



HAL
open science

Burnout des médecins généralistes hauts-normands : prévalence et facteurs associés

Guillaume Picquendar

► **To cite this version:**

Guillaume Picquendar. Burnout des médecins généralistes hauts-normands : prévalence et facteurs associés. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01511051

HAL Id: dumas-01511051

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01511051v1>

Submitted on 20 Apr 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.

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

par

Guillaume PICQUENDAR

né le 13/07/1989 à Saint Dié des Vosges

Présentée et soutenue publiquement le 22 septembre 2016

**BURNOUT DES MEDECINS GENERALISTES
HAUTS-NORMANDS :
PREVALENCE ET FACTEURS ASSOCIES**

Jury :

Monsieur le Professeur Jean-Loup HERMIL (président du jury).

Madame le Professeur Elisabeth MAUVIARD.

Monsieur le Professeur Jean-François GEHANNO.

Monsieur le Docteur Joël LADNER.

Madame le Docteur Fanny MOULINET.

Directrice de thèse : Madame le Docteur Fanny MOULINET.

ANNEE UNIVERSITAIRE 2015 - 2016
U.F.R. DE MEDECINE ET DE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESEURS : **Professeur Michel GUERBET**
Professeur Benoit VEBER
Professeur Pascal JOLY
Professeur Stéphane MARRET

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Bruno BACHY (<i>sumombre jusque 01/11/15</i>)	HCN	Chirurgie pédiatrique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Jacques BENICHOU	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Jean-Paul BESSOU	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme Françoise BEURET-BLANQUART	HCN	Commission E.P.P. D.P.C. Pôle Qualité
<i>(sumombre)</i>		
Mr Guy BONMARCHAND (<i>sumombre</i>)	HCN	Réanimation médicale
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie

Mr Pierre CZERNICHOW	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan DARMONI	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mme Danièle DEHESDIN (<i>sumombre</i>)	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Frédéric DI FIORE	CB	Cancérologie
Mr Fabien DOGUET	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean DOUCET	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
Mr Philippe DUCROTTE	HCN	Hépto-gastro-entérologie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
Mr Pierre FREGER	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
Mr Michel GODIN (<i>sumombre</i>)	HB	Néphrologie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Philippe GRISE (<i>sumombre</i>)	HCN	Urologie
Mr Dominique GUERROT	HCN	Néphrologie
Mr Olivier GUILLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
Mr Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato - Vénérologie
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie

Mr Eric LEREBOURS	HCN	Nutrition
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HB	Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépatogastro-entérologie
Mr Jean-François MUIR	HB	Pneumologie
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophthalmologie
Mr Philippe MUSETTE	HCN	Dermatologie - Vénérologie
Mr Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan PREVOST	HCN	Endocrinologie
Mr Bernard PROUST	HCN	Médecine légale
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mr Horace ROMAN	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie - Pathologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépatogastrologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Réanimation médicale
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie

Mr Christian THUILLEZ	HB	Pharmacologie
Mr Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
Mr Olivier TROST	HCN	Chirurgie Maxillo Faciale
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Jean-Pierre VANNIER	HCN	Pédiatrie génétique
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
Mr Jacques WEBER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mr Jeremy BELLIEN	HCN	Pharmacologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Digestive
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Physiologie
Mme Sophie CLAEYSSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire
Mr Thomas MOUREZ	HCN	Bactériologie
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie

PROFESSEUR AGREGÉ OU CERTIFIÉ

Mme Dominique LANIEZ	UFR	Anglais
Mr Thierry WABLE	UFR	Communication

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Jean-Jacques BONNET	Pharmacologie
Mr Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE	Toxicologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mme Isabelle LEROUX - NICOLLET	Physiologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie

Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mme Dominique BOUCHER	Pharmacologie
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mr Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mr Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Najla GHARBI	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
Mr Hervé HUE	Biophysique et mathématiques
Mme Laetitia LE GOFF	Parasitologie - Immunologie
Mme Hong LU	Biologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mr Jean-François HOUIVET	Pharmacie officinale

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde **GUERIN**

Anglais

ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

Mr Jérémie **MARTINET**

Immunologie

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mr Romy **RAZAKANDRAINIBE**

Parasitologie

Mr François **HALLOUARD**

Galénique

Mme Caroline **LAUGEL**

Chimie organique

Mr Souleymane **ABDOUL-AZIZ**

Biochimie

Mme Maïté **NIEPCERON**

Microbiologie

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mr Roland CAPRON	Biophysique
Mr Jean CHASTANG	Mathématiques
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mr Jean-Jacques BONNET	Pharmacodynamie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS-MÉDECIN GÉNÉRALISTE

Mr Jean-Loup **HERMIL**

UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS

Mr Emmanuel **LEFEBVRE**

UFR Médecine générale

Mr Philippe **NGUYEN THANH**

UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

Mr Pascal **BOULET**

UFR Médecine générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD**

UFR Médecine générale

Mme Lucille **PELLERIN**

UFR Médecine générale

Mme Yveline **SEVRIN**

UFR Médecine générale

Mme Marie Thérèse **THUEUX**

UFR Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Serguei FETISSOV (med)	Physiologie (ADEN)
Mr Paul MULDER (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su RUAN (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil ADRIOUCH (med) 905)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN (phar)	Neurosciences (Néovasc)
Mme Pascaline GAILDRAT (phar)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas GUEROUT (phar)	Chirurgie Expérimentale
Mr Antoine OUVRARD-PASCAUD (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric PASQUET	Sciences du langage, orthophonie
Mme Isabelle TOURNIER (phar)	Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

SJ – Saint Julien Rouen

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

REMERCIEMENTS

Monsieur le Professeur Jean-Loup HERMIL,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury. Puisse cet écrit vous témoigner de toute ma reconnaissance. Faire partie de votre groupe d'ED était un plaisir, intégrer votre équipe au sein du DUMG tient de l'enchantement.

REMERCIEMENTS

*Madame le Professeur Elisabeth MAUVIARD, Monsieur le Professeur Jean-François GEHANNO,
Monsieur le Docteur Joël LADNER.*

Je suis honoré de votre participation à ce jury. Soyez assurés de ma profonde gratitude.

REMERCIEMENTS

Fanny MOULINET,

Merci pour la confiance et le soutien que tu m'as apporté lors de ce long travail. Te savoir à mes côtés été un grand réconfort et d'une incommensurable aide –et spécialement dans la dernière ligne droite.

감사합니다!

Matthieu SCHUERS,

Merci pour tes conseils et ta rigueur scientifique. Bénéficiaire de ton expérience tout au long de ce travail était un immense privilège.

Merci pour ton accompagnement bienveillant au fil de ces années, pour la thèse comme pour le reste.

Maggie LEBOURHIS-ZAIMI (département de biostatistique),

Merci pour tes analyses statistiques qui renforcent la puissance des résultats de l'étude.

Martin REVILLON (URML Haute-Normandie),

Merci pour l'énorme soutien logistique apporté à ce travail qui nous a permis d'adresser à tous les généralistes libéraux de Haute-Normandie au moins un questionnaire.

Claire BAUDE (ARS Haute-Normandie),

Merci pour vos conseils, et votre aide sans laquelle nous n'aurions pas pu étudier l'influence de la densité médicale.

REMERCIEMENTS

Justine,

Toi sans qui rien n'a de sens, les mots ne sont pas à la hauteur de ce que je te dois.

Merci pour tout le soutien, le réconfort et le bonheur que tu m'apportes chaque jour, et surtout merci d'avoir supporté mes humeurs au fil de ce travail.

Merci à mes parents, mes sœurs, ma famille, mes amis, vous qui avez toujours su me faire retrouver le sourire (accordant à Justine un peu de répit...).

Merci au sac de frappe de Rouen Taekwondo academy, mais aussi à ma moto, mon vélo, mes baskets, ma guitare, ma théière, aux oiseaux dans le jardin, et aux écureuils de la forêt.

Table des matières

I. PRESENTATION DU TRAVAIL	19
II. CLES DE COMPREHENSION	20
1. Développement du concept de burnout.....	20
2. Définitions du burnout.	20
3. Distinctions conceptuelles.....	21
4. Mesures du burnout.....	23
5. Quelques chiffres.....	25
6. Causes et conséquences du burnout.	26
a. <i>Causes</i>	27
b. <i>Modèles</i>	29
c. <i>Conséquences</i>	30
7. Démographie médicale en France et en Haute-Normandie.	33
8. A propos de la densité médicale.	36
9. Transition.....	37
III. ARTICLE SCIENTIFIQUE	38
Introduction	38
Méthode	39
Résultats	40
Discussion	46
IV. BIBLIOGRAPHIE	50
V. ANNEXES	53

I. PRESENTATION DU TRAVAIL.

L'exercice de la médecine générale nécessite une approche centrée sur le patient, sur ses attentes, ses croyances, ses dimensions individuelles, familiales, et communautaires (1). Encouragé par les patients, ses pairs et ses représentations, le médecin risque de multiplier les consultations, d'accumuler les heures de travail au détriment de sa santé. D'après la CARMF les causes d'invalidités définitives des médecins sont avant tout des causes psychiatriques dont le burnout fait partie. Celles-ci devancent de loin les étiologies cancéreuses et cardiovasculaires (2). De multiples études ont révélé une prévalence importante du burnout parmi les médecins généralistes européens. En 2008 une étude réalisée sur 1393 médecins généralistes dans 12 pays Européens estimait que plus de 43% des interrogés présentait un syndrome de burnout (3). Les médecins sont particulièrement exposés au stress et aux souffrances qui en découlent.

Les répercussions du burnout sont nombreuses, aussi bien pour le médecin que pour le patient. Le médecin atteint peut éprouver des symptômes divers tels que : asthénie, troubles de la concentration, humeur dépressive et des manifestations psychosomatiques. Le burnout entraîne un absentéisme, une consommation accrue d'alcool et de tabac. Il augmente le risque d'erreurs médicales, de même que la fréquence des conflits judiciaires avec les patients. Au niveau sociétal le burnout est associé à une augmentation du coût des soins. Il pose également un problème de démographie médicale car le burnout peut provoquer un arrêt de la profession. Il impacte donc l'accessibilité des soins (4).

Or la désertification médicale pose déjà un problème majeur d'accessibilité aux soins dans de nombreux départements français. L'Eure est le département le plus touché de France métropolitaine par la pénurie de médecins généralistes (5).

L'objectif de notre travail était d'évaluer la prévalence du burnout des médecins généralistes en Haute-Normandie, et d'étudier les principaux facteurs associés y compris la densité médicale. Nous espérons publier ces résultats sous forme d'article dans une revue médicale. Ce projet d'article sera présenté en 2^{ème} partie. Mais dans un premier temps nous allons introduire les éléments clés du burnout et les enjeux sous-tendus par la démographie médicale afin de mieux appréhender l'article.

II. CLES DE COMPREHENSION.

1. Développement du concept de burnout.

La notion d'épuisement par le travail est apparue assez tardivement au cours du XXème siècle. C'est en 1959 que C.Veil rapporte des états d'épuisement qui sont le fruit de la rencontre entre un individu et une situation tous deux complexes où l'individu négligeait sa fatigue et se sentait obligé d'aller au-delà (6)

Dans les années 1970, le psychiatre Freudenberger observait les volontaires de la « free clinic » de St Mark (New York East Village). Ces cliniques étaient des centres de soins alternatifs dédiés aux sans-abris et aux toxicomanes. Il remarqua des modifications comportementales parmi les soignants initialement très motivés et dévoués. Ces signes associaient perte d'énergie et de motivation, apparition de cynisme, augmentation du temps passé au travail avec néanmoins une baisse de rendement (7). S'ajoutaient à cela de nombreux symptômes psychosomatiques (céphalées épigastriques). Il donna à ce phénomène le nom de burnout. Ce terme fût emprunté au monde de l'addiction et faisait référence aux effets de l'usage chronique de drogues. Le mot devint rapidement très populaire outre-Atlantique.

Parallèlement, C.Maslach chercheuse en socio-psychologie, observa des symptômes parmi un large panel de « human service worker » (personnes travaillant dans des services sociaux ayant des activités de soins ou d'enseignement). Elle continua ses recherches, proposa une définition du burnout ainsi que des outils de mesures. Initialement limité aux professions de relations d'aide (soignants, policiers, enseignants), le concept de burnout s'étend aujourd'hui à toutes les professions (8) et dépasse les frontières du monde Anglo-saxon.

Le nombre croissant de publications sur le burnout témoigne de l'intérêt qu'on lui porte. En 2009 on estimait le nombre d'articles de revue, et de livres publiés sur le sujet à 6 000 (9).

2. Définitions du burnout.

A ce jour, le burnout n'est pas répertorié dans la Classification Internationale des Maladies (CIM-10) ni dans le Manuel de Diagnostic et Statistique des troubles mentaux (DSM-V). En France, il n'est pas reconnu comme maladie professionnelle. Il existe de nombreuses définitions de ce syndrome qui

mettent en avant le caractère polymorphe et complexe du burnout. Ceci peut expliquer l'usage répandu et souvent abusif du terme de burnout dans le vocabulaire de la population générale.

L'OMS définit le burnout comme « un sentiment de fatigue intense, de perte de contrôle et d'incapacité à aboutir à des résultats concrets au travail ». Elle rejoint la définition proposée par C. Maslach dans la population générale : un état d'épuisement dans lequel l'individu développe un certain cynisme et des doutes sur ses capacités à atteindre ses objectifs (9).

Freudenberger était le premier à proposer une définition du burnout (7). Le syndrome d'épuisement professionnel était pour lui : un état causé par l'utilisation excessive de son énergie et de ses ressources qui provoquait un sentiment d'avoir échoué, d'être épuisé.

Concernant les soignants, la définition la plus largement admise est celle de C. Maslach et Jackson (10) : le burnout est un syndrome qui associe épuisement émotionnel, dépersonnalisation et accomplissement personnel réduit.

- L'épuisement émotionnel (EE) est l'élément clé du burnout. Il est marqué par un manque de motivation et d'entrain au travail, une sensation que tout est difficile voire insurmontable.
- La dépersonnalisation (DP) se caractérise par une tendance à déshumaniser la relation avec les patients. Ces derniers sont vus de façon impersonnelle, négative, détachée voire cynique.
- L'accomplissement personnel réduit (AP) est marqué par une auto dévalorisation du soignant. Celui-ci se voit comme incompetent, sans utilité pour ses patients. L'estime qu'il a de lui-même diminue tant du point de vue personnel que professionnel. Il supporte donc moins les efforts qu'il doit faire pour surmonter l'épuisement.

3. Distinctions conceptuelles.

Le burnout est la frontière de plusieurs symptômes. Les tableaux suivants permettent de faire les distinctions entre burnout et stress, burnout et dépression, burnout et workaholisme. Il a été largement inspiré d'un document publié par l'INRS, le ministère du travail et de l'agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (11).

Il est à noter que le stress est une réaction généralement aiguë et passagère qui peut être positive. C'est une réaction adaptative à une situation. En cas de succès il peut apporter une satisfaction. Le burnout est toujours une souffrance (12).

Tableau 1: distinction entre stress et burnout.

Stress au travail	Burnout
<p>Conséquence d'un déséquilibre entre les contraintes du travail et les ressources pour y faire face. Le sens du travail n'est pas forcément remis en cause.</p> <p>Est passager ou chronique (stress aigu/stress chronique).</p> <p>Peut toucher tout type de travailleur.</p> <p>N'est pas forcément accompagné d'attitudes négatives envers autrui (cynisme, indifférence).</p> <p>Peut être positif car peut être stimulant.</p>	<p>Rôle important des conflits de valeur (sens du travail, qualité empêchée, etc.) dans l'apparition du syndrome.</p> <p>Le sens du travail peut être remis en cause.</p> <p>Est la conséquence d'une exposition à une conjonction de facteurs de risques psychosociaux sur une longue durée qui ne permet plus de faire face aux exigences et règles de métier.</p> <p>Touche davantage les personnes qui accordent beaucoup d'importance à leur métier.</p> <p>Attitudes et comportements négatifs envers les collègues, les clients, les patients, etc.</p> <p>cynisme</p> <p>toujours associé à la souffrance.</p>

Le « workaholisme » est une addiction au travail, avec une incapacité à se détacher psychologiquement du travail. On constate une augmentation du temps passé au travail qui dépasse ce que l'on attend de la personne. Néanmoins, un syndrome d'épuisement émotionnel peut se développer chez ces sujets (11).

Tableau 2: distinction entre addiction au travail et burnout.

Addiction au travail ou « Workaholisme »	Burnout
<p>Les « workaholiques » passent énormément de temps au travail, ils sont réticents à se distancier ou se désengager de leur travail, et ils fournissent un travail qui va au-delà de ce qui est attendu de leur part, au point que leur vie privée s'en trouve affectée</p> <p>Peut, notamment, conduire au burnout car l'implication excessive dans le travail peut épuiser les ressources.</p>	<p>Le burnout touche les personnes qui ont de fortes attentes envers leur travail : ce qui est déterminant pour elles, c'est le métier et le sens donné au travail.</p> <p>L'épuisement propre au burnout ne permet pas à la personne de mobiliser les ressources nécessaires à une forte implication dans le travail (« workaholisme »).</p> <p>Le syndrome d'épuisement professionnel n'est pas nécessairement consécutif au workaholisme</p>

Tableau 3: distinction entre fatigue chronique et burnout.

Fatigue chronique	Burnout
Fatigue générale, physique. Apparaît suite à une tension psychique ou à un stress de longue durée. Pas systématiquement lié au travail.	La fatigue émotionnelle est associée aux deux autres composantes : DP et AP. Apparaît suite à une tension psychique ou à un stress de longue durée. Lié au travail.

Tableau 4: distinction entre dépression et burnout.

Dépression	Burnout
Épuisement émotionnel et humeur dysphorique (changeante, instable). Étendue à tous les aspects de la vie et pas seulement au travail. Caractérisée par une perte du goût des choses et de la vie. Plus faible estime de soi, défaitisme, moins grande vitalité. Les antécédents de dépression peuvent favoriser l'apparition d'un syndrome d'épuisement professionnel. Risque suicidaire.	Épuisement émotionnel et humeur dysphorique (changeante, instable). Lié spécifiquement au travail. Conservation du goût des choses dans les aspects de la vie autres que le travail. Estime de soi et réalisme plus grands, vitalité plus forte, que pour la dépression. Le burnout peut évoluer vers la dépression. Risque suicidaire.

4. Mesures du burnout.

De nombreux outils de mesure existent citons par exemple le MBI-GS (Maslach Burnout Inventory General Survey) pour la population générale, le OLBI (Oldenberg Burnout Inventory), ou encore le SMBM (Shirom Melamed Burnout Measure). Il s'agit la plupart du temps de questionnaires auto-administrés.

Le Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey, ou MBI-HSS découle du modèle de Maslach en 3 dimensions et repose sur 22 items. C'est un outil spécialement développé pour les « human service workers » c'est-à-dire les soignants, les enseignants et les travailleurs sociaux.

Chaque item est une affirmation sur laquelle le répondant doit indiquer un niveau de fréquence coté sur une échelle de Likert en 7 points (0 correspondant à la réponse "jamais" et 6 correspondant à la réponse "chaque jour").

La dimension épuisement émotionnel (EE) est évaluée par les 9 items : 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 et 20. (exemples : Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail. Je sens que je craque à cause de mon travail). Il était évalué par un score allant de 0 à 54

La dimension dépersonnalisation (DP) est évaluée par les 5 items 5, 10, 11, 15 et 22. (exemples : Je sens que je m'occupe de certains de mes malades de façon impersonnelle comme si ils étaient des objets. Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes malades). Elle était évaluée par un score allant de 0 à 30.

La dimension accomplissement personnel (AP) est évaluée par les 8 items : 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 et 21. (exemples : Je peux comprendre facilement ce que mes malades ressentent je me sens plein d'énergie). Il était évalué par un score allant de 0 à 48.

On calcule pour chaque dimension le score obtenu par simple addition des items. Plus l'EE et la DP sont élevés plus le degré de burnout est important. A l'inverse, le degré de burnout est plus important quand l'AP est bas. Par soucis de simplicité, nous qualifierons de score « pathologique » un score correspondant soit à un EE élevé, soit un DP élevé, soit un AP bas.

Des seuils permettent d'évaluer le degré de chaque dimension. Ils sont présentés dans le tableau 5. Il s'agit des seuils validés en traduction française (13) et utilisés dans de nombreuses études (3,14-16).

Tableau 5: seuils d'interprétation du MBI

	degré haut	degré moyen	degré bas
total EE	≥27	14-26	≤13
total DP	≥10	6-9	≤5
total AP	≥40	34-39	≤33

La plus part des auteurs analysent de façon indépendante les trois dimensions (8,13). Mais Canoui ajoute que les trois dimensions consécutives du burnout ne sont pas des éléments d'une triade diagnostique. Leur présence simultanée n'est pas nécessaire au diagnostic. En effet n'avoir qu'une seule dimension à score « pathologique », peut témoigner d'un processus en cours d'évolution, donc présent et contre lequel il convient d'agir (17).

La traduction française du MBI HSS est validée (13). La consistance interne de cette traduction est satisfaisante avec des alphas de Cronbach (indices statistiques de fiabilité d'un test psychométrique) supérieurs 0,70 pour l'EE et l'AP. La consistance interne de la DP porte à discussion, l'alpha de Cronbach est légèrement inférieur à 0,70. La traduction française MBI pourrait manquer de sensibilité dans cette

dimension en raison de son faible nombre d'items, et d'une désirabilité sociale plus importante. Nous avons malgré tout choisi le MBI pour notre étude puisqu'il est l'outil le plus utilisé dans les études de prévalence de burnout (9,17). Ceci garantit la comparabilité des résultats. Par ailleurs cet outil a été développé en partie pour les soignants.

5. Quelques chiffres.

Le burnout du médecin généraliste est un problème fréquent. Le tableau 6 présente les différentes prévalences des médecins en fonction des spécialités et des zones géographiques. En 2008, une étude de prévalence menée dans 12 pays européens a révélé que 43% des médecins généralistes (MG) présentaient un haut niveau d'épuisement émotionnel, 35% avaient un haut niveau de dépersonnalisation et 32% souffraient d'un faible niveau d'accomplissement personnel. On retrouvait au moins une dimension pathologique dans 65% des cas. Un tiers d'entre eux avaient l'intention de changer de travail (3). En 2012, 14,8% des généralistes danois présentaient un haut niveau d'EE, 10,2% avaient un haut niveau de DP, et 25,5% rapportaient un bas niveau d'AP (15). En Arabie saoudite, sur 370 généralistes on comptait 29,5% d'EE élevé, 15,7% de DP élevée et 19,7% d'AP bas (18).

En France, une étude réalisée en région Provence-Alpes-Côte-d'Azur sur 511 MG montrait 23% de haut niveau d'EE, 19,6% de haut niveau de DP et 10,6% d'AP faible (19). On ne retrouvait aucun burnout dans 25% des cas. Dans le département de la Loire, on a retrouvé sur un échantillon de 306 MG 26% de haut niveau d'EE, 34% de haut niveau de DP, et 19% d'AP bas (20). Un travail de thèse réalisé sur 385 MG picards retrouvait 20,3% d'EE élevé, 33% de DP élevée et 36,3% d'AP bas (21). Au moins une dimension à score pathologique était observée dans 55,9% des cas.

Les internes de médecine générale ne sont pas épargnés par ce phénomène. L'étude réalisée sur 4050 internes de médecine générale recense 16% d'EE élevé, 33,8% de DP élevée et 38,9% d'AP bas. On retrouvait au moins une dimension pathologique dans 58,1% des cas. Seize pourcent d'entre eux songeaient déjà de façon régulière à arrêter les études de médecine et 6% ont eu des idées suicidaires sur les 12 derniers mois (22).

En oncopédiatrie, on retrouvait 28% d'EE élevée, 7% de DP élevée, 16% d'AP bas, et au moins une dimension pathologique dans 38% des cas (16). En Suisse les oncologues rapportaient 27% d'EE élevé, 21% de DP élevée et 24% d'AP bas. Dans la même étude on remarquait parmi les généralistes suisses : 36% d'EE élevé, 36% de DP élevée et 15% d'AP bas.

Ces chiffres sont à interpréter avec prudence. Les études n'ont pas toutes été réalisées à la même époque. Les seuils utilisés varient selon les études. Les variations culturelles et l'influence de la

traduction doivent être prises en compte dans les comparaisons internationales. Les modalités d'exercices sont différentes entre les spécialités modifiant à la fois le mode d'apparition, et les manifestations du burnout. Toutefois, on constate la fréquence importante du burnout quelles que soient l'ancienneté des études, la spécialité ou la nationalité.

Tableau 6: prévalence du burnout des médecins à travers le monde et les spécialités.

spécialité	Année de l'étude	N	Pays ou région	EE élevé (%)	DP élevée (%)	AP bas (%)
MG à l'étranger	2008	1393	12 pays d'Europe	43	35	32
	2012	216	Danemark	14,8	10,2	25,5
	2011	370	Arabie Saoudite	29,5	15,7	19,7
MG en France	2007	511	PACA	23	19,6	10,6
	2003	306	Loire	26	34	19
	2009	385	Picardie	20,3	33	36,3
Internes MG	2011	4050	France	16	33,8	38,9
Oncopédiatrie	2010	410	USA Canada et 11 autres pays	28	7	16
Oncologie		113		27	21	24
Pédiatrie	2004	117	Suisse	37	24	21
MG		141		36	36	15

Sont présentés la spécialité étudiée, l'année de l'étude, l'effectif n de l'échantillon, le pays, et la prévalence de chaque dimension calculée selon le MBI-HSS. MG signifie médecine générale.

6. Causes et conséquences du burnout.

Les multiples études sur le burnout sont très largement observationnelles transversales. Il n'existe que de rares études longitudinales. A notre connaissance aucune étude interventionnelle n'a été réalisée. Il est donc difficile d'établir des liens de causalité. La frontière entre les symptômes et les conséquences du burnout est parfois floue. On parle plus volontiers de manifestations du burnout. Certains auteurs ont établi des modèles afin de clarifier les interactions entre le burnout et ses multiples facteurs associés.

Les travaux menés sur le sujet sont très nombreux, les résultats sont innombrables et parfois contradictoires. Dans le cadre de sa thèse, Antoine Guedon réalise une importante revue de la

littérature sur le burnout des médecins. Ce travail en cours devrait permettre d'apporter un éclairage nouveau sur cette myriade d'éléments associés au burnout.

a. Causes.

Le burnout résulte d'une exposition à un stress chronique (7,8) au travail. C'est un phénomène d'apparition progressive qui dépend de multiples facteurs : individuels, intrinsèques à la pratique médicale et lié à l'environnement de travail (4). Le tableau 7 présente les principales causes de burnout du médecin généraliste.

Parmi les facteurs individuels, on retrouve les caractères socio démographiques. L'âge jeune favoriserait l'EE, à travers le manque d'expérience et la vision idéaliste du métier à la sortie des études (3,8). Le sexe masculin est associé à une dépersonnalisation plus marquée qui résulte d'un mécanisme de défense face au stress par l'évitement et donc par la mise à distance du problème et potentiellement du patient (23). Le statut marital et le nombre d'enfants semble protéger du burnout (3). La consommation d'alcool, de tabac et de psychotropes est liée au burnout, mais il est difficile de savoir si il s'agit d'une cause ou d'une conséquence ou des deux (3). Les orientations de carrières semblent jouer un rôle. Une orientation égoïste (tournée vers la satisfaction personnelle), et carriériste expose au burnout tandis qu'une orientation «d'artisan » (valorisation de l'activité professionnel et développement des compétences) protège du burnout (24). La personnalité influe également : un faible niveau de vigueur, un locus de contrôle externe (attribuer les événements à la chance ou à entités puissantes), et une stratégie de coping (défense face à un agent stressant) par l'évitement sont associés à de plus forts degrés de burnout (8). Il en est de même pour le tempérament idéaliste. Par ailleurs le médecin cultive une image idéalisée de lui-même. Il cache à ses patients ses pairs et à lui-même ses faiblesses pour que son image réponde à ce qu'on attend de lui. Ce « faux self » comme l'appelle certains peut interférer avec le diagnostic et la prise en charge du burnout (25).

Les facteurs intrinsèques à la pratique médicale comptent les exigences des patients, les demandes irréalistes, et la remise en cause du médecin par le patient (4). Pour E.Galam, le burnout des généralistes est avant tout une pathologie de la relation d'aide (25). Dans la rencontre émotionnelle avec le patient, l'empathie du soignant est une force mais aussi une faiblesse, de même que son envie de bien faire. Ce sont là des moteurs pour le médecin qui se trouve renforcé par la reconnaissance du patient et le sentiment d'être utile Il s'agit alors de trouver la juste distance entre soi et le patient afin d'apporter une aide tout en étant respectueux et sans se consumer (26). Par ailleurs, la relation médecin-patient est une relation asymétrique. La perception d'une trop grande iniquité dans la relation en .sentant sous bénéficiaire est associée à l'EE et à la DP. Or, plus de la moitié des médecins

généralistes se perçoivent comme sous bénéficiaire dans cette relation (27). D'autres aspects spécifiques des soins comme l'incertitude, les urgences, une charge mentale de travail élevée, une latitude décisionnelle forte augmentent les facteurs stress (4).

L'environnement de travail regroupe de nombreux facteurs. La charge de travail joue un rôle prépondérant mais aussi complexe. Une charge quantitative de travail élevée (nombre d'heures, nombre d'actes, le nombre de gardes et de permanence) favorise l'EE (3,4,19,22). Mais la charge qualitative de travail influe également. En effet le contrôle de la charge de travail (16), la sévérité ou la complexité des problèmes rencontrés (8) sont des facteurs importants. La charge de travail administrative est très souvent montrée du doigt par les médecins (20). Le manque de reconnaissance des patients est une cause de syndrome d'épuisement professionnel (28). Le salaire est un élément de la reconnaissance sociale. Un revenu perçu comme insuffisant serait également lié au burnout (18,28). Les relations difficiles avec les confrères sont associées au burnout (22) de même que les contraintes, économiques et juridiques (29). En revanche entretenir ses connaissances avec une formation médicale continue et adaptée protège du burnout de même que l'organisation de travail en groupe par exemple (3,4). Le syndrome d'épuisement professionnel dépend également de l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée. Les conflits entre la vie professionnelle et la vie personnelle (intrusion du travail dans la vie personnelle réduction des loisirs...) exposeraient à terme le soignant à l'épuisement émotionnel (19,22).

Certains travaux mettent en avant la possible influence de la localisation géographique avec par exemple moins d'EE dans les pays du sud de l'Europe (3), et en France au niveau de la DP et de l'AP comme le montre le tableau 6 (19–21). Dans d'autres études, l'exercice en milieu rural est associé dans certaines études à un niveau d'épuisement émotionnel plus élevé (3), mais pas dans d'autres travaux (20). Ces résultats sont rarement commentés. Ce point mérite donc d'être éclairci.

Tableau 7: causes du burnout

Facteurs individuels	Facteurs intrinsèques à la médecine	Facteurs liés à l'environnement de travail
Age jeune sexe masculin Statut marital Nombre d'enfants Alcool, tabac, psychotrope Orientation de carrière carieriste ou égoïste Faible vigueur Locus de contrôle externe Coping par l'évitement Idéalisme	Exigences des patients Demandes irréalistes des patients Remise en question du médecin Incertitude Urgence Latitude décisionnelle Charge mentale de travail élevée Iniquité dans la relation médecin-malade « mauvaise distance » dans la relation médecin-malade	Charge de travail quantitative Charge de travail qualitative Charge de travail administrative Manque de reconnaissance Salaire insatisfaisant Relations difficiles avec les confrères Contraintes économiques Contraintes juridiques Formation médicale continue (protectrice) Exercice solitaire Déséquilibre entre vie privée et vie professionnelle.

b. Modèles.

Au début de la recherche sur le burnout, on pensait que ce dernier ne touchait que les « human service worker » c'est-à-dire les personnes travaillant dans les centres sociaux, de santé dans le domaine de l'enseignement. Mais il est rapidement apparu que le burnout atteignait tous les postes nécessitant de travailler avec l'humain. De nombreux modèles se sont alors succédés pour mieux comprendre les origines du burnout.

D'après le modèle de « job demands-ressources », le burnout est le résultat d'un déséquilibre entre les « job-demands » et les « job-ressources » (30). Sont référés au « job demands » tous les aspects physiques, psychiques, sociaux ou organisationnels du travail qui nécessitent un effort soutenu physique ou mental. Ils sont semblables à des agents stressants, des « couts » physiques ou psychologiques. Ils comptent, entre autre, la charge de travail les interférences entre la vie professionnelle et privée... Les « job ressources » recensent l'ensemble des éléments physiques, psychologiques, sociaux ou organisationnels du travail qui participent à atteindre plus facilement les objectifs ou à réduire les « job demands » ou à stimuler l'accomplissement de la personne.

Le modèle de la congruence a permis d'intégrer plus précisément les facteurs individuels et situationnels dans les schémas de construction du burnout (8). Ce modèle met en avant la congruence ou l'écartèlement qui peut exister entre un individu et son travail. C'est cette congruence qui intervient dans le choix d'un métier, les ajustements que fait l'individu sur lui ou sur le poste occupé. Le burnout est le point final du process lorsque la personne a expérimenté de façon chronique l'écart entre elle et

le poste. Plus l'écart est important, plus le risque de burnout est élevé. Ce modèle rend mieux compte de la complexité de la genèse du burnout puisqu'il permet d'introduire des notions d'équité et d'inspirations morales. Il comporte 6 variables :

- La charge de travail quantitative, mais aussi qualitative (par exemple l'adéquation entre les compétences du sujet et la tâche demandée) est associée à l'épuisement émotionnel.

- Le contrôle de l'activité permet à l'individu d'accomplir la tâche dans laquelle il croit et de ne pas se laisser submerger.

- La récompense à travers ses nombreuses formes, qu'elle soit financière, sociale, ou simplement à type de reconnaissance permet de maintenir un bon niveau d'accomplissement personnel.

- La communauté à travers les connexions de bonne qualité avec les autres et l'appartenance au groupe semble prévenir le burnout.

- L'équité est également un élément important. Des inégalités de charge de travail, de salaire des traitements de faveur, peuvent être le terreau du burnout.

- Le respect de ses valeurs, réaliser des choses en accord avec ses convictions, ses principes moraux est un facteur essentiel dans le développement du burnout.

c. Conséquences.

Le burnout impacte la santé du médecin, mais aussi le système de soins et donc les patients.

Le burnout a très clairement un retentissement sur le médecin. Mais, la distinction entre conséquences et symptômes du burnout n'est pas toujours aisée. Le terme de manifestation est plus généralement employé. Les manifestations du burnout sont pléthoriques. Elles débordent sur les champs du stress, de l'anxiété, de la dépression, et des troubles psychosomatiques. Il serait dérisoire et peu précis de dresser une liste exhaustive. Une revue de la littérature belge propose un tableau synthétique (4). Elles sont présentées dans le tableau 8.

Les manifestations physiques sont représentées entre autre par la fatigue, les troubles du sommeil et les troubles psychosomatiques. Mais sont rapportés également hypertension et infarctus du myocarde (4).

Au niveau cognitif, on note une diminution du sentiment de compétence à mettre en lien avec le risque d'erreur ressenti. Du point de vue affectif et cognitif, la frustration et l'irritabilité sont présentes sans

surprise. Freudenberger rapportait une certaine psychorigidité liée au burnout (7). Au niveau comportemental, sont recensés agressivité, absentéisme et isolement. La consommation d'alcool de tabac et de psychotrope est clairement liée au burnout sans que l'on puisse établir un ordre de causalité. Leur retentissement sur la santé du médecin peut être important.

Ces différents éléments mettent en lumière toute la complexité du burnout. La distinction entre causes et conséquences est parfois ardue. Par exemple, l'irritabilité, la psychorigidité, et le cynisme associés au sentiment de baisse de compétence modifient les perceptions du médecin et on peut se demander si le patient est réellement exigeant, si ces demandes sont réellement irréalistes, et si c'est bien le patient qui remet effectivement en cause les compétences du médecin ? Une spirale descendante est également envisageable. Par ailleurs le cynisme fait partie de la définition même de la DP, or il est très souvent présenté comme une conséquence. Il se pourrait qu'il témoigne d'une DP très avancée. Ainsi, les symptômes peuvent varier selon le degré de burnout. Ces manifestations sont parfois issues d'études anciennes de bonne foi mais à la méthodologie discutable (7). Le burnout est un concept distinct. Pourtant, ses manifestations se mêlent souvent à celles du stress et de la dépression. Enfin, bon nombre de ces éléments sont des éléments ressentis, et donc subjectifs.

Il est donc logique que le burnout peine à se trouver une place dans la nomenclature médicale, et qu'il soit évoqué par la population pour définir de multiples sensations négatives en lien –ou pas- avec le travail.

Tableau 8: manifestations du burnout.

Physiques	Cognitives et Affectives	Comportementales
Asthénie. Troubles du sommeil. Baisse d'énergie. Plaintes psychosomatiques (palpitations, troubles gastro-intestinaux, douleurs épigastriques, oppression thoracique, etc...) Hypertension, infarctus du myocarde.	Diminution du sentiment de compétence. Perte de motivation. Frustration. Anxiété. Irritabilité. Baisse de l'estime de soi. Baisse de l'idéalisme. Diminution des facultés de concentration. Baisse des capacités de mémoire. Humeur dépressive. Dualité : quitter le travail ou rester ?	Changement d'attitude envers autrui (cynisme, indifférence, distanciation, détachement). Tendance à s'isoler. Baisse de performance. Absentéisme dans l'année écoulée (fréquent / de courte durée /de longue durée). Agressivité. Consommation d'alcool, de tabac et de substances psychoactives.

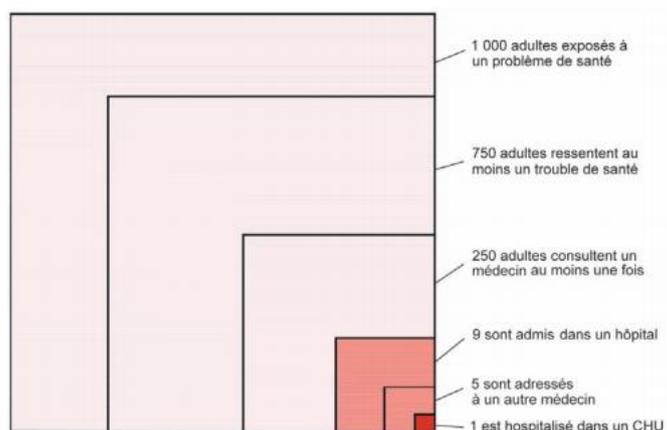
Plus objectivement, le burnout retentit sur le système de soin et donc sur la santé des patients. Compte tenu des manifestations comportementales associées au burnout telles que le cynisme, l'irritabilité ; on imagine aisément que la qualité de la relation médecin-malade et donc la prise en charge médicale peut être impactée. Le burnout est associé directement au risque d'erreurs médicales comme le rapportent plusieurs articles (22,31). On comprend donc comment le burnout peut être lié aux contentieux judiciaires entre médecins et patients (19).

Les médecins en burnout accordent moins de temps à leurs patients, les avis auprès des autres spécialistes se multiplient ainsi que les prescriptions. Le corolaire est une augmentation importante du coût des soins. On rapporte que le coût des prescriptions annuelles par patient passait de 146,56€ à 165,05€ chez un médecin généraliste en burnout (4).

La démographie médicale est clairement menacée par le burnout. Il entraîne une diminution voire un arrêt de l'activité médicale. Le syndrome d'épuisement professionnel s'associe à un désir de reconversion, voire d'arrêt de l'exercice comme en attestent plusieurs études (3,20,32). Ce désir d'abandon de l'exercice en cours est significativement associé au départ réel du médecin (33). L'absentéisme est une des conséquences du burnout comme le souligne un important travail européen(3). Rappelons que les maladies psychiatriques sont la première cause d'invalidité définitive chez les médecins, et ce loin devant les cancers et les maladies cardiovasculaires (2). Le Conseil de l'Ordre soulignait dans son atlas national une évolution préoccupante. En 2011, « 903 médecins ont décidé de dévisser leur plaque bien avant l'âge de la retraite, alors qu'ils exerçaient leur profession en activité régulière depuis près de vingt ans, majoritairement au sein de grandes métropoles françaises. 70,4% d'entre eux exerçaient la médecine générale libérale, en cabinet individuel dans 40% des cas. Tâches administratives et charges financières trop lourdes, temps de travail journalier important et difficilement compatible avec une vie familiale sont autant de motifs ayant incité ces médecins à prendre cette décision. Ainsi, 90,3% d'entre eux ne souhaitent pas reprendre une activité libérale. Plus d'un sur deux s'est tourné vers une activité essentiellement salariée. Cette tendance contribue un peu plus à diminuer l'offre de soins libérale » (34). Enfin, le burnout a été associé à des idéations suicidaires ainsi qu'à des tentatives de suicide dans plusieurs travaux (20,22).

Le médecin généraliste occupe le centre du système de soins. La WONCA (world organization of national colleges academies and academic associations of general practitioners) a rappelé en 2002 son rôle de premier contact habituel avec le système de soins, prenant en charge tous les problèmes de santé indépendamment du sexe de l'âge, ainsi que ses missions de dépistage et de prévention (1). Le carré de White met lui aussi en avant le rôle primordial du généraliste (figure 1).

Figure 1 : Carré de White.

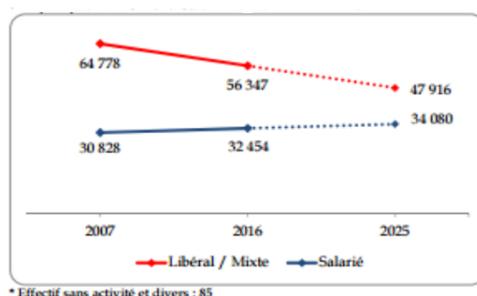


Ces éléments mettent en exergue les répercussions du burnout des médecins généralistes sur l'accessibilité et la qualité des soins.

7. Démographie médicale en France et en Haute-Normandie.

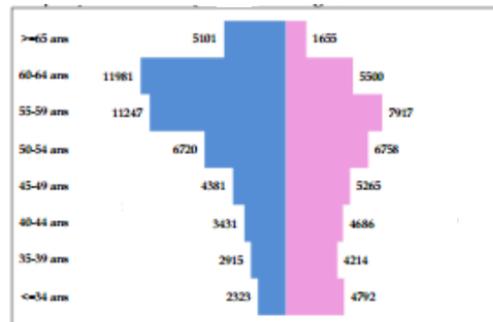
En France, le nombre de médecins généralistes ne cesse de baisser depuis plus de 10ans (figure 2). D'après le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM), en 2007, on comptait 95 606 spécialistes en médecine générale. En 2016, ils étaient 88 886, soit une baisse de 8,4% des effectifs. L'exercice libéral est durement touché, et enregistre un recul de ses effectifs de 13%. Le nombre de généralistes salariés augmente quant à lui légèrement. Les perspectives ne sont pas réjouissantes. En 2025, le CNOM estime l'effectif des médecins généralistes à 81 996 (35). L'ouverture du numérus clausus et l'arrivée de médecins étrangers ne compensent pas les départs.

Figure 2: Effectifs nationaux des médecins généralistes, de l'observé à l'attendu.



La pyramide des âges explique en partie ces évolutions (figure 3). Les médecins de 60 ans ou plus représentent 27,3% de l'effectif total. La féminisation de la profession est quant à elle connue de longue date. Aujourd'hui, 46% des généralistes sont des femmes (35).

Figure 3: Pyramide des âges des médecins généralistes en France.



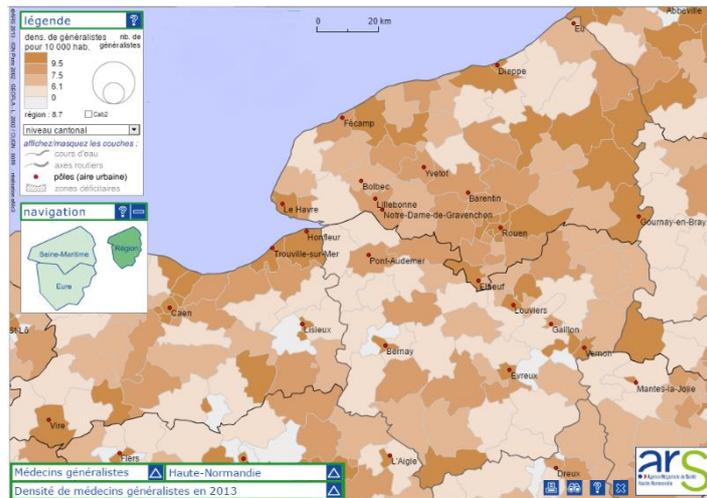
Parallèlement, on note une augmentation de 46% des médecins (toutes spécialités confondues) temporairement sans activité depuis 2007. Ils sont aujourd'hui 6 154 (35).

En France, la densité médicale moyenne en 2016 est de 128 généralistes (y compris salariés) pour 100 000 habitants. Mais la répartition des généralistes sur le territoire est très hétérogène et ne concorde pas forcément aux besoins de la population. La région parisienne, les côtes méditerranéennes ainsi que les côtes atlantiques sud sont plébiscitées par les médecins, avec une densité médicale plus forte (35).

En Haute-Normandie, le constat est plus sévère. Toutes spécialité confondues, c'est la troisième région de France la moins bien dotée en termes de densité médicale (36). Les médecins généralistes libéraux et mixtes avaient 60 ans ou plus dans 32% des cas. Les hommes représentaient 64% de l'effectif. L'effectif des médecins généralistes libéraux et mixtes diminue : ils étaient 1827 en 2007, 1616 en 2015 soit une baisse de 12% en 8ans. Et d'ici 2020 on attend une diminution supplémentaire de 7%. Cette diminution concerne surtout le département de la Seine-Maritime .On constate une timide hausse des effectifs dans l'Eure (37).Mais, l'Eure était déjà le département le plus faiblement pourvu de médecins généralistes libéraux ou salariés de France métropolitaine en 2013 (5).

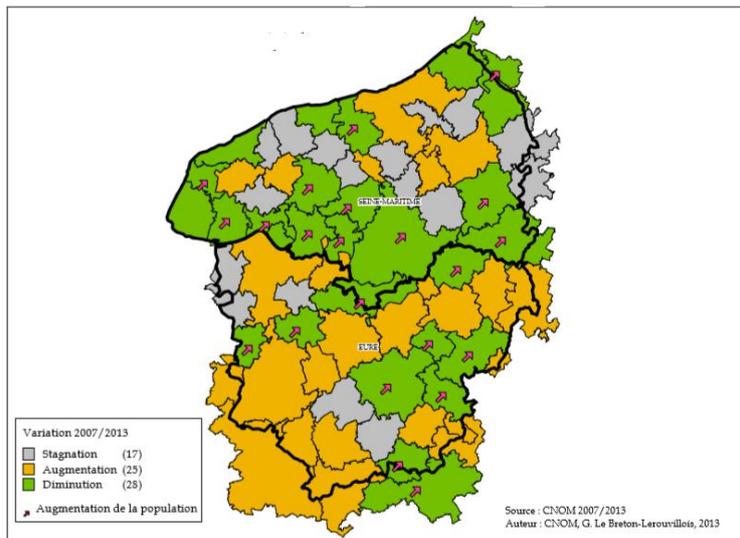
En Haute-Normandie, la densité était de 6,9 médecins généralistes libéraux ou mixtes pour 10 000 habitants en 2015 (37). Elle était de 7,5/10 000 en 2013. Mais la répartition des médecins est là encore inégale (figure 4). Comme le montre la figure 5, dans de nombreux bassins de vie, la population augmente alors que le nombre de médecins diminue (38).

Figure 4 : densité des médecins généralistes en Haute Normandie.



Densité de médecins généralistes libéraux ou mixte à l'échelle des territoires de proximité en Haute-Normandie d'après les données de l'ARS en 2013. Source : c@rto Santé.

Figure 5 : Variations des effectifs de médecine générale et hausse de la population générale en Haute Normandie.



Variation des effectifs de médecins généralistes et de la population générale à l'échelle des bassins de vie en 2013. Dans l'Eure, le nombre de médecins généralistes est passé de 402 à 429 entre 2007 et 2013 (38).

L'offre de soins diminue. Elle est inégalement répartie sur le territoire, des déserts médicaux apparaissent. Mais la demande de soins augmente. En effet la population haute-normande croît et vieillit. Les maladies chroniques deviennent donc plus fréquentes de même que les situations polyopathologiques. Ces situations demandent plus de soins. De plus la Haute Normandie est marquée

par des indicateurs sociaux défavorables (chômage et couverture CMU supérieure à la moyenne nationale) et une surmortalité générale de 8% (39).

On voit donc poindre un important problème de santé publique entre une offre de soins de premier recours menacée par la diminution des effectifs de médecins généralistes et une demande de soins croissante.

8. A propos de la densité médicale.

Nous avons vus précédemment la relation qui pouvait exister entre le burnout et les modalités urbaines ou rurales de l'exercice. Cependant dans le contexte de désertification médicale de certains territoires il nous a paru important d'éclaircir ce point. Le caractère rural ou urbain est laissé au libre arbitre de l'interrogé. Or, il est souvent difficile de trancher. Que dire lorsqu'on exerce dans un paysage manifestement rural alors que le CHU de Rouen est à 15minutes de route? Que dire des petites villes où l'on trouve un système de soins relativement développé, avec un hôpital et un service d'urgences à l'instar de Bernay ou de Pont-Audemer ? Que dire des zones urbaines sensibles ? L'indicateur rural ou urbain n'est donc pas satisfaisant.

La densité médicale de la zone d'exercice semblait donc plus pertinente. C'était un critère objectif, évalué régulièrement par les autorités de santé. Il était disponible facilement notamment sur les sites internet du Conseil de l'Ordre (Atlas de démographie médicale) ou de l'ARS (carto santé). Si un lien solide entre densité médicale et burnout était mis en avant, on révélerait simultanément une fragilité accrue des zones sous-dotées. Dans ces zones, les médecins seraient plus exposés au burnout, et donc plus à risque de diminuer voire d'arrêter leur pratique. Mais cette donnée permettrait de déployer intelligemment des mesures préventives sur le territoire, et de prioriser certaines zones. Santé du médecin et accessibilité aux soins seraient donc préservées.

La densité médicale correspond au nombre de médecins par habitant sur un territoire préalablement défini. La difficulté réside dans le choix du découpage territorial. Or aucune étude ne s'étant penchées sur le sujet, le découpage optimal n'était pas connu. Une approche cantonale ou par code postal semblait inadaptée aux réalités du terrain. Un médecin généraliste peut avoir un rayon d'action qui dépasse ces frontières. Le découpage par territoire de santé définis par l'ARS semblait trop vaste. La Haute-Normandie comprend 4 territoires de santé. Les modalités d'exercice au sein d'un même territoire de santé paraissaient trop hétérogènes.

Le territoire de premier recours était certainement le plus adéquate. Cette unité territoriale correspondait au mieux à la zone d'exercice du médecin et permettait de refléter également la richesse

du territoire en offre de soins paramédicaux de premier recours. Un territoire de premier recours était une zone géographique définie par l'Agence Régionale de Santé (ARS) selon les critères suivants :

- présence d'au moins 4 des 5 professions de proximité suivantes : médecin généraliste, infirmier, chirurgien-dentiste, masseur kinésithérapeute, pharmacien.
- présence d'au moins 3 des 4 services suivants : hébergement pour personnes âgées, classe maternelle, boulangerie, supermarché ou épicerie.
- Les communes périphériques étaient rattachées au pôle le plus proche, les pôles distants de moins de 5 kilomètres étaient rattachés entre eux.

Une autre échelle possible était celle du bassin de vie, définie par l'INSEE et utilisée par le conseil de l'ordre. Le bassin de vie est le plus petit territoire sur lequel les habitants ont accès aux équipements et services les plus courants. Ces services sont classés en plusieurs domaines: services aux particuliers, commerce, enseignement, santé, sports, loisirs, culture et transports. Mais elle était moins centrée sur l'offre de soins, et sa définition était moins précise. En cas de négativité des résultats de l'étude univariée, l'approche par bassin de vie aurait été choisie en 2^{ème} intention.

9. Transition.

C'est dans ce cadre que nous vous proposons l'article suivant. Nous avons fait le choix de le présenter sous la forme d'un véritable article scientifique (avec une structure IMRD). Il sera soumis au comité de relecture de la revue avec un contenu identique ou très similaire à ce que vous lirez ci-dessous.

III. ARTICLE SCIENTIFIQUE.

Introduction.

Le burnout des médecins généralistes est un phénomène fréquent. En 2008, il atteignait plus de 43% des médecins généralistes européens (3). Ce syndrome d'épuisement professionnel comprend trois dimensions. L'épuisement émotionnel (EE) est un manque d'entrain et de motivation au travail, un sentiment que tout est difficile voire insurmontable. La dépersonnalisation (DP) est représentée par le fait que les patients sont vus de façon impersonnelle, détachée voire cynique. La diminution de l'accomplissement personnel (AP) consiste en une auto-dépréciation, une dévalorisation de son métier, de soi (8).

Les conséquences du burnout sont nombreuses (4). Il touche la santé du médecin : augmentation de la consommation de tabac, d'alcool et de substances psychoactives (3,22). Il entraîne arrêts maladie et absentéisme (3). Il est associé fortement à la volonté d'arrêter l'exercice de la médecine générale (15,32). Toutes spécialités confondues, les maladies psychiatriques sont la première cause d'invalidité définitive (2) devant les cancers et les maladies cardiovasculaires. Le syndrome d'épuisement professionnel diminue l'accessibilité aux soins (40), il diminue la performance au travail (8). Il est associé à un risque d'erreurs médicales (31). Il impacte donc la santé du patient.

Le syndrome d'épuisement professionnel résulte d'une exposition à un stress chronique et d'un manque de congruence entre le médecin et son environnement de travail (8). Il s'agit d'un phénomène complexe. De nombreux facteurs sont impliqués dans le développement du burnout : une charge de travail (quantitative ou qualitative) élevée (3,14), un défaut de contrôle de l'activité (16), des relations difficiles avec les autres membres de la communauté médicale, un manque de reconnaissance (19,22) et probablement une influence du salaire qui reflète la reconnaissance sociale (18,28). Citons encore le rôle des conflits de valeurs à travers des demandes contradictoires, des conflits d'ordre éthique (8,19). Une relation médecin malade déséquilibrée en terme d'investissement dans la prise en charge semble participer également au burnout (41). La localisation géographique est susceptible d'influencer le développement du burnout. Un gradient Nord-Sud a été observé au niveau européen ainsi qu'un rôle favorisant de l'environnement rural (3). Mais cette influence du milieu rural n'est pas retrouvée dans d'autres études (20). Il est possible que, dans ces zones, la charge de travail soit plus importante, le recours au spécialiste plus difficile, l'isolement des patients plus fréquent. Il serait donc intéressant d'étudier l'association entre burnout et densité médicale. A notre connaissance aucune étude ne s'est penchée sur le sujet.

De plus, la désertification médicale pose un problème de santé publique. Le nombre de médecin généralistes a diminué de 8% en 9 ans. Leur répartition sur le territoire national est très hétérogène laissant certaines zones dans une grande fragilité (35). L'Eure (département de Haute-Normandie) présente la plus faible densité de médecins généralistes de France (5).

L'objectif principal de notre étude était de mesurer la prévalence du burnout des médecins généralistes hauts-normands. Les objectifs secondaires étaient d'une part, d'identifier les facteurs associés au burnout, et d'autre part d'évaluer l'impact de la densité médicale sur le burnout des médecins généralistes.

Méthode.

Design de l'étude

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive par questionnaire auto-administré. Ce travail était réalisé avec le soutien du département universitaire de médecine générale de Rouen, de l'URPS de Haute-Normandie et de l'ARS de Haute-Normandie.

Population

L'étude portait sur les médecins généralistes libéraux installés en Haute Normandie. Les médecins généralistes à exercices mixtes étaient inclus. Les médecins généralistes remplaçants n'ont pas été inclus. Les médecins généralistes à activité particulière exclusive (acupuncture, ostéopathie) ou à exercice particulier exclusif (gynécologie, échographie) étaient exclus.

Questionnaire.

Le questionnaire recensait des données sociodémographiques, des habitudes de vie et des conditions de travail. La rémunération par rapport aux attentes des médecins était estimée par une échelle de Likert allant de 1 (très inférieure) à 5 (très supérieure). Les coordonnées téléphoniques de l'association d'aide aux professionnels de santé et médecins libéraux (AAPML) étaient communiquées afin de proposer une aide aux médecins qui le souhaitaient.

La densité médicale du territoire de premier recours était retrouvée à partir de la commune d'exercice déclarée par le médecin dans le questionnaire. Un territoire de premier recours était une zone géographique définie par l'Agence Régionale de Santé (ARS) selon les critères suivants : présence d'au moins 4 des 5 professions de proximité suivantes : médecin généraliste, infirmier, chirurgien-dentiste, masseur kinésithérapeute, pharmacien ; présence d'au moins 3 des 4 services suivants : hébergement pour personnes âgées, classe maternelle, boulangerie, supermarché ou épicerie. Les communes périphériques étaient rattachées au pôle le plus proche, les pôles distants de moins de 5 kilomètres étaient rattachés entre eux. La densité médicale du territoire de premier recours correspondait au nombre de médecins généralistes pour 10 000 habitants dans ce territoire.

Evaluation du burnout.

Le niveau de burnout était mesuré grâce au Maslach Burnout Inventory (MBI). Ce questionnaire est utilisé dans la grande majorité des études du burnout des professionnels de santé (9). Sa traduction française est validée (13). Il repose sur 22 questions qui recensent par une échelle de Likert la fréquence ressentie des symptômes (0 : jamais, 6 : chaque jour). Neuf questions traitent de l'épuisement émotionnel. Cinq questions portent sur la dépersonnalisation. Huit questions mesurent l'accomplissement personnel. Le MBI évalue séparément les 3 dimensions du burnout. Plus les scores d'EE et de DP sont hauts, plus le degré de burnout est élevé. Plus le score de l'AP est bas, plus le degré de burnout est élevé. Le burnout est défini comme étant un niveau élevé d'épuisement émotionnel (score supérieur ou égal à 27), et/ou un niveau élevé de dépersonnalisation (score supérieur ou égal à 10), et/ou un niveau bas d'accomplissement personnel (score inférieur ou égal à 33) (17).

Recueil des données

En Septembre 2015, 1632 questionnaires étaient adressés par voie postale à l'ensemble des cabinets des médecins généralistes libéraux hauts-normands installés, répertoriés dans la base de données de l'URPS et de l'ARS de Haute-Normandie. La réponse s'effectuait grâce à une enveloppe T. Un mois plus tard, une relance mail était envoyée aux 1007 adresses de médecins généralistes enregistrés par l'URPS. L'enquête fut clôturée le 1^{er} décembre 2015.

Ethique

Notre étude a reçu l'accord du CERNI (Comité d'éthique pour les recherches non interventionnelles) et de la CNIL (Commission nationale de l'informatique et des libertés).

Analyses statistiques.

Les données ont été traitées dimension par dimension. Si deux réponses manquaient dans une dimension, le médecin était exclu de l'étude. Si une donnée manquait dans une dimension, celle-ci était remplacée par la moyenne arrondie obtenue pour la dimension. Chaque dimension du burnout a été étudiée séparément de façon qualitative. Les variables qualitatives ont été comparées à l'aide du test du Chi 2. Des régressions logistiques univariées ont été réalisées afin de mettre en évidence les facteurs associés à un niveau élevé d'EE et de DP et à un niveau bas d'AP. Des régressions logistiques multivariées ont été réalisées pour déterminer les facteurs indépendamment associés à chaque dimension. Ont été incluses dans les modèles multivariés (un modèle pour chaque dimension), les variables ayant une valeur de p inférieure ou égale à 0,10 pour l'EE et la DP et à 0,20 pour l'AP dans les analyses univariées. Treize variables ont été incluses dans le modèle de l'EE, 11 variables dans le modèle de la DP et 7 variables dans le modèle de l'AP. Les Odds Ratios ajustés (ORa) et les intervalles de confiance (IC à 95%) correspondant ont été calculés sur la base du modèle final. Une valeur de $p < 0,05$ a été considérée comme statistiquement significative. Les analyses univariées et multivariées ont été réalisées à l'aide du logiciel SAS 9.3.

Résultats.

Au total, 501 réponses ont été reçues, 435 au format papier et 66 par mail. Le taux de réponse était de 30,7%. Quatre-cent quatre-vingt-sept questionnaires ont été exploités.

Analyse descriptive.

La moyenne d'âge était de 51,6 ans (âges extrêmes 28 et 81 ans). Les hommes représentaient 64,5% de l'échantillon. Neuf répondants sur dix vivaient en couple. La moitié d'entre eux déclarait au moins 2 enfants à charge. Ils n'étaient pas la seule source de revenu du foyer dans 69,5% des cas. Les répondants exerçaient seuls dans 25,8% des cas. La densité moyenne du territoire de proximité était de 9,35 médecins pour 10 000 habitants (écart type : 2,09). Cent seize médecins exerçaient dans une zone où la densité médicale était inférieure à 7,75/10 000 habitants (premier quartile), 77 médecins exerçaient dans une zone où la densité médicale était inférieure ou égale à 6,9/10 000 habitants, et 132 médecins exerçaient dans une zone où la densité médicale était supérieure ou égale à 11,57/10 000 habitants. Les données descriptives de l'échantillon sont présentées dans le tableau 1.

Plus du quart des médecins exerçait au moins une activité particulière au sein de leur cabinet (médecine du sport et ostéopathie essentiellement). Un quart d'entre eux avaient au moins une activité rémunérée médicale en dehors du cabinet (essentiellement dans une EHPAD ou un service de soins de suite et de réadaptation), et 17,2% avaient au moins une activité non rémunérée en rapport avec la médecine en dehors du cabinet (syndicalisme, direction de thèse). On comptait 134 maîtres de stage des universités (27,6%). Près des trois quarts des médecins participaient à la formation médicale continue.

Tableau 1 : analyse descriptive de l'échantillon.

variables	moyenne (écart type), proportion (effectif)
Age (ans)	51,6 (10,7)
Sexe	
Hommes	64,5% (314)
Femmes	35,5% (173)
Mode de vie	
Célibataire	3,9% (19)
En couple	90,1% (437)
Divorcé	6,0% (29)
Enfants à charge	
Moins de 2	49,7% (239)
2 ou plus	50,3% (242)
Seule source de revenu du foyer	30,5% (148)
Exercice	
Seul	25,8% (125)
En cabinet de groupe	64,0% (310)
En maison de santé	8,5% (41)
En pôle santé	1,7% (8)
Densité du territoire de premiers recours (n/10 000 habitants)	9,35 (2,09)
Activité médicale particulière	
Rémunérée au sein du cabinet	27,1% (132)
Rémunérée, en dehors du cabinet	25,1% (122)
Non rémunérée, en dehors du cabinet	17,2% (84)
Maitre de stage des universités	27,6% (134)
Participation aux FMC	83,0% (401)
Charge de travail, hors travail administratif	
Heures/semaine	47,2 (10,77)
Demi-journées/semaine	8,75 (1,38)
Charge de travail administratif (heures/semaine)	3,95 (2,82)
Secrétariat	
Aucun secrétariat	9,7% (41)
Service à distance	27,8% (117)
Sur place	62,5% (263)
Participation à la permanence des soins en soirée et la nuit	67,9% (326)
Participation à la permanence des soins le week-end	71,5% (346)
Contentieux judiciaire avec un patient en cours d'année	4,5% (22)
Rémunération par rapport aux attentes	
1 (très inférieure)	17,9% (86)
2	35,2% (169)
3	35,4% (170)
4	9,8% (47)
5 (très supérieure)	1,7% (8)
Arrêt de la médecine générale libérale envisagé	40,1% (194)
Loisirs (heures par semaine)	4,82 (4,86)
Nombre de pauses par journée de travail	1,70 (1,23)
Heure d'arrivée au domicile	20h18 (50min)
Congés (semaines par an)	6,67 (2,47)
EE élevé (≥27)	23,8% (116)
DP élevé (≥10)	27,3% (133)
AP bas (≤33)	13,3% (65)
Burnout (au moins une dimension pathologique)	43,3% (211)
3 dimensions à score pathologique	4,1% (20)

Caractéristiques descriptives de l'échantillon présentées sous forme de moyennes (écarts types), ou de proportions (effectifs) selon les données.

Les médecins déclaraient en moyenne 47,2 heures de travail hebdomadaire (écart type : 10,77) réparties en 8,75 demi-journées (écart type : 1,38). Ils consacraient en moyenne 3,95 heures par semaine aux tâches administratives (écart type : 2,82). Un peu plus des deux tiers participaient à la permanence des soins de soir et de nuit, aux permanences de week-end et jour fériés. Un contentieux au cours de l'année avec un patient était déclaré par 4,5% des répondants. Plus de la moitié des médecins affirmait que leur rémunération était inférieure ou très inférieure à leurs attentes. L'arrêt de la médecine générale avait été envisagé dans l'année par 40,1% des médecins.

En moyenne, les généralistes consacraient aux loisirs 4,82 heures par semaine (écart type : 4,86), et prenaient 6,67 semaines de congé par an (écart type : 2,47).

Le burnout concernait 43,3% (IC95 : 38,9% ; 47,7%) des médecins généralistes libéraux de Haute-Normandie. Parmi les répondants, 23,8% présentaient un niveau élevé d'épuisement émotionnel, 27,3% un niveau élevé de dépersonnalisation et 13,3% un faible niveau d'accomplissement personnel.

Analyse univariée

Les trois dimensions du burnout étaient significativement associées à une densité médicale inférieure à 7,75/10 000 habitants (EE : OR=1,624 (1,008; 2,617) ; DP : OR=2,097 (1,339; 3,284) ; AP : OR=2,024 (1,148; 3,569)) et l'arrêt de la médecine générale libérale envisagé en cours d'année (EE: OR=4,951 (3,153; 7,774) ; DP : OR=2,750 (1,826; 4,142) ; AP : OR=2,051 (1,21; 3,475)).

Un niveau élevé d'EE était significativement associé à un âge supérieur à 50 ans (2,48 IC95=1,538; 3,998), une charge de travail supérieure à 48 heures par semaines (OR=1,996 IC95=1,307; 3,048), une charge de travail administratif supérieure à 5 heures par semaines (OR=1,792 IC95=1,159; 2,773), et une rémunération inférieure aux attentes (OR=2,318 IC95=1,429; 3,762). En revanche avoir 2 enfants à charge ou plus (OR=0,649 IC95=0,424; 0,992), ainsi que de consacrer 2 heures ou plus par semaine aux loisirs (OR=0,511 IC95=0,288; 0,908) semblaient protéger de l'EE.

Un niveau élevé de DP était associé significativement au sexe masculin (OR=2,602 IC95=1,630; 4,153). Posséder au moins une activité médicale non rémunérée en dehors du cabinet (OR=0,525 IC95=0,289; 0,955), participer aux FMC (OR=0,526 IC95=0,320; 0,865), apparaissaient comme des facteurs protecteurs de la DP.

Un niveau bas d'AP était associé significativement au mode d'exercice solitaire (OR=1,895 IC95=1,09; 3,296), et à un nombre de pauses par journée de travail supérieur ou égal à 2 (OR=1,867 IC95=1,103; 3,159).

Les résultats de l'analyse univariée sont présentés dans le tableau 2.

Tableau 2 : résultats de l'analyse univariée

Variables	classes	EE			DP			AP		
		élevé	non élevé	OR (IC95%)	élevée	non élevée	OR (IC95%)	bas	non bas	OR (IC5%)
Age	≥50ans	89	210	2,48 (1,538; 3,998)	94	205	0,592 (0,385; 0,910)	82	217	0,826 (0,476; 1,434)
	<50ans	27	158	1	39	146	1	46	139	1
Sexe	Masculin	82	232	1,445 (0,92; 2,27)	105	209	2,602 (1,630; 4,153)	45	269	1,28 (0,729; 2,247)
	Féminin	34	139	1	28	145	1	20	153	1
Mode de vie en couple	oui	104	333	0,937 (0,47; 1,867)	120	317	1,136 (0,572; 2,256)	60	393	1,751 (0,607; 5,049)
	non	12	36	1	12	36	1	4	44	1
Enfants à charge	≥2	48	194	0,649 (0,424; 0,992)	60	182	0,765 (0,512; 1,143)	30	212	0,853 (0,504; 1,445)
	<2	66	173	1	72	167	1	34	205	1
Seule source de revenu du foyer	oui	40	108	1,299 (0,833; 2,025)	41	107	1,025 (0,665; 1,579)	14	134	0,588 (0,314; 1,099)
	non	75	263	1	92	246	1	51	287	1
Exercice	Seul	34	91	1,262 (0,793; 2,009)	39	86	1,278 (0,819; 1,996)	24	101	1,895 (1,09; 3,296)
	En groupe	82	277	1	94	265	1	40	319	1
Densité médicale pour 10 000 habitants	<7,75	34	82	1,624 (1,008; 2,617)	45	71	2,097 (1,339; 3,284)	23	93	2,024 (1,148; 3,569)
	≥7,75	71	278	1	81	268	1	38	311	1
Activité médicale particulière au sein du cabinet	≥1	31	101	0,975 (0,609; 1,561)	30	102	0,720 (0,451; 1,148)	18	114	1,035 (0,577; 1,856)
	0	85	270	1	103	252	1	47	308	1
Activité médicale extérieure rémunérée	≥1	30	92	1,058 (0,656; 1,706)	35	87	1,096 (0,695; 1,728)	17	105	1,069 (0,589; 1,94)
	0	86	279	1	98	267	1	48	317	1
activité médicale extérieure non rémunérée	≥1	16	68	0,713 (0,395; 1,286)	15	69	0,525 (0,289; 0,955)	7	77	0,541 (0,238; 1,231)
	0	100	303	1	118	285	1	98	305	1
MSU	oui	30	104	0,841 (0,522; 1,356)	34	100	0,823 (0,522; 1,299)	16	118	0,779 (0,421; 1,443)
	non	87	265	1	100	252	1	50	302	1
Participation aux FMC	oui	91	310	0,669 (0,396; 1,131)	101	300	0,526 (0,320; 0,865)	47	354	0,548 (0,293; 1,023)
	non	25	57	1	32	50	1	18	64	1
Charge de travail par semaine, hors travail administratif en heures et demi-journées (1/2 j)	>48h	68	154	1,996 (1,307; 3,048)	68	154	1,359 (0,911; 2,026)	31	191	1,103 (0,654; 1,861)
	≤48h	47	210	1	63	194	1	32	225	1
	≥10 1/2j	33	88	1,423 (0,88; 2,302)	38	83	1,408 (0,889; 2,229)	20	101	1,416 (0,791; 2,536)
	<10 1/2j	68	257	1	80	245	1	40	285	1
Charge de travail administratif par semaine	≥5 h	50	108	1,792 (1,159; 2,773)	44	114	1,002 (0,652; 1,539)	20	138	0,977 (0,549; 1,741)
	<5 h	62	240	1	84	218	1	39	263	1
Secrétariat sur place ou à distance	Aucun	13	28	1,857 (0,918; 3,756)	13	28	1,318 (0,657; 2,645)	6	35	1,186 (0,474; 2,968)
		76	304	1	99	281	1	48	332	1
Permanence des soins en soirée et la nuit	oui	64	262	0,493 (0,32; 0,761)	81	245	0,668 (0,439; 1,015)	42	284	0,937 (0,533; 1,644)
	non	51	103	1	51	103	1	21	133	1
Permanence des soins le week-end	oui	73	273	0,611 (0,392; 0,954)	94	252	0,982 (0,631; 1,528)	46	300	1,022 (0,57; 1,834)
	non	42	96	1	38	100	1	18	120	1
Contentieux judiciaire avec un patient en cours d'année	oui	9	13	2,31 (0,961; 5,552)	7	15	1,252 (0,499; 3,142)	2	20	0,637 (0,145; 2,789)
	non	107	357	1	126	338	1	63	401	1
Rémunération par rapport aux attentes	1 et 2	80	175	2,318 (1,429; 3,762)	76	179	1,426 (0,912; 2,230)	30	225	0,773 (0,437; 1,368)
	3	28	142	1	39	131	1	25	145	1
	4 et 5	8	47	0,863 (0,368; 2,024)	15	40	1,260 (0,630; 2,518)	9	46	1,135 (0,494; 2,605)
Arrêt de la médecine générale libérale envisagé	oui	80	114	4,951 (3,153; 7,774)	77	117	2,750 (1,826; 4,142)	36	158	2,051 (1,21; 3,475)
	non	36	254	1	56	234	1	29	261	1
Loisirs (heures/semaines)	≥2	85	304	0,511 (0,288; 0,908)	104	285	0,956 (0,523; 1,745)	51	338	1,202 (0,52; 2,782)
	<2	25	40	1	19	46	1	9	56	1
Pauses par journée de travail	≥2	46	149	1,029 (0,669; 1,582)	57	138	1,162 (0,774; 1,744)	35	160	1,867 (1,103; 3,159)
	<2	66	220	1	75	211	1	30	256	1
Heure d'arrivée au domicile	≥21h00	36	88	1,445 (0,911; 2,292)	30	94	0,812 (0,507; 1,301)	12	112	0,617 (0,318; 1,196)
	<21h00	79	279	1	101	257	1	53	305	1
Congés (semaines par an)	< 7	67	175	1,531 (1,005; 2,333)	75	167	1,389 (0,930; 2,073)	36	206	1,302 (0,770; 2,200)
	≥ 7	48	191	1	58	181	1	29	210	1

Résultats présentés pour chaque dimension sous forme d'effectif et d'Odds Ratios (intervalles de confiance calculés pour un risque α de 5%)

Analyse multivariée.

Après analyse multivariée, les trois dimensions du burnout étaient significativement associées à une densité médicale inférieure à 7,75/10 000 habitants (EE : OR=1,87 (1,06; 3,31) ; DP : OR=2,16 (1,31; 3,54) ; AP : OR=2,05 (1,11; 3,78)) et l'arrêt de la médecine générale libérale envisagé en cours d'année (EE : OR=4,40 (2,59; 7,47) ; DP : OR=2,91 (1,83; 4,61) ; AP : OR=2,35 (1,31; 4,22)).

Les résultats de l'analyse multivariée sont présentés dans les tableaux 3, 4 et 5.

Un niveau élevé d'EE était significativement associé à un âge supérieur ou égal à 50 ans (OR ajusté=2,13 IC95=1,10; 4,11), ainsi qu'à un contentieux juridique avec un patient en cours d'année (OR ajusté=3,01 IC95=1,04; 8,66).

Tableau 3 : analyse multivariée des facteurs associés à l'EE.

Variables	Classes	EE				
		élevé	non élevé	OR (IC95%)	OR ajusté (IC 95%)	p
Age	≥50ans	89	210	2,48 (1,538; 3,998)	2,13 (1,10; 4,11)	0,025
	<50ans	27	158	1	1	
Enfants à charge	≥2	48	194	0,649 (0,424; 0,992)	1,11 (0,63; 1,97)	0,71
	<2	66	173	1	1	
Seule source de revenu du foyer	oui	40	108	1,299 (0,833; 2,025)	1,18 (0,68; 2,05)	0,55
	non	75	263	1	1	
Densité médicale pour 10 000 habitants	<7,75	34	82	1,624 (1,008; 2,617)	1,87 (1,06; 3,31)	0,03
	≥7,75	71	278	1	1	
Charge de travail par semaine, hors travail administratif	>48h	68	154	1,996 (1,307; 3,048)	1,36 (0,79; 2,32)	0,26
	≤48h	47	210	1	1	
	≥10 1/2j	33	88	1,423 (0,88; 2,302)	X	
	<10 1/2j	68	257	1	1	
Charge de travail administratif par semaine	≥5 h	50	108	1,792 (1,159; 2,773)	1,23 (0,72; 2,12)	0,44
	<5 h	62	240	1	1	
Permanence des soins en soirée et la nuit	oui	64	262	0,493 (0,32; 0,761)	0,80 (0,39; 1,63)	0,54
	non	51	103	1	1	
Permanence des soins le week-end	oui	73	273	0,611 (0,392; 0,954)	0,98 (0,47; 2,02)	0,95
	non	42	96	1	1	
Contentieux judiciaire avec un patient	oui	9	13	2,31 (0,961; 5,552)	3,01 (1,04; 8,66)	0,04
	non	107	357	1	1	
Rémunération par rapport aux attentes	1 et 2	80	175	2,318 (1,429; 3,762)	0,94 (0,36; 2,44)	0,63
	3	28	142	1	1	
	4 et 5	8	47	0,863 (0,368; 2,024)	1,38 (0,76; 2,50)	
Arrêt de la médecine générale libérale envisagé	oui	80	114	4,951 (3,153; 7,774)	4,40 (2,59; 7,47)	<,0001
	non	36	254	1	1	
Loisirs (heures/semaines)	≥2	85	304	0,511 (0,288; 0,908)	X	X
	<2	25	40	1	1	
Congés (semaines par an)	< 7	67	175	1,531 (1,005; 2,333)	0,98 (0,58; 1,64)	0,92
	≥ 7	48	191	1	1	

Résultats de l'analyse multivariée concernant l'EE, présentés sous formes d'effectifs, d'Odds Ratios, d'Odds Ratios ajustés (intervalles de confiances calculés pour un risque α de 5%).

Le sexe masculin était significativement associé à un niveau élevé de DP (OR ajusté=2,60 IC95=1,47; 4,57). Exercer une activité médicale particulière rémunérée au sein du cabinet apparaissait comme protectrice de la DP (OR ajusté=0,57 IC95=0,33; 0,97).

Tableau 4 : analyse multivariée des facteurs associés à la DP.

variables	classes	DP		OR (IC95%)	OR ajusté (IC95%)	p
		élevée	non élevée			
Age	≥50ans	94	205	0,592 (0,385; 0,910)	1,25 (0,72; 2,17)	0,43
	<50ans	39	146	1	1	
Sexe	Masculin	105	209	2,602 (1,630; 4,153)	2,60 (1,47; 4,57)	0,001
	Féminin	28	145	1	1	
Enfants à charge	≥2	60	182	0,765 (0,512; 1,143)	1,06 (0,65; 1,74)	0,81
	<2	72	167	1	1	
Densité médicale pour 10 000 habitants	<7,75	45	71	2,097 (1,339; 3,284)	2,16 (1,31; 3,54)	0,002
	≥7,75	81	268	1	1	
activité médicale particulière au sein du cabinet	≥1	30	102	0,720 (0,451; 1,148)	0,57 (0,33; 0,97)	0,04
	0	103	252	1	1	
activité médicale extérieure non rémunérée	≥1	15	69	0,525 (0,289; 0,955)	0,63 (0,33; 1,19)	0,15
	0	118	285	1	1	
Participation aux FMC	oui	101	300	0,526 (0,320; 0,865)	0,66 (0,37; 1,17)	0,16
	non	32	50	1	1	
Charge de travail par semaine, hors travail administratif	>48h	68	154	1,359 (0,911; 2,026)	0,84 (0,51; 1,36)	0,47
	≤48h	63	194	1	1	
	≥10 1/2j	38,0	83,0	1,408 (0,889; 2,229)	X	
	<10 1/2j	80,0	245,0	1	1	
Permanence des soins en soirée et la nuit	oui	81	245	0,668 (0,439; 1,015)	0,73 (0,44; 1,19)	0,2
	non	51	103	1	1	
Arrêt de la médecine générale libérale envisagé	oui	77	117	2,750 (1,826; 4,142)	2,91 (1,83; 4,61)	<,0001
	non	56	234	1	1	
Congés (semaines par an)	< 7	75	167	1,389 (0,930; 2,073)	1,11 (0,70; 1,75)	0,66
	≥ 7	58	181	1	1	

Résultats de l'analyse multivariée concernant la DP, présentés sous formes d'effectifs, d'Odds Ratios, d'Odds Ratios ajustés (intervalles de confiances calculés pour un risque α de 5%).

Un niveau bas d'AP était significativement associé à un mode d'exercice solitaire (OR ajusté=2,31 IC95=1,25; 4,26), et un nombre de pauses supérieur ou égal à 2 par jour (OR ajusté=1,99 IC95=1,11; 3,54). Etre la seule source de revenu du foyer semblait développer l'accomplissement personnel (OR ajusté=0,42 IC95=0,21; 0,85).

Tableau 5 : analyse multivariée des facteurs associés à l'AP.

variables	classes	AP		OR (IC5%)	OR ajusté (IC95%)	p
		bas	non bas			
Seule source de revenu du foyer	oui	14	134	0,588 (0,314; 1,099)	0,42 (0,21; 0,85)	0,02
	non	51	287	1	1	
Exercice En groupe	Seul	24	101	1,895 (1,09; 3,296)	2,31 (1,25; 4,26)	0,007
		40	319	1	1	
Densité médicale pour 10 000 habitants	<7,75	23	93	2,024 (1,148; 3,569)	2,05 (1,11; 3,78)	0,02
	≥7,75	38	311	1	1	
Participation aux FMC	oui	47	354	0,548 (0,293; 1,023)	0,52 (0,27; 1,03)	0,06
	non	18	64	1	1	
Arrêt de la médecine générale libérale envisagé	oui	36	158	2,051 (1,21; 3,475)	2,35 (1,31; 4,22)	0,004
	non	29	261	1	1	
Pauses par journée de travail	≥2	35	160	1,867 (1,103; 3,159)	1,99 (1,11; 3,54)	0,02
	<2	30	256	1	1	
Congés (semaines par an)	< 7	36	206	1,302 (0,770; 2,200)	1,52 (0,85; 2,74)	0,16
	≥ 7	29	210	1	1	

Résultats de l'analyse multivariée concernant l'AP, présentés sous formes d'effectifs, d'Odds Ratios, d'Odds Ratios ajustés (intervalles de confiances calculés pour un risque α de 5%).

Discussion.

Rappel des principaux résultats

Cette étude a mis en avant de nombreux résultats. Le burnout, touchait 43,3% des médecins généralistes libéraux installés ayant répondu au questionnaire, il s'agit donc d'un phénomène fréquent. On observait un haut niveau d'EE chez 23,8% des médecins, un haut niveau de DP chez 27,3%, et un bas niveau d'AP chez 13,3% d'entre eux. Une densité médicale inférieure à 7,75/10 000 habitants, avoir envisagé l'arrêt de la médecine générale en cours d'année sont deux facteurs associés aux trois dimensions du burnout. L'EE était associé à l'existence d'un contentieux judiciaire en cours d'année. Un degré moindre de DP était associé à l'exercice d'une activité médicale particulière rémunérée au sein du cabinet. Un AP bas était associé à un exercice solitaire.

Discussion des principaux résultats

La prévalence observée est sans surprise assez élevée. Il est difficile de comparer en termes de burnout des populations travaillant dans des contextes différents et à des temps différents. En France, des résultats comparables aux nôtres ont été observés chez les médecins généralistes de la Loire et de la région Provence Alpes Côte d'Azur (19,20). Une étude réalisée sur 1393 médecins généralistes de 12 pays européens retrouvait : 43% de niveau élevé d'EE, 35,3% de niveau élevé de DP et 32% de niveau bas d'AP (3). En 2012 on observait des taux plus bas chez les généralistes danois : 14,8% d'EE élevé, 10,2% de DP élevée, mais 25,5% d'AP bas (15). Les internes de médecine générale étaient 16% à avoir un EE élevé, 33,8% à avoir une DP élevée et 33,9% à avoir un AP bas (22). On relevait parmi les oncopédiatres des USA du Canada et de 11 autres pays 28% d'EE élevé, 7% de DP élevée et 16% d'AP bas (16). Nos résultats ont de lourdes implications pour la santé des médecins puisque le burnout est associé à la consommation d'alcool, de tabac, de psychotropes mais aussi à l'hypertension artérielle et à l'infarctus du myocarde (4). Il impacte également la santé du patient à travers le risque d'erreurs médicales et l'accessibilité aux soins (2,31). Plusieurs éléments peuvent expliquer nos résultats. Placé en première ligne (1), le généraliste subit de plein fouet les relations avec les patients parfois difficiles, le manque de reconnaissance à la fois des patients, des confrères, et des autorités (4). Les mauvaises perspectives de la démographie médicale (35) ainsi que la réforme du système de soins très impopulaire auprès des médecins généralistes remettaient en question l'avenir de la médecine générale libérale.

Une densité médicale faible, était fortement associée au burnout puisqu'elle était associée aux trois dimensions de celui-ci. A notre connaissance, il s'agit de la première étude à évaluer le lien entre burnout et densité médicale. De nombreux éléments peuvent expliquer ce résultat. Une faible densité médicale pourrait sous-entendre un faible nombre d'autres spécialités médicales, un tissu paramédical ainsi que des offres de transport et de communication moins développées, ou une population plus âgée ou polypathologique. Les situations complexes seraient donc plus fréquentes. Le médecin serait plus souvent amené à faire preuve de polyvalence. L'analyse multivariée écarte un biais de confusion entre densité médicale faible et intention d'arrêt de l'exercice. Cette donnée est d'autant plus importante que la désertification médicale pose un problème de santé publique. Elle pointe un risque de sur-fragilisation de zones déjà fragiles. Mais, il faut souligner que la densité médicale repose sur le nombre de médecins, et non le nombre de « temps plein de médecins » qui serait trop difficile à estimer. Nous nous sommes basés sur les données de 2013 qui sont les plus récentes dont disposait l'ARS au moment où nous effectuions notre étude. Il s'agit toutefois de données évoluant lentement, la situation démographique entre 2013 et 2015 a certainement peu changé. Le seuil de 7,75 médecins généralistes/10 000 habitants a été arbitrairement choisi. Il représentait le premier quartile de notre échantillon. Enfin la densité médicale a été calculée selon les territoires de premier recours définis par

l'ARS de Haute Normandie. Cependant cet angle de vue nous paraissait plus pertinent qu'une approche territoriale par canton, code postal, territoire de santé ou bassin de vie qui n'ont pas été construits pour une approche par soin de premier recours. Cet indicateur reste fragile, il nécessite d'être renforcé par d'autres études.

Plusieurs études retrouvent une association entre le burnout et le fait d'envisager l'arrêt de sa pratique (3,32) ou à un regret quant à son choix de spécialité(15,20,22). Ce lien était fort dans notre travail puisqu'il était retrouvé dans les 3 dimensions du burnout. Hann a montré un lien significatif et proportionnel entre l'intention d'arrêter l'exercice de la médecine générale et de l'arrêt réel (33). En 2011, le conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) signalait que l'on comptait 70,4% de généralistes parmi les 903 médecins libéraux ayant dévissé leur plaque bien avant la retraite. Ce chiffre était en constante augmentation (34). En 2016, le CNOM était alerté par la croissance de 46 % de médecins temporairement sans activité, ils sont aujourd'hui 6154. Ajoutons l'absentéisme entraîné par le burnout (3,4), et les maladies psychiatriques qui sont la première cause d'invalidité définitive d'après la CARMF (2), ainsi que le risque de suicide associé au burnout (22). Le burnout impacte donc l'accessibilité aux soins.

Ainsi, les difficultés démographiques rencontrées dans certains territoires risquent de majorer la prévalence du burnout chez les professionnels de santé du territoire, burnout dont les complications fragiliseront encore un peu plus l'offre et la qualité des soins au sein de ces territoires. Autrement dit, ces territoires fragiles doivent constituer la priorité des actions visant à protéger les professionnels de santé du burnout.

Après analyse multivariée, un âge supérieur ou égal à 50 ans était associé à un niveau élevé d'EE. La plupart des études montre une tendance inverse : l'expérience acquise au fil des années est associée à un plus faible degré de burnout (16), pour autant cette association n'est pas systématiquement retrouvée (20). Une certaine routine serait parfois associée au burnout (3). Les médecins généralistes de plus de 50 ans représentaient 64% de l'effectif national (35). Les départs en retraite anticipée liés au burnout risquent d'être nombreux et leurs conséquences lourdes.

Le sexe masculin était associé à un niveau élevé de dépersonnalisation (DP), il pourrait s'agir d'une stratégie de défense par l'évitement plus fréquente chez les hommes (23). Augmenter la distance entre soi et les facteurs stressants est une façon de se protéger. Mais le risque est d'augmenter la distance entre soi et le patient et de provoquer ainsi un plus haut degré de DP. Le contexte de féminisation de la profession entraînerait potentiellement une diminution de la prévalence de la DP (35). Cependant, dans notre échantillon le temps de travail hebdomadaire moyen des femmes était significativement inférieur au temps de travail des hommes (41h pour les femmes et 50h pour les hommes $p < 0,0001$). Cet élément pourrait avoir une influence négative sur l'accessibilité des soins.

Notre étude montrait que le mode d'exercice solitaire était associé à un AP bas. Dans une autre étude (3), il était lié à la DP. Flavia Arigoni a observé des taux d'EE et de DP moindres chez les praticiens qui partageait au moins 10h par mois avec des collègues (14). Quoi qu'il en soit, burnout et isolement semblent liés. L'exercice de groupe offrirait des conditions de travail plus confortables.

Exercer une activité médicale particulière au sein du cabinet semblait prévenir la DP, ce qui concorde avec une étude Européenne (3). Cet exercice soulignerait un engagement important qui préviendrait du burnout(9,42). Il pourrait permettre de lutter contre la routine, et de pratiquer des actes à valeur ajoutée (affectives ou financières) à travers des disciplines appréciées par le médecin.

Etonnamment, avoir 2 pauses ou plus d'au moins 10 minutes par jour était associé à un accomplissement personnel plus bas. Le burnout s'accompagnait d'une baisse de motivation et de

concentration ainsi que de fatigue, qui sont autant de motifs pour faire une pause (4). Cela pourrait donc être une conséquence plus qu'une cause.

Contrairement à la majorité des travaux réalisés (3,4,14,22), notre étude n'a pas mis en évidence de lien entre la charge de travail et l'épuisement émotionnel. Le seuil de 48 heures (médiane de l'échantillon) par semaine était arbitrairement choisi, mais le seuil de 55h (3eme quartile) n'était pas plus probant. Une approche par nombre de consultations par semaine serait intéressante. E Galam (42) mettait en avant le rôle protecteur de l'engagement au travail indépendamment du volume horaire. Roth (16) souligne l'influence du contrôle de la charge de travail. C.Maslach (8) insiste sur le rôle de la charge qualitative de travail (sévérité ou complexité des problèmes rencontrés, ressources insuffisantes...). Les interactions entre charge de travail et burnout sont donc complexes. Le vécu et la congruence de la charge de travail aux aspirations du médecin pourraient avoir une influence sur le burnout plus importante que la simple charge qualitative (8). Autrement dit, il est possible que la simple diminution de la charge de travail des médecins, par l'arrivée de nouveaux professionnels par exemple, ne soit pas suffisante pour limiter le risque de burnout, et qu'il faille agir sur des éléments qualitatifs de l'exercice pour cela.

Nous n'avons pas trouvé de lien significatif entre burnout et être MSU. Notre étude manque peut-être de puissance pour clarifier ce point. Pour conforter notre résultat, un récent travail a montré que leur exercice ne diffère pas de celui des autres médecins (43).

La charge de travail administrative est souvent pointée du doigt par les médecins français, mais ce facteur est rarement étudié (20). Notre étude n'a pas révélé de lien significatif avec le burnout. La charge horaire de travail administratif par semaine était peut être difficile à évaluer par le médecin, puisqu'elle est parfois mêlée à la consultation elle-même (certificats médicaux diverses, déclaration d'ALD, arrêt de travail...). Là aussi, le ressenti de la charge de travail pourrait avoir une influence sur le burnout plus importante que la simple charge quantitative (8).

De même nous n'avons pas retrouvé d'association significative entre le burnout et la satisfaction par rapport à la rémunération. L'analyse univariée montrait même qu'avoir une rémunération supérieure à ses attentes entraînait un AP plus bas. Pour avoir des revenus correspondants à ses attentes, le médecin augmenterait-il la quantité d'actes au détriment de sa qualité de vie? Ou est-ce une conséquence de l'auto-dévalorisation entraînée par la diminution de l'accomplissement personnel (4,8)? La question de la rémunération était assez peu abordée dans les enquêtes de prévalence du burnout. Un meilleur revenu était associé à une DP moins élevée dans une étude saoudienne (18). L'insatisfaction globale est plus fréquemment explorée (3,4), elle apparait liée au burnout. Il en est de même pour le manque de reconnaissance (22). Or, la rémunération peut être le reflet de la reconnaissance sociétale.

Discussion de la méthode

L'envoi systématique des questionnaires à l'ensemble des médecins généralistes répertoriés par l'URPS a permis de constituer un échantillon de taille importante. En revanche, tous les médecins n'ont pas pu être relancés par courriel car certains n'avaient pas communiqué leurs adresses mail à l'URPS. Il existe un biais de non réponse. Il est difficile de savoir si ces chiffres sous ou sur estiment la prévalence de l'épuisement professionnel.

Néanmoins, notre échantillon était représentatif des médecins généralistes français en termes de sexe et d'âge (64,5% d'hommes et 64% de médecins de 50ans ou plus dans l'échantillon) (35).

Il était demandé aux médecins quelle était leur commune d'exercice. Cette donnée nous semblait présenter le meilleur compromis entre facilité de recueil et possibilité d'exploitation des données. Il s'agissait de la première étude s'intéressant au lien entre densité médicale et burnout. Le meilleur découpage territorial pour mesurer la densité n'était pas connu. Cet item du questionnaire pouvait être perçu par l'interrogé comme une barrière à l'anonymat, et diminuer le taux de réponse. Cependant, il était rappelé à l'interrogé qu'aucun résultat ne permettrait d'identifier un médecin ou une commune. Les comités éthiques ont prononcé un avis favorable.

Le taux de réponse du MBI est limité par la longueur du questionnaire ainsi que par le caractère déstabilisant de certaines questions. Les variations culturelles entre les pays doivent être prises en compte lors de comparaison internationales (3,13). Dans sa traduction française la consistance interne de l'échelle de DP du MBI est discutée (44). D'autres outils de mesure existent. Cependant, le MBI reste l'outil de mesure de prévalence du burnout le plus utilisé (9). Les seuils utilisés sont ceux qui ont été validés en traduction française sur une population médicale de référence (13).

Perspectives

Le burnout des médecins généralistes libéraux est un phénomène fréquent en Haute-Normandie. Le syndrome d'épuisement professionnel est fortement associé à une densité médicale faible et au fait d'envisager l'arrêt de sa pratique. Dans le contexte actuel de désertification médicale, ces résultats sont préoccupants. Ils laissent entrevoir la possibilité d'un cercle vicieux entre densité médicale faible, burnout et arrêt de l'exercice. Dans les zones sous dotées en généralistes, les difficultés d'accès aux soins seraient exacerbées, la qualité des soins serait impactée par le burnout, et la santé des médecins menacée. D'autres études sont nécessaires pour préciser le rôle de la densité médicale, ainsi que le lien entre burnout et départ réel du médecin généraliste.

Néanmoins, à l'heure où la désertification médicale progresse, une réflexion collective et objective devient urgente pour endiguer ces problématiques de santé mentale des médecins et d'accès aux soins de qualité pour la population. Les pistes de solutions sont nombreuses pour relever ce défi. Des mesures incitatives plus fortes doivent être prises pour inciter les généralistes à s'installer et à rester en zone fragile. Faciliter la création des cabinets de groupe permettrait de lutter contre l'isolement et participerait à l'amélioration des conditions d'exercice. La charge qualitative de travail pourrait être réduite par la simplification des multiples et diverses tâches administratives auxquelles doit se soumettre le généraliste libéral. Enfin, une éducation des patients par le médecin lui-même et les pouvoirs publics équilibrerait la relation médecin-patient et améliorerait le vécu de la charge de travail.

Remerciements : ARS Haute Normandie (Claire BAUDE), URML Haute-Normandie (Martin REVILLON), département de biostatistique du CHU de Rouen (Maggie LEBOURHIS-ZAIMI).

Conflits d'intérêt : aucun.

IV. BIBLIOGRAPHIE.

Sont soulignées, les références appelées par l'article.

1. Europe W. La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille. Coordination rédactionnelle de la traduction en français: Prof D Pestaiux, Centre Universitaire de Médecine Générale, UCL, Bruxelles, Belgique [Internet]. 2002 [cited 2014 Nov 28]; Available from: http://www.snemg.fr/IMG/pdf/Definition_Europeenne_de_la_Medecine_Generale_Wonca_Europe_2002.pdf
2. nature des affections des médecins en invalidité définitive [Internet]. CARMF; 2015. Available from: <http://www.carmf.fr/chiffresclats/stats/2015/nature-affections.htm>
3. Soler JK, Yaman H, Esteva M, Dobbs F, Asenova RS, Katić M, et al. Burnout in European family doctors: the EGPRN study. Family Practice. 2008 Aug 1;25(4):245–65.
4. Kacenenbogen N, Offermans A-M, Roland M. Le burn-out des médecins généralistes en Belgique: conséquences sociétales et pistes de solution. In: Revue médicale de Bruxelles [Internet]. Association des médecins anciens étudiants de l'Université libre de Bruxelles; 2011 [cited 2014 Nov 28]. p. 413–23. Available from: <http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=24758141>
5. Plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale adopté lors du Comité interministériel de lutte contre les exclusions du 21 janvier 2013 Diagnostic statistique [Internet]. INSEE Haute-Normandie; 2013. Available from: <http://www.haute-normandie.drjcs.gouv.fr/Lutte-contre-la-pauvrete-et-pour-l.html>
6. Veil C. "Primum non nocere" Les états d'épuisement. le concours médical. 1959;6(6):2675–80.
7. Freudenberger HJ. Staff Burn-Out. Journal of Social Issues. 1974 Jan 1;30(1):159–65.
8. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job Burnout. Annual Review of Psychology. 2001;52(1):397–422.
9. Schaufeli WB, Michael P. Leiter, Christina Maslach. burnout: 35 years of research and practice. Career Development International. 2008 Dec;14(3):204–20.
10. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. J Organiz Behav. 1981 Apr 1;2(2):99–113.
11. Guide d'aide à la prévention. Le syndrome d'épuisement professionnel ou burnout. Mieux comprendre pour mieux agir, 2015. [Internet]. 2015. Available from: http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/Exe_Burnout_21-05-2015_version_internet.pdf
12. Mauranges A. Stress et syndrome d'épuisement professionnel. Soins. 2002 Jan;664:53–4.
13. Dion G, Tessier R. Validation de la traduction de l'Inventaire d'épuisement professionnel de Maslach et Jackson. [Validation of a French translation of the Maslach Burnout Inventory (MBI)]. Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement. 1994;26(2):210–27.

14. Arigoni F, Bovier PA, Mermillod B, Waltz P, Sappino A-P. Prevalence of burnout among Swiss cancer clinicians, paediatricians and general practitioners: who are most at risk? Support Care Cancer. 2008 Jun 5;17(1):75–81.
15. Pedersen AF, Andersen CM, Olesen F, Vedsted P. Risk of Burnout in Danish GPs and Exploration of Factors Associated with Development of Burnout: A Two-Wave Panel Study. International Journal of Family Medicine. 2013 Dec 7;2013:e603713.
16. Roth M, Morrone K, Moody K, Kim M, Wang D, Moadel A, et al. Career burnout among pediatric oncologists. Pediatric blood & cancer. 2011;57(7):1168–73.
17. Canoui P. Le Burn-out à l'hôpital, le syndrome d'épuisement professionnel des soignants. 5eme édition. Masson; 2015.
18. Al Sareai NS, Al Khaldi YM, Mostafa OA, Abdel Fattah MM. Magnitude and risk factors for burnout among primary health care physicians in Asir Province, Saudi Arabia. 2013 [cited 2016 Jul 28]; Available from: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/118370>
19. Dusmesnil H, Saliba Serre B, Régi J-C, Leopold Y, Verger P. Épuisement professionnel chez les médecins généralistes de ville: prévalence et déterminants. Santé publique. 2009;21(4):355–64.
20. Cathébras P, Begon A, Laporte S, Bois C, Truchot D. Épuisement professionnel chez les médecins généralistes. La Presse Médicale. 2004 Dec;33(22):1569–74.
21. Guerin D. Le Burn out des médecins généralistes en Picardie [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Picardie; 2010.
22. Galam E, Komly V, Le Tourneur A, Jund J. Burnout among French GPs in training: a cross-sectional study. Br J Gen Pract. 2013;63(608):e217–24.
23. Houkes I, Winants Y, Twellaar M, Verdonk P. Development of burnout over time and the causal order of the three dimensions of burnout among male and female GPs. A three-wave panel study. BMC Public Health. 2011 Apr 18;11(1):240.
24. Truchot D. Le burnout des médecins libéraux de Champagne Ardenne: rapport de recherche pour l'union régionale des médecins libéraux de Champagne Ardenne. URML Champagne Ardenne; 2002.
25. Galam É. Burn out des médecins libéraux - 1re partie : une pathologie de la relation d'aide. Médecine. 2007 Nov 1;3(9):419–21.
26. Mauranges A. Sommes nous tous des épuisés potentiels? Soins. 1998 Nov;630:17–8.
27. Truchot D. Le burn-out des médecins généralistes : influence de l'iniquité perçue et de l'orientation communautaire. Annales Médico-Psychologiques. 2009 Jan;167(6):422–8.
28. Dagrada H, Verbanck P, Kornreich C. Le burn-out du médecin généraliste: hypothèses étiologiques. Revue médicale de Bruxelles. 2011;32(4):407–12.
29. Galam É. Burn out des médecins libéraux. Deuxième partie : une identité professionnelle remise en question. Médecine. 2007 Dec 1;3(10):474–7.

30. Demerouti E, Bakker AB, Nachreiner F, Schaufeli WB. The job demands-resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology*. 2001;86(3):499–512.
31. West CP, Tan AD, Habermann TM, Sloan JA, Shanafelt TD. Association of resident fatigue and distress with perceived medical errors. *Jama*. 2009;302(12):1294–300.
32. Pit SW, Hansen V. Factors influencing early retirement intentions in Australian rural general practitioners. *Occup Med (Lond)*. 2014 May 3;64:297–304.
33. Hann M, Reeves D, Sibbald B. Relationships between job satisfaction, intentions to leave family practice and actually leaving among family physicians in England. *The European Journal of Public Health [Internet]*. 2010 Feb 8 [cited 2015 Mar 19]; Available from: <http://eurpub.oxfordjournals.org/content/early/2010/02/08/eurpub.ckq005>
34. Atlas de la démographie médicale française 2011 [Internet]. [cited 2016 Sep 2]. Available from: <https://www.conseil-national.medecin.fr/print/1087>
35. Rault, Jean-François LB-L. Atlas de la Démographie Médicale en France situation au 1er janvier 2016 [Internet]. CNOM; 2016. Available from: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf
36. Barlet M, Fauvet L, Guillaumat-Tailliet F, Olier L. Quelles perspectives pour la démographie médicale? INSEE-Références [Internet]. 2010 Jun; Available from: http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=0&ref_id=FSR10g
37. Rault J-F, Breton-Lerouillois G. La démographie médicale En Région Haute-Normandie Situation en 2015 [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins; 2015. Available from: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_haute_normandie_2015.pdf
38. Rault J-F, Le Breton-Lerouillois G. Atlas 2013 de la région Haute-Normandie [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins; 2013. Available from: <http://www.conseil-national.medecin.fr/node/1371>
39. Delamare J, Gitton F, Villet H, Yon A. Les territoires de santé en Haute-Normandie situation socio-sanitaire et perspectives démographiques. AVAL [Internet]. 2012 Mar;114. Available from: http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=18409
40. Galam É. Burn out des médecins libéraux 3e partie : des conséquences pour le médecin, mais aussi pour ses patients. *Médecine*. 2008 Jan 1;4(1):43–6.
41. Truchot D. Le burn-out des médecins généralistes : influence de l'iniquité perçue et de l'orientation communautaire. *Annales Médico-Psychologiques*. 2009 Jan;167(6):422–8.
42. Galam éric. Burn out des médecins libéraux - 4e partie : un problème individuel, professionnel et collectif. *Médecine*. 2008 Feb 1;4(2):83–5.
43. Letrilliart L, Rigault-Fossier P, Fossier B, Kellou N, Paumier F, Bois C, et al. Comparison of French training and non-training general practices: a cross-sectional study. *BMC medical education*. 2016;16(1):1.
44. Langevin V, Boini S, François M, Riou A. Risques psychosociaux outils d'évaluation Maslach Burnout Inventory. *références en santé au travail*. 2012 Sep;131:157–9.

V. ANNEXES.

Ci-dessous le questionnaire envoyé aux médecins. Il se présentait sous forme d'une feuille A3 pliée en 2 pour former un livret.

Niveau d'épuisement professionnel des médecins généralistes et facteurs de risque en Haute-Normandie

Bonjour,

Internes en médecine générale à la faculté de médecine de Rouen, notre travail de thèse vise à mesurer le risque d'épuisement professionnel chez les médecins généralistes de Haute-Normandie et d'en connaître les principaux déterminants. Les résultats de notre étude permettront d'appuyer la mise en place d'outils de prévention.

Le burnout du médecin est un phénomène mondial. Ce syndrome d'épuisement professionnel est particulièrement prégnant chez les médecins généralistes libéraux. Pourtant, il s'agit de la première étude de ce type en Haute-Normandie.

Le questionnaire ci-joint se complète en 6 minutes et se compose de 3 parties :

1. Une description de vous et de vos conditions d'exercice. En vous demandant votre commune d'exercice, nous pourrions corréliser les résultats avec la densité médicale, et identifier éventuellement des territoires plus à risque. **Nous nous engageons à respecter strictement l'anonymat des réponses et à ce qu'aucun résultat ne permette d'identifier un répondant.**
2. Un test MBI, référence de la mesure du risque d'épuisement professionnel des soignants, qui vous permettra de mesurer votre propre risque.
3. Un espace de texte libre dans lequel vous pouvez apporter vos commentaires, compléments d'information ou toutes remarques souhaitées sur le sujet.

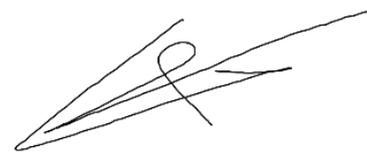
C'est avec le souci d'améliorer les conditions d'exercice des médecins généralistes et la qualité de prise en charge des patients que nous avons entrepris ce travail de thèse.

Une fois rempli, merci de nous retourner le questionnaire avec l'enveloppe T jointe. En vous remerciant de votre participation.

Antoine Guedon



Guillaume Picquendar



Nous sommes à votre disposition pour plus d'informations : these.burnout.mg@outlook.fr

Avec l'appui de l'



Union Régionale
des Professionnels
de Santé Médecins
de Haute-Normandie



I - Votre situation personnelle

- 1) Age : _____ 2) Sexe: Masculin Féminin
- 3) Vous êtes : Célibataire En couple Divorcé(e)/séparé(e)
- 4) Combien d'enfants avez-vous à charge ? _____
- 5) Etes-vous la seule source de revenu de votre foyer ? oui non

II - Votre exercice

- 6) Vous exercez : Seul Cabinet médical de groupe En maison de santé En pôle de santé
- 7) Quelle est votre principale commune d'exercice ? _____
- 8) Dans votre exercice, **AU SEIN** de votre cabinet, avez-vous développé une activité particulière (médecine du sport, acupuncture, ostéopathie...) ? oui non
si oui, laquelle/ lesquelles ? _____
- 9) **EN DEHORS** de la médecine générale libérale, exercez-vous une activité :
Rémunérée (salarial dans un EHPAD, une PMI...) ? oui non
si oui, laquelle/lesquelles ? _____
- Non rémunérée en rapport avec la médecine (syndicat, direction de thèse...) ? oui non si
oui, laquelle/lesquelles ? _____
- 10) Etes-vous maître de stage des universités ? oui non
- 11) Au cours de l'année 2015, avez-vous participé à une Formation Médicale Continue ? oui non
- 12) **AU SEIN** de votre cabinet, visites comprises et hors travail administratif (comptabilité, fiscalité...),
Combien d'heures travaillez-vous par semaine en moyenne ? _____
Combien de demi-journées travaillez-vous par semaine en moyenne ? _____
- 13) Combien d'heures consacrez-vous aux tâches administratives (comptabilité, fiscalité...) par semaine en
moyenne ? _____
- 14) Disposez-vous d'un secrétariat ? non aucun oui à distance oui sur place
- 15) Participez-vous à la permanence des soins :
en soirée ou la nuit ? oui non si oui combien de fois par an en moyenne ? _____ le
week-end ? oui non si oui combien de fois par an en moyenne ? _____
- 17) Cette année, avez-vous été confronté(e) à un contentieux judiciaire avec un patient oui non
- 18) Par rapport à vos attentes, votre rémunération est (Entourez le chiffre correspondant) :
très inférieure 1 2 3 4 5 très supérieure
- 19) Au cours des derniers mois, avez-vous envisagé d'arrêter l'exercice de la médecine générale ? oui non

III - Vos habitudes

- 20) Combien d'heures consacrez-vous à vos loisirs par semaine, en moyenne ? _____
- 21) Au cours d'une journée de travail, combien de pauses (d'au moins 10 minutes) vous accordez-vous en
moyenne, en comptant la pause du midi ? _____
- 22) Après une journée de travail, à quelle heure arrivez-vous à votre domicile, en moyenne ? _____
- 23) Combien de semaines de congés prenez-vous par an, en moyenne ? _____

**Le MBI (Maslach Burnout Inventory) est le test de référence pour
l'évaluation du risque d'épuisement professionnel.**

A quelle fréquence ressentez-vous ces signes ? Cochez la case correspondante.	jamais	quelques fois par an	une fois par mois	quelques fois par mois	une fois par semaine	quelques fois par semaine	chaque jour
Points	0	1	2	3	4	5	6
1. Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail							
2. Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail							
3. Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail							
4. Je peux comprendre facilement ce que mes malades ressentent							
5. Je sens que je m'occupe de certains malades de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets							
6. Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'efforts							
7. Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes malades							
8. Je sens que je craque à cause de mon travail							
9. J'ai l'impression, à travers mon travail, d'avoir une influence positive sur les gens							
10. Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail							
11. Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement							
12. Je me sens plein(e) d'énergie							
13. Je me sens frustré(e) par mon travail							
14. Je sens que je travaille « trop dur » dans mon travail							
15. Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes malades							
16. Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop							
17. J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes malades							
18. Je me sens ragaillardi(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes malades							
19. J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail							
20. Je me sens au bout du rouleau							
21. Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement							
22. J'ai l'impression que mes malades me rendent responsable de certains de leurs problèmes							

Interprétation du MBI :

**Vous pouvez calculer facilement votre niveau de risque de burnout sur le site :
<http://www.masef.com/scores/burnoutsyndromeechellembi.htm>**

Exprimez-vous.

Vos remarques, vos idées, vos opinions :

Si vous désirez recevoir les résultats de notre thèse, vous pouvez nous transmettre votre adresse-mail.

_____ @ _____

Merci de votre participation !

L'AAPML (association d'aide professionnelle aux médecins libéraux) a mis en place un service d'aide téléphonique anonyme et joignable 7j/7 24h/24 : **08 26 00 45 80** avec pour objectif la prévention et la prise en charge initiale du Burnout.

ABSTRACT

Le burnout du médecin généraliste est un phénomène fréquent. Il entame la santé du médecin, diminue la qualité et l'accessibilité des soins. Le rôle de la densité médicale sur le burnout n'a jamais été étudié. Le but de cette étude était d'évaluer la prévalence du burnout chez les médecins généralistes de Haute-Normandie et les facteurs associés, dont la densité médicale.

Un questionnaire a été envoyé, par voie postale puis par mail, aux 1632 médecins généralistes de la région répertoriés par l'Union Régionale des Professionnels de Santé en septembre 2015. Il recensait des données socio-démographiques, des habitudes de vie et de travail. Le Maslach Burnout inventory évaluait les 3 dimensions du burnout : l'épuisement émotionnel (EE), la dépersonnalisation (DP) et l'accomplissement personnel (AP).

Au total, 501 médecins ont répondu à l'étude, 487 questionnaires ont été exploités. Le burnout touchait 43,3% des médecins de l'échantillon. Près de 24% des médecins présentaient un haut niveau d'EE, 27,3% un haut niveau de DP et 13,3% un bas niveau d'AP. L'analyse multivariée a révélé plusieurs facteurs significativement liés à une ou plusieurs dimensions du burnout : une densité médicale faible, avoir envisagé d'arrêter la médecine générale, l'exercice solitaire, un âge supérieur à 50 ans et le sexe masculin.

Le burnout était fréquent chez les médecins généralistes. Il était fortement lié à une densité médicale faible et un arrêt de l'exercice envisagé. D'autres études sont nécessaires, car ce lien entre densité médicale et burnout n'a jamais été exploré auparavant. Mais, il souligne l'impact du burnout sur l'accessibilité aux soins, dans un contexte de désertification médicale.

Mots clé : syndrome d'épuisement professionnel, médecin généraliste, épidémiologie.