

Prévention du burn out des médecins généralistes en Picardie: étude des connaissances et repérage des besoins

Thibaut Courselle

► **To cite this version:**

Thibaut Courselle. Prévention du burn out des médecins généralistes en Picardie: étude des connaissances et repérage des besoins. Médecine humaine et pathologie. 2016. <dumas-01496918>

HAL Id: dumas-01496918

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01496918>

Submitted on 28 Mar 2017

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.

**UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE
FACULTE DE MEDECINE D'AMIENS**

ANNEE 2016

NUMERO : 2016-194

**PREVENTION DU BURN OUT DES
MEDECINS GENERALISTES EN PICARDIE:
ETUDE DES CONNAISSANCES ET
REPERAGE DES BESOINS**

THESE

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

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

LE 8 DECEMBRE 2016

PAR

COURSELLE THIBAUT

PRESIDENT DE JURY : Monsieur le professeur Patrice FARDELLONE

MEMBRES DU JURY : Monsieur le Professeur Michel ANDREJAK

Monsieur le Professeur Eric HAVET

Madame le Docteur Catherine DOUTRELLOT

DIRECTRICE DE THESE : Madame le Docteur Cécile LALANNE

REMERCIEMENTS

A mon président de jury,

Monsieur le Professeur Patrice FARDELLONE

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

(Rhumatologie)

Chef du service de Rhumatologie

Pôle "Autonomie"

Monsieur le Professeur Fardellone,

Je vous remercie d'avoir accepté de présider cette thèse. J'ai toujours été sensible à votre humanité et vos connaissances lors de mon passage en rhumatologie. Les connaissances acquises durant ce passage me sont toujours profitables dans mon activité.

Aux membres de mon jury,

Monsieur le Professeur Michel ANDREJAK

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier consultant

(Pharmacologie fondamentale clinique)

Ancien Directeur du Centre Régional de Pharmacovigilance d'AMIENS

Ancien Responsable du service de pharmacologie clinique

Pôle Biologie, Pharmacie et Santé des populations

Officier dans l'Ordre des Palmes Académiques

Monsieur le Professeur Andrejak,

Je vous remercie très sincèrement d'avoir accepté d'être membre du jury de cette thèse. Vos cours de pharmacologie dispensés pendant mon externat me servent toujours.

Monsieur le Professeur Eric HAVET

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

Anatomie

Monsieur le Professeur Havet,

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en acceptant de participer à ce jury de thèse. Vous avez été et vous resterez un Maître pour moi. Je vous exprime toute ma gratitude et mon plus profond respect.

Madame le Docteur Catherine DOUTRELLOT

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier

Médecine du travail et des risques professionnels

Madame le Docteur Doutrelot,

Je vous remercie d'avoir accepté de siéger dans mon jury de thèse. Je sais que ce sujet vous tient à cœur. Je vous remercie de l'intérêt que vous avez manifesté à l'égard de mon travail. Je vous remercie de l'aide que vous m'avez fournie.

Madame le Docteur Cécile LALANNE

Praticien Hospitalier

Psychiatrie

Madame le Docteur Lalanne,

Je vous remercie d'avoir accepté d'être ma directrice de thèse. Ce fut un réel plaisir de travailler avec vous. Cette collaboration me fut profitable à de multiples points de vue. J'espère ne pas avoir été trop difficile à encadrer. J'espère que mes qualités de rédacteur ne vous aurons pas trop désappointé... Recevez tout mon respect et ma reconnaissance.

SOMMAIRE

I.	INTRODUCTION	9
	1/ Généralités.....	9
	a) Historique	9
	b) Définition.....	10
	c) Actualité sur le burn out.....	10
	2/ Le burn out des médecins généralistes	11
	3/ Modification de la relation Médecin/Malade.....	12
	4/ Les facteurs favorisants [24].....	13
	5/ Prévention et problèmes en Picardie	14
	a) Prévention	14
	b) Problèmes en Picardie.....	15
	6/ Objectifs.....	17
	a) Principal.....	17
	b) Secondaire.....	17
II.	METHODE	18
	1/Type d'étude et population	18
	2/ Elaboration du questionnaire	18
	a) Caractéristiques sociodémographiques et habitus de travail.....	18
	b) Evaluation des connaissances sur le burn out	19
	c) Les moyens de prévention du burn out	20
	3/ Recueil des données et traitement.....	21
III.	RESULTATS.....	22
	1/ Caractéristiques sociodémographiques et habitus de travail	22
	a) Caractéristiques sociodémographiques	22
	b) Habitus de travail	23
	c) Rythme de travail des médecins répondants.....	24
	2/ Evaluation des connaissances sur le burn out	25
	a) Définition.....	25
	b) Information sur le burn out.....	26
	c) Facteurs précipitants	26
	d) Facteurs protecteurs	27
	3/ Les moyens de prévention du burn out.....	28
	a) Evaluation des connaissances	28
	b) Choix entre 4 structures imposées	28

c) Analyse des moyens de prévention les plus adaptés aux généralistes	29
4/ Données croisées	30
a) Choix de la prévention en fonction de l'âge.....	30
b) Choix de la prévention en fonction du sexe.....	30
c) Choix de la prévention en fonction du nombre d'années d'exercice.....	31
d) Choix de la prévention en fonction de l'exercice urbain/rural	31
IV. DISCUSSION	32
1/ Validité de l'étude et limites	32
a) Les Biais	32
b) Validité	32
2/ Caractéristiques sociodémographiques et habitus de travail	33
a)Caractéristiques sociodémographiques	33
b) Habitus de travail	33
c) Rythme de travail des médecins répondants.....	34
3/ Evaluation des connaissances sur le burn out	35
a) Définition.....	35
b) Information sur le burn out.....	36
c) Facteurs précipitants	36
d) Facteurs protecteurs	38
4/ Les moyens de prévention du burn out.....	39
a) Evaluation des connaissances	39
b) Choix entre 4 structures imposées.....	40
c) Analyse des moyens de prévention les plus adaptés aux généralistes	41
5/ Perspectives	42
a) connaissance sur le burn out.....	42
b) Les structures de prévention	43
c) Les besoins ressentis	44
V. CONCLUSION	46
VI. BIBLIOGRAPHIE.....	47
VII. ANNEXES.....	51
ANNEXE 1:	51
ANNEXE 2	53

I. INTRODUCTION

1/ Généralités

a) Historique

D'un point de vue sémantique, le terme burn out prend son origine dans l'industrie aérospatiale et évoque la combustion interne pouvant conduire à l'implosion. Le concept initial de burn out a été décrit en 1959 par le Français Claude Veil [1]. C'est en 1969 qu'Harold B. Bradley désigne dans un article « Community-based treatment for young adult offenders », un stress particulier lié au travail sous le terme de burn out. Le syndrome médical de burn out est anglo-saxon, apparu aux Etats-Unis en 1974, suite aux travaux du Docteur Herbert J. Freudenberger [2,3], psychiatre et psychanalyste qui travaillait dans un centre pour toxicomanes et qui rapporta le mal-être des bénévoles exerçant dans son centre appelé "free clinic". En effet, l'amplitude des horaires et les situations dantesques de certains patients nécessitaient une implication telle que les bénévoles montraient des signes d'épuisement émotionnel. Puis, la psychologue C. Maslach a développé le Maslach Burnout Inventory's (MBI) en 1981 [4,5]. En donnant un outil de mesure au burn out, ces auteurs l'avaient légitimé. Un engouement grandissant, avec de multiples publications ont été réalisées, justifiant encore plus le syndrome. D'autres outils de mesures ont été créés par la suite :

- le Copenhagen Burnout Inventory (CBI) en 2014.
- un score d'étude de l'épuisement émotionnel.
- MBI Educators Survey (MBI-ES). [6]
- MBI General Survey (MBI-GS). [7, 8]
- Burn out measure short version (BMS-10) [8]

En France, depuis les années 90, on évoque le syndrome d'épuisement professionnel ou burn out, il est défini par l'atteinte d'une ou des trois dimensions composant le praticien. Initialement, il n'est pas validé par la communauté médicale malgré sa popularité. Fin des années 90, le premier ouvrage Français ne convainc pas [9]. Début des années 2000, un article du bulletin de l'ordre des médecins reconnaît le burn out [10]. Enfin, en 2005, une structure d'aide pour les médecins apparaît.

b) Définition

Selon le dictionnaire Larousse le burn out est : " Un syndrome d'épuisement professionnel caractérisé par une fatigue physique et psychique intense, générée par des sentiments d'impuissance et de désespoir."

L'OMS le définit comme suit : " un sentiment de fatigue intense, de perte de contrôle et d'incapacité à aboutir à des résultats concrets au travail".

Le burn out correspond à l'atteinte d'une ou des trois dimensions composant l'individu: "l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation de la relation et la diminution de l'accomplissement personnel" [11,12]. L'atteinte de ces dimensions, résulte d'un stress chronique physique et/ou psychique chez un praticien exerçant une profession de relation d'aide. De nos jours, le concept de burn out a été élargi et est applicable à tout type de profession, car c'est l'individu qui ne parvient plus à faire face aux exigences adaptatives de son environnement ; il se voit vidé de son énergie, de sa volonté et de son envie.

La reconnaissance du burn out est donc internationale depuis les années 70, mais n'est présente dans le paysage médical français, que depuis quelques années [9,10].

Il est important de noter qu'en 2015, l'assemblée nationale française décide de la non reconnaissance du burn out en tant que maladie professionnelle, fait paradoxal compte tenu de la nécessité de travail pour "pouvoir" souffrir du burn out. Cette décision a été prise en partant du postulat que le burn out était proche de la dépression, comme le montre la littérature mondiale.

c) Actualité sur le burn out

Actuellement, le syndrome de burn out est remis en question car il est considéré comme une entité imparfaitement définie. Les auteurs lui reconnaissent une définition trop proche de celle de la dépression, de l'état de stress post-traumatique ou d'un trouble de l'adaptation [13,14,15]. En effet, depuis quelques années de nombreux articles sont publiés avec comme conclusion commune l'absence de définition claire, et comme "seule" particularité le fait d'être développé sur le lieu de travail. Il est considéré par certains médecins comme une forme particulière de dépression, contractée sur le lieu de travail [7]. Selon l'académie de médecine "L'expansion du terme "burn-out" est une source de confusion en raison des limites imprécises de cette réalité". C'est pourquoi, depuis février 2016, une série de propositions pour faciliter la prévention et la prise en charge de cette entité sont en cours d'évaluation [13]. A ce jour, aucun pays n'a reconnu le burn out comme une maladie.

Néanmoins, le concept n'est pas abandonné du fait de la nécessité de prendre en charge la souffrance des professionnels au travail. C'est dans cette période mouvementée de nécessité de redéfinition du burn out que se situe notre étude. En effet, la nécessité de clarifier la définition du burn out explique certains amalgames et défauts de compréhension.

2/ Le burn out des médecins généralistes

Il s'agit d'un problème fréquent et majeur de santé publique chez les médecins généralistes certes mais, aussi, pour l'ensemble des soignants. Une étude Européenne réalisée par l'EGPRN (the European General Practice Research Network) et utilisant le MBI, montre que 33% des médecins généralistes européens sont sujets au burn out avec l'atteinte d'au moins une des 3 dimensions composant l'individu.

En France, des études nationales et régionales ont également montré l'atteinte d'au moins une des 3 dimensions chez la moitié des médecins généralistes, avec, entre autre, une étude réalisée en 2006, où 53% des médecins franciliens souffraient de burn out [16]. D'autres études réalisées à grande échelle dans les régions de Bourgogne, Poitou-Charentes et d'autres régions ont confirmé ces données. Plus récemment en 2015, une étude de plus de 1300 médecins, réalisée par le CNPS (Centre National des Professions libérales de Santé) confirmait que 52% des médecins interrogés se disaient concernés par le burn out.

Il est important de noter que les internes en médecine générale sont également touchés comme le met en évidence une enquête faite en 2005 chez des internes d'Ile de France lors de leur choix de stages dont 24,1% avaient un taux élevé d'épuisement émotionnel, 42 % avaient un taux élevé de déshumanisation et 48,1% avaient un taux bas d'accomplissement personnel [11,12,17,18].

Les répercussions gravissimes du burn out sur les médecins généralistes, peuvent aller jusqu'au suicide de ses derniers [19,20,21]. En effet, le taux de suicide des médecins, dans les deux sexes, est supérieur aux taux de suicides dans les autres professions. Une étude réalisée en 2003 avec l'aide du CNOM, a permis de montrer que sur 44000 médecins, 492 actifs étaient décédés en cinq ans. On en dénombre 69 par suicides, ce qui représente 14% des causes de décès, versus 5.9% dans la population générale du même âge (30 à 65 ans). Le problème touchant autant les hommes que les femmes médecins. Le risque relatif de mortalité par suicide chez les femmes médecins par rapport aux femmes dans la population générale est également majoré et passe de 2 à 4.

Il existe des répercussions sur les patients avec une moins bonne prise en charge. Dans l'enquête réalisée en 2006 par l'URML Ile-de-France, 84.4% des médecins interrogés, considéraient la dégradation de la relation médecin-malade comme une conséquence du burn out. Mais aussi l'altération de la qualité de soin (pour 82.6% des médecins interrogés) et une augmentation des dépenses de santé (pour 55.8% des médecins interrogés) [16,11].

3/ Modification de la relation Médecin/Malade

La relation médecin malade se modifie avec le temps du fait de multiples facteurs :

- L'évolution de la pratique et des connaissances médicales.
- La vulgarisation des connaissances.
- La relation médecin malade devenant contractuelle, en opposition avec le paternalisme.
- L'utilisation accrue d'internet par les patients en amont des consultations, et, sans base médicale théorique.

On assiste à un rapport de force nouveau entre médecins et patients. Il est possible que les médecins ayant connu une relation plus paternaliste souffrent davantage de cette modification sociétale. De plus, le besoin régulier de se justifier auprès des patients peut conduire à un épuisement émotionnel ou à un défaut d'épanouissement professionnel. De nombreux facteurs prédisposants au burn out peuvent découler de cette modification :

- Manque de reconnaissance des patients et des institutions
- Agressivité des patients [22,23]
- Patients devenant des usagers.

Il est aussi à noter le grand trouble du système de santé français, notamment avec le fonctionnement de la sécurité sociale. En effet, ce système peut être considéré comme anachronique. Il n'existe qu'en France et il résiste aux modifications sociétale et économique. Mais depuis quelques années on assiste à une modification des conditions de travail due à la nécessité de faire des économies. Le problème c'est que ces économies sont faites en agissant sur les médecins et notamment les généralistes. Elles sont réalisées sur une partie de l'entité "Soins" en France mais le système n'est pas repensé du fait de la pression sociale. De plus les gouvernants, placent les médecins en porte à faux auprès de leurs patients en leur attribuant le rôle de nantis.

Cette impression de ne pas être écouté par les dirigeants et d'être moins estimé par les patients génère un manque de reconnaissance.

Le manque de reconnaissance est une souffrance importante pour le médecin généraliste du fait même de la nature de sa profession. Il est dénoncé depuis quelque mois dans l'actualité avec notamment de multiples rassemblements de médecins généralistes dans les rues, fait rare pour être souligné.

L'ensemble de ces éléments constitue une somme de facteurs de risque de burn out qu'il faut absolument prendre en compte dans le vécu du médecin.

4/ Les facteurs favorisants [24]

1 – Facteurs liés au contenu du travail :

Exigences quantitatives :

- Durée du travail : quotidienne et hebdomadaire
- Cadence de travail : nombre de consultations corrélé à l'épuisement émotionnel et à la dépersonnalisation

Exigences qualitatives :

- de la part des instances de santé diminuant l'autonomie du praticien
- et de la part des patients

Difficultés liées à la tâche :

- interruptions fréquentes, complexité et augmentation du travail administratif dans les démarches de qualité et pour les patients...

Risques inhérents à l'exécution de la tâche :

- crainte de l'erreur médicale
- judiciarisation de la profession

2 – Facteurs liés à l'organisation du travail :

- Absence de contrôle sur la répartition des urgences, ou des gardes
- Contradictions entre disponibilité du médecin, demandes « urgentes » des patients et travail de qualité
- Inadaptation des horaires au rythme biologique, à la vie sociale et familiale
- Remplacements difficiles à mettre en place ; absences non remplacées

3 – Facteurs liés aux relations de travail :

- Manque d'aide de collègues ou de supérieurs
- Manque de reconnaissance des patients
- Aggressivité des patients et de leurs familles

- Patient devenant un usager : dérive consumériste
- Médiatisation des connaissances médicales rendant plus compliquée l'information éclairée et la mise en place d'un traitement

4 – Facteurs liés à l'environnement du travail :

- Mauvaise conception des locaux de travail
- Problèmes de gestion : importance des contraintes administratives, des contrôles, impact des arrêts maladie de membres de l'équipe médicale sur la répartition des tâches.

5/ Prévention et problèmes en Picardie

a) Prévention

Les groupes de paroles type Balint ont été créés à partir des années 1945, après la réflexion du docteur Michael Balint, médecin psychiatre et psychanalyste anglais d'origine hongroise. Il partait du postulat que les relations entre médecins et malades ne pouvaient pas être enseignées en cours magistraux. Il était donc nécessaire d'assurer la formation de groupe de paroles pour échanger au mieux sur les pratiques, les impressions et les difficultés auxquelles étaient confrontés les médecins généralistes face à leurs patients. Malheureusement, ces groupes de parole n'ont plus lieu de façon régulière. Néanmoins, Balint a mis en évidence que les relations interhumaines et les échanges sont nécessaires à la prévention du burn out.

Un article paru dans le quotidien du médecin en novembre 2016, basé sur une étude réalisée sur internet du 19 septembre au 10 octobre 2016, montre que 75% des soignants ignorent les numéros d'écoute déjà en place [25,26,27].

Pourtant, il existe déjà quelques structures de prévention et de prise en charge : MOTS (Organisation du travail et santé du médecin), l'ASRA (aide aux soignants de Rhône-Alpes), AAPML (Association d'aide aux professionnels de santé et médecins libéraux), et la SPS (Soins aux professionnels de santé).

Il existe une ligne d'écoute téléphonique disponible dans chaque département mis en place par le CNOM. Elle semble principalement être utilisée par des médecins en grande souffrance et probablement déjà en burn out. Elles ne sont pas mises en place pour la prévention du syndrome d'épuisement.

L'association MOTS, précédemment citée, a été créée initialement en 2010 en Midi-Pyrénées à l'occasion d'un premier congrès (Toulouse 2010) sur le « Mieux Être pour Mieux

Soigner », avec l'aide du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de Haute-Garonne, et s'est ensuite généralisée à l'ensemble de la France. Cette association propose une ligne d'écoute téléphonique associée à des possibilités d'entretien en cas de besoin. On peut se demander si elle a un impact suffisant dans le cadre de la prévention.

Au cours de nos études médicales, nous sommes sensibilisés au problème du burn out mais peu d'informations nous sont données sur les prises en charge possibles et aucune information sur les structures de prévention.

b) Problèmes en Picardie

En Picardie, la modification de la pratique médicale est effective comme à l'échelle nationale où l'on constate un accroissement des facteurs de risque de burn out, comme le révèle l'état des lieux et les prévisionnels, selon l'Atlas Picardie [28] :

- On note une diminution de 1.9% des médecins actifs de 2007 à 2015 en Picardie (-6.6% pour l'Aisne, -6% pour l'Oise et +5.7% pour la Somme). Les prévisionnels pour 2015-2020 vont dans le même sens avec une baisse de 4.2% et 3.8% pour respectivement l'Aisne et l'Oise et une hausse de la population médicale dans la Somme. Cela présage d'une augmentation de l'activité médicale d'un point de vue quantitatif.

- La moyenne d'âge des médecins en activité régulière est de 52 ans avec plus de 26% de médecins âgés de 60 ans et plus.

- la féminisation de la profession médicale, 66% des praticiens inscrit à l'ordre en 2015 pour les moins de 35 ans sont des femmes.

- La densité médicale Picarde est la plus faible avec 230.9 médecins/100 000 habitants, la majorité des généralistes s'installant dans les régions du sud de la France (Figure 1). L'existence d'un tel gradient Nord-Sud ne semble pas s'améliorer selon les pronostics pour 2015-2020 selon le CNOM.

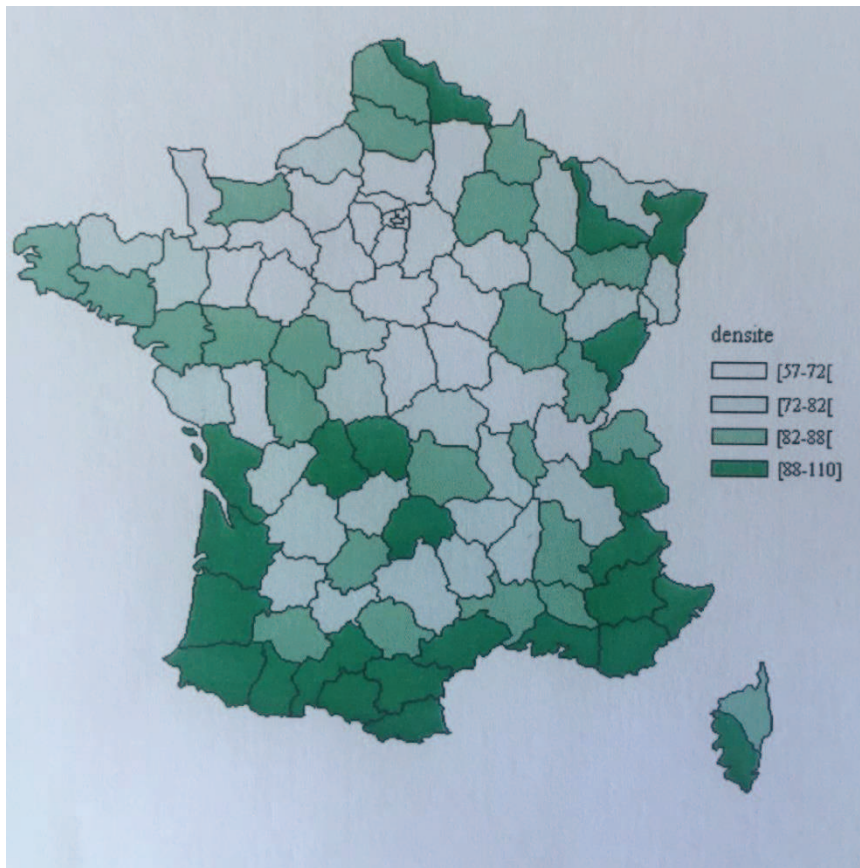


Figure 1 : densité des médecins généralistes en France en 2014, en nombre de généralistes pour 100 000 habitants, données CNAMTS-SNIR 2014.

Tous ces facteurs contribuent donc au risque de développer un burn out chez les médecins généralistes notamment en Picardie. L'intérêt à la fois pour le patient, pour la société et pour le médecin lui-même est d'agir en amont et de développer rapidement des mesures préventives efficaces. Actuellement, des mesures de prévention de ce syndrome existent mais elles restent peu nombreuses et semblent méconnues et sous-utilisées par les praticiens eux-mêmes.

Ces considérations ont constituées le point de départ de notre travail.

6/ Objectifs

a) Principal

L'objectif principal de cette thèse est composite. Il est d'évaluer la connaissance du burn out et des structures de prévention existantes par les médecins généralistes de Picardie, de ré-informer les professionnels picards sur l'existence de ces structures, et enfin de repérer les besoins ressentis par cette population en termes de prévention et d'aide.

b) Secondaire

L'objectif secondaire de notre travail est de proposer des moyens ou des structures de prévention du burn out chez les médecins généralistes picards, apparaissant comme les plus adaptés aux yeux des médecins généralistes interrogés après analyse de leurs réponses collectées à l'aide d'un questionnaire.

II. METHODE

1/Type d'étude et population

Il s'agissait d'une étude quantitative portant sur une population de médecins généralistes de la région de Picardie, ces derniers étaient soit des médecins généralistes installés soit des médecins remplaçants. Un questionnaire leur a été envoyé par email, les adresses électroniques de ces praticiens ont été obtenues de façon aléatoire auprès de l'URPS, elles étaient randomisées.

2/ Elaboration du questionnaire

Le questionnaire (**annexe 1**) comportait au total 18 questions pour lesquelles les réponses étaient :

- à choix unique (oui/non) : questions 2, 4, 5, 8, 10, 13 et 15.
- à choix multiples : questions 3, 6, 7, 11 et 16.
- avec réponses libres : questions 1, 9, 12, 14 et 17.

Ces 18 questions ont été élaborées dans le but de recueillir des données qui nous semblaient pertinentes pour répondre à notre problématique. Le questionnaire, une fois réalisé, était retranscrit sur informatique via un support internet nommé "Google doc". Ce questionnaire était envoyé par email. Il était de plus consultable soit à l'aide d'un ordinateur ou d'un smartphone afin de faciliter l'obtention des réponses des médecins. Les réponses étaient ensuite accessibles sur ma page privée "google doc". Ma session privée me donnait la possibilité d'accéder aux réponses de manière individuelle ou collective. Toutes les réponses étaient anonymes.

a) Caractéristiques sociodémographiques et habitus de travail

1/ Caractéristiques sociodémographiques

Les 3 premières questions recueillaient les caractéristiques sociodémographiques (âge, sexe, nombre d'années d'exercice) de la population d'étude, permettant de vérifier si notre échantillon, était représentatif de la population générale médicale.

2/ Habitus de travail

Les questions 4 et 5 permettaient de déterminer le type d'exercice urbain (communes de plus de 2000 habitants) ou rural (communes de moins de 2000 habitants), et le mode d'exercice à savoir libéral pur ou mixte (salarié et libéral).

3/ Rythme de travail des médecins répondants

Les questions 6 et 7 permettaient d'évaluer le rythme de travail des praticiens Picards, afin de comparer leur activité à la moyenne nationale. On évaluait le nombre d'heures travaillées et le nombre d'actes hebdomadaires. Les intervalles de valeurs proposés étaient directement en rapport avec les moyennes nationales.

b) Evaluation des connaissances sur le burn out

1/ Définition

La question 8 permettait de vérifier la connaissance de la définition OMS (Organisation Mondiale de la Santé) du burn out par les praticiens.

La question 9 permettait au praticien de s'exprimer librement sur la définition personnelle qu'ils se faisaient de ce syndrome.

2/ Information sur le burn out

La question 10 permettait d'évaluer le sentiment d'information, des praticiens, sur le burn out.

3/ Facteurs précipitants et protecteurs

Les questions 11 et 12 vérifiaient la connaissance des facteurs favorisants et des facteurs protecteurs par les praticiens. Ces questions étaient présentées sous forme de réponses libres afin de ne pas guider les praticiens dans leurs réponses. En ce qui concerne les facteurs précipitants, ils ont été organisés en groupes et sous-groupes suivant le modèle en annexe 2, afin de pouvoir les analyser. Les facteurs protecteurs, du fait de la nature des réponses, n'ont pu être intégrés dans le même modèle et ont été regroupés en facteurs liés à la sphère personnelle et sphère professionnelle.

c) Les moyens de prévention du burn out

1/ Evaluation des connaissances

La question 13 permettait de faire un état des lieux de la connaissance actuelle des structures de prévention existantes par les médecins généralistes.

Dans la question 14, on demandait aux praticiens de citer la ou les structures de prévention du burn out qu'ils connaissaient.

Dans la question 15, on évaluait la connaissance ou non de la structure MOTS par les praticiens, structure créée en 2010 et toujours active pour la prise en charge du burn out mais également pour sa prévention, cette question permettait de faire un rappel sur une des structures existantes.

2/ Choix entre 4 structures imposées

Dans la question 16, on donnait le choix aux médecins, entre quatre moyens existants ou imaginés de prévention du burn out. Les structures ont été définies par rapport aux possibilités actuelles de prévention du burn out, selon que l'on souhaite agir sur des groupes de personnes plus ou moins volumineux. Dans le questionnaire, elles étaient proposées dans un ordre bien défini allant du moyen le plus intimiste avec la réalisation de FMC (Formation Médicale Continue) régulière davantage adaptée à un petit groupe de médecins, à la prise en charge la plus globale avec envoi trimestriel, par l'ordre des médecins, d'un bulletin d'information sur le burn out afin de mieux en connaître sa définition et de mieux le prévenir. Le praticien qui répondait au questionnaire devait choisir parmi ces propositions, le ou les moyens de prévention qu'il préférerait et qui seraient le(s) plus adapté(s) à sa pratique.

3/ Analyse des moyens de prévention les plus adaptés aux généralistes

La question 17 était ouverte. On demandait aux médecins de citer un moyen existant de prévention du burn out qui était, selon eux, le plus adapté à leurs besoins et impératifs d'activité professionnelle. Cette question était nécessairement qualitative car pour y répondre les médecins se servaient de leur propre vécu, tant professionnel que personnel. Cette question, avec la question suivante, constituaient l'objectif principal de notre travail. Le but était la mise en exergue du ou des moyens les plus adaptés aux médecins généralistes. Les réponses étaient analysées et placées en groupes puis en sous-groupes définis par des termes uniques.

La question 18 était également ouverte. On demandait aux médecins d'imaginer une structure ou un moyen de prévention du burn out qui était, selon eux, la ou le plus adapté(e) à leur activité, la structure ne devant pas déjà exister. Au même titre que la précédente question il s'agit d'une question clé de ce travail, il était nécessaire de mettre en évidence la ou les

dimensions de la vie des médecins généralistes qui, selon eux, permettrait de les prévenir au mieux du burn out, ou tout du moins de savoir si un ou des aspects de leur vie pouvait être commun à une majorité de praticiens. De la même façon que précédemment, les réponses des médecins étaient analysées et placées en groupes et en sous-groupes définis par des termes uniques.

3/ Recueil des données et traitement

Le questionnaire était envoyé par email au cours du mois de juillet 2016 à 428 praticiens soit près de 10% des effectifs des médecins généralistes picards de 2015 (4538 praticiens), 50 adresses électroniques n'étaient plus valides ou les personnes n'étaient plus des médecins généralistes en activité. Au total, 378 praticiens avaient finalement reçu le questionnaire par email, après une relance, nous avons obtenu 75 réponses soit près de 20 % (19.8%). Les réponses des médecins étaient consultables en tout temps sur la plateforme internet Google Doc, les réponses étaient anonymes, les résultats étaient consultables soit de manière individuelle, soit en totalité.

La plateforme Google Doc offrait des statistiques basiques donnée par donnée. Le traitement de données croisées était réalisé grâce au logiciel Epi-info® pour Windows, en utilisant les tests statistiques du Chi 2 et le test exact de Fisher. Dans les cas où le test du Chi 2 n'était pas adapté, le test de Fisher était réalisé via le site BiostaTGV. Le seuil de significativité des tests statistiques était $p < 0.05$.

III. RESULTATS

1/ Caractéristiques sociodémographiques et habitus de travail

Le questionnaire était envoyé par email à 428 praticiens soit près de 10% des praticiens picards (4538 praticiens en activité régulière en 2015) [28]. Notons que sur ces 428 destinataires, 50 d'entre eux n'étaient plus en activité ou ne correspondaient pas à une adresse valide. Au total, 378 praticiens avaient finalement reçu le questionnaire par email, après une relance, nous avons obtenu 75 réponses soit près de 20 % (19.8%).

a) Caractéristiques sociodémographiques

Les réponses aux quatre premières questions étaient recueillies et résumées dans le tableau 1.

1/ Age

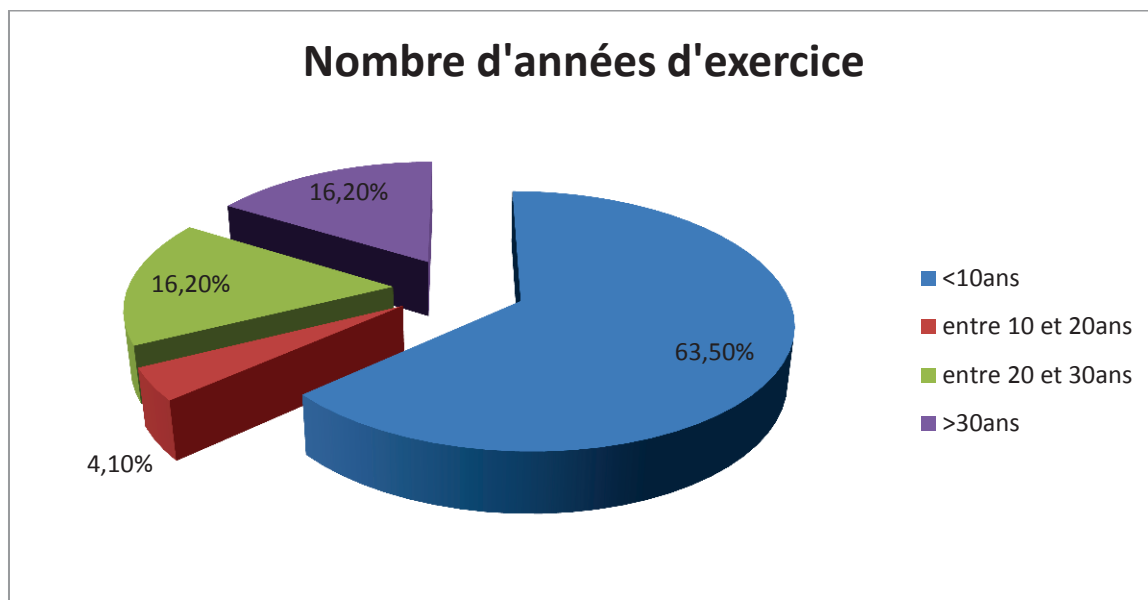
La moyenne d'âge (Question 1) était de 39.6 ans, le plus jeune répondeur était âgé de 28 ans et le plus vieux de 69 ans. La moitié des personnes interrogées étaient jeunes avec un âge compris entre 28 et 33 ans (54.5%).

2/ Sexe

La parité (Question2) était respectée avec 37 hommes et 37 femmes, une personne n'avait pas répondu à cette question (tableau 1).

3/ Nombre d'années d'exercice

Pour le nombre d'années d'exercice (Question 3), 47 personnes (63.5 %) avaient moins de 10 ans de carrière, 3 praticiens (4.1 %) travaillaient depuis 10 à 20 ans, 12 praticiens (16.2 %) travaillaient depuis 20 à 30 ans et 12 praticiens (16.2%) travaillaient depuis plus de 30 ans (Graphique 1).



Graphique 1 : Nombre d'années d'exercice effectuées par les praticiens répondants, exprimé en pourcentage (%).

b) Habitus de travail

1/ Exercice urbain ou rural

Le type d'exercice n'était pas homogène. En effet, 32 praticiens (43.2 %) travaillaient en milieu rural (<2000 habitants), contre 42 praticiens (56.8 %) travaillaient en milieu urbain (> 2000 habitants) (Tableau 1).

2/ Libéral ou mixte

La question 5 nous informe que les praticiens exerçant une activité mixte, à savoir libérale et salariée, ne représentaient que 19.2 % des répondants (14 praticiens). On constate que 59 praticiens, soit 80.8 % des répondants, exerçaient une activité libérale exclusive soit en tant que remplaçants soit en tant que médecins installés (tableau 1).

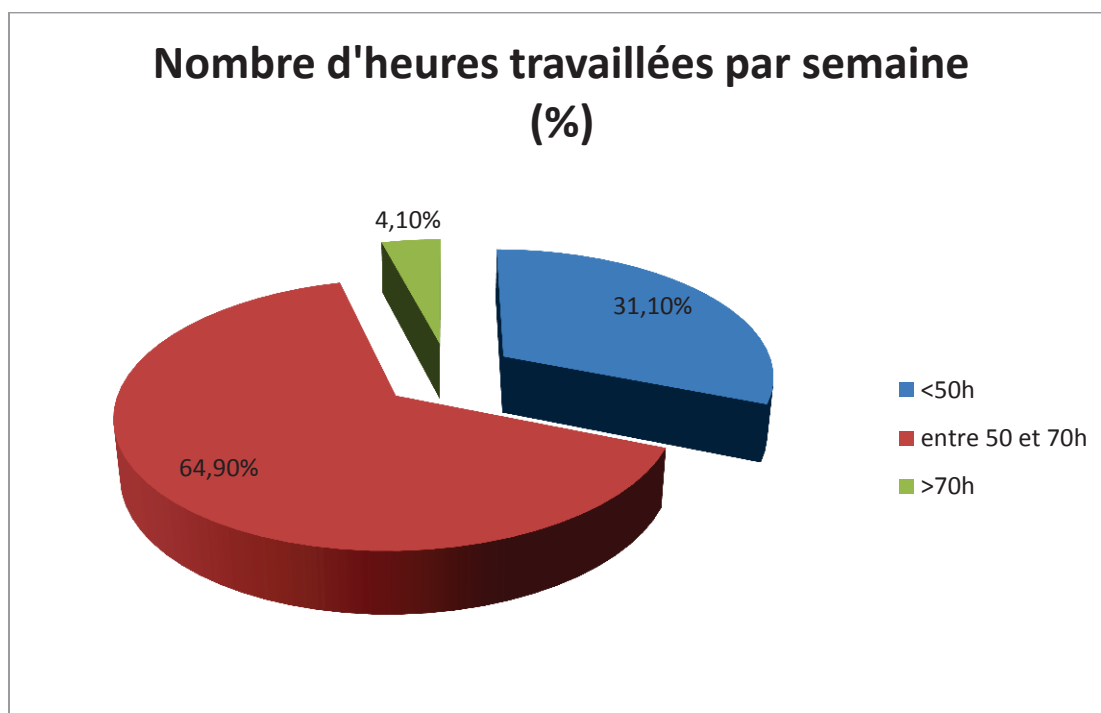
Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques de notre population.

Population totale	n = 378
Nombre de réponses obtenues (%)	75 (19.8%)
Age moyen (années)	39.6
Sexe masculin (%)	37 (50%)
Type d'exercice (rural/urbain) (%)	32(43.2%)/42(56.8%)
Type d'activité (mixte/libérale exclusive) (%)	14(19.2%)/59(80.8%)

c) Rythme de travail des médecins répondants

1/ Nombre d'heures travaillées par semaine

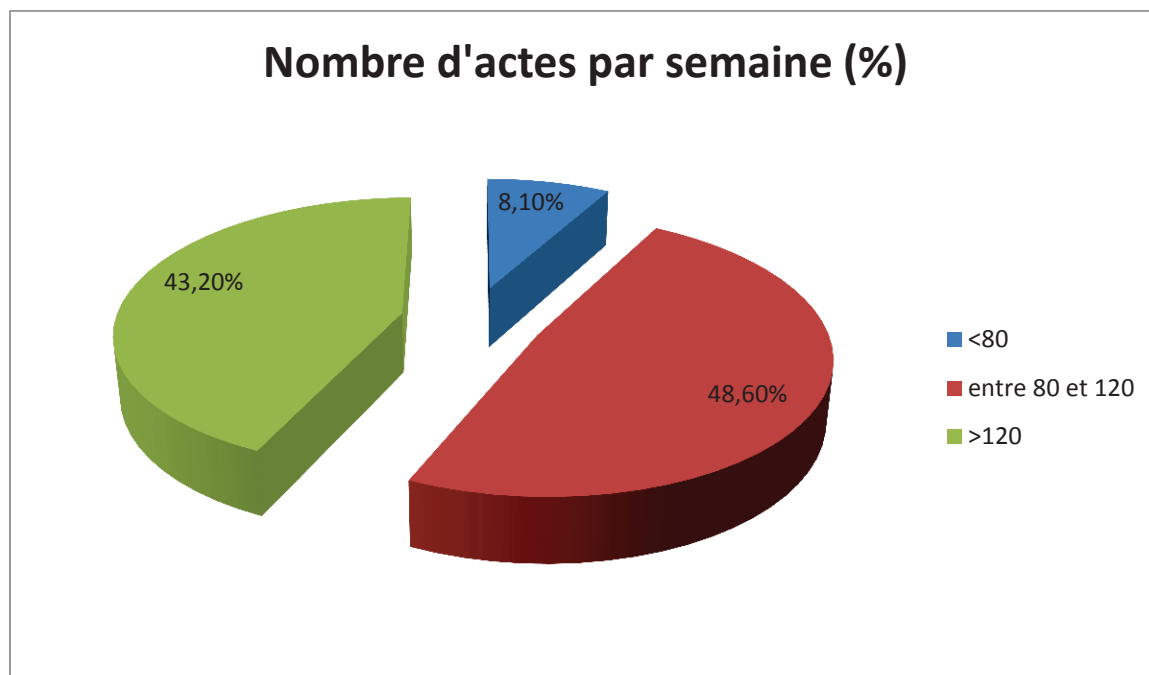
La majorité des praticiens, soit 48 répondants (64.9 %) travaillaient entre 50 et 70 heures par semaine. De plus, 23 praticiens (31.1 %) exerçaient leur profession moins de 50 heures par semaine. Enfin, 3 praticiens (4.1 %) œuvraient plus de 70 heures par semaine (Graphique 2).



Graphique 2 : Nombre d'heures travaillées par les praticiens répondants, exprimé en pourcentage (%).

2/ Nombre d'actes effectués par semaine

Nous avons 6 praticiens (8.1 %) effectuant moins de 80 actes par semaine, 36 praticiens (48.6 %) cumulaient entre 80 et 120 actes par semaine, et 32 praticiens (43.2 %) assuraient plus de 120 actes par semaine. Plus de 90 % des praticiens ayant participé à l'étude pratiquaient au minimum 80 actes par semaine.



Graphique 3 : Nombre d'actes effectués en 1 semaine par les praticiens répondants, exprimé en pourcentage (%).

2/ Evaluation des connaissances sur le burn out

a) Définition

La définition du burn out, selon l'OMS, était connue par 63 praticiens (85.1 %). On dénombrait 11 praticiens (14.9 %) se faisant une définition erronée (selon l'OMS) du burn out. Notons que dans cette étude, nous avons rencontré un médecin, d'âge inconnu, travaillant en milieu rural depuis plus de 20 ans et voyant plus de 120 patients en moins de 50 heures hebdomadaires, déclarait avoir été en burn out en 2009.

b) Information sur le burn out

La question 10 nous informait que 38 praticiens (51.4 %) se considéraient suffisamment informés sur le burn out alors que 36 d'entre eux (48.6 %) se considéraient insuffisamment éclairés.

c) Facteurs précipitants

Nous avons 64 praticiens sur 75 ayant répondu. Nous avons une moyenne de 3,125 facteurs cités par répondant (200 réponses au total) :

- Facteurs liés au contenu du travail étaient les plus représentés avec 86 réponses sur 200 (43 %) des facteurs cités. Les exigences quantitatives (durée de travail quotidienne et hebdomadaire, cadence de travail) étaient nommées 48 fois soit 55 % des exigences quantitatives et 24 % des facteurs précipitants dans leur globalité. Puis dans cette catégorie venait, par ordre d'apparition décroissant, les difficultés liées à la tâche (gênes régulières dans la réalisation de son travail, lourdeurs administratives rendant les tâches plus complexes), puis les exigences qualitatives (de la part des médecins comme des patients) et enfin les risques inhérents à l'exécution de la tâche (crainte de l'erreur médicale et judiciarisation de la profession), représentaient respectivement 18%, 15% et enfin 9% des facteurs liés au contenu du travail.
- Facteurs liés aux relations de travail étaient nommés 55 fois sur 200 (27.5 %). Le manque d'aide des collègues généralistes ou spécialistes était le facteur lié aux relations de travail le plus souvent cité dans cette catégorie avec 26 mentions ce qui représentait 47% de ces facteurs. Par ordre décroissant de récurrences venait le manque de reconnaissance des patients pour le travail du praticien, l'agressivité des patients et la perception des patients comme des usagers, soit respectivement 29%, 20% et 4% des facteurs relationnels.
- Facteurs liés à l'organisation du travail représentaient 36 réponses sur 200 (18%). L'inadaptation des horaires au rythme biologique regroupait 44 % des facteurs précipitants organisationnels mentionnés de cette catégorie. Enfin, par ordre décroissant de récurrence nous avons les contradictions entre les disponibilités du médecin, les demandes "urgentes" et le travail de qualité (36 %), la difficulté de mettre en place des remplacements (17 %) et la répartition non contrôlée des gardes et des urgences (3 %).

- Facteurs environnementaux avec 23 mentions sur 200 (11.5 %). Il s'agissait en particulier des problèmes de gestion (pas de secrétariat, lourdeur administrative croissante, l'isolement de certains médecins ...).

d) Facteurs protecteurs

Nous avons 60 réponses de praticiens sur 75, soit 144 réponses (2.4 facteurs par répondant en moyenne).

1/ Les facteurs professionnels

Parmi les facteurs liés à la sphère professionnelle, 67 ont été identifiés (47 % des facteurs protecteurs) et nous avons formé 2 sous-groupes :

- Les facteurs organisationnels formaient notre premier sous-groupe. Les éléments qui composaient ce dernier étaient : le travail au sein d'un groupe de médecins, la présence de secrétaires, le travail sur rendez-vous et non en consultation libre, la gestion de son rythme avec la possibilité d'aménager son temps de travail de façon raisonnable, ne pas habiter dans un logement attendant au cabinet et enfin l'accessibilité au remplacement. Ce sous-groupe représentait 46 réponses, soit 68 % des facteurs protecteurs liés au travail.
- Notre second sous-groupe concentrait les facteurs intrinsèques à l'exercice de la profession. Celui-ci comprenait : s'en tenir à l'organisation prévue de son travail et de ne pas déborder sur sa vie privée quand cela n'est pas nécessaire, savoir prendre de la distance avec les patients sans être en contradiction avec la nature de notre profession, savoir prendre du recul par rapport aux situations rencontrées, se former régulièrement et la gestion du temps de travail.

Globalement, dans le groupe des facteurs protecteurs liés à la sphère professionnelle, les éléments revenant le plus souvent étaient le travail en groupe de médecins généralistes ou en association avec d'autres professions médicaux et para médicaux (près de 22% des réponses de cette catégorie) ainsi que le travail sur rendez-vous.

2/ Facteurs personnels

Parmi les facteurs liés à la sphère personnelle, nous avons distingué 3 sous-groupes :

- Le premier sous-groupe était constitué par le repos et les vacances qui dominaient en terme de réponses données par les médecins interrogés (41 réponses soit 54 % des facteurs personnels mentionnés). Parmi les items les plus fréquemment retrouvés, on avait la prise de vacance régulière, l'aménagement des temps de repos, une bonne prise en charge hygiéno-diététique et un temps de sommeil correct.
- La pratique d'activités régulières (sport, de loisirs et autres) revenait 19 fois soit 24 % des facteurs personnels.
- Et enfin la vie de famille avec le maintien d'une bonne cohésion et d'un temps familial suffisant revenait 17 fois soit 22 % des facteurs personnels.

3/ Les moyens de prévention du burn out

a) Evaluation des connaissances

1/Connaissance de l'existence de structures de prévention

Les structures de prévention et d'information sur le burn out n'étaient connues que de 13 praticiens sur 73 (17.8 %). Parmi ces 13 praticiens, 5 connaissaient l'association MOTS, 4 connaissaient les groupes de type Balint et enfin les structures mises en place par le conseil national de l'Ordre des médecins sans distinction étaient connues de 4 d'entre eux.

2/ MOTS une structure existante

Seul 23 praticiens sur 73 (31.5 %) avaient eu connaissance de MOTS alors que 11 d'entre eux n'avaient pas pu le citer à la question 14.

b) Choix entre 4 structures imposées

La question 16 proposait différentes structures ou moyens pour la prévention du burn out. Une majorité des praticiens sondés était plus disposée à « échanger sur les problèmes rencontrés par chacun au sein de petits groupes type Balint ou FMC » (60.6 %). Les « réunions annuelles sur le vécu en médecine générale, organisées par l'ordre des médecins [...], avec des intervenants spécialisés » intéressait 43.7 % des praticiens. Une FMC avec l'intervention d'un personnel spécialisé convenait à 35.2% des répondants. Enfin, la proposition « information trimestrielle, dispensée par email [...] sur les signes alarmants et les structures de prise en charge existantes » recueillait l'approbation de 33.8 % des répondants.

La première proposition de moyen de prévention à savoir "les FMC ou petit groupe type Balint" était présente 15 fois seule et apparaissait dans 27 associations de plusieurs réponses.

La troisième proposition, "les réunions annuelles [...] avec des intervenants spécialisés" était présente 9 fois seule et apparaissait dans 22 associations.

Les deuxième et quatrième propositions étaient présentes 7 fois seules et apparaissaient respectivement dans 17 et 9 associations de réponses.

Notons que 38 répondants avaient sélectionné un seul moyen de prévention, une association de 2 moyens a été sélectionnée 20 fois, une association de 3 moyens a été sélectionnée 10 fois, enfin, une association de 4 moyens a été sélectionnée par 3 personnes.

c) Analyse des moyens de prévention les plus adaptés aux généralistes

La question 17 concernant le meilleur moyen existant pour assurer la prévention du burn out obtenait 57 réponses.

L'organisation du travail était évoquée dans près de 30% des cas. Il était question d'un accès plus simple aux remplaçants, d'une adaptation du rythme de travail, et d'une réduction du nombre d'heures hebdomadaires, ainsi que la possibilité de travailler en association avec d'autres médecins généralistes, spécialistes ou des paramédicaux. L'échange régulier lors de groupe de parole type Balint était évoqué chez 14 % des praticiens sondés.

Les notions de vacances et repos réguliers étaient évoquées 8 fois. L'ignorance d'un quelconque moyen de prévention a également été évoquée 8 fois. Ces 2 items représentaient 14.5 % des réponses.

La nécessité d'augmenter la démographie médicale, en favorisant notamment l'installation de jeunes praticiens, et en augmentant le numerus clausus était mentionnée 5 fois (8.5% des réponses). Enfin, le soutien familial et extérieur était mentionné à hauteur de 5 fois (8.5 % des réponses).

La question 18 demandait aux praticiens d'imaginer le meilleur moyen pour assurer la prévention du burn out. Nous avons 46 réponses sur 75 répondants (61 %). L'amélioration de l'organisation du travail était évoquée 13 fois (29 %). Cela concernait la diminution de la charge de travail, l'accès facilité aux remplaçants et un temps de congés suffisant. Les praticiens n'imaginant pas d'autres moyens de prévention représentaient 10 réponses (23 %). Les répondants proposant une méthode de suivi du médecin généraliste, de diagnostic du

burn out ou de dépistage de ce syndrome étaient au nombre de 10 (23 %). Une meilleure éducation du patient était proposée 4 fois (9 %), une plus grande rémunération était proposée 3 fois (7 %). Une meilleure communication entre médecins était proposée 3 fois (9 %) et enfin la possibilité de pouvoir signaler un collègue en burn out à une instance quelle qu'elle soit était suggérée une fois.

4/ Données croisées

a) Choix de la prévention en fonction de l'âge

Concernant la tenue de FMC (réponse 1), les praticiens de 25 à 35 ans y étaient favorables aux 2/3 (Test exact de Fisher $p=0.0319$), les 36 à 50 ans étaient aux 2/3 en sa défaveur (Test exact de Fisher $p=0.0319$) ; les plus de 51 ans étaient partagés à raison de 55 % se prononçant pour et 45 % ne l'ayant pas sélectionné (Test exact de Fisher $p=0.0319$).

En ce qui concerne l'organisation de réunions avec l'intervention de spécialistes du burn out (réponse 2), l'âge n'avait pas d'influence sur la réponse à la question 2 (Test exact de Fisher $p=0.37$).

À propos de la tenue d'une réunion annuelle départementale, gérée par l'ordre des médecins (réponse 3), l'âge n'avait pas d'influence sur la réponse à la question 3 (Test exact de Fisher $p=0.35$).

Concernant la possibilité d'envoyer des emails à une fréquence trimestrielle (réponse 4), les 25-35 et 36-50 ans étaient contre avec 75% de praticiens contre chez les 25-36, et 2 fois plus de répondants contre pour les 36-50 ans (5 contre, 2 pour). Pour les plus de 50 ans, il existait une tendance favorable avec 9 pour et 8 contre, 1 ne se prononçant pas (Test exact de Fisher $p = 0.058$).

b) Choix de la prévention en fonction du sexe

Il existait 1 lien significatif entre le sexe et la réponse 4 (Test exact de Fisher $p=0.0312$) les hommes étaient en défaveur à 70% et les femmes étaient également en défaveur à près de 60%. Mais la tendance était la même entre homme et femme.

c) Choix de la prévention en fonction du nombre d'années d'exercice

Le nombre d'années d'exercice était un facteur explicatif mais de façon non significative statistiquement.

d) Choix de la prévention en fonction de l'exercice urbain/rural

Concernant la réponse 1, on avait une tendance favorable à la réalisation de FMC (test du Chi 2, $p=0.0713$).

Concernant la réponse 2, on avait une forte tendance défavorable, plus marquée pour les urbains que les ruraux, à la réalisation de réunions avec un personnel spécialisé (test du Chi 2 $p=0.0549$).

Concernant la réponse 3, les ruraux étaient significativement contre à 66%, les urbains étaient partagés, toujours de manière statistiquement significative (test du Chi 2 $p=0.0425$).

Concernant la réponse 4, près de 71 % des urbains n'étaient pas intéressés de manière significative (Test du Chi 2, $p= 0.0251$). Les ruraux étaient quant à eux significativement en défaveur de l'envoi d'emails, à raison de 55 % (Test du Chi 2, $p= 0.0251$).

IV. DISCUSSION

1/ Validité de l'étude et limites

a) Les Biais

1/Biais de confusion

Ce type de biais ne pouvait pas être limité.

2/ Biais de sélection/non réponse

L'envoi des questionnaires en juillet, par emails, et avec une unique relance pouvait avoir constitué un biais de sélection et expliquait en partie le taux de réponses peu élevées obtenues.

3/ Biais de mémorisation

Ce biais était lié à la définition même du burn out. Cette définition étant remise en question, le biais de mémorisation ne pouvait donc être évité, du fait du sujet en lui-même.

4/ Biais de sélection

Nous avons obtenu la mailing liste des médecins généralistes de la région grâce à l'URPS. Il nous était impossible de vérifier la randomisation des adresses email ainsi recueillies ce qui pouvait expliquer les 50 adresses non valides.

b) Validité

Notre échantillon de patient correspondait à 10 % de la population de médecins généralistes actifs en Picardie en 2015 [28] et semblait être bien représentatif de cette population.

En effet, le profil sociodémographique des répondants étudiés (sexe, âge) correspondait au profil des médecins picards s'inscrivant à l'ordre depuis 2012. Il correspondait donc à l'évolution de la démographie médicale à venir. La féminisation de la population médicale était bien représentée par notre échantillon. [28].

De plus, la population de médecins répondants et travaillant en milieu urbain et rural correspondait aux proportions des médecins picards en 2015 travaillant dans ces milieux. [28]. Le nombre d'actes et d'heures hebdomadaires réalisés en moyenne par les répondants, correspondait à l'activité moyenne nationale observée en 2015. [28]

2/ Caractéristiques sociodémographiques et habitus de travail

a) Caractéristiques sociodémographiques

1/ âge

Un peu plus de la moitié des répondants avait un âge compris entre 28 et 33 ans avec une moyenne de 39 ans. La moyenne d'âge de la population médicale Picarde en 2015 [28] était de 54 ans, avec un peu plus de 45.5 % des effectifs compris entre 55 et 64 ans. Le profil d'âge de nos répondants correspondait au profil d'âge des nouveaux inscrits à l'ordre des médecins en 2012 [28]. Ce décalage entre la démographie médicale picarde et nos répondants pouvait probablement s'expliquer par l'utilisation plus naturelle des nouvelles technologies par les jeunes médecins. On pouvait se demander si les praticiens plus âgés dans notre étude n'avaient pas moins de temps pour répondre. En effet, il pouvait être plus simple et facile de répondre à un questionnaire lorsqu'on ne travaillait pas tous les jours comme c'est le cas pour les médecins remplaçants. De plus, un mode d'envoi des questionnaires mixte, c'est-à-dire avec un support internet et un support papier, aurait pu être employé pour favoriser les réponses.

2/ sexe

La parité était respectée avec 50% d'hommes et de femmes ce qui concordait avec le profil des nouveaux inscrits à l'ordre des médecins en 2012 [28], en Picardie, avec 48% d'hommes et 52% de femmes. L'étude reflétait la modification de la démographie médicale actuelle. Elle reflétait aussi la féminisation de la profession.

b) Habitus de travail

1/ Exercice urbain ou rural

Dans notre étude, nous constatons une majorité de médecins exerçants en milieux urbains mais une part non négligeable de médecins exerçants en milieu rural. Il n'existe pas de données précises dans la littérature sur les taux de médecins ruraux et urbains en France. Néanmoins, il existe une corrélation entre la proportion de la population vivant en zone urbaine et rurale et la proportion de médecins généralistes y exerçants [29]. Les répondants de notre étude, correspondaient au schéma de répartition de la population picarde car près de 43% des Picards vivaient en milieu rural [30].

2/ Libéral ou mixte

Dans notre étude, le chiffre de praticiens ayant une activité mixte était proche de la moyenne observée en Picardie (12.4%) [28]. A contrario, 80.8% de médecins répondants déclaraient avoir une activité libérale pure, soit en tant que remplaçant soit en tant que médecin installé. Cela ne correspondait pas aux taux décrits par le CNOM en 2015 où on observait 42.6% de médecins libéraux en Picardie [28]. Cette différence pouvait s'expliquer par le fait que les médecins répondants étaient majoritairement jeunes et donc avec un statut de remplaçant exerçant en milieu libéral pur. On pouvait donc se demander si ces derniers ne s'étaient pas sentis davantage intéressés et concernés par notre travail et si les besoins étaient identiques entre médecins libéraux et salariés. Enfin, dans notre question nous n'avons pas abordé le statut de médecin salarié pur ce qui aurait probablement modifié les pourcentages.

c) Rythme de travail des médecins répondants

1/ Nombre d'heures travaillées par semaine

Plus de la moitié des médecins répondants travaillaient entre 50 et 70h par semaine ce qui était en adéquation avec la moyenne nationale (52h par semaine) [31,32]. Il nous a paru intéressant de corrélérer la connaissance du burn out aux besoins des praticiens travaillant plus de 50h par semaine. Il n'existe pas de lien direct décrit entre burn out et nombre d'heures de travail dans les études. Cependant, une charge de travail trop importante peut induire un burn out et un isolement professionnel et personnel [17] indépendamment du nombre d'heures travaillées. Cette charge de travail médical excessive peut également induire une surcharge de travail administratif pouvant favoriser un burn out.

Le temps de repos insuffisant entre chaque semaine de travail et le manque de congés peuvent être à l'origine d'un burn out [17]. Or, si le volume horaire est trop important, les temps de repos entre les semaines de travail sont par conséquent insuffisants.

Les problématiques des médecins sont fonction du volume horaire. En effet, un médecin travaillant beaucoup d'heures ne nécessite pas les mêmes besoins qu'un médecin travaillant peu d'heures.

2/ Nombre d'actes effectués par semaine

Près de 50% des médecins répondants effectuaient entre 80 et 120 actes par semaine ce qui correspondait à la moyenne nationale (100 actes hebdomadaire) [28]. Néanmoins, près de 43 % des répondants travaillaient plus, avec plus de 120 actes par semaine. Dans ce sous-

groupe, 71 % des praticiens effectuaient plus de 120 actes par semaine en travaillant « seulement » 50 à 70 heures, ce qui constituait un travail beaucoup trop intense.

Or, nous savons qu'une charge de travail trop importante est prédisposante au burn out. On sait aussi que le burn out a un impact significatif sur les performances médicales [33,34] notamment sur le rendement professionnel [35]. On peut se demander pourquoi ces médecins acceptent une telle charge de travail et si cet état de fait ne crée pas un isolement social, constituant un facteur de risque supplémentaire de burn out. Cet isolement social n'était pas retrouvé dans notre étude.

3/ Evaluation des connaissances sur le burn out

En préambule au reste de la discussion, il est nécessaire de rappeler que les médecins ne sont pas formés à se diagnostiquer eux même, il est donc nécessaire d'éviter l'isolement social pour les médecins généralistes, car, un manque de contact peut laisser s'installer un burn out.

a) Définition

Une grande majorité, 85.1%, des répondants connaissait la définition du burn out selon l'OMS. Les autres, 14.9 %, en donnaient une autre définition qui correspondait en réalité aux symptômes du syndrome dépressif comme : "fatigue intense, irritabilité, agressivité et anhédonie, dépression professionnelle...".

Cet amalgame était caractéristique de la "situation" du burn out actuellement. Effectivement, un certain nombre d'études faisaient état du manque de clarté de la définition du burn out [14]. Nous assistons donc à un retour en arrière puisque qu'initialement nous avons constaté un engouement pour le syndrome du burn out, un syndrome de soignant pour les soignants qui était bien reconnu. Il avait de plus trouvé une validité à travers l'outil du MBI. Et le fait que ce syndrome n'était rencontré qu'en milieu professionnel en faisait une entité en soit. Néanmoins, depuis plusieurs mois le concept de burn out est remis en cause par les instances de santé dans divers pays, du fait du manque de clarté de sa définition et des symptômes le constituant. Sa présentation clinique proche de celle de la dépression, du stress post traumatique et de trouble de l'adaptation sont aussi une cause de remise en question [13]. L'académie nationale de médecine française, via une publication de février 2016, annonçait la

mise en place de réflexions sur un certain nombre de proposition afin de favoriser la prévention du burn out. En effet, le concept de burn out est remis en question mais la souffrance au travail reste un sujet d'actualité. Elle soulignait également la nécessité de créer une structure permettant une coopération accrue entre les Ministère de la Santé et du Travail.

Il serait donc intéressant de savoir si les praticiens sont au fait ou conscient de cette remise en cause.

b) Information sur le burn out

Concernant le degré d'information des médecins interrogés, un peu plus de la moitié des médecins consultés s'estimaient suffisamment informés sur le burn out. Or, selon certaines études, on sait que la moitié des médecins généralistes sont en burn out [36,37,38]. Notre étude ne portait pas sur l'évaluation de la prévalence du burn out des médecins généralistes picards. Il serait intéressant de mener une étude dans laquelle on s'intéresserait à la fois au niveau d'information des praticiens interrogés tout en leur faisant passer un test de dépistage du burn out.

Ceci implique qu'une information ponctuelle ne suffit pas à prémunir du burn out. On peut se demander si une information récurrente avec un intervalle de temps régulier ne serait pas plus efficace. Les structures de prévention primaire semblant inexistantes ou inadaptées, notre étude trouve bien ça place dans l'actualité de la santé publique.

c) Facteurs précipitants

Les facteurs précipitants cités par les médecins interrogés étaient comparables aux données de la littérature [24,38].

1/ Exigences quantitatives et isolement professionnel

Le rythme de travail était le principal facteur précipitant cité par les médecins interrogés. Dans les réponses des questions 5 et 6, 30% des médecins répondants effectuaient plus de 120 actes par semaine et près de 72% de ces derniers les effectuaient en 50-70 h par semaine. Ils avaient donc une charge de travail qui était au-delà de la moyenne nationale [28]. Cette surcharge de travail ne serait-elle pas imputable à la faible densité médicale picarde ?

Le deuxième facteur mis en avant était le manque d'aide entre professionnels de santé, généralistes et/ou spécialistes. Il était à noter que la répartition équitable des gardes et urgences n'était mentionnée qu'une fois. La contradiction entre la disponibilité du médecin

face aux demandes urgentes tout en respectant un travail de qualité était peu mentionnée au même titre que la difficulté de trouver des remplaçants.

On constatait donc que la plainte principale des médecins était la quantité de travail mais on observait que les moyens de diminuer cette surcharge n'étaient pas ou peu pointés du doigt comme facteurs favorisant. Nous nous interrogeons donc sur la capacité des médecins à analyser leur propre situation. On peut se demander s'il existe une communication entre médecins d'un même secteur afin de mieux gérer la surcharge d'activité.

De nos jours, le manque de remplaçants est important [28], pourtant ce facteur n'était pas beaucoup cité, probablement en raison de l'âge jeune de notre population.

2/ Violence envers les médecins

Les agressions des patients envers les médecins étaient peu citées. Il s'agit pourtant d'un phénomène en augmentation [23]. Le jeune âge des praticiens répondants semblait être un facteur protecteur aux agressions de patients [39], puisqu'il a été décrit que l'âge moyen pour une première agression était de 49 ans, cependant ces dernières pouvant également commencer dès l'internat [17]. Les médecins généralistes sont les plus touchés par les actes de violences, dont le niveau reste élevé depuis 2003 (CNOM : Observatoire de la sécurité des médecins 2014). L'actualité est régulièrement marquée par ce type de nouvelle. L'activité en milieu rurale semble la plus préservée (CNOM : Observatoire de la sécurité des médecins 2014), la proportion élevée de médecins ruraux répondants à notre questionnaire pouvait donc expliquer que les agressions soient peu citées en tant que facteurs favorisant. Malgré cela, nous ne pouvons pas exclure que ce faible taux d'agression observé soit minimisé par les répondants, qui ne se rendent plus compte de la violence dont ils sont parfois victimes sur leur lieu de travail. En effet, la violence peut symboliser les actes mais la violence verbale est tout aussi grave.

3/ Modification de la relation Médecin/Malade

Le faible taux de ses facteurs dans nos réponses pouvait être lié au fait que la majorité des répondants étaient jeunes et donc probablement remplaçants. Les remplaçants sont moins exposés à ces facteurs n'ayant pas connu auparavant une relation davantage paternaliste.

4/ Fonctionnalité du lieu de travail

La fonctionnalité matérielle du lieu de travail n'était pas remise en cause par nos répondants. Les problèmes de fonctionnement dans l'organisation du cabinet avec notamment l'absence de secrétaires étaient notifiés par les répondants. Cela pouvait s'expliquer par le fait que les médecins avaient déjà commencé à s'adapter aux modifications de travail et à

l'augmentation de la charge de travail. En effet, en France, l'installation en groupe de professionnel de santé est en augmentation [40]. Cette installation en groupe suppose souvent une installation dans de nouveaux locaux plus fonctionnels. La question du travail en groupe n'a pas été abordée dans notre questionnaire mais cette dernière montre bien la modification de la façon de travailler des médecins. Le médecin isolé effectuant son sacerdoce n'est plus un modèle viable. Les problèmes liés à la structure représentaient près de 10 % des facteurs précipitants évoqués.

5/ Facteurs peu cités

La surcharge administrative est délétère pour le médecin généraliste car peu attrayante et chronophage. De plus, elle est une source de stress permanent du fait des sanctions administratives possibles en cas de mauvaise exécution, et des répercussions sur le patient pouvant altérer la relation médecin/malade. Les obligations légales du médecin vont de façon croissante avec l'évolution de la pratique [41]. Depuis la réforme relative aux médecins traitants, près de 9 généralistes interrogés sur dix estimaient que leur charge administrative avait augmenté [42]. Or, selon certaines études, on sait qu'il s'agit d'un facteur précipitant important. Il est donc étonnant qu'il n'ait pas été beaucoup cité dans notre travail.

De même, les contraintes qualitatives du travail du médecin généraliste sont peu citées alors que l'on connaît leur rôle important dans la survenue d'un burn out. [14]

d) Facteurs protecteurs

1/ Les facteurs organisationnels

Les facteurs protecteurs les plus cités étaient les facteurs organisationnels, qu'ils soient personnels ou structurels. L'organisation du travail était considérée par les répondants comme une possibilité de prévention du burn out. Les facteurs à améliorer, selon les médecins interrogés, permettaient de favoriser la fluidité du travail en limitant les événements intercurrents. Cela passe par exemple par des consultations sur rendez-vous, à des horaires fixes, à l'embauche de secrétaires pour la réalisation d'une partie du travail administratif. L'objectif de ces mesures étant d'améliorer la qualité du travail. Dans la littérature, l'amélioration de la qualité du travail est un point primordial afin de limiter le développement du burn out [43].

Avec l'augmentation annuelle de l'activité [28], le volume de patients va continuer de croître, les exigences quantitatives vont donc s'accroître et avec elles, la perte de qualité dans le travail. On peut se demander si le fait de gérer au mieux son organisation n'est pas un aveu d'impuissance à gérer un flux trop important de patients, et, si le fait de prioriser une meilleure

organisation de travail n'est pas une mesure de secours adoptée par certains praticiens pour ne pas être complètement submergés par le travail. Alors que la principale mesure à adopter pourrait être une diminution de la charge de travail en diminuant le nombre de patients par praticien.

2/ Les temps de repos

Les temps de repos, week-end et vacances étaient la deuxième mesure envisagée par les praticiens. Le nombre de médecins s'inscrivant à l'ordre des médecins chaque année diminue, et pourtant le nombre de remplaçants augmente [28]. Le nombre d'installation en médecine générale diminue, et la moyenne d'âge des médecins remplaçants augmente [28]. Malgré ces éléments, la possibilité de faire appel à un remplaçant est de plus en plus restreinte par manque d'effectifs. Dans ce contexte, il paraît alors difficile de favoriser les temps de repos pour les médecins installés.

4/ Les moyens de prévention du burn out

a) Evaluation des connaissances

1/Connaissance de l'existence de structures de prévention

On note qu'un peu plus de 80 % des praticiens ne connaissaient pas de structures de prévention soit 4 praticiens sur 5. Cela est paradoxal dans le contexte actuel, le burn out des médecins généralistes étant un problème majeur de santé publique et donc un enjeu d'actualité. L'information sur ces structures de prévention ne semble pas réalisée de façon efficace auprès des médecins généralistes. On peut également se demander pourquoi les médecins ne se renseignent-ils pas davantage sur les structures et moyens existants. L'une des réponses à cette question réside peut-être dans le fait que les médecins n'en ressentent pas le besoin car ils ne se sentent pas en burn out ou parce qu'ils ne prennent pas le temps nécessaire du fait d'une activité trop envahissante.

2/ MOTS une structure existante

L'association MOTS était connue par 27 médecins interrogés (questions 14 et 15). Près de la moitié des médecins connaissant MOTS ont répondu ne pas connaître de structures de prévention à la question 13. On peut donc se demander si les médecins connaissaient réellement cette structure et ses objectifs.

Il apparaît donc évident qu'il existe un manque de connaissance des structures de prévention et de prise en charge du burn out par les médecins généralistes picards. Cette

méconnaissance pouvant soit être due à un défaut d'informations par les dites structures soit par un manque de recherche de la part les médecins généralistes.

b) Choix entre 4 structures imposées

1/ La FMC, le moyen privilégié

La FMC était le moyen le plus plébiscité. L'explication à cela réside probablement dans le fait qu'il s'agisse du moyen le plus intimiste et dans lequel la communication entre professionnels est la plus importante. Néanmoins, elle ne comporte pas obligatoirement d'intervention de personnel spécialisé dans le burn out et qui serait donc formé pour donner une information claire et pertinente. De plus, du fait de la remise en question de l'entité de « burn out » et de la difficulté des médecins à se diagnostiquer eux même, on est en droit de se demander si cette méthode est la plus efficace. Toutefois, elle apporte un moment certain de partage, d'échange et de soutien entre les praticiens, et permet ainsi de limiter l'isolement des praticiens participants. Il peut être intéressant que ce genre de manifestations inclus également des médecins spécialistes afin de renforcer les liens inter individuels entre les différents corps de métier. Ces réunions sont classiquement organisées par des groupes de médecins eux-mêmes qui choisissent d'inviter d'autres confrères. Ces réunions auraient un grand intérêt si la majorité de médecins d'une ville ou d'un canton y étaient conviés. Enfin, la FMC reste une réunion proposée aux médecins mais il n'y a aucune obligation d'y participer or, les médecins déjà isolés socialement peuvent ne pas être enclin à y adhérer ce qui peut constituer une limite à son efficacité.

Le fait qu'un moyen unique était souhaité dans plus de la moitié des cas montre bien la nécessité d'être uni pour la prévention du burn out, et d'avoir une structure à la fois intimiste, touchant un public médical aussi large que possible et ayant lieu régulièrement pour ne pas perdre en efficacité. En effet, on peut partir du postulat que la multiplication des moyens de prévention serait trop chronophage et s'intégrerait difficilement dans le quotidien des médecins généralistes. De plus, le burn out étant une pathologie pouvant s'installer sur le long terme, un moyen de prévention régulier semble nécessaire, la FMC apparait une option intéressante dans cette logique puisqu'elle s'articule sur un thème donné, dans un cadre convivial (repas au restaurant) et pourrait s'agrémenter d'une information complémentaire régulière sur le burn out, sa définition et les moyens pour le prévenir et le traiter.

2/ Le moyen le moins retenu

Le fait que le moyen le moins plébiscité, était l'information trimestrielle, montrait bien le souhait des médecins interrogés d'être davantage encadrés et d'avoir une information plus personnalisée. L'échange entre confrères est nécessaire.

c) Analyse des moyens de prévention les plus adaptés aux généralistes

1/ Les moyens existants

Lorsque nous avons demandé aux médecins généralistes de donner un moyen existant de prévention du burn out, près d'un quart des médecins nous fournissaient un moyen collectif de prévention. Une plus faible proportion mentionnait des moyens plus individuels, notamment une modification de leur organisation de leur travail personnel et une revalorisation de leurs honoraires, afin de limiter les facteurs précipitants. On est en droit de se demander pourquoi les médecins ne cherchent pas un support inter individuel, et préfèrent un aménagement de leur organisation de travail. Cette modification d'organisation peut avoir un impact positif sur la prévention du burn out mais elle peut être faite à l'échelon individuel et ne nécessite pas de structure particulière. Il existe une discordance entre le moyen précipitant le plus mis en avant (question 11) et la nécessité de juger utile une modification de son organisation de travail, car le volume de patients reste finalement le même. Un travail mieux organisé paraîtra plus fluide mais la quantité de travail restera la même, et la qualité n'en sera pas améliorée. Or, afin de lutter contre le burn out, il est classiquement reconnu que la qualité de travail est le principal facteur à prendre en compte [43]. Près d'un sixième des médecins répondant ne savaient pas quel moyen de prévention actuellement existant pouvait être le plus adapté à la prévention du burn out. Ceci est révélateur de la situation actuelle des médecins généralistes, à qui on demande plus de tâches extra-médicales, sans améliorer leurs conditions de travail. La perte d'autonomie ainsi engendrée rend l'exercice médical plus contraignant. Cette perte d'autonomie est un facteur précipitant de burn out.

2/ Les moyens à imaginer

Concernant la question 18, malheureusement peu de praticiens avaient répondu et là encore le thème de l'organisation du travail était le plus cité. Contrairement aux questions précédentes, la diminution du volume de travail était l'argument revenant le plus afin d'améliorer la qualité de travail ce qui est en concordance avec une bonne prise en charge du burn out. Néanmoins, nous remarquons que près d'un quart des répondants ne savaient pas quel moyen de prévention du burn out pouvait être efficient. Notre travail s'inscrit donc dans un sujet d'actualité complexe et ouvre des perspectives intéressantes pour de futures études. Il

est révélateur d'un sentiment d'impuissance des médecins face à cette pathologie pouvant avoir des conséquences funestes. Aux vues de l'évolution de la pratique médicale, il apparaît nécessaire de mettre en place un ou des moyens de prévention du burn out pour les médecins généralistes mais également pour les médecins spécialistes qui ne sont probablement pas davantage épargnés par cette pathologie que leurs confrères.

5/ Perspectives

a) connaissance sur le burn out

1/ La définition

Dans notre travail, nous avons mis en évidence une connaissance certaine de la définition théorique du burn out selon l'OMS. Les réponses données en question 9 montraient le manque de clarté du concept de burn out. Une définition à mi-chemin entre dépression, état de stress post traumatique et trouble de l'adaptation. Ce manque de clarté est une des raisons pour lesquelles ce concept est remis en cause dans l'actualité médicale mondiale. C'est également une des raisons pour lesquelles le burn out n'est pas reconnu comme une maladie professionnelle. Depuis février 2016 et la parution d'un article de l'Académie Nationale de Médecine Française, une série de proposition est en cours d'élaboration afin d'améliorer la prévention du burn out. Néanmoins derrière ce concept remis en cause, il existe une souffrance au travail et un besoin de reconnaissance important des médecins généralistes.

2/ L'information

Le sentiment d'être suffisamment informé sur le burn out mériterait d'être clarifié. En effet, une majorité de répondants se sentaient suffisamment informés sur le burn out mais finalement une large majorité ne connaissait pas de structure de prévention de ce syndrome et lorsque ces structures étaient connues, les praticiens ne semblaient pas connaître leur rôle ou leur fonction.

3/ Les facteurs précipitants et protecteurs

L'analyse des facteurs précipitants a montré qu'ils étaient parfaitement connus par les médecins généralistes picards avec des proportions propres à ces derniers. La quantité de travail était principalement mise en évidence, mais les facteurs protecteurs cités en majorité ne permettaient pas d'y remédier complètement. Il existe donc une discordance entre les facteurs précipitant donnés et les facteurs protecteurs également proposés. En effet, en améliorant l'organisation de son poste et lieu de travail, on améliore la fluidité de ce dernier mais pas la qualité. La journée est ponctuée d'appels téléphoniques, de lecture de bilans

biologiques, d'urgences plus ou moins réelles donc de rajouts de consultation entravant la qualité de travail. L'ensemble de ces événements intercurrents n'était pourtant pas évoqué par nos répondants.

A aucun moment la possibilité de réduire sa patientèle n'était évoquée alors qu'il pouvait s'agir d'un point indispensable. Les médecins généralistes ne l'évoquent peut-être tout simplement pas car la conjoncture actuelle ne permettrait pas de la mettre en œuvre.

Devant cet état de fait, il est nécessaire de diminuer les éléments ajustables comme les tracasseries administratives. On estime à 6 h par semaine soit 1h par jour de travail effectif, le temps passé à s'occuper de cette charge [41]. Les référentiels de la pratique médicale évoluant, cet aspect du travail du médecin généraliste risque d'augmenter et d'accroître la charge de travail, voire, de limiter son autonomie. Il paraît nécessaire de faire un effort de simplification administrative de la part de nos instances dirigeantes.

b) Les structures de prévention

La connaissance des structures de prévention était très limitée. On peut s'interroger sur la ou les raisons d'un tel manque de communication et de connaissance, de telles structures, dans la problématique actuelle. De plus, le fait de connaître le nom de la structure n'était pas associé à la connaissance de son rôle. Il paraît donc utile pour ces structures de mieux communiquer sur leur existences et sur leur fonctions.

Les dirigeants peuvent aussi concevoir une structure unique faisant référence pour informer les praticiens, les accueillir si besoin et les adresser aux personnes les plus aptes à les prendre en charge si besoin.

Les médecins ont aussi leur place dans cette démarche. Ils ne ressentent pas nécessairement les prémisses du burn out ou les stades débutants, mais doivent faire un effort d'information. En effet, nous avons vu que le burn out pouvait commencer très tôt au moment de l'internat voire de l'externat. L'information pour les médecins semble nécessaire.

La prise en charge du burn out apparaît comme collective, il est donc important pour chacun de s'investir afin d'optimiser la prise en charge du burn out.

c) Les besoins ressentis

Une prévention en groupe restreint afin de mieux communiquer paraît être la plus adaptée. Toutefois, il paraît opportun d'y associer une personne spécialisée afin de pouvoir dégager des pistes de prévention non envisagées par les médecins. En effet, un regard neutre et extérieur est nécessaire pour analyser au mieux les problématiques des praticiens.

Il serait intéressant d'avoir de cours approfondis, au moment de notre formation, pour la gestion administrative et juridique d'un cabinet. Le médecin gère et modifie la gestion de son cabinet au fur et à mesure que son expérience s'accroît. Les ambulanciers ont par exemple un module administratif et juridique au cours de leur formation.

Une partie des répondants soulignaient aussi la nécessité de reconnaissance de leur travail, cette dernière passant par une revalorisation de leurs honoraires. En effet, il y a 20 ans une consultation correspondait à 50 baguettes de pain, aujourd'hui à 25. Cette comparaison naïve souligne le changement de l'activité médicale depuis plusieurs années.

Ce changement s'accompagne d'une modification de la relation médecin/malade avec ce que cela implique. Il s'accompagne également d'une diminution du respect de la population générale envers le médecin. La recrudescence des actes d'agressions de médecins en est un exemple, à tel point qu'un "Observatoire de la sécurité des médecins" a été créé en 2003 par le CNOM. Les médecins sont perçus comme un bien de consommation avec la possibilité de changer à la demande, sous réserve d'être accepté ailleurs bien sûr. Il semble donc nécessaire pour les instances de percevoir le manque de reconnaissance du statut de médecins. Il faut surtout qu'elles comprennent que ce manque de reconnaissance est une souffrance vécue par les médecins. Ce manque de reconnaissance peut induire le burn out.

Notre étude soulève une question importante, pourquoi n'existe-t-il pas de médecine préventive pour les médecins généralistes?

En effet, il n'existe aucune structure de prévention primaire du burn out en médecine générale. Bien que pouvant travailler en association, le médecin généraliste n'a pas de supérieur hiérarchique, comme dans d'autres entreprises, ou comme un salarié à l'hôpital, il doit donc faire face seul à ses difficultés. Les médecins n'étant pas formés à l'auto diagnostic, il apparaît indispensable qu'ils puissent bénéficier d'une structure de prise en charge avec rendez-vous obligatoire. Le but serait d'assurer un dépistage des pathologies psychiatriques et organiques dans leur ensemble, à une fréquence donnée.

Il serait intéressant de coupler ce type de mesure avec d'autres moyens plus locaux réguliers et moins institutionnels. L'objectif étant de prévenir le burn out mais aussi d'autres

pathologies psychiatriques. Enfin, cela permettrait de limiter l'isolement professionnel, d'autant plus que la nature même du médecin généraliste le pousse à travailler seul, même si plus récemment les médecins s'associent davantage pour exercer en groupe.

V. CONCLUSION

Le burn out des médecins généralistes est un sujet multiple, complexe, avec de nombreux enjeux. Il s'agit d'un sujet d'actualité, concomitant avec un changement d'orientation des pratiques médicales et une modification de la place du médecin généraliste dans la société.

Notre travail nous a permis de mettre en évidence la connaissance apparente de ce syndrome par les médecins, néanmoins un rappel de l'évolution de ce syndrome et des "polémiques" l'entourant semble nécessaire.

Nous avons pu mettre en exergue 3 dimensions dans la prévention du burn out. Ces 3 dimensions sont complémentaires et interviennent à des degrés différents et nécessitent d'être approfondies. Il s'agit de pistes de réflexion. Tout d'abord, il est nécessaire de réaffirmer le rôle du médecin et de le reconnaître. Cette reconnaissance est nécessaire et passe par une diminution des charges de travail extra médical et une répression des agressions dont il peut être victime. Le médecin doit redevenir une institution respectée. La deuxième dimension de la prévention est la mise en place d'une structure institutionnelle de médecine préventive pour les médecins, avec consultations obligatoires et régulières, comme pour tout autre corps de métier. Enfin, il paraît nécessaire de créer des groupes de paroles réguliers pour tout médecin afin de casser l'isolement social et professionnel.

Dans le même sens, il paraîtrait logique que les médecins s'unissent en une structure, introduite au niveau étatique, afin de relayer les besoins des médecins. Ces besoins seraient déterminés par et pour les médecins. En effet, les médecins depuis quelques années se rassemblent en cabinet pour leur exercice, pourquoi ne se réuniraient-ils pas pour leur représentation.

Il pourrait être intéressant de poursuivre les travaux, partant de nos résultats, afin de préciser les caractéristiques nécessaires d'une FMC, pour assurer un suivi complémentaire du médecin. Il serait également intéressant de rechercher les besoins spécifiques adaptés aux différents groupes de médecins (ruraux, urbains, travaillant plus de 70h hebdomadaires, etc...).

Enfin, ce travail concerne les médecins généralistes mais pourrait être appliqué à l'ensemble des médecins, quel que soit leur cursus ou leur type d'activité.

VI. BIBLIOGRAPHIE

- 1- Veil Cl. "Primum non nocere". Les états d'épuisement . Le conc med 1959 ; 6 : 2675-2681.
- 2-Freudenberg HJ. Staff burn-out. Journal of social issues 1974;30:159-165
- 3-Freudenberg HJ.L'épuisement professionnel : la brulure interne. Gaëtan Morin Editeur
1987
- 4-Maslach C. Burn out. Human behavior.1976 ; 16
- 5-Maslach C. The measurement of experience burnout. Journal of occupational behavior
1981
- 6- Maslach C., Schaufeli WB,. Leiter MP. Job Burnout. Annual review of psychology
2001; 52: 397-422
- 7- Truchot D. Epuisement professionnel : Concepts, modèles, interventions. Paris : Dunod ;
2004. p.
- 8- Lourel M, Gueguen N, Mouda F. L'évaluation de burn out de Pines : adaptation et
validation en version française de l'instrument burnout measure short version (BMS-10).
pratiques psychologiques 2007 ; 13 : 353-364
- 9- Cannoui P, Mauranges A,. Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants. De
l'analyse du burn out aux réponses. Paris, Masson, 1998
- 10- Destouches FA. Bulletin de l'ordre des médecins Paris. Mars 2003 ;86.
- 11-Galam E. Burn out des médecins libéraux, 1ère partie : une pathologie de la relation d'aide.
Médecine 2007; 419-421
- 12- Barbarin B, Goronflot L. Syndrome d'épuisement professionnel des soignants chez les
internes en médecine générale. Enquête transversale à la faculté de Nantes en 2008
- 13- Olié JP, Légeron P. Le Burn out. Bull Acad Nalt Med 2016; 200(2) [Rapport du 23
février 2016]

- 14- Chapelle FG. Modélisation des processus d'épuisement professionnel liés aux facteurs de risques psychosociaux : burn out, bore out, stress chronique addiction au travail, épuisement compassionnel. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2016 ; 26 : 111-122
- 15- Weber JC. Practical judgment and burn-out syndrome among physicians. *Rev Med Int* 2015 ; 36 : 548-550.
- 16- Galam E, Leopold Y. Burn out. *Con. Med* 2008; 130:393-405.
- 17- Kacem I, Kalboussi H, Mrizak N. Burn out chez les jeunes médecins: étude réalisé dans la région de Sousse. *Ann Med Psy* 2015 ; 7 : 22-30.
- 18- Burn out des internes en médecine générale : état des lieux et perspectives en France métropolitaine en 2011- Document [internet]. [cited 2016 oct 21]. Available from: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00650693/document>.
- 19- Chocard A.-S, Gohier B, Juan F et al. Le suicide des médecins. *Revue de la littérature. Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale* 2003; 7 (65):23-28.
- 20- Simoens L, Charrel C-L, Plancke L. Santé mentale et conduites suicidaires des médecins généralistes. *J eurpsy* 2015 ; 09 : 293-300
- 21- Falissard B. La santé des médecins : Quelques éléments de discussion à partir d'une analyse textométrique de la littérature. *Bull. Acad. Natle Méd* 2016 ; 200(7) [rapport du 27 Septembre 2016].
- 22- Les risques psychosociaux et la pénibilité du travail chez les médecins urgentistes. Enquête réalisée chez les urgentistes du CHRU de Nancy en novembre 2015 - Document [internet]. [cited 2016 oct 15]. Available from: http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_T_2015_JABBOUR_JULIEN.pdf.
- 23- Dallay C, Chabaud F, Delbreil A. Insécurité des soignants face à la violences des patients: état des lieux et facteurs prédisposants ; résultats d'une enquête transversale, multicentrique menée en unité psychiatrique fermée et aux urgences. *j eurpsy* 2015 ; 09 : 292-298.

- 24- Estryn-Béhar M, Muster D, Doppia M.A. Influence du travail d'équipe sur la satisfaction professionnelle des médecins résultats de l'enquête SESMAT. *Con Med* 2009 ; 131 : 22-25
- 25- Bayle-Iniguez A. - Le quotidien du médecin [en ligne]. Paris : Le quotidien du médecin [consulté le 14 octobre 2016]. Mis à jour le 15 janvier 2016. Disponible sur www.lequotidiendumedecin.fr .
- 26- Bayle-Iniguez A. Gattuso C. - Le quotidien du médecin [en ligne]. Paris : Le quotidien du médecin [consulté le 14 novembre 2016]. Mis à jour le 09 novembre 2016. Disponible sur www.lequotidiendumedecin.fr.
- 27- Fréour P. - L Figaro [en ligne]. Paris : Les médecins laxistes sur leur propre état de santé [consulté le 24 octobre 2016]. Mis à jour le 08 juillet 2016. Disponible sur <http://sante.lefigaro.fr/actualite/2015/07/08/23926-medecins-laxistes-sur-leur-propre-etat-sante>.
- 28- Atlas de la démographie médicale en France situation au 1er janvier 2015 (chapitre II) Conseil national de l'ordre des médecins 2015 - Document [internet]. [cited 2016 oct 20]. Available from: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_national_de_la_demographie_medicale_2015.pdf.
- 29- Micheau J, Molière E. L'emploi du temps des médecins libéraux Diversité objective et écarts de perception des temps de travail. Paris. DREES n° 15 ; 2010.
- 30- Delattre E. Samson AL. *Economie et Statistiques* n° 455-456. Paris : Persée ; 2012. p. 115-42.
- 31- Prévalence du burn out en médecine générale : Enquête nationale auprès de 221 médecins généralistes du réseau Sentinelles 2007.
- 32- Lucas-Gabrielli V, Soutry Le Guéllec M.-J. Evolution de la carrière libérale des médecins généralistes en fonction de leur date d'installation (1979-2001). *Bulletin d'information en économie de la santé*. IRDES 2010;81: 1-8.
- 33- Shanafelt TD, Bradley KA, Wipf JE, Bacl AL. Burn out and self reported patient care in an international medicine residency program. *Ann Intern Med*; 2002 : 136: 358-67.
- 34- Gundersen L. Physician burn out. *Ann intern Med* 2001; 135: 145-8.

- 35- Doghmi N, Massou S, Kamili N. Le burn out, conséquences et solutions : enquête chez les personnels d'anesthésie-réanimation de quatre hôpitaux universitaires marocains. *Ann Med Psy* 2013 ; 17 : 700-704.
- 36- Etude descriptive de la population des médecins généralistes libéraux du Nord Pas de Calais et prévalence du burn out réalisé à partir de l'envoi de 1000 questionnaires en mai 2012 - Document [internet]. [cited 2016 oct 16]. Available from: <http://pepite.univ-lille2.fr/notice/view/UDSL2-workflow-377>.
- 37- Contraintes à l'origine de la souffrance des internes en médecine : analyse qualitative par entretiens semi-dirigés en 2013 - Document [internet]. [cited 2016 oct 22]. Available from: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00835895/document>.
- 38- Cathébras P, Bégon A, Laporte S, Bois C, Truchot D. Epuisement professionnel chez les médecins généralistes *presse Med* 2004 ; 33 : 1569-74.
- 39- L'insécurité en médecine générale en Loire-Atlantique / état des lieux, facteurs favorisants et conséquences en pratique courante en 2013 - Document [internet]. [cited 2016 oct 21]. Available from: <http://www.archive.bu.univ-nantes.fr>.
- 40- L'exercice en cabinet de groupes, les médecins généralistes des pays de la Loire. ORS, URPS, DREES. Paris ; 2013.
- 41- Le Fur P, Bourgueil Y, Cases C. Le temps de travail des médecins généralistes Une synthèse des données disponibles. *Questions d'économie de la Santé* 2010 ; 144 : 1-8
- 42- Bournot MC, Goupil MC, Tuffreau F. Les médecins généralistes un réseau professionnel étendu et varié. *Etudes et résultats* ; 2008 : n°649.
- 43- DGT INRS ANACT GUIDE. D'AIDE À LA PRÉVENTION Le syndrome d'épuisement professionnel ou burnout Mieux comprendre pour mieux agir. Paris : DICOM ; 2015

VII. ANNEXES

ANNEXE 1:

Questionnaire de Thèse : 17 questions

Le Burn out est un problème de santé publique touchant particulièrement les médecins généralistes et pourtant la prévention en France est peu étudiée, notamment les moyens qui seraient les plus adaptés aux médecins généralistes. Dans ce travail de thèse, nous nous intéressons aux moyens de prévention de ce syndrome, c'est pourquoi, je vous transmets ce questionnaire auquel je vous remercie de bien vouloir répondre, en que quelques minutes.

1/Votre âge?

2/ Votre sexe ?

3/ Le nombre d'années d'exercice?

4/ Votre type d'exercice : urbain (>2000 habitants), rural (<2000 habitants) ?

5/ Votre pratique professionnelle :

- Installation en cabinet ou remplacement ?
- Activité mixte libérale/salariée?

6/ Le nombre total d'heures travaillées en moyenne par semaine? <50h; entre 50 et 70h; > 70h

7/ Le nombre d'actes par semaine ?<80; entre 80 et 120; >120

Voici la définition selon l'OMS du terme Burn-out: « un sentiment de fatigue intense, de perte de contrôle et d'incapacité à aboutir à des résultats concrets au travail ».

8/s'agit-il de la définition que vous vous en faisiez? -oui ou non

9/ Si non, comment l'auriez-vous défini?

10/ Vous considérez-vous suffisamment informé sur le Burn-out ? oui ou non

11/pouvez-vous citer 6 facteurs qui d'après vous sont les plus pourvoyeurs de burn-out ?

12/ Quel genre de moyens de prévention individuel/personnel connaissez-vous ?

13/ Connaissez-vous des structures ou groupes de prévention/information du Burn-out? oui ou non

14/ Si oui la ou lesquelles ?

15/ Connaissez-vous l'association MOTS (organisation du travail et santé du médecin)? oui ou non

16/ A quel type de moyens de prévention du Burn-out, seriez-vous enclin à recourir (une ou plusieurs réponses possibles) ? :

a) FMC, ou petit groupe type Balint, organisé par le groupe de travail dont vous faites partie, dans l'optique d'échanger sur les problèmes rencontrés par chacun.

b) L'intervention d'un personnel spécialisé (psychiatre, psychologue...), lors de FMC.

c) Réunion annuelle sur le vécu en médecine générale, organisée par l'ordre des médecins au sein de chaque département ou région, avec des intervenants spécialisés.

d) Information trimestrielle, dispensée par email, par l'ordre des médecins ou une autre structure sur les signes alarmants et les structures de prise en charge existantes.

17/ Enfin, selon vous: - quel moyen existant est le plus adapté à prévenir l'épuisement professionnel du médecin généraliste?

- pensez-vous/ OU Imaginez-vous d'autres moyens qui pourraient être créés pour aider à prévenir l'épuisement professionnel des MG

ANNEXE 2

4/ Les facteurs favorisants

1 – Facteurs liés au contenu du travail :

Exigences quantitatives :

- Durée du travail : quotidienne et hebdomadaire
- Cadence de travail : nombre de consultations corrélé à l'épuisement émotionnel et à la dépersonnalisation

Exigences qualitatives:

- de la part des instances de santé diminuant l'autonomie du praticien
- et de la part des patients

Difficultés liées à la tâche :

- interruptions fréquentes, complexité et augmentation du travail administratif dans les démarches qualité et pour les patients...

Risques inhérents à l'exécution de la tâche :

- crainte de l'erreur médicale
- judiciarisations de la profession

2 – Facteurs liés à l'organisation du travail :

- Absence de contrôle sur la répartition des urgences, ou des gardes
- Contradictions entre disponibilité du médecin, demandes « urgentes » des patients et travail de qualité
- Inadaptation des horaires au rythme biologique, à la vie sociale et familiale
- Remplacements difficiles à mettre en place ; absences non remplacées

3 – Facteurs liés aux relations de travail :

- Manque d'aide de collègues ou de supérieurs
- Manque de reconnaissance des patients
- Agressivité des patients et de leurs familles
- Patient devenant un usager : dérive consumériste
- Médiatisation des connaissances médicales rendant plus compliquée l'information éclairée et la mise en place d'un traitement

4 – Facteurs liés à l'environnement du travail :

- Mauvaise conception des locaux de travail
- Problèmes de gestion : importance des contraintes administratives, des contrôles, impact des arrêts maladie de membres de l'équipe médicale sur la répartition des tâches

RESUME : prévention du burn out des médecins généralistes en Picardie : étude des connaissances et repérage des besoins

Introduction : le burn out est un problème majeur de santé publique. Pourtant aucune structure de prévention efficace n'existe. Nous avons donc évalué la connaissance du burn out et des structures de prévention existantes par les médecins généralistes de Picardie. Nous avons repéré les besoins de ces derniers, et les moyens les plus adaptés à leur prévention.

Matériel et Méthode : une étude quantitative a été réalisée, sur une population de médecins généralistes picards, par le biais d'un questionnaire anonyme de 18 questions.

Résultats : sur les 428 praticiens interrogés 75 ont répondu. Les répondants avaient le même profil sociodémographique que les médecins Français, toutes les tranches d'âge étaient représentées. Les structures de prévention n'étaient connues que de 17.8% des répondants, la moitié se sentait suffisamment informée. Les facteurs précipitants les plus cités étaient la quantité d'heures de travail, les problèmes de gestion du cabinet et le manque d'aide des autres médecins. Les facteurs protecteurs les plus cités étaient l'organisation du cabinet et les vacances. Le moyen de prévention le plus cité était la réalisation de FMC, le besoin de reconnaissance apparaissait également.

Discussion : il apparaît clairement que des moyens de prévention, notamment primaires, doivent être instaurés. La souffrance des médecins généralistes est importante et la position du médecin doit être réaffirmée.

Conclusion : le burn out est un sujet complexe et multiple comme sa prévention. Il est donc nécessaire de poursuivre ce travail afin de déterminer une série de réforme pour la prévention des médecins. Le mal être est grand et nécessite d'être pris en charge.

Mots clés : médecin de famille, syndrome d'épuisement professionnel, médecine préventive, groupe d'entraide, évaluation des pratiques par des pairs.

ABSTRACT : prevention of burn out in the general practitioners in Picardy : study of knowledge and the location of need

Introduction : the burn out is a major problem of public health. However no structure of effective prevention yet exists. Thus we estimated the knowledge of the burn out and the existing structures of prevention by the general practitioners in Picardy. We spotted the needs for the latter, and the most adapted means to their prevention.

Material and Method : a quantitative study has been done, on a population of general practitioners living in Picardy, through an anonymous questionnaire of 18 questions.

Results : 75 out of 428 questioned practitioners answered to it. The guarantors had the same sociodemographic profile as the French doctors, each and every age brackets was represented. The structures of prevention were only known by 17.8 % of the guarantors(respondents)and half had the feeling to be enough informed. The most quoted Precipitants factors were the quantity of working hours, the issues of managements of the office and the lack of help from the other doctors. The protective factors which were mostly mentioned were the organization of the cabinet (office) and holidays. The upmost quoted mean of prevention was the realization of FMC, the need for gratitude was alos at stake.

Discussion : it clearly seems that ways of preventions, in particular primary, must be established. General practitioners sufferings are important and the position of the doctor must be reaffirmed.

Conclusion : the burn out is a highly complex and multiple topic such as its prevention. It is all the more so necessary to keep on working on it in order to find a list of reform usefullfor doctor's prevention. This issue is huge and needs to be dealt with.

Key words : family physician, burn out, preventive medicine, self-help groups, peer review, balint