

UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE

FACULTE DE MEDECINE D'AMIENS

Année 2016

N° 2016 – 30

**LE BURN-OUT DES MEDECINS
GENERALISTES PICARDS : PREVALENCE ET
FACTEURS ASSOCIES.**

THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE (DIPLOME D'ETAT)
SPECIALITE MEDECINE GENERALE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

LE 20 AVRIL 2016

PAR

Monsieur LETURQUE Antoine

PRESIDENT DU JURY : Monsieur le Professeur WALLOIS Fabrice

MEMBRES DU JURY : Monsieur le Professeur MILLE Christian
Monsieur le Professeur STRUNSKI Vladimir
Monsieur le Professeur DESABLENS Bernard

DIRECTEUR DE THESE : Monsieur le Docteur SARZEA Vlad

Monsieur le Professeur Fabrice WALLOIS

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

(Physiologie)

Responsable du Groupe de Recherches sur l'Analyse Multimodale de la Fonction Cérébrale

Chef du Service d'Explorations Fonctionnelles du Système Nerveux Pédiatrique

Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académiques

Vous me faites l'honneur de présider ce jury.

Veillez trouver en ces lignes l'expression de ma réelle gratitude.

Monsieur le Professeur Christian MILLE

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

(Pédo-psychiatrie)

Pôle "Femme - Couple - Enfant"

*Vous me faites l'honneur de participer à ce jury.
Veuillez trouver en ces lignes l'expression de mon profond respect.*

Monsieur le Professeur Vladimir STRUNSKI

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

(Oto-Rhino-Laryngologie)

Chef du Service ORL et Chirurgie de la face et du cou

Pôle des 5 sens

Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académiques

*Vous me faites l'honneur de participer à ce jury.
Veuillez trouver en ces lignes l'expression de ma sincère reconnaissance.*

Monsieur le Professeur Bernard DESABLENS

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Hématologie - Transfusion

Service d'hématologie clinique et thérapie cellulaire

*Vous me faites l'honneur de participer à ce jury.
Veuillez trouver en ces lignes l'expression de ma profonde considération.*

Monsieur le Docteur Vlad SARZEA

Praticien Hospitalier Contractuel au Centre Hospitalier de Beauvais

Médecine d'urgence

Merci de ton soutien, tes encouragements et de ta disponibilité.

Tu n'as pas hésité à te lancer dans ce travail à mes côtés.

Tu es un modèle pour moi.

C'est un vrai plaisir de travailler à tes côtés.

A Laura, qui arrive encore à me supporter depuis tout ce temps. Merci de ton soutien, de ton réconfort, de tes conseils, de ta patience, de ton amour...d'être là tout simplement. Une page de la vie se tourne mais les autres à tes cotés restent à écrire.

A mes Parents, qui m'ont toujours inculqué le goût du travail pour réaliser mon rêve : être médecin. Merci pour tout ce que vous m'avez apporté et qui m'a permis d'arriver où je suis aujourd'hui.

A mes frères et mes sœurs, c'est vous les meilleurs.

A toute ma grande famille Leturque-Caille-Denning-Demollien-Routier-Bas, pour tous les moments de bonheur partagés et à venir. Vous êtes formidables.

A ma 2^e famille (Nico, Antoine, Rémi, Marie, Marion, Soso, Camille) pour leur soutien, leur présence et le bonheur qu'il m'apporte.

A tous les potes rencontrés en DESC (avec une mention spéciale à Charles et Marion) on se retrouve bientôt au CHUUUUU

Aux chefs qui m'ont accompagné tout au long des stages et m'ont transmis leur savoir dans la bonne humeur :

Eric, Pierre et toute l'équipe médicale et paramédicale des urgences de Clermont de l'Oise c'est là qu'à commencer l'amour pour les urgences. C'est toujours un plaisir de revenir et de travailler avec vous.

Sylvie et Zahir au retraité service de polyclinique médicale du CHU Nord. Une petite dédicace pour Marion qui m'a accompagné dans ces 2 stages.

Docteur Dolhem et sa super équipe de pédiatrie au CH de St Quentin. A Laure, Mélanie, Ophélie, Flo, Marion mes co-internes.

Le service de réanimation de Beauvais du Dr Richecoeur et Dr Guerin. Romain et Nathalie changez pas vous êtes top. Une pensée pour Lucie et Anne Sophie.

Carlo, Flore, Corinna, Céline, Sabrina et Michel pour ces 6 mois en pneumo-infectiologie. C'était cool. Restez comme vous êtes.

Et enfin, Laetitia et sa grosse équipe de médecins et de paramédicaux des urgences du CH de Beauvais. Merci pour tout (l'expérience, la confiance, le soutien, le savoir et tout cela dans la bonne humeur). A très vite.

TABLE DES MATIERES

| | |
|--|----|
| ABREVIATIONS | 11 |
| INTRODUCTION | 12 |
| MATERIEL ET METHODES | 15 |
| A- Type étude | 15 |
| B- Population étudiée | 15 |
| C- Recueil de données | 15 |
| D- Questionnaire | 15 |
| E- Analyse statistique | 17 |
| RESULTATS | 18 |
| A- Participation à l'étude | 18 |
| B- Caractéristiques de la population étudiée | 19 |
| 1- <i>Age et sexe</i> | 19 |
| 2- <i>Statut Marital</i> | 19 |
| 3- <i>Nombre d'enfants</i> | 19 |
| 4- <i>Type installation</i> | 19 |
| 5- <i>Quantité de travail</i> | 21 |
| 6- <i>Loisirs</i> | 21 |
| 7- <i>Santé</i> | 21 |
| 8- <i>Conduites addictives</i> | 23 |
| 9- <i>Psychologie</i> | 23 |
| C- Mesure du burn-out des médecins généralistes | 24 |
| 1- <i>Prévalence du burn-out</i> | 24 |
| 2- <i>Variables associées au burn-out</i> | 26 |

| | |
|--|--------|
| DISCUSSION | 39 |
| A- Limites et points forts de l'étude | 39 |
| B- La prévalence du burn-out | 41 |
| C- Facteurs associés au burn-out | 44 |
| 1- <i>Age et années d'exercice</i> | 44 |
| 2- <i>Statut marital</i> | 44 |
| 3- <i>Département exercice</i> | 45 |
| 4- <i>Type activité</i> | 45 |
| 5- <i>Secrétariat</i> | 45 |
| 6- <i>Quantité de travail</i> | 46 |
| 7- <i>Nombre de gardes</i> | 46 |
| 8- <i>Remplaçant</i> | 47 |
| 9- <i>Loisirs</i> | 47 |
| 10- <i>Santé</i> | 48 |
| 11- <i>Traitement psychotrope, idées suicidaires et consultation spécialisée</i> | 49 |
| D- Prévention | 51 |
| CONCLUSION | 53 |
| BIBLIOGRAPHIE | 54 |
| ANNEXE | 58 |
| RESUME / ABSTRACT | 64 |

ABREVIATIONS

AAPML: Association d'Aide aux Professionnels de santé et Médecins Libéraux

AP: Accomplissement Personnel

ARS: Agence Régionale de Santé

DP: Dépersonnalisation

EE: Epuisement Emotionnel

EPU: Enseignement Post Universitaire

MBI: Maslach Burn-out Inventory

OMS: Organisation Mondiale de la Santé

INTRODUCTION

« Les patients commencent à l'agacer, surtout ceux qui ne veulent pas guérir et qui pourtant le consultent de nouveau pour dire que le traitement qu'il a prescrit ne marche pas, ils deviennent pénibles, il n'a plus de patience, il devient irritable, il répond sèchement au téléphone, d'ailleurs le téléphone aussi l'agace, il a changé, il y a comme de la colère dans son silence, comme de la haine dans ses paroles, il pense que le corps est fait pour souffrir et pour se reproduire, autrement dit pour perpétuer la souffrance de l'espèce; alors que sa clientèle augmente, il semble triste et nerveux, il a mal au pied depuis quatre mois, avant c'était l'épaule, avant encore c'était le genou, il a envie de mourir. »

Cet extrait du roman « la maladie de Sachs » de Martin Winckler décrit bien le syndrome d'épuisement professionnel appelé également burn-out [1].

Le concept est né aux Etats-Unis, en 1974, suite aux travaux du psychiatre et psychanalyste allemand HJ Freudenberger qui utilise pour la première fois le terme de burn-out en observant des soignants bénévoles dans un centre pour toxicomanes. Pour lui, il s'agit d'un état d'épuisement d'un personnel soignant très investi professionnellement et émotionnellement avec ses patients [2].

Il avait déclaré dans son ouvrage en 1980 : «En tant que psychanalyste et praticien les gens sont parfois victimes d'incendie, tout comme les immeubles. Sous l'effet de la tension produite par la vie dans notre monde complexe, leurs ressources internes en viennent à se consumer comme sous l'action des flammes, ne laissant qu'un vide immense à l'intérieur, même si l'enveloppe externe semble plus ou moins intacte » [3].

Puis dans les années 80, Christina Maslach psychologue et chercheuse en psychologie sociale américaine décrit le burn-out comme un processus de dégradation du rapport subjectif au travail à travers trois dimensions [4, 5]:

- l'épuisement émotionnel: sentiment d'être totalement vidé de ses ressources.
- la dépersonnalisation: attitude cynique, négative, dure, détachée, vis-à-vis de son travail et des personnes.
- la perte de l'accomplissement personnel: dévalorisation de soi, sentiment d'être inefficace dans son travail [6].

Elle crée, en 1980 sur la base de multiples travaux empiriques conduits auprès de populations soignantes, le Maslach Burn-out Inventory ou MBI qui reste, à l'heure actuelle, l'échelle mondiale de référence pour décrire le burn-out grâce à ses qualités psychométriques de validité et de fidélité constantes d'une étude à l'autre [7, 8, 9].

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le burn-out se caractérise par « un sentiment de fatigue intense, de perte de contrôle et d'incapacité à aboutir à des résultats concrets au travail » [10].

Ce n'est pas une nouvelle maladie psychiatrique mais une spirale dangereuse susceptible de conduire au basculement dans la maladie: dépression ou maladie somatique (trouble cardiaque, trouble du sommeil, anxiété) [11].

Toute personne engagée au quotidien dans une relation d'aide envers autrui et soumise à un stress professionnel chronique est susceptible un jour d'être atteinte du syndrome d'épuisement professionnel (les personnels soignants, les enseignants, le personnel de police, les travailleurs sociaux, etc...) [12, 13].

Ainsi, le médecin généraliste est au cœur d'une relation « médecin-patient » privilégiée, en tant que « premier contact habituel avec le système de soin, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en charge tous les problèmes de santé » [14].

Ce rôle nécessite donc des médecins épanouis dans leur pratique.

Cependant, ils sont de par cette relation et le stress quotidien très à risque de développer un burn-out [15]. Aussi, dans l'imaginaire public le médecin est considéré comme le soignant et non pas comme le soigné [16].

Un médecin en souffrance risque de dégrader la qualité de ses prises en charge. Il est à risque d'erreurs médicales et de développer une addiction ainsi que des troubles psychiatriques pouvant mener au suicide [17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24].

Chez les médecins, les affections psychiatriques représentaient d'ailleurs la 1^{ère} cause d'invalidité et la 2^{nde} cause d'indemnités journalières, sans que le burn-out ne soit répertorié [25, 26].

D'autres chiffres, tout aussi inquiétants, rapportaient que 14% des décès des médecins libéraux avaient pour cause le suicide, contre 5.6% dans la population générale, d'après une enquête du Conseil National de l'Ordre des Médecins, réalisée en 2003 [27, 28].

La Picardie comptait, en 2013, 2115 médecins généralistes inscrits au tableau de l'Ordre soit une baisse des effectifs de 7.5% sur les six années précédentes.

Aussi, la population des médecins généralistes vieillissait et cela ne risquait pas de s'arranger ; 27% des médecins généralistes étaient âgés de 60 ans et plus, tandis que 11% étaient âgés de moins de 40 ans.

De plus, la Picardie apparaît comme l'un des déserts médicaux les plus préoccupants. En 2013, elle possédait la plus faible densité médicale avec 230.9 médecins pour 100 000 habitants. Pour comparaison, la région PACA possédait la densité médicale la plus forte avec 352 médecins pour 100 000 habitants [29, 30].

Ainsi, les médecins généralistes peuvent se sentir esseulés dans leur activité professionnelle quotidienne.

En 2008, à l'échelle internationale, la prévalence du burn-out était estimée à 65% versus 52% à l'échelle nationale en 2007 [31, 32]. A l'échelle régionale picarde, en 2009, la prévalence atteignait 56% [31, 32, 33].

L'objectif principal de cette étude était, tout d'abord, d'évaluer la prévalence du burn-out chez les médecins généralistes picards, puis d'identifier les facteurs de risque ou de protection d'épuisement professionnel.

MATERIEL ET METHODES

A- Type étude

Il s'agissait d'une étude épidémiologique, transversale, descriptive, réalisée en Picardie de novembre à décembre 2015.

B- Population étudiée

L'enquête était réalisée auprès des médecins généralistes exerçant en Picardie. Ces médecins généralistes étaient rencontrés lors de plusieurs séances d'Enseignement Post Universitaire (EPU) réparties sur la région picarde.

Seuls les médecins généralistes picards, volontaires et installés en cabinet étaient inclus dans l'étude.

Les médecins généralistes remplaçants ou n'exerçant pas une activité de médecine générale libérale exclusive étaient exclus.

C- Recueil de données

Un questionnaire anonyme (Annexe 1) comprenant 25 items était distribué aux médecins généralistes picards participant à des EPU.

Tous les EPU, répertoriés par le Conseil de l'Ordre des Médecins Picards et l'Agence Régionale de Santé, étaient contactés par l'intermédiaire de leur président.

D- Questionnaire

La première partie du questionnaire comprenait l'étude des caractéristiques socio-démographiques (âge, sexe, nombre d'enfant, statut familial), professionnelles (mode d'exercice, patientèle, quantité de travail) et personnelles (loisirs, santé, addictions).

Cette partie du questionnaire permettait d'évaluer les facteurs de risque et de protection d'épuisement professionnel.

Enfin, la dernière partie correspondait au Maslach Burn-out Inventory (MBI), dont la traduction française était validée [34, 35].

Il s'agissait d'une échelle de fréquence composée de 22 items explorant les 3 dimensions du burn-out. Chaque dimension comprenait un certain nombre d'items présentés dans le désordre :

- L'Épuisement Emotionnel (EE) 9 items (questions 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20)
- La Dépersonnalisation (DP) 5 items (questions 5, 10, 11, 15, 22)
- La perte de l'Accomplissement Personnel (AP) 8 items (questions 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21)

La cotation de chaque item se faisait par fréquence de 0 à 6 :

- « Jamais » coté 0
- « Quelques fois par an » coté 1
- « Une fois par mois » coté 2
- « Quelques fois par mois » coté 3
- « Une fois par semaine » coté 4
- « Quelques fois par semaine » coté 5
- « Tous les jours » coté 6

L'interprétation du MBI ne s'exprimait pas en un score global mais se faisait sous forme d'un score pour chacune des 3 dimensions.

Chaque score était exprimé en « bas / modéré / élevé ».

Un degré élevé d'épuisement professionnel était le reflet de scores élevés pour l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation, et d'un score bas pour l'accomplissement personnel (Tableau 1).

| | Degrés d'épuisement professionnel | | |
|------------------------------|-----------------------------------|--------|-------|
| | Bas | Modéré | Elevé |
| Epuisement Emotionnel | 0-17 | 18-29 | 30-54 |
| Dépersonnalisation | 0-5 | 6-11 | 12-30 |
| Accomplissement Personnel | 0-33 | 34-39 | 40-48 |

Tableau 1 : Calcul des indices de l'échelle MBI.

Une situation de burn-out était identifiée dès l'atteinte d'au moins l'une des 3 dimensions.

Pour cette étude, l'épuisement professionnel était défini comme la présence d'un score élevé d'épuisement émotionnel (total >29) et/ou d'un score élevé de dépersonnalisation (total >11) et/ou d'un score bas d'accomplissement personnel (total <34)

E- Analyse statistique

Le recueil de données était réalisé à l'aide du logiciel Excel 2013.

La prévalence du burn-out était calculée en cumulant l'ensemble des médecins généralistes ayant obtenu un score de burn-out élevé dans au moins une des trois dimensions du MBI.

L'association entre le burn-out et les différents facteurs socio-professionnels a été analysée à l'aide du test du Chi2 (ou du test de Fisher pour les effectifs <5) pour les variables qualitatives et à l'aide du test de Student pour les variables quantitatives. Les médecins généralistes en burn-out ont été comparés à ceux n'ayant pas de burn-out. Puis, plus spécifiquement, chaque dimension a été comparée à l'absence de cette dimension afin d'identifier les facteurs associés à chaque dimension.

RESULTATS

A- Participation à l'étude

La totalité des EPU picards était contactée. Dix présidents avaient donné leur accord pour assister à une session.

Les dix EPU étaient répartis sur les trois départements picards :

- Somme : EPU Formed Picardie, EPU B.
- Aisne : EPU AFMC Soissonnais et environs, EPU Association pour perfectionnement Médical Vermandois, EPU AFMC Haute Picardie, EPU DMS, EPU Esculape.
- Oise : EPU Cercle Médical Senlis-Creil, EPU Aumale-Secteur Oise, EPU de la Région de Compiègne.

216 médecins généralistes ont participé à l'étude. Chaque médecin généraliste avait reçu une information individuelle sur le type, le sujet et l'objectif de cette étude. 12 médecins avaient refusé de répondre au questionnaire. 15 questionnaires étaient incomplets et étaient exclus de l'étude.

Au total, le nombre effectif de questionnaires complets était de 201.

Cette étude était accueillie de façon très encourageante par les médecins généralistes participant aux EPU.

B- Caractéristiques de la population étudiée

1- Age et sexe

L'âge moyen était de 52.2 ± 10.1 ans. Les plus jeunes avaient 30 ans et le plus âgé avait 71 ans.

Les hommes étaient au nombre de 128 soit 63.7%, les femmes étaient au nombre de 73 soit 36.3%.

2- Statut Marital

La grande majorité des médecins généralistes était en couple ou mariés (170 soit 84.6%).

Seulement 12 médecins généralistes, soit 6%, étaient célibataires et 19, soit 9.4%, étaient divorcés.

3- Nombre d'enfants

Les médecins généralistes interrogés avaient en moyenne 1.8 ± 1.2 enfants.

4- Type installation

Les médecins étaient installés depuis environ 23 ± 10.4 années.

Les 3 départements étaient représentés de façon inéquitable avec une plus grande présence de médecins samariens (Tableau 2).

| Département | Effectif | Pourcentage |
|-------------|----------|-------------|
| Aisne | 55 | 27.3% |
| Oise | 63 | 31.3% |
| Somme | 83 | 41.3% |

Tableau 2: Répartition des médecins généralistes interrogés selon leur département.

Les secteurs rural, semi-rural et urbain étaient représentés de façon équitable (Tableau 3).

| Lieu d'exercice | Effectif | Pourcentage |
|-----------------|----------|-------------|
| Rural | 62 | 31% |
| Semi-rural | 73 | 36% |
| Urbain | 66 | 33% |

Tableau 3: Répartition des médecins généralistes interrogés selon leur lieu d'exercice.

Ils exerçaient majoritairement en association avec en moyenne 2.2 associés (Tableau 4).

| Mode d'exercice | Effectifs | Pourcentage |
|-----------------|-----------|-------------|
| Seul | 80 | 39.8% |
| En association | 121 | 60,2% |

Tableau 4: Répartition des médecins généralistes interrogés selon leur type d'exercice.

La grande majorité avait un secrétariat (Tableau 5).

| Secrétariat | Effectif | Pourcentage |
|-------------|----------|-------------|
| Non | 55 | 27.3% |
| Oui | 146 | 72.7% |

Tableau 5: Répartition des médecins généralistes interrogés selon la présence d'un secrétariat.

Dans la population, on retrouvait 27 maîtres de stages universitaires soit 13.4%.

5- Quantité de travail

Ils travaillaient en moyenne 4.9 jours par semaine et prenaient 6.4 semaines de vacances par an.

En moyenne, ils réalisaient 32.1 actes médicaux quotidiens dont 28.4 consultations au cabinet pour 3.7 visites au domicile. Ils réalisaient en moyenne 0.6 garde par mois.

Seulement 54.7% (n=110) avaient un remplaçant en cas d'absences ou de congés.

6- Loisirs

65% (n=131) des médecins avaient des loisirs avec en moyenne 3.4 heures consacrées par semaine.

7- Santé

Seulement 73 praticiens, soit 36.3%, pensaient qu'ils négligeaient leur santé. En cas de soucis de santé, ils se tournaient plus volontiers vers eux même en réalisant une automédication (Tableau 6).

| Consultation en cas de soucis de santé | Effectifs | Pourcentage |
|--|-----------|-------------|
| Automédication | 82 | 40.8% |
| Confrère généraliste | 55 | 27.4% |
| Confrère spécialiste | 64 | 31.8% |

Tableau 6: Répartition des médecins généralistes interrogés selon leur consultation médicale.

49 personnes interrogées, soit 24.4%, étaient en Affection de Longue Durée (ALD).

La dernière consultation médicale avait été réalisée, pour la plupart (40.3%), au cours des derniers mois (Tableau 7).

| Dernière consultation médicale | Effectifs | Pourcentage |
|--------------------------------|-----------|-------------|
| Des semaines | 54 | 26.9% |
| Des mois | 81 | 40.3% |
| Des années | 60 | 29.8% |
| Jamais | 6 | 3% |

Tableau 7: Répartition des médecins généralistes interrogés selon la date de leur dernière consultation médicale.

8- Conduites addictives

Seulement 10.4% (n=21) des personnes interrogées fumaient.

Aucune consommation de drogue n'était signalée.

Concernant la consommation d'alcool, les médecins avouaient pour la plupart une consommation pluri-mensuelle voir pluri-hebdomadaire (Tableau 8).

| Consommation alcool | Effectif | Pourcentage |
|-----------------------------|----------|-------------|
| Jamais | 14 | 7% |
| 1 fois par mois | 51 | 25.3% |
| 2 à 4 fois par mois | 58 | 28.9% |
| 2 à 3 fois par semaine | 51 | 25.3% |
| Au moins 4 fois par semaine | 27 | 13.5% |

Tableau 8: Répartition des médecins généralistes interrogés selon leur consommation d'alcool.

9- Psychologie

31.5%, soit 63 médecins généralistes, avaient déjà eu recours à un traitement psychotrope.

19.5% (n=39) avaient déjà bénéficié d'une consultation psychologique ou psychiatrique.

Enfin, 18% des personnes interrogées (n=36) avouaient avoir eu des idées suicidaires au cours de leur carrière.

C- Mesure du burn-out des médecins généralistes

1- *Prévalence du burn-out*

La prévalence du burn-out chez les médecins généralistes picards était de 54.7% (110 médecins généralistes sur 201).

Ils étaient 36.3% avec un seul score de burn-out élevé, 14.4% avaient deux scores de burn-out élevés, et 4% étaient en burn-out élevé dans les trois dimensions du MBI (Tableau 9).

| Burnout élevé dans : | Effectif | Pourcentage |
|----------------------|----------|-------------|
| Aucune dimension | 91 | 45.3% |
| Une dimension | 73 | 36.3% |
| Deux dimensions | 29 | 14.4% |
| Trois dimensions | 8 | 4% |

Tableau 9: Fréquence des répondants selon le nombre de dimensions de burn-out atteintes.

Parmi les médecins généralistes interrogés, 19.4% avaient un score de burn-out élevé pour la dimension épuisement émotionnel, 27.4% pour la dimension dépersonnalisation et 30.4% avaient un score de burn-out bas pour la dimension accomplissement personnel (Tableau 10).

| | Effectifs (%) |
|----------------------------------|---------------|
| Epuisement émotionnel | |
| Bas : Score 0-17 | 100 (49.8%) |
| Modéré : Score 18-29 | 62 (30.8%) |
| Elevé : Score 30-54 | 39 (19.4%) |
| Dépersonnalisation | |
| Bas: Score 0-5 | 72 (35.8%) |
| Modéré: Score 6-11 | 74 (36.8) |
| Elevé: Score 12-30 | 55 (27.4%) |
| Accomplissement personnel | |
| Bas: Score 0-33 | 61 (30.4%) |
| Modéré: Score 34-39 | 56 (27.8%) |
| Elevé: Score 40-48 | 84 (41.8%) |

Tableau 10: Prévalence de l'épuisement émotionnel et répartition en fonction des scores des sous échelles du Maslach Burn-out Inventory.

Les médecins généralistes interrogés avaient, en moyenne, un score d'épuisement émotionnel de 18.9 soit un score modéré. Sur la dimension dépersonnalisation, ils avaient un score moyen de 8.4 soit un score modéré. L'accomplissement personnel recueillait un score moyen de 36.4 soit également un score modéré selon le MBI.

2- Variables associées au burn-out

a- Variables quantitatives

De façon générale, le burn-out, défini par un niveau élevé dans au moins une dimension, était associé de façon significative à un âge élevé et à une activité professionnelle plus ancienne (Tableau 11).

En effet, l'âge moyen des médecins généralistes présentant un burn-out était plus élevé, de 54.98 ans versus 48.91 ans pour les médecins généralistes indemnes ($p=0.0002$). Il en était de même concernant le nombre d'années d'exercice (25.45 versus 19.88 années, $p=0.002$).

| | Absence burn-out | | Burn-out | | p value |
|---|------------------|------------|----------|------------|----------------|
| | Moyenne | Ecart-type | Moyenne | Ecart-type | |
| Age | 48,91 | 10.66 | 54,98 | 8.75 | 0.00002 |
| Nombre enfants | 1,78 | 1.22 | 1,73 | 1.117 | 0.76 |
| Années d'exercice | 19,88 | 10.93 | 25,45 | 9.22 | 0.0002 |
| Nombre jours travaillés | 4,80 | 0.64 | 4,96 | 0.69 | 0.09 |
| Nombre semaines de vacances | 6,58 | 2.16 | 6,17 | 2.25 | 0.19 |
| Nombres actes par jour | 32,18 | 9.43 | 32,14 | 9.49 | 0.98 |
| Nombre de consultations au cabinet par jour | 28,48 | 9.10 | 28,39 | 9.37 | 0.94 |
| Nombre de visites par jour | 3,69 | 2.36 | 3,74 | 2.29 | 0.89 |
| Nombre de gardes par mois | 0,68 | 0.87 | 0,54 | 0.88 | 0.26 |

Tableau 11: Etude des variables quantitatives sur le burn-out en général.

Par la suite, chacune des trois dimensions était étudiée séparément.

Le niveau de burn-out élevé pour la dimension épuisement émotionnel était lié significativement à un âge élevé, une activité professionnelle ancienne et un nombre d'actes médicaux quotidiens plus élevé (et notamment les consultations au cabinet) (Tableau 12).

Concernant la dépersonnalisation, le niveau de burn-out élevé était lié significativement à un nombre de gardes moindre (Tableau 12).

S'agissant de l'accomplissement personnel, le niveau de burn-out élevé était lié à un âge élevé et une activité professionnelle ancienne (Tableau 12).

| | Epuisement émotionnel | | | Dépersonnalisation | | | Accomplissement personnel | | |
|---|-----------------------|-------|--------------|--------------------|------|-------------|---------------------------|------|----------------|
| | M | ET | p | M | ET | p | M | ET | p |
| Age | 55.56 | 7.71 | 0.007 | 53.8 | 9.77 | 0.17 | 56.21 | 7.72 | 0.00003 |
| Nb enfants | 1.82 | 1.21 | 0.69 | 1.69 | 1.22 | 0.66 | 1.66 | 1.18 | 0.45 |
| Années d'exercice | 26.08 | 8.55 | 0.02 | 24.2 | 9.82 | 0.27 | 26.53 | 8.38 | 0.0003 |
| Nb jours travaillés | 4.97 | 0.68 | 0.37 | 4.83 | 0.64 | 0.42 | 5 | 0.68 | 0.12 |
| Nb semaines de vacances | 5.94 | 2.21 | 0.19 | 6.23 | 2.15 | 0.62 | 6.02 | 2.28 | 0.16 |
| Nb actes par jour | 35.67 | 11.25 | 0.03 | 32.06 | 9.88 | 0.93 | 31.69 | 8.94 | 0.64 |
| Nb de consultations au cabinet par jour | 31.95 | 11.31 | 0.03 | 28.44 | 9.95 | 0.99 | 27.61 | 8.74 | 0.39 |
| Nb de visites par jour | 3.72 | 2.25 | 0.99 | 3.62 | 2.21 | 0.71 | 4.07 | 2.59 | 0.18 |
| Nb de gardes par mois | 0.42 | 0.77 | 0.12 | 0.38 | 0.72 | 0.01 | 0.56 | 0.95 | 0.63 |

Tableau 12: Etude des variables quantitatives sur les 3 dimensions du burn-out.

M : Moyenne, ET : Ecart-type, Nb : Nombre.

b- Variables qualitatives

De façon générale, les facteurs de risque de burn-out, c'est-à-dire les médecins généralistes ayant un niveau élevé dans au moins une dimension, étaient : être installé dans le département de l'Oise, avoir une activité isolée, avoir recours à l'automédication, avoir le sentiment de négliger sa santé, être en Affection de Longue Durée, avoir déjà eu recours à un traitement psychotrope ou à une consultation spécialisée (psychologique ou psychiatrique) au cours de sa carrière et avoir déjà ressenti des idées suicidaires.

Les facteurs protecteurs identifiés étaient : avoir un secrétariat, avoir un remplaçant, avoir des loisirs en dehors de son travail (Tableau 13).

| | | Absence de burn-out | | Burn-out | | p | OR IC95% |
|----------------|-----------------|---------------------|-------|----------|-------|---------------|---------------------|
| | | N | P (%) | N | P (%) | | |
| Sexe | Homme | 53 | 41.4 | 75 | 58.6 | 0.145 | |
| | Femme | 38 | 52.1 | 35 | 47.9 | | |
| Statut Marital | Célibataire | 4 | 33.3 | 8 | 77.7 | 0.144 | |
| | Divorcé | 5 | 26.3 | 14 | 73.7 | | |
| | En couple-Marié | 82 | 48.2 | 88 | 51.8 | | |
| Département | Aisne | 27 | 49.1 | 28 | 50.9 | 0.012 | 2.53 (1.34-4.77) |
| | Oise | 19 | 30.2 | 44 | 69.8 | | |
| | Somme | 45 | 54.2 | 38 | 45.8 | | |
| Lieu exercice | Rural | 24 | 38.7 | 38 | 22.3 | 0.967 | |
| | Semi-rural | 35 | 47.9 | 38 | 52.1 | | |
| | Urbain | 32 | 48.5 | 34 | 51.5 | | |
| Type activité | Seul | 24 | 30 | 56 | 70 | 0.0004 | 2.9 (1.6-5.27) |
| | Association | 67 | 55.4 | 54 | 44.6 | | |
| Secrétariat | Oui | 73 | 50 | 73 | 50 | 0.028 | 0.49 (0.26-0.94) |
| | Non | 18 | 32.7 | 37 | 67.3 | | |

| | | | | | | | |
|--------------------------------|----------------|----|------|----|------|---------------|---------------------|
| Remplaçant | Oui | 57 | 51.8 | 53 | 48.2 | 0.040 | 0.55 (0.31-0.97) |
| | Non | 34 | 37.4 | 57 | 62.6 | | |
| Maitre de stage | Oui | 15 | 55.6 | 12 | 44.4 | 0.249 | |
| | Non | 76 | 43.7 | 98 | 56.3 | | |
| Loisirs | Oui | 71 | 54.2 | 60 | 45.8 | 0.0005 | 0.34 (0.18-0.63) |
| | Non | 20 | 28.6 | 50 | 71.4 | | |
| Soucis de santé | Automédication | 28 | 34.2 | 54 | 65.8 | 0.03 | 2.17 (1.21-3.88) |
| | Généraliste | 29 | 52.7 | 26 | 47.3 | | |
| | Spécialiste | 34 | 53.1 | 30 | 46.9 | | |
| Dernière consultation médicale | Des semaines | 28 | 51.9 | 26 | 48.1 | 0.263 | |
| | Des mois | 39 | 48.1 | 42 | 51.9 | | |
| | Des années | 21 | 35 | 39 | 65 | | |
| | Jamais | 3 | 50 | 3 | 50 | | |
| Santé négligée | Oui | 25 | 34.2 | 48 | 65.8 | 0.018 | 2.04 (1.13-3.7) |
| | Non | 66 | 51.6 | 62 | 48.4 | | |
| ALD | Oui | 16 | 32.7 | 33 | 67.3 | 0.041 | 2.01 (1.02-3.95) |
| | Non | 75 | 49.3 | 77 | 50.7 | | |

| | | | | | | | |
|---|-----------------------------|----|------|-----|------|--------------|---------------------|
| Consommation d'alcool | Jamais | 10 | 71.4 | 4 | 28.6 | 0.123 | |
| | 1 fois par mois au moins | 26 | 51 | 25 | 49 | | |
| | 2-4 fois par mois | 27 | 46.6 | 31 | 53.4 | | |
| | 2-3 fois par semaine | 18 | 35.3 | 33 | 64.7 | | |
| | Au moins 4 fois par semaine | 10 | 37 | 17 | 63 | | |
| Tabagisme | Oui | 8 | 38.1 | 13 | 62 | 0.485 | |
| | Non | 83 | 46.1 | 97 | 53.9 | | |
| Traitement psychotrope | Oui | 19 | 30.2 | 44 | 69.8 | 0.004 | 2.53 (1.34-4.77) |
| | Non | 72 | 52.2 | 66 | 47.8 | | |
| Idées suicidaires | Oui | 9 | 25 | 27 | 75 | 0.007 | 2.96 (1.31-6.68) |
| | Non | 82 | 49.7 | 83 | 50.7 | | |
| Consultation psychologique ou psychiatrique | Oui | 10 | 25.6 | 29 | 74.4 | 0.006 | 2.9 (1.33-6.34) |
| | Non | 81 | 50 | 81 | 50 | | |
| Consommation de drogue | Oui | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | |
| | Non | 91 | 45.3 | 110 | 54.7 | | |

Tableau 13: Etude des variables qualitatives sur le burn-out en général.

n : Effectif, OR: Odds Ratio, IC 95% : Intervalle de Confiance à 95%, P : Pourcentage,

ALD : Affection Longue Durée.

Les facteurs de risques d'épuisement émotionnel étaient : être divorcé, avoir une activité isolée, le recours à l'automédication en cas de soucis de santé, avoir le sentiment de négliger sa santé, être en ALD, avoir déjà eu recours à un traitement psychotrope ou à une consultation spécialisée (psychologique ou psychiatrique) au cours de sa carrière et avoir déjà ressenti des idées suicidaires. Avoir des loisirs constituait un facteur protecteur d'épuisement émotionnel élevé (Tableau 14).

Concernant la dépersonnalisation, le niveau de burn-out élevé est lié statistiquement au fait d'exercer dans le département de l'Oise, d'avoir une activité isolée, de s'automédiquer, d'avoir déjà eu recours à une consultation psychologique ou psychiatrique au cours de sa carrière et d'avoir déjà ressenti des idées suicidaires. Avoir le sentiment de négliger sa santé et la consommation de psychotrope avaient un $p < 0.05$ mais l'intervalle de confiance à 95% de l'odds ratio comportait 1 donc ces résultats n'étaient pas significatifs (Tableau 14).

S'agissant de l'accomplissement personnel, les facteurs de risque de burn-out étaient : être célibataire, l'automédication en cas de soucis de santé et avoir déjà ressenti des idées suicidaires. Les facteurs protecteurs d'accomplissement personnel bas étaient : avoir un secrétariat et un remplaçant (Tableau 14).

| | | Epuisement émotionnel (n : 39) | | | Dépersonnalisation (n : 55) | | | Accomplissement personnel (n : 61) | | |
|----------------|-------------------------------------|-----------------------------------|---------------------|-------------|--------------------------------|---------------------|-------------|---------------------------------------|--------------------|-------------|
| | | P (%) | OR (IC95%) | p | P (%) | OR (IC95%) | p | P (%) | OR (IC95%) | p |
| Sexe | Homme (n: 128) | 27 | | 0.42 | 34 | | 0.74 | 44 | | 0.1 |
| | Femme (n: 73) | 12 | | | 21 | | | 17 | | |
| Statut Marital | Célibataire (n: 12) | 1 | | 0.03 | 4 | | 0.24 | 7 | 3,5 (1,06-11,5) | 0.01 |
| | Divorcé(e) (n: 19) | 8 | 3.54 (1.32-9.52) | | 8 | | | 9 | | |
| | En couple- Marié(e) (n : 170) | 30 | | | 43 | | | 45 | | |
| Département | Aisne (n : 55) | 9 | | 0.35 | 10 | | 0.02 | 20 | | 0.37 |
| | Oise (n : 63) | 16 | | | 25 | 2,37 (1,24-4,53) | | 20 | | |
| | Somme (n : 83) | 14 | | | 20 | | | 21 | | |

| | | | | | | | | | | |
|-----------------|--------------------------|----|--------------------|--------------|----|---------------------|--------------|----|---------------------|--------------|
| Lieu exercice | Rural (n : 62) | 13 | | 0.92 | 17 | | 0.74 | 20 | | 0.4 |
| | Semi-rural (n : 73) | 14 | | | 22 | | | 18 | | |
| | Urbain (n : 66) | 12 | | | 16 | | | 23 | | |
| Type activité | Seul (n : 80) | 23 | 2,65 (1,3-5,42) | 0.006 | 31 | 2,56 (1,36-4,83) | 0.003 | 30 | | p 0.07 |
| | Association (n : 121) | 16 | | | 24 | | | 31 | | |
| Secrétariat | Oui (n : 146) | 30 | | 0.5 | 37 | | 0.3 | 35 | 0,35 (0,18-0,67) | 0.001 |
| | Non (n : 55) | 9 | | | 18 | | | 26 | | |
| Remplaçant | Oui (n : 110) | 23 | | 0.55 | 29 | | 0.73 | 25 | 0,45 (0,24-0,83) | 0.009 |
| | Non (n : 91) | 16 | | | 26 | | | 36 | | |
| Maitre de stage | Oui (n : 27) | 4 | | 0.61 | 4 | | 0.16 | 5 | | 0.15 |
| | Non (n : 174) | 35 | | | 51 | | | 56 | | |

| | | | | | | | | | | |
|--------------------------------|----------------------------|----|---------------------|---------------------|----|--------------------|-------------|----|---------------------|-------------|
| Loisirs | Oui (n : 131) | 16 | 0,28 (0,14-0,58) | 0.000 4 | 33 | | 0.34 | 35 | | 0.13 |
| | Non (n : 70) | 23 | | | 22 | | | 26 | | |
| Soucis de santé | Automédication (n : 82) | 19 | 3,21 (1,55-6,64) | 0.005 | 28 | 2,18 (1,16-4,1) | 0.04 | 39 | 2,51 (1,35-4,67) | 0.01 |
| | Généraliste (n : 55) | 9 | | | 12 | | | 12 | | |
| | Spécialiste (n : 64) | 11 | | | 15 | | | 10 | | |
| Dernière consultation médicale | Des semaines (n : 54) | 13 | | 0.25 | 14 | | 0.37 | 10 | | 0.15 |
| | Des mois (n : 81) | 11 | | | 21 | | | 28 | | |
| | Des années (n : 60) | 13 | | | 20 | | | 21 | | |
| | Jamais (n : 6) | 2 | | | 0 | | | 2 | | |
| Santé négligée | Oui (n : 73) | 25 | 4,24 (2,03-8,85) | 0.000 06 | 26 | 1,89 (1-3,56) | 0.04 | 26 | | 0.22 |
| | Non (n : 128) | 14 | | | 29 | | | 35 | | |

| | | | | | | | | | | |
|---------------------------|--|----|---------------------|--------------------------|----|--------------------|-------------|----|--|------|
| ALD | Oui (n : 49) | 18 | 3,62 (1,72-7,6) | 0.000 4 | 15 | | 0.56 | 18 | | 0.26 |
| | Non (n : 152) | 21 | | | 40 | | | 43 | | |
| Consommation d'alcool | Jamais (n : 14) | 2 | | 0.32 | 2 | | 0.51 | 2 | | 0.45 |
| | 1 fois par mois (n : 51) | 7 | | | 15 | | | 14 | | |
| | 2-4 fois par mois (n : 58) | 9 | | | 14 | | | 16 | | |
| | 2-3 fois par semaine (n : 51) | 1 | | | 18 | | | 19 | | |
| | Au moins 4 fois par semaine (n : 27) | 8 | | | 6 | | | 10 | | |
| Tabagisme | Oui (n : 21) | 4 | | 1 | 7 | | 0.52 | 7 | | 0.75 |
| | Non (n : 180) | 35 | | | 48 | | | 54 | | |
| Traitement psychotrope | Oui (n : 63) | 22 | 3,82 (1,85-7,89) | 0.000 2 | 23 | 1,9 (0,99-3,63) | 0.04 | 23 | | 0.2 |
| | Non (n : 138) | 17 | | | 32 | | | 38 | | |

| | | | | | | | | | | |
|---|------------------|----|---------------------|--------------|----|---------------------|--------------|----|---------------------|-------------|
| Idées suicidaires | Oui (n : 36) | 14 | 3,56 (1,61-7,87) | 0.001 | 15 | 2,23 (1,05-4,73) | 0.03 | 16 | 2,13 (1,01-4,47) | 0.04 |
| | Non (n : 165) | 25 | | | 40 | | | 45 | | |
| Consultation psychologique ou psychiatrique | Oui (n : 39) | 13 | 2,62 (1,19-5,76) | 0.01 | 18 | 2,9 (1,4-6,01) | 0.003 | 15 | | 0.22 |
| | Non (n : 162) | 26 | | | 37 | | | 46 | | |
| Consommation de drogue | Oui (n : 0) | 0 | | 1 | 0 | | 1 | 0 | | 1 |
| | Non (n : 201) | 39 | | | 55 | | | 61 | | |

Tableau 14: Etude des variables quantitatives sur les 3 dimensions du burn-out.

n : Effectif, OR : Odds Ratio, IC 95% : Intervalle de Confiance à 95%, P : Pourcentage,

ALD : Affection Longue Durée.

DISCUSSION

Dans cette étude, les médecins généralistes étaient concernés par le syndrome d'épuisement professionnel avec un niveau de burn-out important. Elle a également permis la mise en évidence de nombreux facteurs associés au burn-out de façon significative.

A- Limites et points forts de l'étude

En ce qui concerne les points faibles, il s'agissait d'une étude transversale, descriptive. Les études transversales permettent l'étude de plusieurs facteurs dans une population à un moment précis [36]. Cependant, la puissance des études transversales est faible et ne permet pas d'établir un lien de cause à effet.

Ainsi, il n'était pas possible de préciser si les paramètres associés étaient la cause ou la conséquence du syndrome d'épuisement professionnel.

Aussi, l'étude a été réalisée vers la fin de l'automne (novembre-décembre 2015). Cette saison pourrait avoir une influence sur l'état d'esprit des médecins généralistes. En effet, l'apparition des pathologies saisonnières engendre une surcharge de travail. De plus, le passage à la période hivernale est connu pour influencer négativement sur l'humeur.

Par ailleurs, les médecins sélectionnés pour cette étude étaient ceux participants à des EPU et donc vraisemblablement les plus motivés, les moins isolés et par conséquent, les médecins les moins à risque d'épuisement professionnel, ce qui crée un biais de sélection.

Un biais de déclaration était observé par le fait que l'étude demandait à une personne volontaire de se soumettre à une auto évaluation de son état psychologique par rapport à son métier. Bien que le questionnaire était anonyme, la sensation d'être jugé dans son exercice pouvait créer un biais [37]. Il ne permettait pas une appréciation totalement objective. Les participants pouvaient présenter un déni de leur mal être.

Aussi, bien que le MBI soit l'outil de référence pour étudier le burn-out, plusieurs critiques étaient émises envers cette échelle. Tout d'abord, les scores pour le burn-out élevé, modéré et bas étaient fixés de façon arbitraire. Ainsi, lorsque Maslach et Jackson ont dressé ces bornes, ils ont séparé leur échantillon (11067 personnes) en trois groupes équivalents. Les 33.3% qui avaient les scores les plus élevés représentaient la fourchette du niveau élevé de burn-out, les

33.3% suivants, la fourchette du niveau modéré et les 33.3% derniers, la fourchette du niveau bas [38]. Ces scores reposaient donc sur des statistiques et non pas sur des données cliniques.

Ensuite, chaque dimension du syndrome d'épuisement professionnel était cotée par un score individuel distinct et non pas par un score global rendant difficile sa comparaison avec d'autres travaux.

Enfin, la formulation des 22 questions du MBI pouvait porter à confusion en entraînant une suggestibilité. En effet, chaque item de la dimension épuisement émotionnel et dépersonnalisation était formulé négativement au contraire de la dimension accomplissement émotionnel formulé positivement.

D'autres outils d'évaluation du burn-out existent mais restent peu utilisés : le Burn-out Measure, l'Oldenburg Burn-out Inventory, le Copenhagen Burn-out Inventory [39, 40, 41].

En ce qui concerne les points forts de l'étude, la population de notre étude était représentative de la population générale des médecins généralistes picards. En effet, selon les Atlas régionaux de la démographie médicale en 2013, les médecins généralistes picards étaient âgés en moyenne de 53 ans (contre 52.2 ans dans l'étude) et les hommes représentaient 69% de la population (contre 63.7% dans l'étude) [29].

201 médecins généralistes avaient répondu au questionnaire sur les 2115 répertoriés soit environ 10% des médecins généralistes picards ce qui constituait un échantillon solide.

B- La prévalence du burn-out

Malgré les limites présentées ci-dessus, il semblerait qu'en 2015, un médecin généraliste picard sur deux, 54.7%, souffrirait du syndrome d'épuisement professionnel.

La grande majorité (n=73 soit 36.3%) n'avait qu'une seule dimension d'atteinte.

L'accomplissement personnel (30.4%) était la dimension la plus touchée. Puis, venait la dépersonnalisation (27.4%) et enfin l'épuisement émotionnel (19.4%).

Le tableau 15 suivant récapitule les résultats des différentes études déjà réalisées sur le sujet.

| | EE élevé (%) | DP élevé (%) | AP bas (%) | Burn-out (%) |
|--|--------------|--------------|------------|--------------|
| Picardie 2015 (n : 201) | 19.4 | 27.4 | 30.4 | 54.7 |
| Nord-Pas-De-Calais 2012 (n : 222) | 18.6 | 26.4 | 29.3 | 49.2 |
| Alsace 2011 (n : 195) | 33.9 | 29.3 | 23.5 | 44.4 |
| Picardie 2010 (n : 383) | 20.3 | 33 | 32.2 | 55.8 |
| Etude Européenne EGPRN 2008 (n : 1393) | 43 | 35 | 32 | 65 |
| Enquête Nationale Sentinelle 2007 (n : 2007) | 27.1 | 32.6 | 27.1 | 51.5 |
| Luxembourg 2007 (n : 163) | 10.8 | 12.1 | 33.1 | |

Tableau 15 : Comparaison de la prévalence du burn-out dans chacune des trois dimensions à travers différentes études.

A l'échelle régionale, plusieurs études de ce type ont été réalisées retrouvant une prévalence moindre notamment dans le Nord Pas de Calais (49.2%) ainsi qu'en Alsace (44.4%) [42, 43]. Une étude picarde réalisée en 2010 retrouvait une prévalence très proche (55.8%) [33].

Aussi, à l'échelle nationale, une étude du réseau sentinelle retrouvait une prévalence de 51.5% [32].

Cependant, à l'échelle internationale, une étude européenne avait une prévalence beaucoup plus élevée avec 65% [31].

Comparativement aux autres études, l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation avaient une prévalence moins élevée dans notre enquête. L'accomplissement personnel était plus bas dans notre étude.

En Picardie, les médecins généralistes restaient donc plus épanouis dans leur quotidien professionnel tout en gardant une relation médecin-malade attractive comparativement au reste de la population médicale nationale ou européenne. Mais ils se sentaient peut être moins accomplis à exercer leur profession.

C- Facteurs associés au burn-out

1- Age et années d'exercice

Il ressort de notre étude que les médecins généralistes en burn-out étaient plus âgés que ceux indemnes. Cette information était retrouvée significativement dans les dimensions épuisement émotionnel et accomplissement personnel. Ce facteur était retrouvé exclusivement sur la dimension épuisement émotionnel dans l'étude picarde de 2010 [33]. L'enquête réalisée dans le Nord-Pas-De-Calais, en 2012, confirmait ces données concernant un âge plus élevé et un exercice plus ancien (depuis au moins 24 ans) [42]. En effet, il semble que la jeunesse apporte une certaine insouciance et une motivation conquérante.

Le nombre d'années d'exercice était logiquement corrélé à l'âge avec les mêmes résultats significatifs dans notre analyse.

Une étude bretonne de 2002 notait que la relation médecin-malade semblait perdre d'humanité avec le nombre d'années d'exercice. De même, le nombre de médecins ayant un manque d'accomplissement personnel était de plus en plus important au fil des années d'exercice [44].

Au contraire, l'étude européenne EGPRN montrait que les jeunes médecins étaient davantage touchés par le burn-out [31]. Chez le jeune médecin, il existe un écart entre l'idéal qui motive l'entrée dans la profession et la découverte du terrain. Le jeune professionnel n'a également pas encore développé des stratégies de « faire face ». Aussi, le fait d'avoir un certain âge et donc une ancienneté professionnelle permet d'acquérir une expérience pour mieux gérer des situations stressantes et difficiles.

L'étude nationale sentinelle mettait en évidence que les médecins en début (moins de 10 ans d'exercice) et en fin de carrière (plus de 20 ans d'exercice) étaient significativement les moins épuisés émotionnellement [32].

2- Statut marital

Etre divorcé augmentait de manière significative le degré d'épuisement émotionnel alors que le célibat favorisait la baisse de l'accomplissement personnel en comparaison aux personnes mariées. Aucune des études observées ne retrouvait de différence significative entre les différents statuts.

Le divorce implique une période de discordance avec son ex-conjoint et des moments difficiles sur le plan émotionnel, psychologique, physique voire financier pouvant favoriser une fatigue émotionnelle. Le célibat mal vécu peut entraîner une solitude, une sensation d'échec engendrant le sentiment d'être moins accompli au quotidien.

3- Département exercice

Exercer dans le département de l'Oise constituait un risque pour le burn-out en général. Après étude précise des trois dimensions, exercer dans ce département augmentait le degré de dépersonnalisation. Ceci pouvait s'expliquer par le fait que la population générale de ce département augmentait de façon plus importante que le reste de la Picardie. De plus, la densité médicale y était majoritairement faible [29]. Les médecins généralistes pouvaient se sentir donc plus isolés face à des patients toujours plus nombreux ce qui pouvait détériorer la relation médecin-malade.

L'étude picarde de 2010 avait évalué le rapport avec la densité médicale sans distinguer les trois départements [33].

4- Type activité

Dans l'étude, les médecins généralistes picards en burn-out exerçaient significativement plus seuls qu'en association. Cela était d'autant plus remarqué pour les médecins épuisés émotionnellement et ayant une dépersonnalisation de leur relation aux patients.

Exercer en groupe implique un partage des tâches professionnelles (devoirs administratifs, permanence des soins), un soutien confraternel et une protection contre la déshumanisation de la relation à autrui.

Seule une étude picarde de 2010 retrouvait une différence significative entre les deux types d'activités (seul ou en association) mais uniquement sur la dimension dépersonnalisation [33].

5- Secrétariat

Avoir un secrétariat était un facteur protecteur de burn-out. Après étude de chacune des trois dimensions du burn-out, la présence d'un secrétariat protégeait de la dépersonnalisation.

L'étude nationale sentinelle montrait que la présence d'un secrétariat au sein du cabinet ou externalisé diminuait le risque d'épuisement émotionnel [32].

Le rôle du secrétaire est d'organiser le travail du médecin généraliste afin de potentialiser au maximum son efficacité au quotidien (permanence téléphonique, organisation du planning, accueil des patients, tâches administratives). Sa présence facilite le travail du médecin qui se focalise sur son activité de soignant.

6- Quantité de travail

Cette étude montre que le fait de réaliser un nombre d'actes médicaux quotidiens conséquents et notamment des consultations au cabinet favorisait l'épuisement émotionnel. En effet, une quantité de travail excessive pouvait épuiser celui qui la réalisait.

Face à une demande, sans cesse croissante, les médecins ont naturellement tendance à vouloir absorber la surcharge en travaillant davantage. Cette charge de travail croissante, nommée par certains auteurs, « hyper travail » peut résoudre le problème de façon provisoire à condition d'inclure des périodes de répit [45]. Mais, si la situation perdure, le risque d'épuisement émotionnel devient imminent pouvant être responsable d'une décompensation physique ou psychologique [46].

Les études observées ne retrouvaient pas de résultat significatif pour cette variable. Cependant, l'étude picarde de 2010 [33], montrait que l'épuisement émotionnel était lié à un nombre moyen d'heures de travail quotidien élevé.

Une étude américaine, réalisée chez des chirurgiens, montrait que la prévalence du burn-out passait de 30% chez ceux travaillant moins de 60 heures hebdomadaires à 50% pour ceux qui cumulaient plus de 80 heures par semaine [47].

7- Nombre de gardes

La dimension dépersonnalisation était liée de façon significative à un nombre de gardes moindre. Statistiquement, le nombre de gardes nécessaire pour éviter le burn-out dans cette dimension était de 0.68 garde par mois. Ce chiffre montrait donc que pour prévenir le burn-out, il faudrait faire un minimum de garde pour que cela reste un plaisir.

L'enquête nationale sentinelle confirmait cela en montrant que la participation des médecins au tour de garde protégeait significativement contre l'épuisement émotionnel (pour des fréquences supérieures à une par an ou une par semaine) et la dépersonnalisation (pour des fréquences supérieures à une par an ou une par mois) [32].

Les autres études observées n'avaient pas mis en évidence de différence significative.

Les gardes obligent les médecins à garder un niveau de connaissance médicale minimum pour se sentir en confiance et affronter la garde avec sérénité.

8- Remplaçant

Avoir un remplaçant était un facteur protecteur de burn-out. Après étude de chacune des trois dimensions, être remplacé rendait les répondants plus accomplis sur le plan personnel. En effet, le médecin généraliste s'appuyant sur un remplaçant peut plus facilement prendre des congés ou des moments pour lui-même. Et lors de sa présence au cabinet, il a le sentiment de se sentir plus efficace.

Seule l'étude picarde de 2010 avait étudié ce facteur mais sans y montrer de risque significatif [33].

9- Loisirs

Cette étude mettait en évidence les loisirs comme un facteur protecteur d'apparition d'un syndrome d'épuisement professionnel. Avoir une activité extra professionnelle diminuait l'épuisement émotionnel de façon significative.

L'enquête réalisée au Luxembourg mettait en évidence que les médecins généralistes, consacrant moins de deux demi-journées (8 heures) à leurs loisirs, étaient plus susceptibles d'avoir un accomplissement personnel bas [48]. Dans la littérature, consacrer 5 heures par semaine à des loisirs était protecteur du burn-out [16].

Ainsi, les loisirs correspondent à un changement de tâche pour le médecin généraliste qui peut ainsi se remettre avec plus d'énergie et plus de motivation dans son travail.

10- Santé

Dans l'étude, les médecins généralistes ne consultant pas en cas de soucis de santé étaient significativement plus en burn-out que les autres.

Diverses études avaient permis d'identifier les principaux obstacles à la consultation chez les médecins [49, 50]. En plus des facteurs organisationnels comme la pénurie de ressources ou le manque de temps, les médecins soulignaient aussi toute une série de «barrières psychologiques». En tête de liste, ils citaient la peur de déranger un collègue, surtout pour des symptômes qui pourraient être jugés futiles ou peu spécifiques. La crainte d'un autodiagnostic erroné pouvait limiter le recours à un confrère.

Les études rapportaient que les réticences à consulter étaient encore plus importantes pour certains types de symptômes, notamment la douleur chronique, l'abus de substances, les difficultés sexuelles, les problèmes gynécologiques, les maladies transmises sexuellement, mais surtout les problèmes de santé mentale [51, 52].

Une autre barrière à la consultation concernait la confidentialité et la protection des données personnelles. Les médecins se disaient préoccupés par l'existence même de leur dossier médical et par son accès facile pour des collègues de travail [53].

Au Luxembourg, le fait de consulter un confrère en cas de maladie était corrélé de façon significative à une diminution de la dépersonnalisation [48].

Consulter un confrère signifie que le médecin écoute son corps et en prend soin. Ceci peut améliorer la relation avec le malade (« savoir prendre soin de soi est un préalable à savoir prendre soin des autres ») [5].

Une étude de Chambers et Belcher révélait que 84 % des médicaments consommés par des médecins au cours des 5 dernières années étaient auto-prescrits de même que le tiers des tests diagnostiques [54].

L'étude européenne EGPRN de 2008 montrait que la survenue d'un arrêt de travail augmentait le risque de burn-out [31].

Dans l'étude, les médecins généralistes ayant le sentiment de négliger leur santé étaient plus épuisés émotionnellement.

La revue de la littérature retrouvait, dans l'étude picarde de 2010, que les médecins généralistes considérés en burnout avaient significativement des scores plus élevés dans les trois dimensions du MBI [33].

Se sentir négligeant au sujet de sa santé doit faire réfléchir le médecin à trouver les solutions pour y remédier. L'étude de Balch et al. retrouvait que 49 % des médecins interrogés considéraient qu'ils négligeaient leur propre santé et 65 % se disaient incapables d'arrêter de travailler quand ils étaient malades [55].

Etre en ALD était associé à un épuisement émotionnel élevé. Dans l'enquête, 30% des personnes en burn-out étaient en ALD alors, que selon la Haute Autorité de Santé, 14% de la population générale française est atteinte d'une ALD. Cette différence peut s'expliquer par un rythme de vie plus à risque dû à une mauvaise hygiène de vie des médecins généralistes. Aucune étude n'a recherché un lien entre burn-out et ALD.

11- Traitement psychotrope, idées suicidaires et consultation spécialisée

Cette étude montrait que l'utilisation d'un traitement psychotrope, la présence d'idées suicidaires et le besoin d'avoir recours à une consultation spécialisée (psychologique ou psychiatrique) augmentaient le risque de burn-out de façon général.

L'étude luxembourgeoise montrait que l'absence de consommation de psychotrope était significativement liée à un épuisement émotionnel bas [48]. Le travail picard réalisé en 2010 avait mis en évidence que la consommation de psychotropes augmentait l'épuisement émotionnel [33].

L'enquête européenne EGPRN de 2008 démontrait que l'abus de médicaments psychotropes favorisait le burn-out [31].

Les répondants de notre étude, ayant déjà eu recours à une consultation psychologique ou psychiatrique, présentaient un épuisement émotionnel et une dépersonnalisation plus élevés.

Les affections psychiatriques représentaient d'ailleurs la 1^{ère} cause d'invalidité, et la 2^e cause d'indemnités journalières chez les médecins généralistes [22, 23].

Avoir des idées suicidaires augmentait de façon significative chacune des trois dimensions du burn-out.

En 2003, 14% des décès des médecins libéraux avaient pour cause le suicide, contre 5.6% dans la population générale [24]. Le suicide serait d'ailleurs la seule cause de décès qui soit plus élevée chez les médecins que dans la population générale [28].

D- Prévention

Les médecins généralistes sont donc démunis devant ce risque de burn-out ne sachant pas comment se faire aider ni vers qui se tourner. Les médecins sont également dans l'ensemble, réticents à demander de l'aide. Un médecin malade n'est pas un patient comme les autres car il est supposé savoir se soigner seul, d'où la tendance à s'auto-diagnostiquer et à s'auto-traiter [56].

Pour plusieurs auteurs, l'un des facteurs permettant d'expliquer ces attitudes et ces comportements réside dans la culture médicale elle-même, par la pression intense qu'elle exerce pour que ses membres reflètent une image d'invulnérabilité, de contrôle et de compétence [57, 58, 59]. Dans ce contexte, l'auto-prise en charge devient une stratégie acceptée, voire encouragée par les pairs, qui permet au médecin de rester en poste et d'échapper à l'inconfort de devoir assumer le rôle de patient. Le burn-out n'est d'ailleurs jamais abordé au cours des études médicales.

Il existe un paradoxe, au sein même de la culture médicale, qui préconise une approche biopsychosociale pour les patients, mais qui semble totalement ignorer ces valeurs à l'égard des médecins.

Des stratégies individuelles ont été démontrées par certains auteurs tel que le fait d'avoir de saines attitudes vis-à-vis de son travail, d'être capable d'introspection, de reconnaître et accepter ses propres limites, de nourrir des intérêts autres que la médecine, de bien s'entourer personnellement et professionnellement, donc de tendre vers un meilleur équilibre entre le travail et la vie personnelle [60]. Des stratégies communautaires ont également été mises en évidence. Ainsi, il est possible d'augmenter la satisfaction au travail en intégrant davantage de collaboration entre les professionnels, de soutien aux médecins et d'opportunités d'échange et de discussion [61]. Les médecins devraient se préoccuper de leur santé personnelle et adopter de meilleures habitudes de consultation [62]. Chaque médecin devrait être sous les soins d'un autre médecin [49, 50].

Le bien-être du médecin est nécessaire au maintien de son engagement professionnel, de sa compassion, de sa compétence à long terme.

Pour que cette étude soit utile pour lutter contre le burn-out, dénoncé au forum européen des associations médicales de 2003, en collaboration avec l'OMS, il apparaît nécessaire que soient instaurées rapidement des mesures préventives [63].

Depuis 2004, en France, l'Association d'Aide aux Professionnels de santé et Médecins Libéraux (AAPML) s'adresse à l'ensemble des soignants connaissant des problèmes psychologiques liés directement ou indirectement à l'exercice de leur profession au travers d'un numéro vert 0826 004 580 disponible 24h24 et 7 jours/7.

CONCLUSION

Les médecins généralistes libéraux s'expriment aujourd'hui de façon croissante au sujet de leur mal être professionnel. C'est dans ce contexte que notre enquête a été menée.

Le syndrome d'épuisement professionnel atteint une prévalence élevée (54.7%) dans la population des médecins généralistes picards. Ils étaient 36.3% avec un seul score de burn-out élevé, 14.4% avaient deux scores de burn-out élevés, et 4% étaient en burn-out élevé dans les trois dimensions du MBI.

La survenue d'un burn-out était statistiquement liée, dans sa dimension épuisement émotionnel, à un âge élevé, à un nombre d'années d'exercice plus important, à un nombre d'actes médicaux quotidiens plus élevé, au fait d'être divorcé, d'avoir une activité isolée, d'avoir le sentiment de négliger sa santé, d'être en ALD, d'avoir déjà eu recours à un traitement psychotrope ou à une consultation spécialisée (psychologique ou psychiatrique) au cours de sa carrière et d'avoir déjà ressenti des idées suicidaires. Avoir des loisirs constituait un facteur protecteur d'épuisement émotionnel élevé.

De même, les facteurs de risque de dépersonnalisation élevée étaient un nombre de gardes moindre, exercer dans le département de l'Oise, avoir une activité isolée, avoir recours à l'automédication, avoir déjà eu recours à une consultation spécialisée (psychologique ou psychiatrique) au cours de sa carrière et avoir déjà ressenti des idées suicidaires.

Enfin, une association était retrouvée entre le burn-out dans sa dimension accomplissement personnel et un âge élevé, un nombre d'années d'exercice plus important, le fait d'être célibataire, l'automédication, l'existence d'idées suicidaires. Les facteurs protecteurs d'accomplissement personnel bas étaient d'avoir un secrétariat et/ou un remplaçant.

Les mesures de prévention en France sont quasiment inexistantes et, pour la plupart, inconnues du grand public. La mise en place de mesures concrètes semblerait pourtant indispensable.

Il serait intéressant de faire une étude longitudinale pour pouvoir suivre l'évolution de ce syndrome au cours du temps et au cours de la carrière des médecins généralistes.

BIBLIOGRAPHIE

1. Winckler M. La Maladie de Sachs. Paris : POL ; 1998, 480p.
2. Freudenberger HJ. Staff burn-out, Journal of Social Issues, 1974; 30: 159-165.
3. Freudenberger HJ. L'épuisement professionnel : la brûlure interne. Québec : Gaëtan Morin Editeur; 1987, 190p.
4. Maslach C, Jackson S. Burn-out in health professions: a social psychological analysis Social Psychology of Health and Illness 1982.
5. Maslach C. Burn-out. Human Behavior, 1976; 5: 16-22.
6. Canoui P, Mauranges A. Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants : de l'analyse du burn-out aux réponses. Paris : Masson; 1998, 211p.
7. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. Maslach Burn-out Inventory: Manual. Palo Alto: CA Consulting Psychologist Press; 1981.
8. Balogun JA, Helgemoe S, Pellegrini E, Hoerberlein T. Test-rested reliability of a psychometric instrument designed to measure physical therapy student's burn-out. Percept Mot Skills, 1995 Oct; 81: 667-672.
9. Rafferty JP, Lemkau JP, Purdy RR, Rudisill JR. Validity of the Maslach Burn-out Inventory for family practice physicians. J Clin Psychol, 1986 May; 42: 488-492.
10. Coppe D, Carton C. Burn-out. Service de Prévention et de Médecine du Travail des communautés françaises et germanophones de Belgique mars 2013.
11. Puel MA. L'épuisement des médecins peut aboutir à la dépression. Impact Médecin Quotidien, Mars 1996; 871: 8.
12. Schaufeli WB. Past performance and future perspectives of burn-out research. SA journal of Industrial Psychology, 2003; 29: 1-15.
13. Canoui P, Mauranges A : Le burn-out à l'hôpital : le syndrome d'épuisement professionnel. Paris : Masson ; 2004. 257p.
14. WONCA EUROPE (Société Européenne de médecine générale-Médecine de famille. La définition européenne de la médecine générale-Médecine de ville, 2002.
15. Leriche B, Biencourt M, Bouet P, Carton M. Le médecin malade. Rapport du Conseil National de l'Ordre des Médecins, juin 2008.
16. Delbrouck M. Le burn-out du soignant. Le syndrome d'épuisement professionnel. Bruxelles : De Boeck ; 2003. 280p.
17. Evain F, Mekoa J, Khiari H, Vincent J. La souffrance des médecins au travail. Le burn-out. Rapport d'immersion en communauté. Faculté de Médecine de Genève, Mars 2011.

18. Shanafelt TD, Bradley KA, Wipf FE, Back AL. Burn-out and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Ann Intern Med*, 2002; 136: 358-367.
19. Wallace JE, Lemaire JB, Ghali WA. Physicians wellness: a missing quality indicator. *Lancet*, 2009 Nov; 374: 1714-1721.
20. Haas J.S, Cook EF, Puopolo AL, Burstin HR, Cleary PD, Brennan TA. Is the professional satisfaction of general internists associated with patient satisfaction. *J Gen Intern Med*, 2000 Feb; 15: 122-128.
21. Williams ES, Manwell LB, Konrad TR, Linzer M. The relationship of organizational culture, stress, satisfaction, and burn-out with physician-reported error and suboptimal patient care: results from the MEMO study. *Health Care Manage Rev*, 2007; 32: 203-212.
22. Schanafelt D, Balch M, Bechamps G, Russell T, Dyrbye L, Satele D, et al. Burn-out and medical errors among American surgeons. *Annals of Surgery*, 2009; 251: 995-1000.
23. Schernhammer ES, Colditz GA. Suicide rates among physicians: a quantitative and gender assessment (meta-analysis). *Am J Psychiatry*, 2004; 161: 2295-2302.
24. Cathébras P, Begon A, Laporte S, Bois C, Truchot D. Epuisement professionnel chez les médecins généralistes. *La Presse Médicale*, 2004; 33: 1569-1574.
25. Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France (CARMF). *Prévoyance et statistiques*, 2006.
26. Leriche B. Le médecin malade. *Ordre national des médecins. Rapport de la commission nationale permanente*, 2008.
27. Leopold Y. Les Médecins se suicideraient-ils plus que les autres. *Rapport au Conseil National de l'Ordre des Médecins*, 2003.
28. Aasland OG, Hem E, Haldorsen T, Ekeberg O. Mortality among Norwegian doctors 1960-2000. *BMC Public Health*, 2011; 11: 173.
29. Rault JF. La démographie médicale en région Picardie Situation en 2013. 3^e édition des *Atlas Régionaux de la démographie médicale en France* Ordre National des Médecins, 2013.
30. Vilanova J. La démographie des médecins situation au 1^{er} janvier 2012-Projection 2017. *La Médicale*, 2012.
31. Soler JK, Yaman H, Esteva M, Dobbs F, Asenova R, Katic M, et al. Burn-out in European family doctors: the EGPRN study. *Fam Pract*, 2008; 25: 245-246.
32. Vaquin-Villeminey C. *Prévalence du Burn-out en Médecine Générale : Enquête nationale auprès de 221 médecins généralistes du réseau Sentinelles*. Université Paris Descartes. Thèse pour le doctorat en médecine. Paris, 2007.

33. Guerin D. Le Burn-out des Médecins Généralistes en Picardie. Université de Picardie Jules Verne Thèse pour le doctorat en médecine. Amiens, 2009.
34. Schaufeli WB, Enzmann D. The Burn-out companion to study and practice: a critical analysis. London: Taylor and Francis; 1998.
35. Dion G, Tessier R. Validation de la traduction de l'Inventaire d'Épuisement Professionnel de Maslach et Jackson. *Can J Behav Sci*, 1994; 26: 210-227.
36. Frappé P. Initiation à la recherche. Mayenne. GM santé, 2001.
37. Chiron B, Le Reste JY, Mansourati J, Bensassi M, Claux F, Cadier S. Enquête sur les conditions de réalisation des prélèvements d'INR à domicile. *Pile ou Face. Exercer*, 2011; 95: 4-9.
38. Truchot D. Épuisement professionnel et burn-out. Concepts, modèles, interventions. Paris: Dunod; 2004.
39. Pines A, Aronson E. Career Burn-out: Causes and Cures. New York: Free Press; 1988. 257p.
40. Demerouti E, Bakker AB, Vardakou I, Kantas A. The convergent validity of two burn-out instruments: a multitrait-multimethod analysis. *European Journal of Psychological Assessment*, 2003; 18: 296-307.
41. Kristensen TS, Borritz M, Villadsen E, Christensen KB. The Copenhagen Burn-out Inventory: a new tool for the assessment of burn-out. *Work and Stress*, 2005; 19: 192-207.
42. Faille A. Etude descriptive de la population des médecins généralistes libéraux du Nord-Pas-De-Calais et prévalence du burn-out. Université Henri Warembourg Lille 2. Thèse pour le doctorat en médecine. Lille, 2012.
43. Buchlin F. Le burn-out des médecins généralistes en Alsace: Prévalence et déterminants. Université de Strasbourg. Thèse pour le doctorat en médecine. Strasbourg, 2011.
44. Robert E. Le syndrome d'épuisement professionnel en médecine générale: enquête auprès des médecins de l'arrondissement de Dinan. Université de Rennes. Thèse pour le doctorat en médecine. Rennes, 2002.
45. Marande MF. La détresse et le désenchantement du travail de médecins ayant connu un épuisement émotionnel. Québec : CRIEVAT Presses de l'université Laval; 2008.
46. Riley GJ. Understanding the stresses and strains of being a doctor. *Med J Aust*, 2004; 181: 350-353.
47. Balch CM, Shanafelt TD, Dyrbye L, Sloan JA, Russel TR, Bechamps GJ, et al. Surgeon distress as calibrated by hours worked and nights on call. *J Am Coll Surg*, 2010; 211: 609-619.

48. Mangen MH. Etude du Burn-out chez les Médecins Généralistes Luxembourgeois. Université de Pierre et Marie Curie Paris 6. Thèse pour le doctorat en médecine. Paris, 2007.
49. Brooks SK, Gerada C, Chalder T. Review of literature on the mental health of doctors: are specialist services needed. *J Ment Health*, 2011; 20: 146-156.
50. Kay M, Mitchell GK, Clavarino AM, Doust J. Doctors as patients: a systematic review of doctors' health access and the barriers they experience. *J Gen Pract*, 2008; 58: 501-508.
51. Pullen D, Lonie CE, Lyle DM, Cam DE, Doughty MV. Medical care of doctors. *Med J Aust*, 1995; 162: 481-484.
52. George S, Hanson J, Jackson JL. Physician, Heal Thyself: a Qualitative Study of Physician Health Behaviors. *Acad Psychiatry*, 2014.
53. Marande MF. La détresse et le désenchantement du travail de médecins ayant connu un épuisement émotionnel. Québec: CRIEVAT Presses de l'université Laval; 2008.
54. Riley GJ. Understanding the stresses and strains of being a doctor. *Med J Aust*, 2004; 181: 350-353.
55. Balch CM, Shanafelt TD, Dyrbye L, Sloan JA, Russel TR, Bechamps GJ, et al. Surgeon distress as calibrated by hours worked and nights on call. *J Am Coll Surg*, 2010; 211: 609-619.
56. Tchoubroutsky G, Wong O. Le métier de médecin. Paris: Puf; 1993. 127p.
57. Center C, Davis M, Detre T, Ford DE, Hansbrough W, Hendin H, et al. Confronting depression and suicide in physicians: a consensus statement. *JAMA*, 2003; 289: 3161-3166.
58. Montgomery AJ, Bradley C, Rochfort A, Panagopoulou E. A review of self-medication in physicians and medical students. *Occup Med (Lond)*, 2011; 61: 490-497.
59. Thompson WT, Cupples ME, Sibbett CH, Skan DI, Bradley T. Challenge of culture, conscience, and contract to general practitioners' care of their own health: qualitative study. *BMJ*, 2001; 323: 728-731.
60. Jensen PM, Trollope-Kumar K, Waters H, Everson J. Building physician resilience. *Can Fam Physician*, 2008; 54: 722-729.
61. Sinsky CA, Willard-Grace R, Schutzbank AM, Sinsky TA, Margolius D, Bodenheimer T. In search of joy in practice: a report of 23 high-functioning primary care practices. *Ann Fam Med*, 2013; 11: 272-278.
62. Taub S, Morin K, Goldrich MS, Ray P, Benjamin R, et al. Physician health and wellness. *Occup Med (Lond)*, 2006; 56: 77-82.
63. Cole TR, Carlin N. The suffering of physicians. *Lancet*, 2009; 374: 1414-1415.

ANNEXE

Questionnaire de thèse

THESE DE MEDECINE GENERALE

Le burn-out des médecins généralistes Picards : prévalence et facteurs associés.

Réalisée par Mr Leturque Antoine

Directeur de thèse : Dr Sarzea Vlad

I/ Caractéristiques sociodémographiques

1/ Age :

2/ Sexe : Femme Homme

3/ Nombre d'enfant:

4/ Situation Familiale :

- Célibataire
- Divorcé(e)
- Marié(e) / En couple

II/ Caractéristiques professionnelles

5/ Nombre d'années d'exercice :

6/ Lieu d'exercice :

- Aisne
- Oise
- Somme
- Rural
- Semi Rural
- Urbain

7/ Exercez-vous seul(e) ? Oui Non

Ou en association ? Oui Non

Si Oui Nombre d'associés :

8/ Avez-vous un secrétariat ? Oui Non

9/ Nombre de jours de travail par semaine :

10/ Nombre de semaines de vacances par an :

11/ Avez-vous un remplaçant ? Oui Non

12/ Nombre d'actes par jour en moyenne :

- **Consultation au cabinet :**
- **Visite au domicile :**

13/ Nombre de garde par mois :

14/ Etes-vous Maitre de stage universitaire ?

Oui Non

III/ Caractéristiques personnelles

15/ Pratiquez-vous un loisir en dehors de votre travail ?

Oui Non

Nombre d'heures dédiées par semaine :

16/ En cas de soucis de santé qui consultez-vous ?

- Vous-même (automédication)
- Un confrère médecin généraliste
- Un confrère spécialiste

17/ Considérez-vous que vous négliger votre santé ? Oui Non

18/ Votre dernière consultation médicale (pour prise tensionnelle, pour prescription médicamenteuse, pour bilan biologique, etc...) c'était il y a:

- Des semaines
- Des mois
- Des années
- Jamais

19/ Etes-vous suivi(e) pour une maladie chronique et / ou une affection de longue durée ?

Oui Non

20/ Est-ce que vous consommez de l'alcool ?

- Jamais
- Une fois par mois au moins
- 2 à 4 fois par mois
- 2 à 3 fois par semaine
- Au moins 4 fois par semaine

21/ Est-ce que vous fumez ? Oui Non

22/ Consommez-vous de la drogue (cannabis, cocaïne, etc...) ?

- Oui
- Non

23/ Avez-vous déjà eu recours à des traitements psychotropes (anxiolytiques, antidépresseurs, neuroleptiques, hypnotiques) ? Oui Non

24/ Avez-vous déjà eu des idées suicidaires ? Oui Non

25/ Avez-vous déjà eu recours à une consultation psychologique ou psychiatrique ?

- Oui
- Non

IV/ Le Maslach Burnout Inventory (MBI)

0 : jamais / 1 : quelques fois par an / 2 : une fois par mois / 3 : quelques fois par mois / 4 : une fois par semaine / 5 : quelques fois par semaine / 6 : chaque jour

Cochez le numéro qui vous convient le plus

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 2. Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 3. Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 4. Je peux comprendre facilement ce que mes malades ressentent | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 5. Je sens que je m'occupe de certains malades de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 6. Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 7. Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes malades | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 8. Je sens que je craque à cause de mon travail | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 9. J'ai l'impression, à travers mon travail, d'avoir une influence positive sur les gens | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 10. Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 11. Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 12. Je me sens plein(e) d'énergie | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 13. Je me sens frustré(e) par mon travail | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 14. Je sens que je travaille « trop dur » dans mon travail | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 15. Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes malades | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 16. Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 17. J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes malades | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 18. Je me sens ragaillard(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes malades | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 19. J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 20. Je me sens au bout du rouleau | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 21. Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 22. J'ai l'impression que mes malades me rendent responsable de certains de leurs problèmes | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

Le burn-out des médecins généralistes picards : prévalence et facteurs associés.

Introduction: Le syndrome d'épuisement professionnel ou burn-out est un sujet tabou dans le milieu médical. Il se compose de trois dimensions : l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et la perte de l'accomplissement personnel. Le but de ce travail était d'évaluer la prévalence du burn-out chez les médecins généralistes Picards, et d'identifier les facteurs associés au syndrome d'épuisement professionnel. **Matériel et méthodes:** Une étude épidémiologique transversale descriptive a été réalisée auprès des médecins généralistes picards à l'aide d'un questionnaire anonyme distribué lors de séances d'Enseignement Post Universitaire. **Résultats:** 201 questionnaires ont pu être exploités correspondant à environ 10% de la population totale des médecins généralistes Picards. La prévalence du burn-out chez les médecins généralistes Picards était de 54.7%. Les facteurs de risque étaient : un âge élevé, une activité professionnelle plus ancienne, être divorcé ou célibataire, un nombre d'actes médicaux quotidien élevé, un nombre de garde moindre, exercer dans le département de l'Oise, avoir une activité isolée, l'automédication, avoir le sentiment de négliger sa santé, être en Affection de Longue Durée, avoir déjà eu recours à un traitement psychotrope ou à une consultation spécialisée (psychiatrique ou psychologique) au cours de sa carrière et avoir déjà ressenti des idées suicidaires. Les facteurs protecteurs étaient d'avoir un secrétariat, un remplaçant et/ou des loisirs. **Discussion-Conclusion:** Cette étude montre que plus d'un médecin généraliste picard sur deux est concerné par le burn-out. Plusieurs facteurs ont été identifiés. Des mesures de préventions semblent indispensables. **Mots clés:** syndrome épuisement émotionnel, épuisement émotionnel, dépersonnalisation, accomplissement personnel.

The Burn-out syndrome in general practitioners of picardie: prevalence and associated risk-factors.

Introduction: The burn-out syndrome is a taboo topic in the medical community. It consists of three dimensions: emotional exhaustion, depersonalization and loss of personal accomplishment. The aim of this study was to evaluate the prevalence of burn-out among general practitioners in the Picardy region of France, and to identify factors associated with burn-out. **Materials and Methods:** A descriptive epidemiological transvers study was conducted among general practitioners in Picardy using an anonymous questionnaire distributed at Continuous Medical Education sessions. **Results:** 201 questionnaires were answered, corresponding to about 10% of the total population of GPs in Picardy. The prevalence of the burn-out syndrome among general practitioners in Picardy arose at 54.7%. The risk factors were: high age, old professional activity, being divorced or single, a high number of daily consults, a smaller number of on-call duty, the exercise in the Oise department, being the only doctor in the practice, self-medication, having a feeling of neglected health, having a chronic disease, have already used a psychotropic treatment or having consulted a specialist in psychiatry or psychology during his career and already having felt suicidal ideas. Protective factors were having a secretary, a replacement locum doctor and / or having recreational preoccupations. **Discussion-Conclusion:** This study shows that more than half of general practitioners in Picardy are concerned with burn-out. Several factors have been identified. Preventive measures seem indispensable. **Keywords:** emotional burn-out, emotional exhaustion, depersonalization, personal accomplishment.