif.

Par ailleurs, nous avons choisi de prioriser l'envoi et la réponse par mail, pour des raisons notamment de budget, mais aussi parce qu'il semble qu'actuellement la majorité des cabinets de médecine libérale soient équipés de l'outil informatique. La plupart des études réalisées jusqu'à présent l'étaient par le biais d'un questionnaire envoyé par voie postale. Le fait d'utiliser un questionnaire par mail a pu poser des problèmes techniques liés à l'utilisation de l'outil informatique. Mais il pouvait aussi exister une méfiance vis à vis de l'informatique et d'internet, c'est pour cela que nous avons proposé la possibilité de renvoyer le questionnaire par voie postale ou par fax ; cependant, aucun des médecins répondants n'a choisi de le retourner de cette façon. Il est aussi possible que lors de l'envoi le mail soit passé pour un spam et qu'il est été ignoré. Le taux de participation est de 14,8%. Ce taux est moins important que celui d'autres études menées sur le burn out ou sur l'addiction au travail. Il serait donc intéressant de réaliser cette enquête à plus grande échelle pour confirmer nos différents résultats.

Les médecins membres du jury faisant partis de la population des médecins généralistes de l'île de La Réunion connaissaient le sujet et l'hypothèse de travail et ont pu ajouter un **biais de sélection**. En effet, certains ont même participé à la diffusion du questionnaire.

D'autre part il existe probablement un **biais d'information** (de déclaration), les médecins répondants ont pu sur ou sous-évaluer leurs consommations de toxiques par exemple. Mais nous avons tenté de minimiser celui-ci en garantissant l'anonymat du questionnaire. La subjectivité de certaines questions pouvait en outre favoriser ce biais. Il s'agit surtout ici de la question posée sur les idées suicidaires qui ne sont pas évaluées via un questionnaire validé, mais par une question subjective. Enfin, dans les évaluations des auto-questionnaires, la

cotation est parfois fastidieuse du fait des nuances entre « souvent vrai », « peu souvent vrai », « une fois par mois au moins », « quelques fois par mois au moins »...

Dans les modalités de l'enquête, on peut aussi critiquer la courte durée du recueil de données (un mois et demi), le taux de réponses aurait peut-être été plus conséquent si cette période de recueil avait été prolongée. Nous avons aussi remarqué que le taux de réponses était plus important dans les jours suivant les relances. Celles-ci auraient dû être plus régulières afin d'avoir un nombre plus important de réponses. Mais les relances risquaient par contre de majorer le nombre de doublons.

Pour finir, la question de l'addiction au travail est un sujet à controverse car ce n'est pas une entité reconnue dans la nosologie psychiatrique. C'est parce que cette pathologie est de plus en plus étudiée ces dernières années que nous avons fait ce choix. Le choix de l'auto-questionnaire WART est quant à lui aussi critiquable car il n'est pas validé en français bien qu'il reste l'un des plus utilisé pour évaluer l'addiction au travail et qu'il soit très utilisé aux Etats-Unis. Il n'existe par ailleurs pas d'échelle validée en français permettant d'évaluer l'addiction au travail.

## **2. Les points forts de l'enquête**

C'est la première enquête sur le burn out et l'addiction au travail chez les médecins généralistes de l'île de La Réunion. Cette étude met aussi l'accent sur la forte prévalence de l'addiction au travail chez les médecins généralistes et nous fait nous interroger sur l'origine de ce phénomène. Le burn out quant à lui n'avait jamais été évalué dans la population des médecins généralistes de l'île de La Réunion.

C'est aussi la première fois que l'on évalue les idées suicidaires chez les médecins généralistes de l'île et le résultat est alarmant. Le lien entre l'addiction au travail et les idées suicidaires est montré pour la première fois, on s'aperçoit qu'il n'est d'ailleurs pas nécessaire d'être en burn out pour être dans une telle souffrance.

Elle permet de confirmer le lien étroit entre l'addiction au travail et le burn out. Ce lien direct n'avait à priori jamais été étudié jusqu'à présent.

Malgré un échantillon assez faible, cette enquête a concerné les médecins de toute l'île. Et même si cette participation n'était pas celle attendue, les médecins ont formulé des remarques encourageantes et ont manifesté leur intérêt pour notre sujet.

Nous livrons d'ailleurs en annexe 3 les commentaires laissés par les médecins qui ont répondu à l'enquête. A noter qu'un travail complémentaire consisterait à faire une analyse qualitative de ces réponses.

Bien que le burn out soit un sujet d'actualité, l'addiction au travail est encore un sujet peu étudié. Etablir un lien entre ses deux entités peut permettre de donner des pistes quant à la prévention et la prise en charge de ces deux troubles.

Ainsi dans un premier temps l'enquête a-t-elle pu chez certains répondants participer à une prise de conscience de leur santé psychique.

## **C. Ouvertures**

Le taux inquiétant d'idéation suicidaire (8,3%) de notre enquête en lien ou non avec les deux pathologies étudiées nous permet de conclure qu'il existe une souffrance chez les médecins généralistes de l'île de La Réunion et que notre enquête ne nous permet qu'en partie d'en trouver la cause. Il serait donc intéressant de faire des études complémentaires sur ce sujet.

Par ailleurs, les résultats nous permettent de conclure sur le fait que la profession de médecin est sensible à l'addiction au travail. Cela nous interroge sur l'existence d'un ou plusieurs facteurs communs pouvant induire cette pathologie dans l'exercice de ce métier. En particulier on peut se demander si la formation des médecins n'est pas en cause. En prenant en compte les tentatives d'amélioration des conditions de travail des internes il serait intéressant de vérifier si ces derniers sont aussi touchés que leurs aînés.

Enfin, rappelons que notre étude n'a été conduite que sur un échantillon relativement restreint de la population de médecins généralistes de l'île de La Réunion et doit donc être considérée comme une étude pilote. Il serait intéressant de pouvoir faire une étude de plus grande envergure afin de vérifier nos résultats sur tous les médecins de La Réunion, ou à plus grande échelle sur le territoire national.



# CONCLUSION

Cette étude menée sur l'île de La Réunion complète les données sur la forte prévalence de burn out chez les médecins, mais révèle aussi l'existence d'une corrélation de ce dernier avec l'addiction au travail. Elle offre pour la première fois une évaluation de l'addiction au travail dans la population des médecins généralistes.

Sur plus de 800 médecins interrogés, 14,5% ont répondu à l'aide d'un auto questionnaire. Ainsi nous confirmons le lien entre burn out et addiction au travail. Il apparaît que 8,3% des médecins généralistes de l'île de La Réunion soient en burn out et que 20% soient épuisés émotionnellement. Le burn out touche le plus souvent les hommes entre 36 et 55 ans. Elle concernerait majoritairement les médecins exerçant en milieu urbain.

L'addiction au travail menacerait 20% de cette population et 30% serait à risque d'addiction au travail. Les médecins workaholics sont plus souvent des hommes entre 36 et 55 ans. Ce phénomène touche plutôt les médecins célibataires exerçant en milieu urbain ou urbain et rural. Même si cela peut sembler une évidence, nous confirmons un lien entre l'addiction au travail et le nombre d'heures travaillées hebdomadaires. Cette pathologie serait aussi en lien avec la consommation d'alcool, d'antidépresseurs et d'anxiolytiques.

Les idées suicidaires quant à elles sont présentes chez un médecin sur douze. De plus, elles sont corrélées avec le burn out et avec l'addiction au travail.

Nous faisons ainsi état d'une situation préoccupante existant chez des médecins généralistes et pouvant avoir de graves conséquences sur l'offre de soin. Il semble nécessaire de se pencher au plus vite sur la santé de cette population.



# BIBLIOGRAPHIE

1. D. truchot. Le burnout des médecins libéraux en Bourgogne. Rapport de recherche pour l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Bourgogne. 2001.
2. Soler JK, Yaman H, Esteva M. Burnout in European general practice and family medicine. *Soc Behav Personal*. 2007;35(8):1149-50.
3. Rezvani A. L'addiction au travail [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales; 2012.
4. Schaufeli WBT Toon W va Rhenen, Willem. Workaholism, Burnout, and Work Engagement: Three of a Kind or Three Different Kinds of Employee Well-being? *Appl Psychol Int Rev*. avr 2008;57(2):173-203.
5. Schaufeli WBB Arnold B va der Heijden, Frank MMA Prins Jelle T. Workaholism, burnout and well-being among junior doctors: The mediating role of role conflict. *Work Stress*. avr 2009;23(2):155-72.
6. WONCA E, Allen J, Heyrman J, Gay B, Crebolder H, Svab I, et al. 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 [cité 13 mai 2015]; Disponible sur: [http://bookfel.org/download/fran%C3%A7ais\(2\)/m%C3%A9decine/D%C3%A9finition%20europ%C3%A9enne%20de%20la%20m%C3%A9decine%20g%C3%A9n%C3%A9rale.pdf](http://bookfel.org/download/fran%C3%A7ais(2)/m%C3%A9decine/D%C3%A9finition%20europ%C3%A9enne%20de%20la%20m%C3%A9decine%20g%C3%A9n%C3%A9rale.pdf)
7. OMS | Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires [Internet]. WHO. [cité 13 mai 2015]. Disponible sur: [http://www.who.int/topics/primary\\_health\\_care/alma\\_ata\\_declaration/fr/](http://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/)
8. Aniel T. Comment les médecins généralistes se représentent leur spécialité ? [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2008.
9. Olesen F, Dickinson J, Hjortdahl P. General practice, time for a new definition. *BMJ*. 5 févr 2000;320(7231):354-7.
10. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P, et al. The European Definition og General Practice/Family Medecine. Short version. WONCA Europe 2011 [Internet]. 2011 [cité 13 mai 2015]. Disponible sur: <http://www.woncaeuropa.org/sites/default/files/documents/Definition%20EURACTshort%20version%20revised%202011.pdf>
11. Gay B. Actualisation de la définition européenne de la médecine générale. *Presse Médicale*. mars 2013;42(3):258-60.
12. Auquier Louis. Histoire de l'internat. *Rev Prat*. 2002;(52):1285-8.
13. Etudes de médecine en France | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2010 [cité 19 juill 2015]. Disponible sur: <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/les-etudes-de-medecine-en-france-400>
14. Bertereau V. PACES : le classement 2015 des facs de médecine [Internet]. 2015 [cité 11 oct 2015]. Disponible sur: <http://www.letudiant.fr/etudes/fac/paces-le-classement-des-facs-de-medecine.html>
15. Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins de Seine-Maritime et de l'Eure. Enquête sur la santé des médecins libéraux de Haute-Normandie. 2008.

16. ARS. Affectations des étudiants en médecine reçus aux ECN 2014. 2015.
17. MILLET KAPTEIN C, Université Paris Descartes. Paris. FRA / com. Le vécu du cursus de médecine générale en France et aux Pays-Bas. Étude qualitative par entretiens semi-dirigés avec des internes de Paris et d'Amsterdam. 2011.
18. Cattin E., Facchinetti S, Marchand O. Stage de deuxième cycle en médecine générale: impact et influence de ses modalités sur l'envie d'être généraliste. *Exercer*. 2011;22(99):189-90.
19. Dory V., Pouchain D., Beaulieu M-D, Pestlaux D., Gay B., Rocher G., et al. La médecine générale dans le regard des futurs médecins généralistes. *Exercer*. 2009;20(85):4-7.
20. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France. 2015.
21. Atlas de la démographie médicale 2014 | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. [cité 7 sept 2014]. Disponible sur: <http://www.conseil-national.medecin.fr/node/1472>
22. La féminisation : une chance à saisir | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. [cité 25 nov 2015]. Disponible sur: <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/la-feminisation-une-chance-saisir-729>
23. Mangen M-H. Étude du burn out chez les médecins généralistes luxembourgeois [Thèse d'exercice]. [France]: Université Pierre et Marie Curie (Paris). UFR de médecine Pierre et Marie Curie; 2007.
24. Ordre National des Médecins. La démographie médicale en région DOM-TOM - Situation en 2013 [Internet]. 2013 [cité 7 sept 2014]. Disponible sur: [http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/dom\\_tom\\_2013.pdf](http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/dom_tom_2013.pdf)
25. ARS. Les médecins généralistes à La Réunion [Internet]. 2015. Disponible sur: [www.ars.ocean-indien.sante.fr](http://www.ars.ocean-indien.sante.fr)
26. Bonneaudeau S. Le médecin malade: un patient comme les autres ? [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine; 2011.
27. Leriche Bertrand, Biencourt Marc, Carton Monique, Cressard Piernick, Farouda Jean-Marie, Montane Francis, et al. Le médecin malade [Internet]. 2008 juin [cité 7 sept 2014]. Disponible sur: <http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/lemedecinmalade.pdf>
28. Van Den Bussche P. L'état de santé des médecins généralistes libéraux de la Guadeloupe en 2011 [Thèse d'exercice]. [France]: Université des Antilles et de la Guyane. UFR des sciences médicales; 2012.
29. ORS, URML. Vie professionnelle, vécu du travail et état de santé des médecins généralistes des Pays de la Loire [Internet]. 2010 [cité 17 août 2014]. Disponible sur: [http://www.santepaysdelaloire.com/fileadmin/documents/ORS/ORS\\_pdf/panelMG/2010panel1\\_V4\\_rapport.pdf](http://www.santepaysdelaloire.com/fileadmin/documents/ORS/ORS_pdf/panelMG/2010panel1_V4_rapport.pdf)
30. Gillard L. La santé des Généralistes [Thèse d'exercice]. 2006.
31. CARMF. Médecins bénéficiaires du régime invalidité-décès en 2013 [Internet]. [cité 21 oct 2014]. Disponible sur: <http://www.carmf.fr/page.php?page=chiffrescles/stats/2013/taux2013.htm>
32. Goodman A. Addiction: definition and implications. *Br J Addict*. nov 1990;85(11):1403-8.
33. American Psychiatric Association. DSM-IV-TR Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 4ème édition. Elsevier/Masson; 2005. 1082 p.

34. American Psychiatric Association, American Psychiatric Association, éditeurs. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed. Washington, D.C: American Psychiatric Association; 2013. 947 p.
35. Rigaud A. Le DSM-V va t'il changer nos pratiques en addictologie? Journée d'addictologie du grand-est : actualités et controverse en addictologie en 2013; 2013 déc.
36. Enquête sur la santé physique et psychique des médecins bourguignons - Le panel de médecins généralistes en Bourgogne V4| Observatoire Régional de la Santé de Bourgogne [Internet]. ORS Bourgogne | Observatoire Régional de la Santé de Bourgogne. [cité 31 août 2014]. Disponible sur: <http://www.ors-bourgogne.org/publication/enquete-sur-la-sante-physique-et-psychique-des-medecins-bourguignons-le-panel-de-medecins-generalistes-en-bourgogne-v4/>
37. Santé physique et psychique des médecins généralistes. [Internet]. [dress.sante.gouv.fr](http://dress.sante.gouv.fr). 2010 [cité 17 août 2014]. Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er731.pdf>
38. Inpes. Baromètre santé médecins/pharmaciens [Internet]. 2003 [cité 30 juill 2015]. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/793.pdf>
39. Caplan RP. Stress, anxiety, and depression in hospital consultants, general practitioners, and senior health service managers. *BMJ*. 12 nov 1994;309(6964):1261-3.
40. Lamarche K. Suicide et tentatives de suicide des médecins. 2009.
41. Cathébras P, Begon A, Laporte S, Bois C, Truchot D. Épuisement professionnel chez les médecins généralistes. *Presse Médicale*. déc 2004;33(22):1569-74.
42. Varescon PI. Introduction. *PSY-Émotion Interv Santé*. 1 déc 2009;11-8.
43. Bormans C. (traduction). Les névroses du dimanche de Sandor Ferenczi [Internet]. *Psychanalyse-Paris.com*. 2005 [cité 2 août 2015]. Disponible sur: <http://psychanalyse-paris.com/Les-nevroses-du-dimanche.html>
44. Bormans C. (traduction). Remarques à propos de la communication de Ferenczi sur « Les névroses du dimanche » de Karl Abraham [Internet]. *Psychanalyse-Paris.com*. 2006 [cité 2 août 2015]. Disponible sur: <http://psychanalyse-paris.com/Remarques-a-propos-de-la.html>
45. Burcoveanu T. Workaholisme : état des connaissances. INRS; 2014.
46. Spence JT (analytic), Robbins AS (analytic). Workaholism : definition, measurement, and preliminary results (English). *J Assess. cover date* 1992;58(1):160-78.
47. Elowe J. Boulomanie : entre illusion et addiction. *L'Encéphale*. sept 2010;36(4):285-93.
48. Robinson BE. A Typology of Workaholics With Implications for Counselors. *J Addict Offender Couns*. oct 2000;21(1):34.
49. Robinson BE, Post P. Validity of the Work Addiction Risk Test. *Percept Mot Skills*. févr 1994;78(1):337-8.
50. Robinson BE. The Work Addiction Risk Test: development of a tentative measure of workaholism. *Percept Mot Skills*. févr 1999;88(1):199-210.
51. Robinson BE, Phillips B. Measuring workaholism: content validity of the Work Addiction Risk Test. *Psychol Rep*. oct 1995;77(2):657-8.

52. Andreassen CS. Workaholism: An overview and current status of the research. *J Behav Addict.* mars 2014;3(1):1-11.
53. Bouteyre É. L'addiction au travail. *PSY-Émotion Interv Santé.* 1 déc 2009;205-35.
54. Piotrowski C Stephen J. The Workaholism Syndrome: An Emerging Issue in the Psychological Literature. *J Instr Psychol.* mars 2008;35(1):103-5.
55. Karila L., Liot K., Reynaud M. Le travail: une addiction potentielle? *Rev Médicale Liège.* 2010;71-7.
56. Scheen A. Workaholism: la dépendance au travail, une autre forme d'addiction. *Rev Med Liege [Internet].* 2013 [cité 8 janv 2015];68(5-6). Disponible sur: <http://orbi.ulg.ac.be/handle/2268/157735>
57. I. Taghavi. Workahoslisme : enquête au sein d'une population de salariés parisiens. *Réf En Santé Au Trav.* sept 2012;(131).
58. Andreassen CS, Griffiths MD, Hetland J, Kravina L, Jensen F, Pallesen S. The Prevalence of Workaholism: A Survey Study in a Nationally Representative Sample of Norwegian Employees. *PLoS ONE [Internet].* 13 août 2014 [cité 2 nov 2014];9(8). Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4131865/>
59. Aziz S, Zickar MJ. A cluster analysis investigation of workaholism as a syndrome. *J Occup Health Psychol.* 2006;11(1):52-62.
60. L-A Keown. Les bourreaux de travail et leur perception du temps. *Tend Canadienne.* (11-008).
61. MacLaren VV, Best LA. Multiple addictive behaviors in young adults: Student norms for the Shorter PROMIS Questionnaire. *Addict Behav.* mars 2010;35(3):252-5.
62. Sussman S. Workaholism: A Review. *J Addict Res Ther [Internet].* 10 janv 2012 [cité 2 nov 2014];Suppl 6(1). Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3835604/>
63. Shimazu A, Demerouti E, Bakker AB, Shimada K, Kawakami N. Workaholism and well-being among Japanese dual-earner couples: A spillover-crossover perspective. *Soc Sci Med.* août 2011;73(3):399-409.
64. Colas-Benayoun M-D. Les addictions comportementales : Étude en milieu professionnel aéronautique. *Alcoologie Addictologie.* 2005;27(3):211-6.
65. Schaufeli WB, Bakker AB, van der Heijden FMMA, Prins JT. Workaholism among medical residents: It is the combination of working excessively and compulsively that counts. *Int J Stress Manag.* nov 2009;16(4):249-72.
66. Workaholics Anonymous [Internet]. [cité 29 nov 2015]. Disponible sur: <http://www.workaholics-anonymous.org/>
67. Work Anonymes [Internet]. [cité 29 nov 2015]. Disponible sur: <http://workanonymes.free.fr/>
68. Veil C. Les états d'épuisement. *Clin Trav.* 8 nov 2012;175-86.
69. Freudenberger HJ. Staff Burn-Out. *J Soc Issues.* 1 janv 1974;30(1):159-65.
70. Freudenberger HJ. The staff burn-out syndrome in alternative institutions. *Psychother Theory Res Pract.* Spr 1975;12(1):73-82.
71. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *J Organ Behav.*

1981;2(2):99-113.

72. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annu Rev Psychol.* 2001;52:397-422.
73. Delbrouck M, Venara P, Goulet F, Ladouceur R. Comment traiter le burn out. Principes de prise en charge du syndrome d'épuisement professionnel. [Internet]. 2011 [cité 30 nov 2015]. Disponible sur: [http://www.cairn.info.docelec.u-bordeaux.fr/resume.php?ID\\_ARTICLE=DBU\\_DELBR\\_2011\\_01\\_0043](http://www.cairn.info.docelec.u-bordeaux.fr/resume.php?ID_ARTICLE=DBU_DELBR_2011_01_0043)
74. Dusmesnil H, Saliba Serre B, Régi J-C, Leopold Y, Verger P. Épuisement professionnel chez les médecins généralistes de ville : prévalence et déterminants. *Santé Publique.* 5 oct 2009;Vol. 21(4):355-64.
75. Vaquin-Villeminey Clémentine. Prévalence du burnout en médecine générale [Internet]. René Descartes Paris V; 2007 [cité 15 oct 2014]. Disponible sur: [http://www.urps-corse-ml.org/enquetes/burnout/these\\_burnout.pdf](http://www.urps-corse-ml.org/enquetes/burnout/these_burnout.pdf)
76. MP Guiho-Bailly. Burn out : syndrome d'épuisement professionnel. 2006.
77. Leopold Y. Le suicide des médecins : expressions ultime du burn out? 2006.
78. 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.
79. Mouries R, Galam E. L'épuisement professionnel des médecins libéraux franciliens: Témoignages, analyses et perspectives. [Internet]. 2007 [cité 17 août 2014]. Disponible sur: [http://www.urml-idf.org/upload/etudes/etude\\_070723.pdf](http://www.urml-idf.org/upload/etudes/etude_070723.pdf)
80. Truchot D. Le burn out des médecins libéraux de Champagne Ardenne [Internet]. 2002 [cité 31 août 2014]. Disponible sur: <http://www.urml-ca.org/Le-Burn-Out-des-medecins>
81. Otton B. Etude des soins de premier recours à l'échelle d'un territoire de santé: la Médecine Générale dans le Roannais : état des lieux et perspectives [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2010.
82. Le Tourneur A, Komly V. Burn out des internes en médecine générale: état des lieux et perspectives en France métropolitaine [Thèse d'exercice]. [Grenoble, France]: Université Joseph Fourier; 2011.
83. Faille A. Etude descriptive de la population des médecins généralistes libéraux du Nord-Pas-de-Calais et prévalence du Burn Out: réalisée à partir de l'envoi de 1000 questionnaires [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université du droit et de la santé; 2012.
84. Yven Y-M. Prévalence et facteurs de risque du burnout (ou syndrome d'épuisement professionnel) chez les médecins urgentistes en région Midi-Pyrénées [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil; 2013.
85. R. T. Lee, B. E. Ashforth. A Meta-Analytic Examination of the Correlates of the Three Dimensions of Job Burnout. *Journal of Applied Psychology.* 1996;123-33.
86. Lourel M., Gueguen N. Une méta-analyse de la mesure su burnout à l'aide de l'instrument MBI. *L'Encéphale* [Internet]. 2007 [cité 12 sept 2015];(33). Disponible sur: <http://nicolas.gueguen.free.fr/Articles/Encephale2007.pdf>
87. Dion G, Tessier R. Validation de la traduction de l'Inventaire d'épuisement professionnel de Maslach et Jackson. *Can J Behav Sci Can Sci Comport.* avr 1994;26(2):210-27.

88. Langevin V., Boini S., François M., Riou A. Maslach Burnout Inventory (MBI). *Réf En Santé Au Trav.* sept 2012;(131):157-9.
89. Schweitzer Magali. Le syndrome d'épuisement professionnel ou burnout : Mieux comprendre pour mieux agir. Editeur/revue Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail Institut National de Recherche et de Sécurité Ministère du Travail; 2015.
90. Le Borgne C. Burn out : un numéro Vert pour aider les médecins. *Concours Méd.* 1 juin 2005;1155-6.
91. Galam E. Ecoute téléphonique des médecins en souffrance. *La Revue du Praticien.* 24 oct 2010;406.
92. Martin L. Prévenir les « MOTS » des médecins. *Concours Méd.* 13 déc 2010;(19):795.
93. Programme d'Aide aux Médecins du Québec [Internet]. PAMQ. [cité 8 déc 2015]. Disponible sur: <http://www.pamq.org/>
94. Collège des médecins du Québec. Programme suivi administratif des médecins ayant des problèmes de santé physique ou mentale susceptible de compromettre l'exercice professionnel. [Internet]. [cité 8 déc 2015]. Disponible sur: <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-3-2005-12-01-fr-programme-de-suivi-des-medecins-ayant-problemes-de-sante-physique-ou-mentale.pdf>
95. PAIMM - Programa d'Atenció Integral al Metge Malalt [Internet]. [cité 14 déc 2015]. Disponible sur: <http://paimm.fgalatea.org/ca/presentacio.htm>
96. Veysier-Belot C. Le syndrome d'épuisement professionnel chez les médecins. *Rev Médecine Interne.* 2015;36(4).
97. Vaquin C. Prévalence du burnout en médecine générale: enquête nationale auprès de 221 médecins généralistes du réseau Sentinelles. [Thèse d'exercice]. Faculté de médecine René Descartes Paris V; 2007.
98. Didier Truchot FL. Santé physique et idéations suicidaires chez les médecins généralistes. L'influence du burnout. In: *Psychologie de la santé : individu, famille et société.* 2014. p. 322.
99. Florent Lheureux DT. Suicidal Tendency, Physical Health Problems and Addictive Behaviors among General Practitioners: the Effect of Burnout. *Work Stress.* 2016;In press.

# ANNEXES

Annexe 1 : Texte d'information envoyé par mail avant la diffusion du questionnaire

## Thèse de docteur en médecine générale

**C.Gaboulaud**

**Un questionnaire à renseigner :**

**« Burn out et addiction au travail »**

Vous êtes médecin généraliste ? ... Rappelez-vous... et soutenez, tout comme le Réseau Régional d'Addictologie de SAOME, le travail de recherche de Coline Gaboulaud pour sa thèse sur « **le burn out et l'addiction au travail chez les médecins généralistes de La Réunion** » (supervisée par le Dr Docteur Erick GOKALSING Psychiatre des Hôpitaux).

Selon une étude réalisée au CHU de Nantes 13% des médecins hospitaliers répondants sont à haut risque d'addiction au travail. (1)

Par ailleurs, un épuisement émotionnel élevé est retrouvé chez 18 à 47% des médecins libéraux en métropole et jusqu'à 10% de médecins généralistes sont en burnout en métropole. (2) (3) (4) (5) (6) (7)

Etes-vous aussi (en tant que médecin généraliste libéral) concernés par le burn out et l'addiction au travail à La Réunion? Existe-t-il une corrélation entre les deux?

Pour tenter de répondre à ces questions, ce travail de recherche est réalisé auprès des médecins généralistes installés sur l'île de La Réunion. Celui-ci sera probablement étendu à tous les médecins libéraux de l'île et aux hospitaliers dans un deuxième temps.

Cette enquête est strictement anonyme. Chacune de vos réponses compte dans ce travail même si vous ne vous sentez pas concernés par ces phénomènes.

D'avance nous vous remercions du temps que vous accorderez à ce questionnaire et de ne pas doubler vos réponses si vous avez déjà répondu par ailleurs.

**En cliquant sur ce lien vous pourrez accéder au questionnaire en ligne de façon anonyme.**

1. Rezvani A. L'addiction au travail: le travail [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales; 2012.
2. Vaquin C. Prévalence du burnout en médecine générale: enquête nationale auprès de 221 médecins généralistes du réseau Sentinelles. [Thèse d'exercice]. Faculté de médecine René Descartes Paris V; 2007.
3. Dusmesnil H, Saliba Serre B, Régi J-C, Leopold Y, Verger P. Épuisement professionnel chez les médecins généralistes de ville : prévalence et déterminants. Santé Publique. 5 oct 2009; Vol. 21(4):355-64.
4. Truchot D. Le burn out des médecins libéraux de Champagne Ardenne [Internet]. 2002 [cité 31 août 2014]. Disponible sur: <http://www.urml-ca.org/Le-Burn-Out-des-medecins>
5. Otton B. Etude des soins de premier recours à l'échelle d'un territoire de santé: la Médecine Générale dans le Roannais : état des lieux et perspectives [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2010.
6. 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.
7. Faille A. Etude descriptive de la population des médecins généralistes libéraux du Nord-Pas-de-Calais et prévalence du Burn Out: réalisée à partir de l'envoi de 1000 questionnaires [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université du droit et de la santé; 2012.

## Annexe 2 : Questionnaire de l'enquête

Burn out et addiction au travail chez les médecins généralistes ...

<https://docs.google.com/forms/d/1zS-GZbjq9QRjrg-grsPp3D...>

### Burn out et addiction au travail chez les médecins généralistes à la Réunion

Bonjour,

En tant que future médecin généraliste, je souhaite soutenir ma thèse de médecine générale sur la prévalence de l'addiction au travail et celle de l'épuisement professionnel (burn out).

Je vous remercie vivement de bien vouloir prendre le temps de répondre à ce questionnaire.

Cette enquête est strictement anonyme.

Si vous ne souhaitez pas répondre en ligne vous avez la possibilité d'imprimer ce questionnaire et de me le renvoyer soit:

- par mail à l'adresse suivante:
- par voie postale à l'adresse suivante
- par fax au numéro suivant:

Si vous avez déjà répondu à ce questionnaire merci de ne pas le remplir de nouveau. Si vous n'êtes pas médecin spécialisé en médecine générale installé en libéral merci de ne pas répondre à ce questionnaire.

Je ne manquerai pas de vous tenir informé des résultats.

Coline Gaboulaud

**\*Obligatoire**

#### 1. Age \*

*Une seule réponse possible.*

- < 35 ans
- 36 à 45 ans
- 46 à 55 ans
- 56 à 65 ans
- > 65 ans

#### 2. Sexe \*

*Une seule réponse possible.*

- Masculin
- Féminin

**3. Statut marital \***

*Une seule réponse possible.*

- Célibataire/ Séparé-Divorcé/ Veuf
- En couple/ Marié-Pacsé/ Concubinage

**4. Commune d'exercice \***

Veillez indiquer le code postal de la commune où vous exercez

.....

**5. Lieu d'exercice \***

*Une seule réponse possible.*

- Rural
- Urbain
- Rural et urbain

**6. Nombre d'heures de travail hebdomadaire \***

Veillez indiquer votre nombre d'heures de travail hebdomadaire, consultations et charges administratives incluses

.....

**7. Tabac \***

Fumez-vous?

*Une seule réponse possible.*

- Non
- < 5 cigarettes ou vapotage à 6 mg de nicotine par jour
- Entre 6 et 10 cigarettes ou vapotage à 9mg de nicotine par jour
- Entre 11 et 20 cigarettes ou vapotage à 12mg de nicotine par jour
- > 21 cigarettes ou vapotage à plus de 12mg de nicotine par jour

**8. Alcool \***

Estimez votre consommation d'alcool

*Une seule réponse possible.*

- Aucune
- Consommation mensuelle de 1 à 2 verres
- Consommation hebdomadaire de 1 à 2 verres
- Consommation hebdomadaire de 3 à 6 verres
- Consommation quotidienne de 1 à 2 verres par jour
- Consommation quotidienne, plus de 3 verres par jour

**9. Cannabis \***

Estimez votre consommation de cannabis  
*Une seule réponse possible.*

- Aucune
- Consommation mensuelle de 1 à 2 fois
- Consommation hebdomadaire de 1 à 2 fois
- Consommation hebdomadaire de 3 à 6 fois
- Consommation quotidienne de 1 à 2 fois par jour
- Consommation quotidienne, plus de 3 fois par jour

**10. Somnifères et anxiolytiques \***

Consommez-vous une de ces classes de traitement?  
*Une seule réponse possible.*

- Non
- Oui, quelques fois par an
- Oui, quelques fois par mois
- Oui, quelques fois par semaine
- Oui, tous les jours

**11. Antidépresseurs \***

Consommez-vous ou avez-vous consommé des antidépresseurs?  
*Plusieurs réponses possibles.*

- Non
- Oui, actuellement
- Oui, dans les 12 derniers mois

**12. Idéation suicidaire \***

Avez-vous eu dans le mois précédent des idées suicidaires ou en avez-vous actuellement?  
*Une seule réponse possible.*

- Non
- Oui, en rapport avec ma vie professionnelle
- Oui, en rapport avec ma vie personnelle
- Oui, en rapport avec ma vie professionnelle et ma vie personnelle

## **Echelle d'évaluation de l'addiction au travail (WART: Work Addiction Risk Test)**

---

Cotez chaque phrase de la manière suivante:  
Pas du tout vrai; Peu souvent vrai; Souvent vrai; Toujours vrai.

13. \*

*Une seule réponse possible par ligne.*

	Pas du tout vrai	Peu souvent vrai	Souvent vrai	Toujours vrai
Je préfère faire moi-même la majorité des choses plutôt que de demander de l'aide.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je deviens très impatient(e) quand je dois attendre quelqu'un ou quand quelque chose prend beaucoup de temps.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je semble être toujours pressé(e) ou de courir contre la montre.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je deviens irrité(e) quand on m'interrompt alors que je suis en plein travail.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je suis toujours occupé(e) et garde plusieurs activités en cours en même temps.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

14. \*

*Une seule réponse possible par ligne.*

	Pas du tout vrai	Peu souvent vrai	Souvent vrai	Toujours vrai
Je me retrouve en train de faire 2 ou 3 choses en même temps, comme déjeuner, écrire un mémo et parler au téléphone.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je m'engage sur plus que je ne peux le supporter.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je me sens coupable quand je ne travaille pas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Il est important que je voie les résultats concrets de ce que je fais.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je suis plus intéressé(e) par le résultat final de mon travail que par le processus.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

15. \*

*Une seule réponse possible par ligne.*

	Pas du tout vrai	Peu souvent vrai	Souvent vrai	Toujours vrai
Les choses semblent ne jamais bouger ou aller assez vite pour moi.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je perds mon calme quand les choses ne se déroulent pas comme je le souhaite ou ne donnent pas les résultats qui me conviennent.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je pose toujours la même question sans le réaliser et après avoir déjà reçu la réponse.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je passe beaucoup de temps pour planifier mentalement et penser aux événements futurs tout en ignorant le ici et le maintenant.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je me retrouve toujours en train de travailler après que mes collègues aient tous arrêté.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

16. \*

*Une seule réponse possible par ligne.*

	Pas du tout vrai	Peu souvent vrai	Souvent vrai	Toujours vrai
Je m'énerve quand les personnes ne rejoignent pas mes standards de perfection.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je m'énerve quand je suis dans des situations que je ne peux pas contrôler.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je tends à me mettre sous pression avec des échéanciers personnels lorsque je travaille.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C'est dur pour moi de me relaxer quand je ne travaille pas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je passe plus de temps à travailler qu'avec des amis, dans des passe-temps ou des activités de loisirs.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

17. \*

*Une seule réponse possible par ligne.*

	Pas vrai du tout	Pas souvent vrai	Souvent vrai	Toujours vrai
Je me lance dans des projets pour prendre de l'avance avant de finaliser les étapes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je suis énervé(e) contre moi même si je fais une petite erreur.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je mets plus d'idées, de temps, d'énergie dans mon travail que je ne m'investis dans mes relations avec ma famille et mes amis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'oublie, j'ignore ou minimise d'importantes occasions familiales comme les anniversaires, réunions, vacances.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je prends des décisions importantes, avant d'avoir tous les faits et d'avoir la chance d'y penser de façon approfondie.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### **Echelle d'évaluation de l'épuisement professionnel ou burn out (MBI: Maslach Burnout Inventory)**

Veillez compléter les items suivant selon vos impressions personnelles de CETTE DERNIÈRE ANNÉE.

18. \*

*Une seule réponse possible par ligne.*

	Jamais	Quelques fois par an au moins	Une fois par mois au moins	Quelques fois par mois au moins	Une fois par semaine au moins	Quelques fois par semaine au moins	Chaque jour
Je me sens émotionnellement vidé 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 "à bout" à 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 malades 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 malades 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"/>

19. \*

*Une seule réponse possible par ligne.*

	Jamais	Quelques fois par an au moins	Une fois par mois au moins	Quelques fois par mois au moins	Une fois par semaine au moins	Quelques fois par semaine au moins	Chaque jour
Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'efforts.	<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 des malades.	<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 que j'ai 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"/>

20. \*

*Une seule réponse possible par ligne.*

	Jamais	Quelques fois par an au moins	Une fois par mois au moins	Quelques fois par mois au moins	Une fois par semaine au moins	Quelques fois par semaine au moins	Chaque jour
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 malades.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Travailler au contact direct avec des 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"/>

21. \*

*Une seule réponse possible par ligne.*

	Jamais	Quelques fois par an au moins	Une fois par mois au moins	Quelques fois par mois au moins	Une fois par semaine au moins	Quelques fois par semaine au moins	Chaque jour
J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes malades.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je me sens ragaillardi(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes malades.	<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 malades 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"/>

22. **Qui êtes vous? \****Une seule réponse possible.*

- Docteur spécialisé en médecine générale
- Docteur autre spécialité

23. **Mode d'exercice \****Une seule réponse possible.*

- Libéral installé
- Salarié(e)
- Remplaçant(e)

#### 24. Commentaires libres

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

### RESULTATS DES ECHELLES

---

Si vous souhaitez connaître vos différents scores aux échelles que vous venez de réaliser voici plusieurs moyen de les calculer:

#### Concernant l'échelle d'évaluation de l'addiction au travail:

---

Vous pouvez le calculer vous même suivant les indications ci-dessous ou suivre ce lien (en anglais):<http://www.bryanrobinsononline.com/are-you-a-workaholic/>

Les résultats se cotent de 1 à 4:

1 = Pas du tout vrai; 2 = Peu souvent vrai; 3 = Souvent vrai; 4 = Toujours vrai

25-54 : Pas d'addiction au travail

55-69: Addiction minime au travail

70-100: Addiction élevée au travail

#### Concernant l'échelle d'évaluation du burn out:

---

Vous pouvez le calculer vous même suivant les indications ci-dessous ou suivre ce lien: <http://www.masef.com/scores/burnoutsyndromeéchellembi.htm>

Les résultats se cotent de 0 à 6:

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

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

Total inférieur à 17 : bas

Total compris entre 18 et 29 : modéré

Total supérieur à 30 : élevé

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

Total inférieur à 5 : bas  
Total compris entre 6 et 11 : modéré  
Total supérieur à 12 : élevé

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

Total supérieur à 40 : bas  
Total compris entre 34 et 39 : modéré  
Total inférieur à 33 : élevé

Si votre score est élevé pour les 2 premières échelles et bas pour la troisième vous êtes en burn out.

---

Merci pour votre participation.

---

Fourni par  
 Google Forms

### Annexe 3 : Commentaires libres des médecins répondants

*« Le travail lui même me ressource c'est tout ce qu'il y a autour qui m'énerve éventuellement les consultations ne sont pas une drogue mais en tout cas un bon moment de ma vie oui , j'aime encore mon métier aujourd'hui je suis simplement un peu ennuyé de ce qu'on risque d'en faire. »*

*« Grosse addiction au cannabis antérieure, maîtrisée depuis 2 ans maintenant. »*

*« Je trouve cette thèse très intéressante. J'ai 36 ans et j'ai créé mon cabinet il y a 1 an 1/2. J'ai toujours été très impliquée dans mon travail. J'ai été bien classée à l'internat et j'ai fait médecine générale par vocation (j'aurais pu faire à peu près n'importe quelle spécialité). J'ai beaucoup de mal à me détacher les idées du cabinet en en fermant la porte, et même si je ne travaille que 3 jours 1/2 par semaine (sans les tâches administratives qui sont très chronophages), j'ai sans arrêt l'esprit occupé par des consultations du jour ou des jours précédents. Je me réveille souvent en pleine nuit avec en tête des consultations qui se sont passées récemment, et des choses à ne pas oublier de faire. C'est réellement épuisant et je me sens parfois au bord de l'épuisement. Il m'arrive de prendre des somnifères par peur de ces réveils nocturnes. J'essaye de garder le maximum d'implication quand je suis au travail et je fais souvent des consultations longues où je m'implique beaucoup pour mes patients, ce qui est épuisant et peu valorisé financièrement comparé à des confrères qui enchainent des consultations de 5 ou 10 min, et peu valorisant quand certains patients reviennent la fois d'après en ayant rien fait de ce que l'on avait mis en place... Je n'envisage pas d'arrêter ce métier mais aimerait trouver des solutions pour arriver à couper les ponts quand je sors du cabinet. J'aimerais aussi que ma pratique médicale soit mieux reconnue (notamment financièrement, car 30 min à 27.6 euros brut soit environ 14 euros une fois toutes les charges payées, c'est bien moins payé qu'un ostéopathe qui fait 45 min à 60 euros...). »*

*« Depuis 3 ans, je prends énormément de vacances (5 à 6 mois par an); ce qui me permet d'être beaucoup plus zen, de beaucoup mieux supporter les conditions et la pénibilité du travail et, finalement, d'avoir une bien meilleure qualité de vie malgré des revenus moindres. C'était ça ou dévisser ma plaque. .. Ce n'est pas le côté médical pur qui est épuisant, mais toutes ces contraintes administratives stupides, toutes ces pressions inutiles, toutes les charges financières, la gestion du personnel, la gestion de l'outil informatique et de ses pannes, tout ce qui n'a rien à voir avec le métier que j'ai choisi. »*

*« Je pense avoir été à la limite du burn out il y'a 4 ans Et j'ai adapté mes horaires Et soulage ma charge de travail. »*

*« Je vais dire une évidence, mais depuis 6 mois que je travaille avec une secrétaire, mon ressenti de fatigue de stress, d'apathie a changé d'un facteur 10. Ce qui me pèse le plus/ Non ce ne sont pas les patients, mais les papiers bidons à remplir (certificats scolaires bidons d'absence de vaccins etc), le mépris de la caisse et du ministère (rédiger de façon manuscrite "ne pas substituer", prescrire en DCI, ne pas avoir le droit de prescrire de la ventoline en aérosol quand les pédiatres en ont le droit. L'obligation qui nous est faite de remplir les carnets de santé quand les autres spécialistes n'y sont pas astreints etc.). Enfin la non reconnaissance des confrères. Même pas invité aux réunions multidisciplinaires de nos*

*patients. Enfin, tous le temps passé à me former (DU divers) absolument jamais pris en compte. Je rajouterai le lobby des pneumologues réunionnais qui font courir le bruit que les généralistes n'ont pas le droit de prendre en charge l'apnée du sommeil. Du coup, les prestataires refusent les prescriptions de CPAP venant de généralistes. »*

*« J'ai la chance d'avoir l'étiquette de guérisseur en ayant une compétence en thérapie manuelle et à la Réunion c'est un plus très particuliers. »*

*« Beaucoup de travail en extra cabinet pour le montage de projets et une pratique de la médecine avec différents outils comme l'ETP et l'Hypnose qui me permettent une préservation de mon équilibre du sport régulièrement, et une vie sociale dense pour équilibrer en qualité si ce n'est en temps le travail et les loisirs. »*

*« Je ne travaille que 35 heures par semaine car j'ai réussi à trouver un remplaçant qui veuille bien me faire 2 jours par semaine afin que je puisse gérer une partie de l'administratif au domicile et afin que je puisse m'occuper des tâches quotidiennes de mère de famille à la maison. »*

*« Certains intitulés difficilement compréhensibles. »*

*« Notre métier est ultra exigeant et éreintant mais très valorisant, je suis fière d'être médecin de famille mais je sais que je m'arrêterai bien avant 60 ans car je serais éreintée et pressée comme une éponge au niveau émotionnel; déjà tous les 2 mois je prends des vacances et j'essaie de diversifier mes activités professionnelles (humanitaire, formations, enseignements). Le sport bien sur est indispensable. Bon courage pour ta vie professionnelle; et le thème de ta thèse est d'actualité. »*

*« Les dernières questions sont difficiles à répondre. Les choix ne sont pas trop adaptés. »*

*« Je réponds aux questions sur des problèmes et des ressentis jamais aussi clairement formulés au quotidien! »*

*« Je suis associée avec mon mari. Donc pas de problème relationnel entre associés, facilités d'aménagement de l'emploi du temps, pas de souci dans la répartition des honoraires, et entraide psychologique et autre si nécessaire. »*

*« J'ai connu un burn out sévère il y a cinq ans et ferais tout pour ne pas récidiver. Ça ne prévient pas et fait de gros dégâts. Cela a changé ma vie. »*

*« J'ai quitté en 2012 un exercice en cabinet de médecine générale de ville classique (exercice quotidien auprès d'une patientèle de quartier) au bout de 7 ans car je me sentais au bout du*

*rouleau et à risque de passage à l'acte suicidaire. A cette époque, mes réponses aux items d'épuisement du BMI auraient été doublées (plus de 35) et l'accomplissement sup à 40... Ma souffrance morale était intense avec la fréquente sensation que j'étais plus impliqué dans la santé de mes patients qu'ils ne l'étaient eux-même, des bouffées de colère et une fatigue morale systématique en fin de journée. Depuis 3 ans, je ne travaille beaucoup moins d'heures et uniquement sur des horaires de PDS auprès de patients non fidélisés dont je ne suis pas le médecin traitant et que je prends en charge pour les problèmes ponctuels au coup par coup. Du coup, mon investissement émotionnel et empathique, reste présent mais sans l'accumulation et la répétition du suivi qu'un praticien pense qu'il doit aux patients dont il est médecin traitant. »*

*« Je suis à mi temps et arrive heureusement à profiter de ma famille et des loisirs mais le même boulot à temps plein je ne pourrais plus. Pétage de plomb assuré. »*

*« Peut être aurait il été judicieux de savoir si le médecin travaille seul ou en groupe et ses relations avec secrétaire et autre professionnel de santé. »*

*« Je protège farouchement mon équilibre entre mon travail et ma vie privée. Ce n'est possible que si je ne travaille pas tous les jours. De cette façon je suis entièrement disponible pour les patients. Ce travail m'apporte énormément et aucun autre n'aurait pu m'enrichir autant spirituellement. Mais pour cela je refuse certaines propositions professionnelles qui pourtant me font envie pour ne pas trop en faire et ne pas risquer d'épuisement. »*

*« Certaines réponses vont peut être paraître en contradiction mais, sorti du Sauveur et conscient de la relation équilibrée qui s'instaure entre deux personnes , l'une appelée "patient" et l'autre "docteur", la médecine peut devenir un terrain d'échanges constructifs et enseignants pour tous. »*

*« J'ai fait un burn out quand j'étais interne en 1er semestre avec une dépression sous traitement pendant 6 mois, pas de récurrence depuis. »*

*« C'est intéressant de passer le test. Ca fait réfléchir. Merci Coline. Amicalement. »*

*« Outre mon activité de généraliste, je reçois aussi en psychothérapie et cela me satisfait beaucoup et oriente mon activité quotidienne dans une relation humaine enrichissante qui me semble protectrice quant au burn-out. »*

*« Installée depuis peu je suis encore dans l'enthousiasme et l'énergie des débuts ... mais je peux pressentir que l'épuisement professionnel peut arriver rapidement. »*

*« Bon courage pour ta thèse... »*

*« Je travaille à mi temps donc j'ai le temps de profiter de ma famille et je ne perds pas l'amour pour mon travail. »*

*« Dommage que les scores ne s'affichent pas en fin de lecture pour un auto test et une auto évaluation en fin de questionnaire. »*

*« Temps de travail difficile à estimer car variable chaque semaine et multi activités, téléphone +++ »*

*« J'ai arrêté mon activité libérale il y un an pour ces raisons (je me sentais en épuisement) je travaille actuellement dans le HAD mes réponses concernent ma situation en libéral avant changement d'activité. »*

*« Installation depuis 2 mois importantes activités en dehors du cabinet liées à la profession. Bonne idée de thèse, pour valoriser notre profession et mettre en évidence sa pénibilité. »*

*« La pratique de l'hypnose me semble être pour moi une belle protection du burn out d'autant qu'elle est au service de la relation patient - médecin. L'illusion de vouloir tout guérir, tout traiter avec efficacité, ne jamais se tromper et ne pas donner de place à l'incertitude fabrique des frustrés puis des souffrants. La supervision ou les groupes de pairs sont aussi une belle piste de prévention du burn out. »*

*« Les réponses à certaines questions ne figurent pas dans les propositions de réponses. »*

*« Je suis aussi ouvrière agricole comptable agricole (de mon époux) tout ça moitié moitié avec la médecine (dans les 8 heures) je préfère le travail (agricole ou médical) aux loisirs ou vacances qui eux me stressent. »*

*« Je travaille trois jours au cabinet et 3 heures sur un de mes jours de repos pour les papiers . Je trouve bizarre qu'il n'y ait aucune question en dehors du travail car vous savez comme moi que certains confrères se mettent dans des situations de Burn OUT avec des facteurs extérieurs au travail et qui surchargent leur activité professionnelle (par exemple jouer à la défiscalisation ,avoir un gros patrimoine immobilier et donc ne pas pouvoir s'arrêter de travailler ou prendre du repos...) Imputer le Burn out uniquement avec un questionnaire sur le travail me paraît être un biais de recueillement des données . Bon courage. »*

# SERMENT MEDICAL

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses : que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.



# Résumé

**Titre :** Burn out et addiction au travail chez les médecins généralistes de l'île de La Réunion.

**Introduction :** Le burn out est une entité de plus en plus étudiée mais elle n'a jamais été évaluée chez les médecins généralistes de l'île de La Réunion. L'addiction au travail quant à elle est un concept en émergence et peu étudiée chez les médecins. Devant le malaise et la souffrance actuels des médecins il était donc question d'évaluer ces deux pathologies liées au travail et de définir l'existence ou non d'un lien entre elles.

**Matériel et méthodes :** Le recueil s'est fait par auto-questionnaire diffusé par mail auprès de médecins généralistes de l'île de La Réunion. L'évaluation du burn out a été faite via la Maslach burn out Inventory et celle de l'addiction au travail via la Work Addiction Risk Test.

**Résultats :** 120 médecins ont été inclus. On retrouve une corrélation entre addiction au travail et burn out ( $p = 0,004$ ). Les prévalences de l'addiction au travail et du burn out sont respectivement de 20 et 8,3%. L'épuisement émotionnel touche 20% des médecins de l'échantillon et 8,3% présentent des idées suicidaires. Le burn out est lié au statut marital et aux idées suicidaires. L'addiction au travail est en lien avec la consommation d'alcool, d'anxiolytiques et d'antidépresseurs mais aussi avec le nombre d'heures travaillées et les idées suicidaires.

**Conclusion :** Nos résultats sont en faveur de l'existence d'un lien entre burn out et addiction au travail.

**Mots clés :** Syndrome d'épuisement professionnel, MBI, addiction au travail, WART, médecins généralistes

---

# Abstract

**Title :** Burn out and workaholism among general practitioners of the Reunion island.

**Introduction :** Burnout is the object of an increasing number of studies, but it has never been properly measured among the general practitioners of the Reunion island. As for workaholism, it is still an emerging concept, rather ignored by the studies made on doctors. Yet the difficulties and even suffering that can be observed in the profession made it necessary to assess both of these pathologies related to work, and the existence or non-existence of a link between them.

**Tools and methods :** the collection of testimonies was made through the mean of a self-assessment questionnaire distributed via email to the general practitioners of the Reunion island. The Maslach burn out Inventory permitted the evaluation of burnout, and the Work Addiction Risk Test the workaholism's.

**Results :** 120 doctors participated to the study. A correlation can be found between workaholism and burnout ( $p=0,004$ ). Prevalences are of 20% for workaholism and 8,3% for burnout. Emotional exhaustion affects 20% of the sample of doctors, who are 8,3% to have suicidal thoughts. Burnout is closely related to marital status and suicidal thoughts. Workaholism is linked to the consumption of alcohol, anxiolytics and antidepressants, and to the number of working hours and suicidal thoughts.

**Conclusion :** The results confirm the existence of a link between burnout and workaholism.

**Keywords :** burnout professional, MBI, workaholism, general practitioners

**Médecine générale – Université de Bordeaux**