



HAL
open science

Burn out du médecin généraliste : étude qualitative sur les mesures de prévention

Anne-Marie Nguyen

► **To cite this version:**

Anne-Marie Nguyen. Burn out du médecin généraliste : étude qualitative sur les mesures de prévention. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01704181

HAL Id: dumas-01704181

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01704181>

Submitted on 8 Feb 2018

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.

ANNEE 2018

N°

**THESE POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE**

(Diplôme d'Etat)

PAR

NGUYEN ANNE-MARIE

NEE LE 14 AOUT 1987 A AMIENS (SOMME)

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 25 JANVIER 2018

**BURN OUT DU MEDECIN GENERALISTE :
ETUDE QUALITATIVE SUR LES MESURES DE PREVENTION**

Président du jury : Monsieur le Professeur JL. HERMIL

Asseseurs : Monsieur le Professeur JF. GEHANNO
Monsieur le Docteur J. LADNER

Directeur de thèse : Madame le Docteur E. FERRAND DEVOUGE

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

ANNEE UNIVERSITAIRE 2017 – 2018

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 Gisèle APTER	Havre	Pédopsychiatrie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal BENHAMOU	HCN	Médecine interne
Mr Jacques BENICHOU	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mme Sophie CANDON	HCN	Immunologie
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE (<i>détachement</i>)	HCN	Médecine interne (gériatrie) – Détachement
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas CORNU	HCN	Urologie
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
Mr Pierre CZERNICHOW (<i>sumombre</i>)	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
Mr Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie
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 Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
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
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
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 Bouchra LAMIA	Havre	Pneumologie
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
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	Hépto-gastro-entérologie
M. Benoit MISSET	HCN	Réanimation Médicale
Mr Jean-François MUIR (<i>surnombre</i>)	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 Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace ROMAN	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie - Pathologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépto-gastrologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale

Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Christian THUILLEZ (<i>urnombre</i>)	HB	Pharmacologie
Mr Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
M. Gilles TOURNEL	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier TROST	HCN	Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Jean-Pierre VANNIER (<i>urnombre</i>)	HCN	Pédiatrie génétique
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN	HB	Service Santé Réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
Mme Marie-Laure WELTER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Neurophysiologie
Mme Sophie CLAEYSSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
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	Virologie
Mr Gaël NICOLAS	HCN	Génétique
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia ROLLIN	HCN	Médecine du Travail
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
Mr David WALLON	HCN	Neurologie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mr Thierry WABLE	UFR	Communication
Mme Mélanie AUVRAY-HAMEL	UFR	Anglais

II – PHARMACIE

PROFESSEURS

Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
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 (Professeur émérite)	Toxicologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mme Isabelle LEROUX - NICOLLET	Physiologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
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
Mr Jérémy BELLIEN (MCU-PH)	Pharmacologie
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Camille CHARBONNIER (LE CLEZIO)	Statistiques
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mr Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Dominique DUTERTE- BOUCHER	Pharmacologie
Mr Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Nejla EL GHARBI-HAMZA	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
Mr Hervé HUE	Biophysique et mathématiques
Mme Laetitia LE GOFF	Parasitologie – Immunologie
Mme Hong LU	Biologie
M. Jérémie MARTINET (MCU-PH)	Immunologie
Mme Marine MALLETER	Toxicologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique

Mme Tiphaine **ROGEZ-FLORENT**
Mr Mohamed **SKIBA**
Mme Malika **SKIBA**
Mme Christine **THARASSE**
Mr Frédéric **ZIEGLER**

Chimie analytique
Pharmacie galénique
Pharmacie galénique
Chimie thérapeutique
Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile **GUERARD-DETUNCQ**
Mr Jean-François **HOUIVET**

Pharmacie officinale
Pharmacie officinale

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde **GUERIN**

Anglais

ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

Mme Anaïs **SOARES**

Bactériologie

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mme Anne-Sophie **CHAMPY**
M. Jonathan **HEDOUIN**
Mme Barbara **LAMY-PELLETER**

Pharmacognosie
Chimie Organique
Pharmacie Galénique

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mr Roland CAPRON	Biophysique
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Rémi VARIN	Pharmacie clinique
M. Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR

Mr Jean-Loup **HERMIL** (PH-PH) UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCE

Mr Matthieu **SCHUERS** (MCU-PH) UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTE

Mr Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine Générale
Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale
Mr Philippe **NGUYEN THANH** UFR Médecine générale
Mme Marie Thérèse **THUEUX** UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTES

Mr Pascal **BOULET** UFR Médecine générale
Mr Emmanuel **HAZARD** UFR Médecine Générale
Mme Marianne **LAINE** UFR Médecine Générale
Mme Lucile **PELLERIN** UFR Médecine générale
Mme Yveline **SEVRIN** 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)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN (med)	Neurosciences (Néovasc)
M. Sylvain FRAINEAU (med)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline GAILDRAT (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas GUEROUT (med)	Chirurgie Expérimentale
Mme Rachel LETELLIER (med)	Physiologie
Mme Christine RONDANINO (med)	Physiologie de la reproduction
Mr Antoine OVRARD-PASCAUD (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric PASQUET	Sciences du langage, orthophonie
Mme Isabelle TOURNIER (med)	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*

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES	11
REMERCIEMENTS	13
ABREVIATIONS.....	15
INTRODUCTION	16
MATERIELS ET METHODES.....	18
1. Recherche bibliographique	18
2. Type d'étude.....	18
2.1. Enquête Qualitative	18
2.2. Entretiens individuels semi dirigés	19
3. Echantillonnage	19
3.1. Caractéristiques d'un échantillon en recherche qualitative	19
3.2. Mode de recrutement des médecins interviewés	20
4. Recueil des données	20
4.1. Déroulement du recueil	20
4.2. Guide d'entretien.....	21
5. Méthode d'analyse	21
5.1. La retranscription des enregistrements sonores	21
5.2. L'analyse des entretiens.....	22
RESULTATS	23
1. Résultats descriptifs.....	23
1.1. Dates et durée des entretiens	23
1.2. Composition de l'échantillon d'étude	23
1.3. Tableau d'échantillonnage	26
2. La perception du burn out par les médecins interrogés	28
2.1. Le Burn Out : perception de risque et signes avant-coureurs	28
2.2. Burn Out : les conséquences envisagées	30
3. La perception des Facteurs de Risques par les médecins interrogés.....	31
3.1. Le déficit chronique de médecins généralistes	32
3.2. La place de la médecine générale dans la société.....	34
3.3. La médecine générale vue par les patients.....	36

3.4.	La conciliation « vie professionnelle/ vie privée »	37
3.5.	Les conditions d'exercice du métier	39
4.	Les Mesures de prévention proposées par les médecins interrogés	46
4.1.	Adapter et renforcer l'offre de soins pour répondre aux besoins	46
4.2.	Améliorer la reconnaissance du métier de médecin généraliste.....	47
4.3.	Améliorer les conditions d'exercice.....	49
4.4.	Se préoccuper du médecin généraliste en tant que personne	60
5.	Résultats : en synthèse	67
DISCUSSION.....		70
1.	Comparaison des principaux résultats à la littérature	70
1.1.	Le Burn Out : le risque et ses conséquences.....	70
1.2.	Y a-t-il un lien entre le déficit en MG et le risque de BO ?	74
1.3.	Le manque de reconnaissance est-il un important facteur de risque ?	79
1.4.	Améliorer les conditions d'exercice permet-il de réduire le risque ?	79
1.5.	S'occuper de la santé du MG est-ce une piste pour réduire le risque ?.....	81
1.6.	Faut-il se préoccuper du médecin généraliste en tant que personne ?.....	84
2.	Forces et faiblesses de l'étude	86
2.1.	Les forces.....	86
2.2.	Les faiblesses	86
CONCLUSION.....		88
BIBLIOGRAPHIE.....		90
ANNEXES		95
1.	Annexe n°1 : Maslach Burn out Inventory (MBI).....	95
2.	Annexe n°2 : Fiche de recueil des caractéristiques des médecins	96
3.	Annexe n°3 : Guide d'entretien.....	97
SERMENT D'HIPPOCRATE		98
RESUME		99
MOTS CLES		99

REMERCIEMENTS

Monsieur le Professeur Jean-Loup HÉRMIL,

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury. Je vous suis très reconnaissante du soutien que vous m'avez apporté durant mon parcours mais aussi de l'enseignement en stage à votre cabinet. C'était un plaisir de travailler avec vous, j'en garde un agréable souvenir formateur. Veuillez trouver l'expression de mes sincères remerciements.

Monsieur le Professeur Jean-François GEHANNNO, Monsieur le Docteur Joël LADNER,

Je suis honorée de votre participation à ce jury. Je vous en suis très reconnaissante.

Madame le docteur Eglantine FERRAND DEVOUGE,

Merci pour ta présence et ta disponibilité. Ton soutien m'a beaucoup aidé durant ce long travail.

A mon adorable Margaux, tu es le plus beau bonheur de notre vie : nous t'aimons chaque jour et pour toujours.

Grégory, mon cher et tendre,

Ton soutien indéfectible a été essentiel durant cette période de notre vie chargée de travail.

Ce travail est un des fruits de nos efforts, les belles choses ont un prix, merci pour tout le bonheur que nous avons construit, et que nous allons construire.

Merci à mes parents, sans qui, rien n'aurait pu se faire. Votre courage m'a été transmis, votre parcours a été surhumain. Vous m'avez appris à savoir se battre pour réaliser ses rêves. Maman, ton courage et ton amour maternel sont d'une réelle beauté à mes yeux.

Merci à ma belle-famille, votre amour, votre soutien, vos encouragements sont magnifiques, j'ai beaucoup de chance de vous avoir à mes côtés.

Merci à Roger, pour votre aide considérable durant ce parcours, votre soutien a été extraordinaire.

Merci à mes amis, tant de belles personnes talentueuses que j'ai la chance de connaître,

Merci à mes collègues, avec qui j'affectionne les mêmes valeurs de travail,

Merci à mes cours de tennis et mes baskets qui m'ont permis de respecter ce temps personnel précieux.

ABREVIATIONS

AAPML	Association d'Aide aux Professionnels de santé et aux Médecins Libéraux
AMA	American Medical Association
AP	Accomplissement Personnel
ARS	Agence Régionale de Santé
ASPS	Association de Soins aux Professionnels de Santé
BO	Burn Out
CARMF	Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France
CNOM	Conseil Nationale de l'Ordre des Médecins
DIU	Diplôme Inter Universitaire
DP	Dépersonnalisation
DREES	Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques
DU	Diplôme Universitaire
EE	Epuisement Emotionnel
EU-Osha	Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail
HAS	Haute Autorité de Santé
HPI	Hamburg Personality Inventory
IC	Indice de Confiance
INRS	Institut National de Recherche et de Sécurité
MBI	Maslach Burnout Inventory
MCU-PH	Maître des Conférences des Universités – Praticien Hospitalier
MG	Médecin(s) Généraliste(s)
MSP	Maison de Santé Pluridisciplinaire
OR	Odd Ratio
ORL	Oto-Rhino-Laryngologie
PU-PH	Professeur des Universités - Praticien Hospitalier
SAS	Self-rating Anxiety Scale
SASPAS	Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé
UFR	Unité de Formation et de Recherche

INTRODUCTION

Le syndrome de Burn Out

Egalement appelé syndrome d'épuisement professionnel, le Burn Out (BO) est devenu un sujet majeur dans notre société : on évoque souvent le « mal du siècle ». Il se manifeste dans de nombreuses professions et est très présent dans le milieu médical notamment chez les médecins généralistes (MG).

Le BO : Un sujet d'étude depuis plus de 40 ans

En 1975, le psychiatre Herber J.Freudenberg exerce à New York avec des professionnels de la santé mentale. Il décrit l'état d'épuisement particulier dans lequel se trouvent certains de ces soignants : douleurs physiques accompagnées d'émotions fortes, réactions de colère, de frustration et de méfiance vis-à-vis de leur entourage. Il va donner à ce syndrome le nom de Burn Out (1) pour signifier un état dans lequel les personnes touchées sont, à première vue, indemnes mais en fait « consumées et vidées » de l'intérieur.

C'est à C.Maslach et S.Jackson, chercheurs en socio-psychologie, que l'on doit l'identification de 3 symptômes définissant le BO : épuisement émotionnel, dépersonnalisation et perte d'accomplissement personnel . (1)

- L'épuisement émotionnel (EE) 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 voir cynique.
- La perte d'accomplissement personnel (AP) est marquée par une auto dévalorisation du soignant. Celui-ci se voit comme incompetent, inutile 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.

Une échelle appelée Maslach Burn out Inventory (MBI) permet de diagnostiquer et d'évaluer ce syndrome basé sur ces 3 composantes. Cette version française est validée. (2)

Une revue de la littérature Belge sur les conséquences sociétales du BO des MG, en 2011, (3) a synthétisé les manifestations constatées parmi une population de médecins. On peut les résumer ainsi :

- Troubles cognitifs
- Etat de stress aigu
- Surcharge du fonctionnement organique
- Troubles musculo squelettiques

Un état ultime du surmenage correspond à ce qu'on désigne sous le terme de Karoshi qui peut conduire à une mort subite par AVC ou accident coronaire, y compris chez un sujet sain.(3)

Le BO dans le monde médical

De multiples études ont révélé une prévalence importante du BO parmi les MG européens. En 2008 une étude réalisée sur 1393 MG dans 12 pays Européens estimait que plus de 43% des interrogés présentait un syndrome de burnout.(4)

Dans la présente étude nous allons donc aborder la question du BO chez les MG :

- Comment perçoivent-ils ce risque ?
- Que proposent-ils pour le prévenir ?

MATERIELS ET METHODES

1. RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE

La recherche documentaire a été réalisée à l'aide du catalogue *Sudoc*, et de plusieurs moteurs de recherche : *Pub Med*, *Cismef*, *Google*, *Google scholar* ainsi que du service de documentation de l'Université de Rouen.

Les mots clefs utilisés étaient : « médecine générale », « médecins généralistes », « prévention », « épuisement professionnel », « syndrome d'épuisement professionnel », « syndrome du burn-out », « work-related disorders », « work-related distress », « primary care », « general practice », « family practice ».

La gestion des références a été réalisée avec le logiciel Zotero.

2. TYPE D'ETUDE

2.1. Enquête Qualitative

Complémentaire et non opposée à la recherche quantitative, la recherche qualitative a pour fonction de comprendre plus que de décrire ou de mesurer certains phénomènes. Il ne s'agit pas de convertir des opinions en nombre, ni de quantifier des comportements mais de saisir le sens que les individus attribuent à leurs actions.(5)

Il est fréquent que les comportements ne suivent pas une logique scientifique or la recherche quantitative permet d'évaluer la dimension d'un problème sans pour autant donner facilement accès aux causes et explications.(5)

La recherche qualitative pour sa part permet d'étudier les émotions, les sentiments, les comportements et les expériences personnelles afin de mieux comprendre le fonctionnement des sujets et de leurs interactions.(6) Elle étudie également les représentations et permet par exemple d'explorer l'expérience vécue par les acteurs de soins qui sont confrontés à des phénomènes émergents. (5)

Ainsi, la recherche qualitative est adaptée à la recherche en santé, par son abord élargi de la compréhension des déterminants de soins et de la santé des individus. (6)

2.2. Entretiens individuels semi dirigés

L'entretien individuel semi-dirigé est une méthode de production de données verbales, utilisée dans la recherche qualitative.

L'entretien permet de recueillir des données dans un spectre plus large qu'un questionnaire.

L'opinion produite par un questionnaire correspond à un ensemble de réponses à des questions fermées alors que l'entretien fait produire un discours. (7)

Pour obtenir des réponses sincères et authentiques, les entretiens sont réalisés de façon individuelle et non de manière collective, afin de respecter l'anonymat et établir un cadre personnalisé propice à la confiance.

L'entretien est dit « semi dirigé » car il utilise une grille de questions ouvertes appelée « canevas d'entretien » ou « guide d'entretien ». Il reste souple et l'enquêteur peut l'adapter au cours de l'entretien.

Ce guide a pour but de faire parler les enquêtés autour du sujet, l'idéal étant de déclencher une dynamique de conversation plus riche que la simple réponse aux questions, tout en restant dans le thème. (3)

Le guide d'entretien se distingue du protocole du questionnaire dans le fait qu'il structure l'interrogation mais ne dirige pas le discours. Il a pour but d'aider l'enquêteur à improviser des relances pertinentes au moment même où un sujet donné est abordé. Cette technique permet d'obtenir un discours librement formé par l'interviewé tout en restant sur le thème de la recherche. (4)

L'objectif est de recueillir des données les plus diversifiées et authentiques possibles.

3. ECHANTILLONNAGE

3.1. Caractéristiques d'un échantillon en recherche qualitative

L'échantillonnage en recherche qualitative doit explorer une plus grande diversité possible du thème étudié, c'est pour cela que l'on sélectionne un échantillonnage aux caractéristiques variées. Cette diversité permet d'obtenir la richesse des données. (2)

Les particularités de l'échantillon en recherche qualitative peuvent dérouter le chercheur habitué au quantitatif, car la recherche qualitative ne recherche pas la représentativité statistique. (1)

Plus que de constituer un échantillon, il s'agit plutôt de bien choisir ses « informateurs ». (3)

La population étudiée est composée de MG exerçants en Haute-Normandie avec une activité libérale exclusive ou non. Les principes d'inclusions sont l'accord du MG pour participer à l'étude et la faisabilité de l'entretien pour les deux acteurs (interviewé et intervieweur).

Le type d'échantillonnage utilisé dans cette étude est un échantillonnage raisonné, afin de diversifier au maximum le type de médecin interrogé selon certains critères énoncés ci-dessous. Ceci permettant de garantir la validité externe des résultats.

Les critères retenus pour diversifier l'échantillon des médecins interrogés étaient : le genre, le groupe d'âge, le statut marital, la situation familiale, la zone et le mode d'exercice, la présence d'un secrétariat au cabinet, l'adhésion à un syndicat, la participation à la permanence des soins, le type de patientèle et le statut de maître de stage universitaire.

La détermination de la taille de l'échantillon en recherche qualitative n'utilise pas de règle de calcul. Le plus souvent, l'échantillon est composé de moins de trente individus, et la taille de l'échantillon est surtout estimée au cours de l'étude. La réalisation des entretiens s'arrête lorsque tout nouvel entretien n'apporte plus de donnée nouvelle : on parle de « saturation des données ». Elle est confirmée par deux entretiens supplémentaires. (1)

3.2. Mode de recrutement des médecins interviewés

Le recrutement s'est fait dans un premier temps par sollicitation des maîtres de stages pour participer à l'étude ou à solliciter d'autres confrères.

Dans un second temps, spontanément, certains médecins de l'étude ont proposé la participation de leurs confrères par un effet dit « en boule de neige », dont les profils répondaient à un échantillon diversifié. D'autres médecins ont été recrutés de manière aléatoire, sur une liste issue du site internet des pages jaunes.

Enfin, les derniers recrutements ont demandé un effort de ciblage de profil dans le but de répondre à une diversité maximale de l'échantillon.

Lors du premier contact téléphonique, il s'agissait d'interroger si le médecin était d'accord pour participer à l'étude, et le cas échéant de fixer un rendez-vous pour l'entretien. Lors de ce premier contact, les médecins intéressés se voyaient proposer l'envoi par courriel de la fiche de présentation de la thèse et de l'entretien.

4. RECUEIL DES DONNEES

4.1. Déroulement du recueil

Les médecins interrogés choisissaient le lieu et l'horaire de l'entretien. La majorité des entretiens a eu lieu aux cabinets des médecins et trois ont eu lieu à la faculté de médecine.

Le préalable à la réalisation de l'entretien était le consentement des participants.

De façon systématique, un rappel était fait sur le but et les caractéristiques de l'étude. L'anonymisation des données était systématiquement rappelée.

Les échanges se déroulaient sous forme d'entretien verbal en tête à tête entre le médecin et l'enquêteur.

Les échanges étaient enregistrés avec un dictaphone, incluant les rires, onomatopées et soupirs.

Une attention toute particulière a été portée à la conduite de l'entretien pour favoriser une ambiance propre à la confiance. L'enquêteur adoptant une attitude positive, empathique, intéressée, respectueuse et évitant toute attitude de jugement sur les idées et comportements exprimés.

Pour parvenir à s'introduire dans l'intimité conceptuelle de son interlocuteur, l'enquêteur doit totalement oublier ses propres opinions et ne penser qu'à une chose : chaque univers personnel a ses richesses, qui ont immensément à nous apprendre. (5)

4.2. Guide d'entretien

La première partie du guide d'entretien avait pour but le recueil des données quantitatives permettant de caractériser l'échantillon.

La partie qualitative du guide d'entretien a été élaborée autour des thèmes suivant :

- Perception du BO du MG
- Facteurs de risque du BO perçus par le MG
- Mesures de prévention du BO proposées par le MG

L'expérience vécue lors de chaque entretien a également servi à améliorer la conduite des entretiens suivants.

Le guide d'entretien est présenté en annexe 3

5. METHODE D'ANALYSE

5.1. La retranscription des enregistrements sonores

La retranscription de chaque entretien a été réalisée de façon manuelle. La mise en forme a été réalisée via le logiciel Microsoft Word. Les enregistrements vocaux ont été retranscrits dans leur intégralité.

5.2. L'analyse des entretiens

L'analyse a été réalisée via le logiciel NVivo permettant de définir des « nœuds » correspondants aux différents thèmes et des « sous-nœuds » caractérisant des idées plus précises.

Sur les trois premiers entretiens, l'analyse des verbatims a été réalisée par deux chercheurs, suivie d'une confrontation de la méthode d'analyse des données afin de s'accorder sur la méthode d'analyse des entretiens de l'étude.

Ce processus s'appelle la triangulation de l'analyse des données, qui permet d'assurer la validité de l'interprétation des résultats.

RESULTATS

1. RESULTATS DESCRIPTIFS

1.1. Dates et durée des entretiens

Les entretiens ont été réalisés de Décembre 2016 à Juin 2017.

La durée moyenne des entretiens était de 28 minutes. Le plus court étant de 15 minutes et le plus long de 43 minutes.

1.2. Composition de l'échantillon d'étude

Etat civil		
	Hommes	Femmes
Effectif	9	9
Tranches d'âge		
30 à 49 ans	2	8
50 à 59 ans	4	1
60 à 70 ans	3	0
Statut familial		
marié	8	8
célibataire	1	1
Parentalité		
un enfant ou +	8	9
sans enfant	1	0

Tableau 1 : composition de l'échantillon d'étude : Etat civil

Mode d'exercice de la profession		
	Hommes	Femmes
Territoire d'exercice		
urbain	4	6
rural ou semi-rural	5	3
Condition d'exercice		
cabinet de groupe	5	8
MSP (*)	3	1
cabinet individuel	1	0
Mode de gestion et contact		
N° d'appel tel.	6	7
secrétariat sur place	8	6
Conventionnement		
Secteur 1	8	9
Secteur 2	1	0
Permanence de soins	8	8

Tableau 2 : composition de l'échantillon d'étude : mode d'exercice de la profession

(*) MSP : Maison de Santé Pluri-disciplinaire

Implication dans le cursus universitaire		
	Hommes	Femmes
MSU (*) accueillant exclusivement des internes	2	2
MSU (*) accueillant exclusivement des externes	1	3
MSU (*) accueillant à la fois des Internes et externes	2	2
Non MSU (*)	4	2

Tableau 3 : composition de l'échantillon d'étude : implication dans le cursus universitaire

(*) MSU : Maître de Stage Universitaire

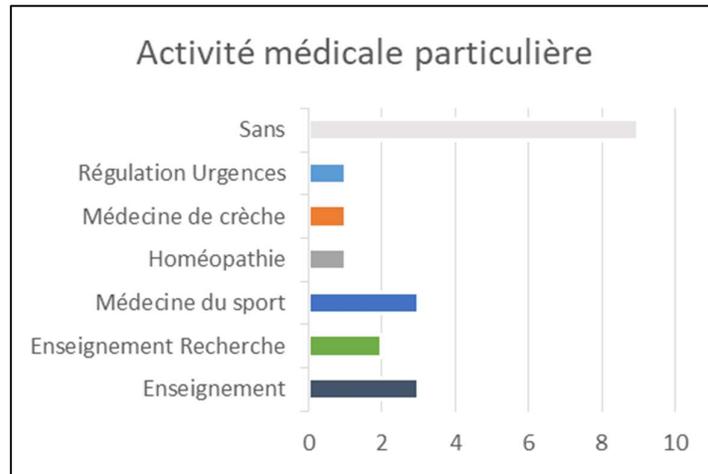


Figure 1 : Activité médicale particulière

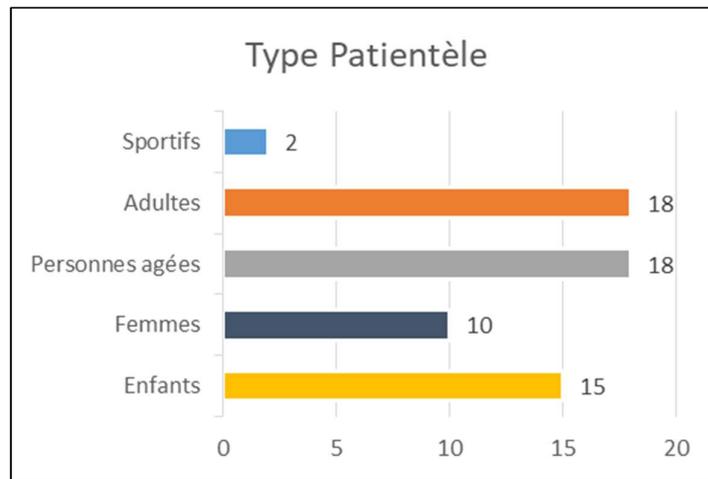


Figure 2 : Type de patientèle

1.3. Tableau d'échantillonnage

	Code Entretien	Durée (en min)	Civilité	Tranche d'âge	Statut marital	Parentalité	Lieu d'exercice	Mode d'exercice	Prise de Rdv	Secteur de conventionnement	Permanence des soins
M01	17	H	60-70	Marié	Oui	Urbain	Groupe	Sur place	1	Oui	
M02	25	H	50-59	Marié	Oui	Semi rural	Groupe	Sur place et tel	1	Oui	
M03	20	F	30-49	Marié	Oui	Semi rural	Groupe	Sur place et tel	1	Non	
M04	20	F	30-49	Marié	Oui	Urbain	Groupe	Sur place et tel	1	Oui	
M05	40	F	30-49	Marié	Oui	Urbain	Groupe	Sur place	1	Oui	
M06	15	H	50-59	Marié	Oui	Semi rural	Groupe	Sur place et tel	2	Oui	
M07	40	H	50-59	Marié	Oui	Semi rural	Seul	Tel	1	Oui	
M08	40	F	30-49	Marié	Oui	Semi rural	Groupe	Tel	1	Oui	
M09	25	F	30-49	Marié	Oui	Semi rural	Groupe	Sur place	1	Oui	
M10	25	H	60-70	Marié	Oui	Semi rural	MSP	Sur place	1	Non	
M11	40	H	60-70	Marié	Oui	Semi rural	MSP	Sur place	1	Oui	
M12	29	H	30-49	Marié	Oui	Urbain	MSP	Sur place et tel	1	Oui	
M13	43	F	30-49	Marié	Oui	Urbain	Groupe	Sur place et tel	1	Oui	
M14	29	H	50-59	Marié	Oui	Urbain	Groupe	Sur place et tel	1	Oui	
M15	15	F	30-49	Marié	Oui	Urbain	Groupe	Tel	1	Oui	
M16	18	F	50-59	Marié	Oui	Urbain	Groupe	Tel	1	Oui	
M17	28	H	30-49	Célibataire	Non	Urbain	Groupe	Sur place et tel	1	Oui	
M18	43	F	30-49	Célibataire	Oui	Urbain	MSP	Sur place et tel	1	Oui	

Tableau 4 : Tableau d'échantillonnage 1/2

	Code Entretien	Maître de Stage Univ.	Ordre des médecins	Syndiqué	Profil de Patientèle	Activité médicale particulière
M01	Interne	Non	Non		Gériatrie, Adultes, Pédiatrie, Sportifs	Enseignement, Médecine du Sport
M02	non	Non	Non		Gériatrie, Pédiatrie, Adultes	Non
M03	Int/ Ext	Non	Non		Gériatrie, Pédiatrie, Gynécologie, Adultes	Non
M04	Externe	Non	Non		Gériatrie, Pédiatrie, Gynécologie, Adultes	Enseignement, Enseignement recherche
M05	non	Non	Non		Gériatrie, Pédiatrie, Gynécologie, Adultes	Non
M06	non	Non	Non		Gériatrie, Adultes	Non
M07	Int/ Ext	Oui	Oui		Gériatrie, Pédiatrie, Gynécologie, Adultes	Non
M08	Interne	Non	Non		Gériatrie, Pédiatrie, Gynécologie, Adultes	Non
M09	non	Non	Non		Gériatrie, Pédiatrie, Gynécologie, Adultes	Non
M10	Interne	Non	Non		Gériatrie, Pédiatrie, Adultes	Non
M11	non	Non	Non		Sportifs, Gériatrie, Pédiatrie, Adultes	Médecine du sport, urgentiste
M12	non	Non	Non		Gériatrie, Adultes	Médecin du sport en formation, homéopathie
M13	Externe	Non	Oui		Gériatrie, Pédiatrie, Gynécologie, Adultes	Non
M14	Int/ Ext	Non	Oui		Gériatrie, Pédiatrie, Adultes	Gestion pôle santé, groupe de formation, enseignement: tutorat des internes
M15	Int/ Ext	Non	Non		Pédiatrie, Adultes, Gériatrie	Médecine en crèche
M16	Interne	Non	Oui		Gériatrie, Pédiatrie, Gynécologie, Adultes	Non
M17	Externe	Non	Non		Gériatrie, Pédiatrie, Gynécologie, Adultes	Non
M18	Externe	Non	Non		Pédiatrie, Gynécologie, Adultes	Enseignement, Enseignement recherche

Tableau 5 : Tableau d'échantillonnage 2/2

2. LA PERCEPTION DU BURN OUT PAR LES MEDECINS INTERROGES

La majorité des MG interrogés considèrent le BO comme un risque très concret et élevé. Beaucoup d'entre eux connaissent des exemples de confrères ou de consœurs qui ont été touchés. Certains praticiens reconnaissent avoir vécu eux-mêmes un ou plusieurs épisodes de BO. Ce risque leur semble multifactoriel.

Dans ce qui suit nous allons lister successivement les réactions des médecins interrogés sur la manière dont ils perçoivent :

- Les risques de BO et les signes avant-coureurs
- Les conséquences potentielles

2.1. Le Burn Out : perception de risque et signes avant-coureurs

La conscience d'un risque très présent

M9 : *« je pense que le risque est très élevé, d'autant plus depuis ces dernières années »*

M10 : *« je sais que ça existe, je sais que je ne suis pas à l'abri (...) nul ne peut dire qu'il ne pourra pas faire un jour un Burn out »*

M8 : *« je pense qu'il est réel, parce que voilà oui je le vois autour de moi »*

« Quand j'exerçais dans la région T. c'était mon cas et c'est ce qui m'a fait changer de région. »

M17 : *« c'est un métier à risque de Burn out »*

« Je pense avoir été à plusieurs périodes en Burn out et ne plus l'être en ce moment mais l'avoir été »

M18 : *« c'est un risque très présent (...), je pense qu'on peut vraiment être tous à risque de Burn out en ne faisant pas attention. (...) même moi de mon côté plusieurs fois je me suis dit qu'il fallait faire attention et qu'il fallait que je mette en place des choses... »*

« C'est ce qui lui est arrivé à ma collègue, ça fait hyper peur (...) »

« C'est une pathologie latente chez plein d'entre nous »

Un risque multifactoriel

M12 : *« c'est une association de plusieurs trucs »*

« Je pense que dans le Burn out il y a plusieurs composantes »

M14 : *« c'est toujours mi- personnel et mi- professionnel qui sont mêlés (...) »*

M8 : *« Je pense qu'il y a vraiment un ensemble de choses »*

M6 : « ce n'est pas qu'un élément déclencheur, il y a sûrement plusieurs éléments déclencheurs »

M18 : « c'est souvent des petites choses anodines, (...) une collègue qui a eu un accident de voiture pas dramatique mais à la suite de ça, ça a précipité un Burn out qui, était la résultante de plein de choses qui avaient été mises bout à bout »

Une spirale insidieuse

M9 : « C'est toujours difficile de, nous-mêmes de l'apprécier parce que quand on s'en rend compte c'est que déjà on a déjà avancé, c'est plutôt quand on y arrive qu'on ne voit pas venir, on ne voit pas venir le truc en général »

M17 : « je ne l'ai peut-être pas vu venir »

M8 : « quand on est vraiment au bout d'un moment dans une spirale, c'est impossible de faire marche arrière à un moment donné, on trouve que ça va être compliqué ... »

Une sensation de débordement et d'impuissance

M2 : « Il y a des situations évidemment où on peut se sentir un peu oppressé » « j'ai l'impression de ne plus respirer » « parce qu'il y a une pression permanente, je ne respire pas »

M5 : « des fois, mes patients j'ai l'impression qu'ils m'épuisent, qu'ils me pressent comme un citron des fois, moi j'ai ce sentiment d'être complètement pressée comme une serpillière ou comme un citron, ils te prennent tout là ils t'épuisent complètement »

M6 : « c'est qu'il y a un moment on ne sait plus comment faire, c'est-à-dire même pour des choses qui paraissent simples quand on est standard, ça devient compliqué »

M7 : « (...) la sensation qui fait souffrir les médecins c'est je ne vais pas y arriver ! je ne vais pas faire face, y a trop de demandes je n'en peux plus, y a trop de demandes soit venant de patients différents soit trop de demandes du même patient dans un même rdv. »

M9 : « les gens arrivaient n'importe quand, elle les voyait rdv ou pas rdv, ils arrivaient après la consultation, ils venaient la voir elle acceptait de les voir voilà bon après que c'est 1 fois, 2 fois, 3 fois et puis les gens ils prennent le pli (...) »

M13 : « quand il y a beaucoup de travail et qu'on ne répond pas vraiment à leurs demandes parce qu'on manque de temps, (...) quand on a refusé un rdv alors qu'il ne fallait pas le refuser parce qu'il était important » « (...) et puis quand on a loupé un truc et qu'on revient à la maison et qu'on a un doute et qu'on a ça qui nous trotte dans la tête »

M15 : « le risque c'est de se laisser complètement prendre par l'activité en fait, de ne pas savoir dire non quand on est là, »

Et puis un jour, on n'est plus soi même

M2 : « où on en a marre un petit peu de voir les gens, effectivement où on a moins d'empathie, où les gens peuvent nous énerver »

M7 : « parce que y a des jours où je me sens vraiment empathie Zéro ! Il y a des jours où je ferme la porte sur un patient et je m'assois au bureau en soupirant et les yeux froncés en me disant ah là là mais qu'est-ce qu'il m'emmerde, c'est sûr que c'est des jours où ça ne va pas, »

M8 : « je me suis rendue compte que je devenais agressive chez moi avec les enfants »

« J'étais devenue hyper sensible, stressée, pas bien »

« Je n'arrivais plus à affronter les gens, je ne les supportais plus, je ne supportais plus les gens agressifs, je ne supportais plus les gens qui viennent se plaindre pour une broutille (...) je ne supportais plus la fainéantise des gens, et je pense que j'avais perdu surtout ma carapace (...) avec les pathologies un peu lourdes j'étais hyper sensible »

2.2. Burn Out : les conséquences envisagées

Les conduites addictives

M11 : « après y en a certains qui tombent dans les attitudes addictives, y a pas mal de médecins qui picolent, (...) y a beaucoup de médecins qui tirent la ficelle, qui boivent, qui fument, qui prennent des médicaments n'importe comment. »

« (...) j'ai plusieurs de mes camarades de promo le soir quand ils rentrent qu'ils sont stressés, on commence par un whisky, ça va être deux whiskys et puis maintenant ils sont à trois-quatre whiskys tous les soirs, donc ils sont dans l'alcoolisme pur et dur. »

Aller jusqu'à quitter la médecine générale

M6 : « on a eu un collègue qui n'est pas très loin d'ici, une vingtaine de kilomètres d'ici qu'on a retrouvé un jour au volant de sa voiture complètement sidéré... bon il était en train de descendre dans l'enfer du Burn out »

M8 : « à un point où je me disais c'est le métier qui ne me convient plus, je ne suis pas faite pour ça, je me suis trompée, je n'ai pas choisi la bonne voie et de se sentir coincée en plus dans cette voie sans avoir de reconversion »

M9 : « nous ici on a une collègue qui s'est installée depuis 4 ans, (...) il y a 2 mois elle est partie en médecine du travail parce qu'elle était enquinée par la sécu (...) elle fait de la médecine salariée ! »

M13 : « on a eu une collègue qui est partie en 3 mois de temps, elle a changé de région, elle a laissé son cabinet, elle ne supportait plus (...) »

« (...) celle que j'ai remplacée a changé d'orientation elle a fait une dépression (...) elle a eu beaucoup de mal et maintenant elle est médecin de sécu, (...) elle n'arrivait plus à entendre tout ce qu'on pouvait lui dire : toutes les histoires un peu malheureuses »

Aller même parfois jusqu'au suicide

M9 : *« oui y en a quelques-uns alors (...) mais y a quand même deux médecins qui se sont suicidés dans le coin l'année dernière. »*

M11 : *« un à ****village****, c'est-à-dire à 10 km d'ici, une autre, une femme médecin à l'hôpital de ****village**** et à ***village***, un copain de promotion (...) lui il était complètement en Burn out, un médecin généraliste dans un bled paumé tout seul, personne à qui parler, personne à qui se confier, la tête dans le guidon en permanence, et ben il s'est suicidé, il s'est pendu. »*

« Alors c'est vrai que ces trois suicides là m'ont interpellé parce que ça touchait d'abord deux personnes qui m'étaient très proches »

3. LA PERCEPTION DES FACTEURS DE RISQUES PAR LES MEDECINS INTERROGES

Les médecins de l'étude ont décrit, selon eux, trois types de causes susceptibles de conduire au BO :

- Facteurs sociétaux
- Facteurs de la vie personnelle
- Facteurs de la vie professionnelle

Le facteur de risque sociétal de BO qui ressort en premier de cette étude concerne le déficit actuel du nombre de médecins et les difficultés à inciter de jeunes médecins à s'installer. Les praticiens de l'étude mettent l'accent sur la surcharge de travail et la pression que ce contexte induit.

A leur sens, les mesures décidées actuellement par les instances politiques sont peu efficaces, car elles abordent le problème avec une approche essentiellement financière sans suffisamment prendre en compte les conditions d'exercice de la profession.

Ainsi une grande partie des médecins interrogés perçoit une dégradation des conditions de travail pouvant contribuer au développement du BO. Les praticiens de l'étude déplorent l'évolution vers une société de plus en plus individualiste et souffrent d'un manque de reconnaissance, accentué par la mauvaise image de la profession véhiculée par les médias.

Les médecins constatent également un écart grandissant entre ce qu'ils peuvent raisonnablement apporter à leurs patients et la perception que ces mêmes patients ont de leur action :

- Le médecin est perçu comme un professionnel « infailible » qui n'a aucun droit à l'erreur dans son diagnostic ou dans ses actes.
- L'exigence de disponibilité se fait de plus en plus pressante et la notion d'urgence a tendance à devenir la norme même lorsque les justifications ne sont pas réunies. Lorsque cette disponibilité est considérée comme insuffisante, elle déclenche de plus en plus souvent des réactions d'agressivité de la part des patients.
- Le MG est considéré comme un professionnel qui se doit d'être parfaitement polyvalent et efficace et le nombre de consultations multi-motifs a tendance à fortement augmenter. Ce type de consultations se révèle être fortement chronophage.
- Très souvent, le médecin n'est pas perçu comme quelqu'un qui a aussi une vie privée et une famille et qui a besoin de pouvoir se « ressourcer ». Avec la féminisation de la profession, ce problème a plutôt tendance à s'aggraver.

3.1. Le déficit chronique de médecins généralistes

3.1.1. Les conséquences du « désert médical »

La surcharge de travail et la pression

M2 : « ma consœur m'a dit hier qu'elle a été agressée par quelqu'un qui disait que tout le monde refusait de voir les nouveaux patient (...) »

M3 : « on est nous en tout cas en situation de désert médical et donc c'est sûr qu'on voit énormément de patients, on est obligé »

M7 : « tout ça c'est essentiellement lié à la démographie médicale, qui fait qu'il y a de moins en moins de médecins donc les patients ont du mal à avoir un rdv »

M8 : « la pression permanente de ne pas pouvoir caser des rdv pour tout le monde »

M10 : « on est en sous-population médicale, on est en surcroit de travail, »

M11 : « c'est la pression de travail puisqu'on est la zone la plus désertifiée de France ici, parce que nos délais de rdv s'allongent maintenant pour des médecins généralistes on attend parfois 15 jours, pour voir un médecin généraliste, ce qui est un comble quand même, pour de la médecine de 1^{er} recours ! (...) parce que quand ils sont dans le cabinet nos patients sont vindicatifs, oui je n'ai pas pu avoir un rdv ! J'attends 8 jours pour vous voir etc. La pression du travail est un facteur aggravant »

M12 : « le fait qu'un médecin burnouté c'est un médecin en moins ! Dans les déserts médicaux il n'y a déjà pas assez de médecins, ils peuvent être en souffrance psychologique, et donc s'il n'y a pas une aide vraiment importante pour renforcer l'offre de soins, (...) on risque d'en avoir qui sont un peu moins efficaces, un peu moins efficients, parce qu'ils sont au bout du rouleau, c'est

la double peine, c'est qu'il n'y en a pas assez et ceux qui sont là, ils ne sont plus assez accessibles à leurs patients parce qu'ils sont trop à l'ouest ! »

M18 : *« je crois qu'actuellement les médecins sont dans une position particulièrement à risque parce qu'en gros si on était au cabinet de 5 h du matin à 22h du soir je pense qu'on aurait du travail à cause du manque de médecins »*

La fuite à l'installation

M7 : *« On a en médecine générale une démographie dramatique avec une chute libre des effectifs et qui ne fait qu'augmenter la charge de travail de ceux qui restent et puis qui freine les installations et surtout qui fait partir ceux qui restent ! »*

« Il y a un cabinet où ils étaient 6 y en a 4 qui sont partis, les 4 plus jeunes et les 4 c'était les derniers installés donc ce n'est pas des départs en retraite c'est des changements d'orientation professionnelle ! Sur les 2 qui restent il y en a 1 qui part l'année prochaine et le dernier il fait des bonds, tout le monde lui tombe dessus, c'est ingérable, les gens deviennent agressifs, ils ont eu le cabinet de taggué, c'est une vraie catastrophe ! »

M11 : *« je discutais avec le président de l'ordre, il me disait on est à moins de 8% d'installations libérales ! C'est quand même problématique par rapport à moi quand je me suis installé en 78 ! (...) et même si on augmente le numérus clausus de façon significative je ne pense pas qu'on inversera la tendance. »*

M16 : *« et puis de ne pas trouver de remplaçant c'est un gros problème ! »*

La difficulté de l'accès aux soins et l'insatisfaction du médecin

M16 : *« Peut-être que j'ai été habituée il y a 10-20 ans (...) à avoir des examens complémentaires plus rapides. »*

« J'ai été habituée (...) il y a 30 ans (...) : tu prends ton téléphone et t'appelles tu prends rdv parce que les gens ils ne vont pas le faire, donc j'ai gardé cette habitude (...) Mais c'est lourd. »

« Et puis quand vous dites ça à un représentant de la sécu qui vient vous voir, quand vous lui expliquez que c'est difficile de plus en plus d'avoir des rdv chez les spécialistes pour les patients et qu'on vous répond, mais docteur 6 mois c'est rien ! Les gens peuvent attendre 6 mois. ! Moi je n'ai pas l'habitude de travailler comme ça ... »

3.1.2. L'inadaptation des éléments incitatifs pour l'installation

Des incitations financières inefficaces

M11 : « (...) il faut absolument redonner l'envie de faire de la médecine générale libérale (...) si on n'incite pas la jeune génération à retrouver dans notre métier qui est un métier merveilleux, l'envie de s'installer en libéral, et ce n'est pas à coup d'euros que l'on va faire venir les jeunes ! D'ailleurs ça ne marche pas les primes ! »

M16 : « ça ne résoudra pas le problème actuel puisqu'il n'y a pas assez de médecins pour voir les gens, même si j'étais payée plus bien sûr ça me changerait ma qualité de vie peut-être mais pas ma qualité de travail ! »

Une rigidité administrative dans les transferts

M8 : « Un médecin libéral s'il veut bouger c'est vraiment compliqué, pour mon cas : la caisse ici avait tout préparé, c'est la caisse de ****région**** qui ne voulait pas me laisser partir, parce qu'ils ont aussi un problème de médecins, j'ai dû faire des recommandés, parce que ça veut dire que si on veut suivre un conjoint il ne faut pas être libéral ou alors il faut rester remplaçant ! Est-ce qu'on se pose vraiment les bonnes questions aussi pour inciter les médecins à s'installer ? »

3.2. La place de la médecine générale dans la société

3.2.1. Le manque de considération de la part des autorités de tutelles

M11 : « ça vient de nos politiques en général, (...) peut-être qu'on est une espèce qu'il faut faire disparaître, (...) est-ce que le médecin entre guillemets libéral parce que maintenant on n'est plus des libéraux on est des pseudos libéraux, est-ce qu'il a sa raison d'être encore, est-ce qu'il sert à quelque chose ? »

« Pourquoi les politiques ne disent pas clairement voilà on ne veut plus qu'il y ait des médecins libéraux, on ne veut plus que vous soyez comme ça des indépendants, des électrons libres, on veut mettre une médecine bien cadrée, salariée ou pas salariée mais on veut vous faire rentrer dans le moule »

M11 : « (...) Je pense qu'on a de moins en moins de reconnaissance de notre travail. Il y a 30 ans (...) les pouvoirs publics étaient relativement reconnaissants, ça s'est vite dégradé »

« Là la reconnaissance elle est nulle, on a une obligation, il faut qu'on obtienne des résultats, quand vous avez des délégués d'assurance maladie qui sont en face de vous disent il faut faire ci il faut faire ça il faut donner tel antibiotique pour l'angine etc., tout ça c'est une pression »

« Alors je ne sais pas si vous la jeune génération vous allez mieux l'accepter mais nous des vieux comme nous on a un mal fou à accepter ça »

« (...) le manque de reconnaissance d'être considérés comme des moins que rien surtout par nos politiques, y en avait un qui disait je veux obliger les médecins à travailler 24h/24 dans des dispensaires ! Quand on a ce genre de discours je trouve que c'est un manque de respect parce qu'on est des travailleurs comme tout le monde, ça veut dire qu'en fin de compte les médecins se tournent les pouces dans leur cabinet et ne foutent rien. »

M14 : *« je pense aussi que c'est un sentiment de manque de reconnaissance du médecin notamment et avant tout par ses patients, (...) mais parfois aussi le manque de reconnaissance par les autorités de tutelle, par l'assurance maladie, par l'agence régionale de santé, par le ministère de la santé, le manque de reconnaissance globale »*

3.2.2. La rémunération en question

M6 : *« je plains les gens qui sont à 23 €, c'est peu... ici on est un petit peu juste au niveau financier pour la structure. Les gens qui sont à 23 ils font comment ? Tu vois ils n'ont plus de secrétaire, ils n'ont plus rien. Donc si on n'a pas de matériel si on n'a pas de secrétariat, si on n'a pas d'aide, on a un risque de Burn out très important donc le Burn out est lié entre autres à la rémunération du médecin. »*

3.2.3. La médecine générale vue par les médias

M1 : *« est-ce que le fait que la société ne reconnaisse pas un médecin généraliste comme quelque chose de qualitatif est favorable à son épanouissement ? Je ne crois pas. (...) Qu'on fasse la promotion de la sage-femme ne me choque pas, ce qui me gêne c'est que parallèlement on ne dise pas voilà vous avez votre médecin qui fait ceci aussi ! C'est comme les campagnes anti-tabac, contactez le tabacologue, ben non, contactez votre généraliste ! »*

« Quand tu parles des urgences, quand tu parles de la campagne de la grippe, t'as une photographie, ils te montrent un reportage aux urgences de l'hôpital on est débordés par la grippe... ! Mais il faut qu'ils viennent dans mon cabinet dans les salles d'attente de nos cabinets le lundi matin où il y a la grippe ! Et ils vont voir qu'on est aussi débordés et qu'on rend aussi service aux gens... ! Mais quand on parle des urgences de la grippe, on te montre l'hôpital ! »

M8 : *« quand j'entends ils disent aux urgences ah oui qu'ils sont débordés parce qu'il faut que les généralistes travaillent plus ! J'ai envie de dire mais ils pensent qu'on est en train de jouer au golf ? Il faut arrêter cette caricature du médecin en ville qui ne travaille pas et qu'on arrête d'accuser le médecin généraliste ! »*

« Dès qu'il y a un problème dans l'organisation des urgences (...), moi j'ai toujours entendu ce discours que les urgences sont débordées à cause des généralistes. »

M11 : « quand il y avait l'épidémie de grippe, (...) pas un mot des médecins généralistes qui se tapent le boulot parce que 95% des gens qui ont la grippe qui est-ce qui les voit ? C'est nous ! C'est nous qui augmentons nos journées de travail ! C'est nous qui nous sacrifions ! Pas un remerciement, pas une parole ! Ça pour nous c'est une vexation ! »

« Les médias ont un rôle négatif là-dedans, l'image du médecin généraliste libéral en France elle est pitoyable ! »

M17 : « j'ai entendu à la radio un commentaire qui m'a choqué d'une psychologue qui parlait du dépistage de l'abus d'écran chez les tous petits et elle a pu tenir en direct qui disaient que ce n'était pas la consultation de médecine générale où on regarde si y a de la fièvre, on regarde s'il mange bien et puis on prend les mensurations qui va apportait quelque chose »

« Je me suis dit on est en 2017 et on en est encore là. Il y a un problème de reconnaissance, je parle pour ma profession de médecin généraliste. »

3.3. La médecine générale vue par les patients

3.3.1. Le médecin généraliste : un bien de consommation

M2 : « on les a mal éduqués donc ils ont toujours l'impression que c'est urgent, que ça doit être vu dans la journée, donc c'est vrai que comme ça me stresse de ne pas les voir je préfère les voir et donc je les mets encore entre deux »

M8 : « même dans le ****région**** alors qu'il y avait SOS MEDECINS qui prenait les gens à domicile qui avaient la gastro, ils ne venaient même pas au cabinet ils appelaient SOS MEDECINS, SOS MEDECINS faisait nos gardes. »

M9 : « ils sont très exigeants et puis on est de moins en moins nombreux aussi donc on a plus de travail mais les gens ne sont pas pour ça moins insistants, on a moins de disponibilités et ils sont encore plus exigeants »

M10 : « le médecin généraliste c'est un bien de consommation ! »

M12 : « (...) je pense qu'on a des patients qui sont de plus en plus demandeurs, de plus en plus exigeants, il faut des papiers et parfois les trucs pour la veille, il leur faut ceci il leur faut cela et c'est des choses à faire en plus (...) »

3.3.2. La consultation multi-motifs

M7 : « la plaie quotidienne c'est les consultations multi motifs (...) on ne peut pas au cours d'une consultation s'occuper à la fois de la dépression de M. Machin et en même temps de sa douleur

d'épaule qu'il a depuis 6 mois et en même temps de son prochain voyage au Burundi ! (...) c'est impossible ! »

« Ça a toujours été sauf que du fait de la démographie en baisse les gens se sont dit avoir un rdv c'est tant que je vous tiens j'en profite ! (...) »

« En fait tout ça c'était un malentendu (...). Ils croient qu'ils vont venir avec plein de problèmes super compliqués et que je vais être très content ! En fait pas du tout !! »

3.4. La conciliation « vie professionnelle/ vie privée »

Dans ce qui suit, les médecins interrogés ont évoqués les interactions qui existent entre la vie professionnelle du MG et sa vie privée et, par voie de conséquence, les risques qui en découlent à savoir un risque de BO majeur d'après eux. Les médecins interviewés nous ont également décrit l'importance de prendre en compte le fait que la population de MG évolue vers une féminisation et subit également des modifications sociétales à travers le renouvellement des générations.

3.4.1. La difficulté de se déconnecter de la vie professionnelle

M5 : « Il encaisse aussi les difficultés que je rencontre dans mon travail ! C'est lui qui les encaisse aussi à la maison quoi ça retentit, c'est sûr, moi j'ai un fort retentissement de mon degré, de mon sentiment de surmenage sur ma vie privée, je le ressens beaucoup et puis il le ressent beaucoup ... ma vie professionnelle empiète quand même pas mal sur ma vie privée ... »

M8 : « (...) les voisins qui viennent sonner le weekend end parce qu'ils ont une gastro c'était ça aussi (...), des gens qui viennent à domicile. »

M13 : « parce que celle que j'ai remplacée a changé d'orientation elle a fait une dépression (...) elle a soigné beaucoup de gens qui sont devenus des amis et certaines sont décédées de cancer et je pense qu'elle ne supportait plus ça, elle a eu beaucoup de mal et maintenant elle est médecin de sécu, (...) elle n'arrivait plus à entendre toutes les histoires un peu malheureuses »

3.4.2. Les débordements de la vie privée sur la vie professionnelle

M1 : « le professionnel réagit sur le personnel : Prenons quelqu'un qui est dans un couple, il y a une séparation ou un déficit relationnel dans le couple même sans aller jusqu'à la séparation, mais imaginons une séparation obligatoirement on perturbe le système personnel, et ça retentit sur le système professionnel donc ça donne un autre élément de déstabilisation »

M3 : « si t'es pas bien dans ta peau déjà personnellement je pense que c'est compliqué pour continuer à travailler dans de bonnes conditions mais ça on le voit aussi chez nos patients donc c'est la même chose dans notre exercice professionnel !... »

M5 : « Quand t'as des difficultés personnelles t'as du mal à mettre ça de côté pour écouter les difficultés des autres. Ce n'est pas facile d'avoir le recul nécessaire pour mettre tes problèmes de côté et écouter de façon empathique les soucis des autres »

M11 : « quand à côté on a des problèmes soit familiaux soit autres c'est la cerise sur le gâteau et on plonge. »

M18 : « si après un pan de ta vie personnelle qui rentre en jeu, tu peux aussi te laisser complètement dépasser (...) parce qu'on est tellement à flux tendu qu'à mon avis dès qu'il y a un grain de sable et que t'es moins efficace... »

3.4.3. L'évolution des générations

Selon les médecins de l'étude, ils constatent que les jeunes médecins ont un réel besoin de ménager plus de temps personnel que leurs aînés.

M11 : « je peux vous dire parce que nous dans nos réunions (...) on a tous la soixantaine bien tapée, les rares jeunes qu'on a, on en avait deux jeunes qui étaient, qui venaient de ****village**** et qui ont arrêté le libéral, qui sont partis à l'hôpital, c'est vrai que quand on est entre nous c'est là qu'on se rend compte qu'on est tous à la limite du Burn out. »

M13 : « ça joue aussi avec une idée du travail et de la valeur du travail qui n'est pas du tout la même chez les jeunes que chez les plus anciens. Moi déjà je vois la différence avec les jeunes qui ont 20 ans de moins que moi »

M14 : « il faut pouvoir justement modifier cet exercice de la médecine générale qui évolue très vite avec une certaine crise quand même de la médecine générale libérale qui quand même nous renvoie des questions, quand on échange avec nos jeunes confrères on se rend compte que beaucoup veulent ménager un temps personnel plus important que ce que faisaient leurs aînés »

3.4.4. La féminisation du métier

M13 : « une femme qui s'installe en médecine générale qui va avoir des enfants même si les hommes prennent beaucoup le relais pour les enfants c'est encore les femmes qui ont les enfants pour les maternités notamment ! Et ça, ça pose problème, c'est le 1^{er} problème de la médecine puisqu'on a de plus en plus de femmes qui sont jeunes médecins donc il va falloir prendre en compte ces modifications-là dans la démographie médicale et accepter de travailler différemment avec plein de temps partiels pour que ça puisse continuer à fonctionner. »

M18 : « Il y a un changement de mentalité, avant le médecin généraliste c'était comme le curé il bossait toute la journée c'était normal il n'avait pas de WE, pas de vie de famille, c'était plus des hommes qui bossaient tout le temps, on ne se posait pas la question. »

« Aujourd'hui on est des femmes, beaucoup, on veut bosser mais pas que, on veut aussi avoir une vie à côté, on veut faire plusieurs choses et je ne vois pas pourquoi on ne pourrait pas avoir un métier équilibré comme n'importe quel métier donc c'est ça le grand changement. »

3.5. Les conditions d'exercice du métier

Dans ce qui suit, les MG abordaient les difficultés rencontrées dans leurs conditions d'exercice, et qui sont des facteurs de risques de BO parmi eux :

- Faire face à la surcharge de travail et préserver malgré tout, la qualité
- Faire face à l'impuissance, la démotivation
- Assurer sa disponibilité et se protéger soi même
- S'organiser au mieux pour faire face

3.5.1. Le dilemme « quantité/ qualité » de travail

Sur le plan professionnel, les médecins de l'étude ont d'abord incriminé la surcharge de travail comme facteur de risque évident de BO. Néanmoins, l'importance des conditions de travail a été soulignée par plusieurs praticiens interrogés et semblait même être primordiales par rapport à la quantité de travail.

M1 : « l'excès de travail, (...) le rythme de travail (...) supporter sur des durées prolongées, »
« c'est à la fois un problème quantitatif mais surtout qualitatif ! »

M6 : « un planning très bien rempli, très chargé, ça c'est la surcharge de travail » « C'est vrai que le problème c'est que quand on est surchargé on n'a pas le temps de discuter »

« L'excès d'activité (...) C'est la surcharge intellectuelle et physique »

M17 : « (...) si les conditions sont mauvaises on peut tout à fait pouvoir être en Burn out »

M14 : « Je me dis que travailler moins ce n'est pas forcément la solution : si finalement on ne s'y retrouve pas tellement, si le travail ne nous porte pas et qu'on a l'impression que les gens n'apprécient pas la qualité de notre travail ou qu'on nous met en cause parce que on prescrit trop de ceci, et pas assez de cela, ou parce que nos pairs ne nous considèrent peut-être pas comme un bon praticien, je pense que là il y a un vrai risque ! »

3.5.2. Les « souffrances » du médecin

La crainte de ne pas « être à la hauteur »

M10 : « *On est des spécialistes mais dans tous les domaines, il faut qu'on soit au fait de tout (...) il ne faut pas passer à côté de trucs* »

La perte de motivation

M1 : « *(...) s'ils ne sont pas épanouis dans cette situation-là ils sont plus sensibles au Burn out.* »

M14 : « *et si on n'est pas enthousiasmé par ce qu'on construit (...), la répétition et la routine menacent, c'est un des facteurs essentiels du Burn out* »

M17 : « *des moments de ras-le-bol que je n'avais jamais connus, de me dire je n'ai pas envie d'aller travailler* »

Le sentiment d'impuissance devant une demande impossible à satisfaire.

M7 : « *je pense que la souffrance du médecin elle est dans le fait de ne pas pouvoir répondre à une demande : Si en plus d'une grosse journée de travail, vous vous retrouvez dans une situation où vous allez devoir dire eh ben non Mme MICHU ça ne va pas être possible de vous recevoir aujourd'hui et ben ça c'est le truc qui génère le plus de souffrance* »

« *Ce sont les médecins qui se retrouvent devant leur impuissance à répondre à une demande que ce soit en volume c'est-à-dire les multi motifs ou en demande de rdv en plus, en plus et comme il n'y a que 24 h dans une journée, ce n'est pas extensible donc quoi faire ?* »

3.5.3. Subir une pratique qui ne nous correspond pas

M17 : « *Un collègue dans le village à côté avait fermé son cabinet (...) il était parti à la retraite sans nous prévenir et c'était un médecin avec des habitudes à l'ancienne comme mentir à ses patients, de ne pas tout leur dire, de proposer des visites à domicile pour les gens qui n'en n'avaient pas besoin, ça m'a beaucoup énervé de devoir corriger plein de choses pour les adapter à ma pratique*» « *Ça a été un surcroit d'activité qui a été subi, que je n'avais pas prévu* » « *On a une activité qui est libérale, (...) on choisit d'avoir une activité où on est maître de ce qu'on fait, quand on subit une surcharge de travail (...) on se retrouve submergé (...) on est complètement débordé par ce qui se passe* » « *Quand le premier jour de la semaine on apprend qu'il y a déjà 8 visites pour le lendemain alors que normalement j'en fais soit 0 soit 1* » « *C'est plus le fait de devoir absorber cette patientèle de façon brutale, non prévue* » « *Quand on voit qu'on a des dossiers médicaux qui sont vides, pas rangés et où les patients ne savent rien de ce qu'ils ont, avec des listes de médicaments longues comme le bras* » « *Il a fallu 8/9 mois pour qu'ils choisissent soit de me quitter soit d'accepter tant bien que mal* »

3.5.4. La difficulté du médecin à se considérer aussi comme un patient

M8 : « je trouve que le médecin de toute façon n'a pas envie d'être malade et n'a pas envie de demander de l'aide. »

« Il y a eu des périodes difficiles, où j'avais pris des médicaments où je m'étais prescrit moi-même du PROZAC pendant 1 mois ou 2 et quand on l'a déjà fait 2/3 fois de suite on se dit bon y a peut-être quand même un souci et puis on ne le dit pas, on ne le fait pas en cachette mais presque. Avec du recul je me dis ah (...) c'est bête est-ce que je n'aurais pas mieux fait d'aller voir quelqu'un ? D'avoir un œil extérieur. »

M9 : « c'est vrai qu'on est négligent sur la santé en général ! Ce n'est pas juste sur le Burn out ou un certain mal-être mais on ne consulte pas en général : on se dit ben c'est rien ! On a quand même nous ici 2 médecins qui sont décédés de maladie, moi j'ai remplacé un médecin qui est décédé d'un cancer du côlon, qui a probablement négligé tous ses premiers symptômes et qui s'est retrouvé quand le diagnostic a été fait malheureusement c'était déjà la catastrophe... »

« Mais c'est vrai que c'est difficile, déjà d'accepter qu'on n'est pas bien et d'aller se confier à un confrère, (...) est-ce que se retrouver dans une salle d'attente avec ses propres patients ou des gens qu'on connaît, c'est compliqué ? Ça veut dire tout de suite que ce médecin n'est pas bien, il est malade ce n'est pas simple aussi. »

M11 : « comme tout médecin je néglige ma santé largement. Mes patients se surveillent mieux que moi. »

M14 : « (...) je pense que le suivi médical et professionnel des médecins est un véritable problème et c'est vrai que c'est extrêmement difficile pour nous médecins généralistes d'accepter de déléguer les soins qui nous sont proposés par d'autres confrères. Moi j'ai choisi un médecin généraliste comme médecin traitant mais j'avoue que je continue à avoir du mal à aller le voir (...) »

« C'est très compliqué parce que pour moi la médecine générale c'est une médecine de proximité, donc ça veut dire qu'il faut se faire soigner par un médecin généraliste qui est dans un rayon de 10 km, 15 km mais guère plus, c'est donc souvent un confrère qu'on connaît parce qu'on échange des relations professionnelles, parfois on a même tissé des liens personnels (...) et il faut pouvoir aller le voir facilement sans faire une ½ h de voiture sinon on ne va pas le voir. »

« Et parce que moi-même on m'a demandé d'être médecin généraliste de confrères de proximité ça m'a mis mal à l'aise parce que c'est difficile de soigner ses proches, ses collègues, ses amis, sa famille et qu'il y a là une difficulté de part et d'autre. »

M17 : « en général les médecins sont suivis par eux-mêmes, je pense que ce n'est pas raisonnable, je pense qu'on devrait tous avoir un médecin traitant. Je suis mon médecin traitant administrativement parlant. Sur le plan psychologique ben forcément c'est plutôt moi qui me gère moi-même »

3.5.5. La difficulté d'un accident de parcours

M3 : « Tu ne dois pas être malade, t'es le médecin tu te dois d'être bien, tu te dois d'être en forme. »

M7 : « (...) s'ils veulent que leur médecin aille loin il faut le ménager un petit peu et c'est étonnant d'ailleurs qu'il y a peu de patients qui le comprennent. Moi des gens qui me demandent comment je vais y en a 1 sur 20. C'est vrai qu'on me demande rarement (...) »

M8 : « Je suis revenue et les patients sont dans le reproche que on n'a pas le droit d'avoir été absent, d'avoir été malade, c'est quelque chose... et je pense que je me suis pris ça en fait dans la figure quand je suis revenue »

M11 : « je vois mal un médecin installé tout seul se dire voilà je ferme mon cabinet et puis je me barre pendant 2 jours, ce n'est pas possible, et on continue à travailler on se dit je vais en faire un petit peu plus, un petit peu plus, et puis c'est là où ça bascule. »

3.5.6. L'isolement professionnel

Le risque d'exercer seul

M10 : « Je pense que comme toujours le fait de pouvoir parler avec quelqu'un ça permet de débriefer et je pense que le mode d'exercice complètement isolé est un mode à haut risque, très haut risque »

M14 : « je pense c'est avant tout l'isolement, je pense que ça c'est le 1^{er} facteur de risque, le fait de travailler tout seul. S'enfermer toute la journée en enchainant des consultations notamment quand on veut travailler vite et qu'on fait beaucoup de consultations, il y a une pression qui se rajoute qui peut poser problème et qui peut exposer au Burn out »

M18 : « si tu es toute seule dans une zone un peu sinistrée je pense que tu peux vraiment vite basculer (...) et te sentir aussi complètement en danger et si tu n'as pas un petit peu de remplaçants qui peuvent t'aider »

Manque de cohésion et de collaboration entre confrères

M18 : « Tu peux très bien être dans une grosse organisation avec plein de gens mais qu'en fait chacun travaille seul dans cette organisation de groupe. Ce sont des fausses collaborations : où juste tu partages des charges, donc tu répartis de l'argent mais tu ne travailles pas intellectuellement en collaboration. Il y a un manque énorme de cohésion, de collaboration entre médecins généralistes à la fois dans nos propres structures et les uns avec les autres : on est dans un individualisme. »

Mauvaise entente avec ses confrères

M1 : « si à chaque fois que tu viens au boulot c'est pour avoir quelqu'un en face de toi qui fait la gueule ou d'avoir des gens avec qui tu n'as pas confiance dans leurs qualités humaines plus que dans leurs qualités professionnelles, obligatoirement ça te rend plus vulnérable »

M8 : « le fait de ne pas pouvoir se mettre d'accord sur ces problèmes d'organisation, je pense que ça pesait aussi mais sur le moment je ne m'en rendais pas compte, je me disais bon c'est un groupe faut se plier..., mais en fait je trouve que ça complique. »

« On communiquait mais on ne se mettait pas toujours d'accord, eux ne voulaient pas tellement changer, les médecins plus anciens ils ne voulaient pas évoluer, ils ne voulaient pas changer d'informatique, quand il y avait un coup de peinture à faire ils ne voulaient pas forcément le faire, pour prendre une décision dans une SCM quand il y a des anciens qui ne veulent pas trop changer les choses c'est un peu compliqué... »

M10 : « Burn out dans un cabinet de groupe où il y a une ambiance délétère c'est catastrophique ! »

Un manque de possibilités pour se faire aider

M6 : « le problème c'est que quand on est dans cette situation je crois qu'il faut pouvoir avoir un autre avis rapidement donc les urgences ne sont pas adaptées du tout à ça (...). Et il faudrait pouvoir donner une partie de sa clientèle à un autre collègue pendant un certain temps et ça, c'est compliqué »

M8 : « Je sais qu'il y a un numéro de téléphone aussi, mais il y a longtemps que j'ai regardé une ou deux fois et je n'ai jamais osé appeler parce que je me suis dit de toute façon qu'est-ce qu'ils peuvent apporter comme aide ? »

3.5.7. Les problèmes d'organisation et de gestion

La gestion du planning

M12 : « travailler tous les jours sans avoir une journée de décompression c'est le 1^{er} point du Burn Out »

M12 : « à partir du moment où il n'y a plus de temps dédié c'est un surcroît, on a l'impression de ne pas pouvoir réussir à tout faire et je pense que c'est le début du Burn Out ! »

M13 : « la désorganisation de notre rythme de travail, je pense que c'est une des premières choses les plus importantes qu'il faut savoir bien régler »

Le manque d'anticipation

M18 : « dans ton organisation au cabinet si tu n'as pas anticipé tous les fameux grains de sable, si tu sens que tu es un peu comme le funambule sur son fil, si tu n'as pas regardé un peu à droite et à gauche, et il suffit de pas grand-chose et tu te casses la figure. »

Les prises de rendez-vous

M4 : « des secrétaires qui mettent plein de rdv et une journée pleine du matin au soir sans moment de pause »

M6 : « (...) un médecin sans secrétaire, sans comptable, sans rien, qui fait tout, tout seul, celui-là il est bon pour le Burn out un jour forcément. »

M8 : « on a eu des soucis qui se sont enchainés avec différentes secrétaires »

M13 : « La réponse téléphonique évidemment que c'est important. Ça a été un peu difficile parce qu'on avait un problème de standard, il y avait beaucoup d'appels, les filles mettaient un temps fou à répondre, donc ils avaient du mal à nous avoir, donc ils venaient ils étaient un peu énervés forcément c'est un peu crispant »

M16 : « j'ai vécu pendant 25 ans dans un groupe avec secrétaire, c'était très confortable mais ça coûtait une fortune donc ça obligeait à travailler plus pour peanuts. »

A propos des appels durant la consultation :

M5 : « j'en ai au moins 5 que la secrétaire me passe, je pense que c'est le minimum donc t'en as au moins une dizaine par jour, qui sont passés, ça c'est fatiguant, quand t'as 1 appel sur une consultation ça va, quand t'en as 2, quand t'en a 3 (...) ! »

La gestion administrative

M3 : « je pense que la masse administrative qu'on nous demande quand même, on passe plus d'1 heure ou 1h30 par jour à faire de la paperasse administrative tant sur le côté administré, récupérer les tiers payants, faire les documents pour les patients, les dossiers MDPH, les dossiers de demande de 100%, tout ça ça nous demande beaucoup de temps »

M3 : « et il y a la gestion du cabinet, la gestion de notre petit matériel, des commandes, de la papeterie, tu laisses toujours ça au lendemain et puis au fur et à mesure ça s'accumule, (...) forcément ça ne t'aide pas dans ton exercice professionnel... »

M2 : « ça reste toujours sur un coin de bureau et ça finit par stresser aussi, (...) de dire toujours je vais le faire quand j'aurais le temps mais comme on n'a jamais le temps ça s'accumule et ça stresse, »

M15 : « la paperasse oui ça s'accumule, on nous demande de plus en plus de choses, la sécu il y a des papiers à faire alors il y a des formes simplifiées avec internet mais déjà ça ne marche pas

tout le temps et il y a beaucoup de choses à faire à côté, la compta, et j'ai les courriers, ça prend du temps... il faudrait une journée en plus par semaine presque pour arriver à faire tout ça.»

La gestion financière

M13 : « On est pris dans un tourbillon quand on est installé , on a un certain nombre (...) de charges qui sont quand même assez contraignantes, c'est bien de travailler avec un beau logiciel, 2 secrétaires, un beau cabinet, mais ça vous coûte beaucoup plus cher que d'être tout seul, donc après aussi si vous voulez avoir un certain niveau de vie, (...)vous travaillez aussi en fonction (...)il y a des médecins qui sont pris un peu dans cette spirale là aussi, qui ont du mal à lever le pied parce qu'ils ont des impératifs financiers.»

M17 : « je n'ai pas de comptable par exemple donc c'est une période de panique à chaque fois en avril pour boucler ça »

3.5.8. Les relations parfois tendues avec les autorités administratives

M5 : « Il y a un gros problème de communication avec la sécu qui en plus n'est quand même pas facilement joignable, puisque tu as un numéro qu'est en 08 donc qui est payant, la moindre des choses c'est quand même d'avoir un numéro de ligne directe pour avoir un administratif qui te répond au téléphone rapidement, (...) enfin moi ça me bouffe quoi, et ça les relations avec la sécu c'est un problème, la sécu quand je dis sécu c'est CPAM, RSI, le RSI c'est pire »

M8 : « je pense ça peut être un élément qui peut venir se surajouter chez un médecin qui ne va pas bien ou qui est un peu déprimé, quand on reçoit des courriers pas très sympathiques, des tiers payants qui ne sont pas payés parce que soi-disant on n'a pas envoyé les bonnes pièces alors qu'on l'a fait, parce qu'en plus c'est souvent injuste, c'est souvent plutôt des erreurs de la caisse, c'est ce côté je suis tout seul au monde à devoir me défendre !»

M9 : « on n'a pas tellement le choix, c'est de toute façon l'ambiguïté de notre situation d'être des libéraux sans en être vraiment, donc à notre niveau on essaye de résister à des choses que la sécu essaye de nous imposer et qu'on essaye de ne pas faire mais il y a un moment où on finit par faire aussi. C'est tous ces papiers à côté qu'on nous impose, de ne pas faire ci, de ne pas prescrire ça parce que ça coûte trop cher, de faire autrement : c'est tout ça qui est un peu fatigant. »

M9 : « nous ici on a une collègue qui s'est installée depuis 4 ans, (...) il y a 2 mois elle est partie en médecine du travail parce qu'elle était enquinée par la sécu sur ses arrêts de travail, la sécu l'a enquinée et elle est partie elle fait de la médecine salariée ! »

*M11 : « Un médecin qui venait juste de prendre sa retraite, qui était en train de monter une maison de santé à *ville*, il se bagarrait pour monter cette maison de santé (...) il était déjà épuisé par son métier et puis c'est vrai que les rapports avec l'administration en particulier avec les ARS ça a été catastrophique et vu le peu de considération qu'a eu l'ARS pour tout son travail , à un moment donné il s'est suicidé de façon dramatique, il s'est sectionné la carotide voilà. »*

M12 : « On parle beaucoup de la sécu (...) qui a de plus en plus d'emprise, c'est sûr qu'un médecin qui essaye de bien faire son job (...) et qui se prend un scud par la sécu parce qu'il a fait trop d'arrêts de travail ça doit mettre un coup au moral, on doit se dire c'est bon ! »

4. LES MESURES DE PREVENTION PROPOSEES PAR LES MEDECINS INTERROGES

Nous abordons ici les mesures de prévention du BO évoquées lors des entretiens.

Elles sont présentées selon quatre thématiques :

- Comment adapter et renforcer l'offre de soins pour mieux répondre aux besoins
- Améliorer la reconnaissance du métier de MG
- Améliorer les conditions d'exercice du métier
- Se préoccuper de la vie du MG

Le premier point se concentre essentiellement autour du constat des médecins interviewés qu'il existe aujourd'hui un déficit chronique de médecins généraliste dans notre pays avec de lourdes conséquences sur l'exercice de la profession.

Le deuxième point révèle un profond ressenti sur le manque de considération et de reconnaissance de la part des organisations institutionnelles et des médias pour la médecine générale.

Le troisième point liste un nombre important de propositions pour améliorer les conditions d'exercice de la profession. Parmi ces propositions nombreuses sont celles qui visent à optimiser l'efficacité à travers l'organisation (mutualisation des moyens, cabinets de groupes ...), la gestion des emplois du temps, et la complémentarité entre confrères.

Le quatrième point s'attache à voir le MG, non pas seulement comme un professionnel de la médecine mais aussi comme un individu qui possède une vie privée, qui a besoin périodiquement de se « déconnecter » de la vie professionnelle pour se « ressourcer » et qui doit également prendre soin de sa propre santé.

4.1. Adapter et renforcer l'offre de soins pour répondre aux besoins

4.1.1. Traiter la question des déserts médicaux

M16 : « mais je ne vois pas actuellement comment on peut résoudre le problème du Burn Out tant qu'on a un manque de médecins et en tant que les gouvernants et autres n'en sont pas conscients »

M16 : « (...) construire des maisons médicales mais il n'y a pas de jeunes médecins qui arrivent ce n'est pas la peine, (...) donc moi je n'ai pas les solutions, mais en tous les cas ça fait 30 ou 40 ans qu'il y a des gens qui devraient être là pour prévoir ces solutions et qui ne le font pas. »

M11 : « Il faut qu'on soit un peu plus nombreux, la pénurie médicale est quand même un gros facteur de pression »

4.1.2. Des mesures incitatives efficaces pour s'installer en zone défavorisée

M1 : « je crois qu'il faut vraiment passer par une reconnaissance économique, je pense que si on te propose à toi d'aller bosser à la campagne, dans un cabinet pluriprofessionnel mais où tu seras le seul médecin et qu'on te paye 3 fois plus cher que ce qu'on te paierait en ville, tu vas quand même à un moment réfléchir (...), mais ça, ça sera juste la reconnaissance de ton travail en milieu défavorisé »

« Mais globalement le médecin généraliste il vit bien, alors si on lui donne 2 fois plus pour vivre il va être très content, est-ce que ça fait partie de l'épanouissement oui, est-ce que c'est suffisant non, parce que 1 an après il aura pris l'habitude de travailler avec cette augmentation de salaire (...) »

M13 : « la revalorisation des actes médicaux elle est quand même importante surtout au vu de ce qui va se passer si les jeunes veulent travailler moins dans leur journée et gagner suffisamment »

M16 : « (...) bien sûr j'aimerais mieux gagner plus comme tout le monde mais ça ne résoudra pas le problème actuel puisqu'il n'y a pas assez de médecins pour voir les gens, même si j'étais payée plus ça me changerait ma qualité de vie peut-être mais pas ma qualité de travail. Mais enfin je suis plutôt pour quand même »

4.2. Améliorer la reconnaissance du métier de médecin généraliste

4.2.1. Considérer le médecin généraliste au même titre que tous les travailleurs

M11 : « On ne peut pas demander à la majorité de français de faire 35h et aux médecins généralistes d'en faire 80, ce n'est plus envisageable. Ça a été à une époque mais plus maintenant. Et je pense que si c'est pris en considération, on pourra sauver notre système de santé. »

M11 : « (...) si on a un peu de reconnaissance, si on a des politiques qui nous ne considèrent pas comme des nantis et des usines à fric, parce qu'en fait c'est ça un peu l'image qu'on donne, qu'on reconnaisse le service qu'on rend à la population, je pense que ça ira beaucoup mieux. Ce

n'est pas un problème d'argent c'est un problème de reconnaissance ! Revalorisez le rôle du médecin généraliste libéral et vous verrez vous aurez des jeunes qui vont s'installer ! (...) »

4.2.2. Permettre une aide par les assurances maladie

M12 : « *Il faut qu'on ait des systèmes qui ne nous fassent pas perdre trop de temps. J'ai essayé de faire un 100% avec la carte vitale ça a été super rapide, ils ont fait quelque chose qui est bien* »

M6 : « *La Sécu quand même aussi peut gérer un peu ce genre de choses en étant parfois un petit peu plus humaine. C'est aussi aux instances qui gèrent le fonctionnement médical de s'arranger pour que les choses qu'on a à faire soient facilement faites* »

M13 : « *la revalorisation des actes médicaux elle est quand même importante* »

4.2.3. Améliorer l'image véhiculée par les médias

M1 : « *on dira contactez votre généraliste qui vous orientera vers le meilleur système. si à chaque fois on entendait ça dans les émissions de radio, en respectant le travail des autres, mais en le mettant en parallèle, je pense que ça ce serait quand même quelque part valorisant, de dire on fait une émission sur les problèmes d'arthrose, alors le rhumatologue a dit ça, le rhumatologue si il dit ben écoutez, vous voyez votre généraliste et s'il y a besoin on est là pour vous aider,(...) je pense que ça serait pas mal pour l'image de la profession et pour l'image que peut avoir le généraliste par rapport à la société* »

« (...) le jour où on montrera un médecin généraliste dans son boulot, on entendra dire : on était chez le généraliste dans le cabinet et ce matin il y a eu 30% d'appels en plus, on aura montré que le généraliste c'est quelque chose. »

4.2.4. Améliorer la perception du médecin généraliste par les patients

M3 : « *je pense que ça ferait pas de mal de leur refaire un petit rappel sur le plan médiatique qu'on fait ce qu'on peut (...)* »

M7 : « *la communication envers les patients en leur disant qu'il ne faudrait pas qu'ils chargent trop la barque sinon elle coule (...)* »

4.3. Améliorer les conditions d'exercice

Ce paragraphe liste les propositions qui relèvent directement de la manière d'exercer le métier de MG *dans son quotidien* :

- **Maîtriser son emploi du temps**
- **Optimiser l'organisation et la gestion du travail**
- **Garder le contrôle face aux patients**
- **Organiser l'entraide entre confrères**
- **Développer les échanges et la solidarité entre confrères**
- **S'ouvrir à un exercice diversifié**

4.3.1. Maîtriser son emploi du temps

Se mettre des règles dans les horaires

M3 : « *Pour moi, le retard c'est stressant, donc j'essaye de faire en sorte de ne pas en avoir ou d'en avoir le moins possible* »

M7 : « *se protéger en se mettant des règles en disant que comme l'ordinateur on ne peut pas avoir 2 rdv sur le même horaire* »

« *J'ai des collègues qui bossent, les rdv sont pris le jour même et quand c'est plein : répondeur terminé. J'essaye de mettre des barrières avec le secrétariat, je mets le répondeur assez tôt enfin c'est 19h au plus tard ou 18h30 je laisse le répondeur pour tout le monde c'est fini* »

M9 : « *se limiter dans les horaires, on ne déborde pas, quand c'est fini, c'est fini. J'essaye de ne pas céder parce que si on le fait une fois on est mort ! On se fait manger tout cru. La fin des rdv c'est 19h30 (...) c'est extrêmement rare que je me rajoute des rdv après, (...) j'essaye de ne pas dépasser. Dans sa journée il faut être structuré, il ne faut pas se laisser déborder sur les plages horaires, finir à 22h ou 23h ce n'est pas bien* »

Pas de consultation libre

M3 : « *la consultation libre tu ne peux pas gérer ton temps (...) tu dois pouvoir gérer ton temps de travail pour ça : il faut donner des rdv, ça t'occasionne moins de stress d'avoir une salle d'attente où les gens ne sont pas énervés parce qu'ils ont attendu 3h dans ta salle d'attente...* »

Limiter les demandes entre les RDV

M5 : « *au niveau des papiers on essaye de faire prendre des rdv c'est-à-dire de ne pas laisser les patients déposer les choses en disant : il le fera quand il aura le temps !* »

Prévoir des créneaux d'urgence

M18 : *« dire je ne remplis pas mon emploi du temps jamais complètement, pour répondre à l'urgence »*

Prévoir des pauses dans la journée

M5 : *« je me suis mis 2 pauses l'après-midi, j'en avais qu'une avant et comme ça, ça va mieux : 2 pauses d'un quart d'heure, j'ai moins de retard. Je me sens moins stressée »*

Prévoir des jours de pauses dans la semaine

M1 : *« ma solution c'est d'avoir des jours off »*

M11 : *« s'accorder un petit peu de liberté, nous on s'accorde maintenant 2 jours de congés par semaine (...) pour récupérer »*

M12 : *« Je travaille 3 jours dans la semaine, le fait de ne pas travailler tous les jours ça permet de se ressourcer. »*

Respecter une vraie pause déjeuner

M14 : *« Je vais me ménager 1h pour la pause déjeuner, ça c'est très important. En aucun cas je ne peux renoncer à ça. J'essaye de rentrer chez moi. Au moins ¾ d'h. Je vais faire un tour dans mon jardin, je vais voir mon chien, j'essaye de me changer un petit peu les idées. J'essaye de protéger ça même si j'ai des réunions sur le temps du midi »*

Savoir se ménager des périodes de vacances

M6 : *« Je commence à avoir l'habitude, quand les gens commencent à me barber, c'est que ça ne va pas donc à ce moment-là je prends des vacances »*

M16 : *« je crois qu'il faut absolument prendre des vacances tous les 3 mois. »*

Limiter le nombre de nouveaux patients dans la journée

M5 : *« je disais aux secrétaires les nouveaux patients tu m'en mets pas plus de 2 par matinée, 2 par après-midi »*

La visite à domicile : trop chronophage

M3 : « un médecin généraliste ne fait plus de visites à domicile, c'est terminé, parce qu'on n'a pas le temps. Une visite à domicile c'est 1h de notre temps entre le départ du cabinet, arriver au domicile du patient, la consultation qu'on va faire et revenir. »

4.3.2. Optimiser l'organisation et la gestion du travail

Le secrétariat téléphonique

M8 : « je me rends compte du confort que j'ai maintenant, mon secrétariat téléphonique s'il y a un souci je peux changer. Je me retrouve avec un secrétariat à distance qui fonctionne très bien. Parce qu'ils sont plusieurs donc je pense qu'ils gèrent mieux »

M15 : « là nous ça nous coûte chacune 500 si tu embauches quelqu'un ce n'est pas 500 € chacune parce que tu la payes et après derrière tu as les charges »

Le secrétariat sur place

M5 : « c'est à mon avis un des plus importants moyens pour éviter de se sentir en Burn out puisqu'elles font une barrière avec nous donc elles gèrent un grand nombre de demandes, elles jugent de l'urgence de la demande et de la nécessité de nous déranger, on les connaît bien, elles sont formées par nous »

M9 : « la secrétaire fait un tri et comme elle est là depuis très longtemps, elle connaît les gens, ça nous permet de nous décharger un petit peu (...) elle sait celui qui appelle et qui n'est vraiment pas bien »

M17 : « heureusement l'organisation du cabinet avec une secrétaire physique qui connaissait très bien les patients, qui avait 35 années d'expérience dans le cabinet a aidé puisque je pense que ça aurait été encore pire si on avait eu un secrétariat à distance par exemple qui n'aurait pas du tout filtré les visites. »

Un secrétariat sur place et à distance

M13 : « un télé secrétariat à distance unique : les gens ne savent pas qui leur répond, donc nous le 4^{ème} appel est différé à notre secrétaire sur place, pour éviter que les gens aient trop d'attente, sinon c'est le secrétariat à distance. »

La comptabilité

M6 : « On s'est protégé parce qu'on a un comptable et on lui a donné beaucoup de responsabilités pour justement éviter les chocs en retour. On vient d'avoir un problème avec une structure (...) ça a été 10 coups de téléphone, 3 lettres recommandées, à des services différents,

et ça le comptable l'a fait, un médecin qui a une patientèle importante et qui tout d'un coup se retrouve avec ça, c'est un truc à péter un plomb »

Se fixer un salaire régulier

M3 : « je fais en sorte de me verser un salaire fixe tous les mois. (...) j'ai cette sécurité de me dire que c'est un salaire qui correspond tout à fait à mon activité habituelle, je me verse cet argent et cet argent là ça me permet sur le plan personnel de vivre comme il faut. Il faut avoir un système qui te permet d'être un peu tranquille sur le plan financier »

Partager efficacement les mêmes logiciels informatiques

M13 : « ce logiciel c'était aussi une façon de s'organiser devant la désertification, si tous les médecins ont le même logiciel ça permet de partager les infos du dossier patient, c'est quand même vachement pratique »

M3 : « J'ai mon outil de travail qui fonctionne. Maintenant tu es obligée d'être informatisée, et il faut que ton système informatique soit opérationnel. C'est un vrai gain de temps quand tu sais bien l'utiliser et c'est une vraie galère quand ça ne fonctionne pas. »

4.3.3. Garder le contrôle face aux patients

Savoir répondre à la demande « urgente »

M5 : « au début ça prend du temps mais après c'est du bonus, c'est plus facile »

M2 : « si on leur dit, la fois d'après, quand il y a de la fièvre vous pouvez prendre du Doliprane Et voir si ça améliore déjà les choses, ce n'est peut-être pas urgent »

La consultation : être le maître d'orchestre

M5 : « J'ai tendance à recadrer le nombre de demandes dans une consultation. Je commence à bien connaître ceux qui viennent avec leur liste avec euh 6/8/10 demandes sur la même consultation. Toujours demander en début de consultation quel est votre problème ? Est-ce qu'il y a autre chose ? Est ce qu'il y a encore autre chose ? J'essaye de leur faire comprendre qu'on ne peut pas tout traiter correctement sur 1 consultation donc on va choisir un certain nombre de choses qui leur semblent les plus urgents et on fera le reste la prochaine fois »

Informé et prévenir les patients des règles

M7 : « (...) une affiche sur la porte. Alors il faut trouver la bonne formule j'en ai une sur la porte : expliquant qu'on ne vient pas à 2 ni 3 ni 4 sur un seul rdv (...) en gros l'argument c'est parce que vous le valez bien, j'avais fait ça avec humour (...) Je ne sais pas ce qu'il faudrait à part

communiquer avec des affiches, mais ils ne comprennent pas vite et en même temps c'est humain, les gens : il ne faut pas rigoler surtout quand ils sont malades »

M5 : *« Si tu le présentes bien, ils adhèrent. Il faut leur présenter comme à leur avantage, c'est-à-dire : pour bien prendre en charge leur problème de santé il faut qu'on passe le temps nécessaire pour chaque problème, donc on ne peut pas tout faire rapidement. »*

Savoir rappeler les limites aux patients

M7 : *« Je pratique de plus en plus le C.V.P.E.P. J'échange avec ma secrétaire par écrit sur internet, je lui réponds C.V.P.E.P : ce qui veut dire ça ne va pas être possible. Mme MACHIN rdv ce soir ? C.V.P.E.P : Ce n'est pas possible et je ne discute plus, je dis à la secrétaire ce n'est pas la peine de me dire oui mais... Je ne veux pas le savoir. »*

M5 : *« ceux avec qui ça ne passe pas, je suis capable de dire je crois qu'on ne va pas s'entendre je pense qu'il faudrait mieux que vous trouviez un autre médecin traitant. Je ne me retourne pas derrière la secrétaire pour le dire, je leur dis en face et ça plait ça plait pas c'est pareil, quand je sens qu'on n'a pas du tout la même façon de travailler, je vais leur dire et si ça ne convient pas : c'est tout c'est comme ça. »*

4.3.4. Organiser l'entraide entre confrères

Assurer la continuité des soins à plusieurs

M13 : *« c'est important parce qu'on peut se remplacer mutuellement même si on ne trouve pas de remplaçant, et c'est quand même plus facile de se remplacer même pendant les vacances avec mon confrère je m'organise tout le temps pour qu'on ne parte pas la même semaine... on a chacun notre semaine de vacances sur les vacances scolaires, ça c'est une question d'organisation »*

M11 : *« quand on est en cabinet de groupe on peut s'organiser à le faire, parce que quand il y en a 1 qui est absent y a les autres qui sont là »*

M18 : *« il faudrait qu'on soit plus organisé entre différents cabinets médicaux pour se dire là toi c'est ta semaine où tu vas gérer toutes les urgences nous on est un peu peinards cette semaine et vice versa. Bosser à plusieurs mais avec réellement une envie de collaboration. Il faut poser les bases dès le départ des gens avec qui tu travailles, ce n'est pas seulement répartir la secrétaire, c'est concrètement comment on va faire pour que le soir quand on ferme la porte du cabinet on ait l'esprit libre. Quand tu n'es pas à ton cabinet, quelle que soit la raison, quelqu'un qui fait ton pendant, qui est là comme un vrai collaborateur : Une personne référente que d'ailleurs les patients pourraient connaître officiellement, quand le docteur Machin n'est pas là, c'est le docteur Truc, quand il y a une urgence il y a tel système qui est mis en place »*

Fonctionner en groupe tout en conservant sa liberté d'initiative

M8 : « Si je veux acheter plus de draps d'examen (...) on commande avec la société qu'on veut. S'il y en a une qui a des habitudes avec d'autres fournisseurs, on n'a pas à se mettre d'accord. ... Il n'y a pas la perte de temps d'abord parce qu'on n'a pas toujours le temps de se voir donc quand j'ai besoin de matériel je vais grouper ma commande je la fais quand j'ai envie de la faire. ... On peut échanger sur du médical, sur d'autres choses qui sont peut-être plus essentielles. »

Trouver un remplaçant

M6 : « trouver un remplaçant et de s'arrêter, ça c'est bien, c'est sûrement un des moyens les plus simples pour éviter ce problème. »

Valoriser la multidisciplinarité

M14 : « on peut travailler seul mais avoir des espaces de rencontre des collègues, je ne parle pas seulement des collègues médecins, et d'autres collègues qui font des métiers qui ont des points communs, si on a des espaces d'échange pour pouvoir partager des difficultés et essayer de résoudre ensemble, même si on travaille isolément, l'espace de parole il est là et donc ça permet de lutter contre le risque de Burn out »

M11 : « ici on a la chance d'avoir un psychologue qui nous aide »

Apprendre à déléguer

M18 : « on essaye de mettre en place dans notre maison de santé tout ce qui est délégation de tâche, on a des systèmes avec nos infirmières (...) par exemple sur les pathologies du diabète, elles veillent sur l'éducation, le suivi de glycémie, la nutrition, c'est une sacrée aide, c'est une autre forme de collaboration, il y a une autre personne qui réfléchit avec moi, tu te sens moins seule. »

Avoir un tuteur

M6 : « finalement ce serait d'avoir un tuteur presque pour dire bon ça va c'est bon, ça permet de se recentrer, se dire que ce n'est pas si grave et qu'on va pouvoir y arriver quand même à sortir de cette histoire. »

Se faire coacher

M2 : « parfois dans notre métier on devrait être coachés à mieux gérer notre emploi du temps, je sais que les associations de gestion agréée (AGA) nous proposent des trucs comme ça, tout

ce qui est un peu psychologie, mieux aborder les patients agressifs, mieux gérer sa journée, ça m'aiderait sûrement »

« le coach pourrait dire ça :organise des plages horaires sur ton planning où tu ne mets pas de patient pendant une demie heure pour faire les papiers que tu as à faire, les demandes d'ALD... »

Mettre en place un Groupe Qualité

M13 : *« On a un groupe qualité une fois par mois que mon collègue anime, chacun ramène ses dossiers difficiles ou les dossiers qu'on a mal gérés, qu'on sent bien qu'on a mal géré et qui nous trottent, on en discute c'est bien parce qu'il n'y a pas de jugement dans ce groupe-là. »*

S'unir pour mieux se faire entendre

M13 : *« le syndicalisme ça peut être un moyen d'aide parce que les gens qui sont très actifs au sein du syndicat sont très soucieux de notre corps professionnel, ils sont aussi dans les commissions paritaires notamment de la sécurité sociale, ils participent aux commissions sur des sujets, sur les IJ, les indemnités journalières ... si personne n'y va évidemment il n'y aura pas d'échange ou de points de vue échangés avec les autorités donc il faut bien qu'il y ait des médecins qui y aillent pour faire connaître un petit peu ce qui se passe et pour défendre notre métier. »*

M7 : *« avec le syndicat le forum, j'ai un tas de potes un peu partout en France »*

« Si je n'avais pas mon syndicat avec qui je discute en continu, je ne sais pas dans quel état je serais ! »

M11 : *« on a monté une association, on est 50, quand l'ARS commence à petit peu à m'emmerder, je dis attendez, vous parlez à 50 professionnels de santé, là le discours il est différent : on a plus de poids à 50 que tout seul dans son petit cabinet. »*

« On doit faire l'effort de se structurer, de se coordonner tous les professionnels de santé, médecins, dentistes, pharmaciens, kinés, infirmières, tous les professionnels il faut qu'on commence un peu à s'organiser parce que sinon on va se faire bouffer tout cru. Il faut qu'on se défende »

4.3.5. Développer les échanges et la solidarité entre confrères

Organiser des échanges avec les confrères

M18 : *« verbaliser les choses avec tes pairs c'est hyper important parce qu'on a souvent l'impression qu'on est seul la tête dans le guidon et on ne l'est pas du tout »*

« Démystifier les choses avec les collègues avec qui tu travailles ou d'autres amis médecins ça met un

peu de distance et voire ça te permet de trouver solutions »

« Que ça soit des groupes de pairs, un groupe d'échange, ou juste l'apéro mensuel avec les copains, tes copains médecins »

M7 : *« je suis sur Skype avec un collègue en permanence, on échange toute la journée »*

« Je ne me sens absolument pas seul, j'ai été associé ici pendant 9 ans on était 2 : j'étais beaucoup plus seul que je ne le suis aujourd'hui. Et mon pote me dit je parle beaucoup plus avec toi sur Skype qu'à mes associés physiques qui sont dans les bureaux d'à côté. Ça ne se passe pas devant le café, mais on cause beaucoup. »

« Les jours où Skype est en panne je déprime ! »

Pouvoir se rassurer

M6 : *« avec ****collègue**** on se voit souvent le soir, c'est un bon moyen pour éviter des choses à risques et ça permet de dire tiens moi j'ai vu ça, je ne comprends pas, s'il dit je ne comprends pas non plus ben c'est très bien parce que c'est rassurant »*

M7 : *« j'en parle et comme en face il y a le même vécu ça me console en me disant que oui c'est comme ça »*

M9 : *« Après l'avantage d'être dans un groupe c'est que quand il y en a qui sont plus âgés ils sont là pour nous conseiller aussi et nous dire fais attention, tu te laisses envahir, mets des limites, donc ça c'est le côté sympa »*

Se trouver des parenthèses « d'évasion »

M14 : *« je vais diversifier mon activité tout au long de la journée, il y aura des créneaux où je vais échanger des mails, où je vais passer des coups de fil, je vais aussi préparer une formation, je vais réfléchir à une intervention que je pourrais faire, j'ai des espaces de respiration, je vais échanger quelques mots avec un collègue sur le pas de la porte, je vais prendre une pause avec ma secrétaire. »*

Vider son sac

M10 : *« c'est quand on a l'occasion de se voir dans la journée ça permet de vider son sac si à un moment donné t'as un truc qui te porte à cœur, tu peux en parler, ça fait des espèces de mini briefings qui sont salutaires »*

M11 : *« on a une petite salle où on va prendre le café et là on fait tous notre psychothérapie en fin de compte, on évacue »*

S'autoriser des petites séquences pour rigoler dans une bonne ambiance

M9 : « on arrive à rigoler un peu dans la journée et de se changer un peu les idées même si ça dure 2 min c'est toujours bien »

M10 : « je suis venu ici (cabinet de groupe) et je ne regrette pas du tout, c'est une ambiance qui est super, on s'entend très bien »

« C'est un gage de sécurité : quand vous êtes dans un cabinet de groupe et que vous avez une parfaite entente entre les gens »

M11 : « le gros avantage ici : c'est effectivement d'être regroupé et d'avoir une ambiance assez sympathique »

M9 : « On a la chance de bien s'entendre entre nous donc ça c'est important, je pense que si on était tout seul dans notre coin dans un cabinet individuel ce serait peut-être plus compliqué. »

M14 : « Si on a une bonne relation de confiance et qu'on sent ses confrères à l'écoute et prêts à entendre des choses assez personnelles ça change tout. »

Groupes d'échanges de pratiques

M1 : « ça permet de se rencontrer, il y a toute une part qui est très professionnelle où on travaille, mais il y a aussi le fait de se voir avec des gens qu'à priori on respecte qu'on aime bien et donc ça permet aussi d'exprimer, le fait de rencontrer des gens, d'entendre que les autres ont des difficultés et de savoir qu'on n'est pas le seul à avoir une difficulté, je pense que c'est aussi un caractère préventif et puis d'être entendu par d'autres professionnels et dire c'est vrai que c'est dur pour toi, je pense que c'est protecteur »

M2 : « ça permet de voir d'autres confrères qui font la même formation, de s'ouvrir, de voir autre chose, de se former et quand après on voit un patient qui rejoint ce qu'on a appris à cette formation on peut mettre en pratique ce qu'on a appris, c'est gratifiant »

M9 : « il y a un petit noyau de 10/15 médecins où on arrive à se réunir pour essayer de se mobiliser voir ce qui va ce qui va pas, ce qu'on peut essayer de faire et puis se donner un peu de baume au cœur. C'est un moment pour se retrouver et puis il y a eu quelques médecins aussi qui avaient été un peu harcelés par la sécu donc c'est un moment pour les soutenir et voir ce qui pourrait être fait à notre niveau »

4.3.6. S'ouvrir à un exercice diversifié

S'impliquer dans le cursus de formation Universitaire

M3 : « c'est hyper intéressant d'avoir des internes et des externes ça te permet d'être tout le temps en mouvement sur ta pratique professionnelle tu te remets toujours en question sur ce

que tu fais et pourquoi tu le fais et est-ce que tu fais bien et est-ce que ça suit les recommandations, ça te permet de rencontrer d'autres médecins, tant sur le plan des formations que sur les autres maîtres de stages forcément ça t'apporte tu vois comment chacun pratique. »

M8 : *« ça permet de sortir de sa zone de confort, de se poser des questions aussi sur ses prescriptions ceci-dit, enfin de pas être seule en consultation, c'est sympa. Pour l'instant je trouve que c'est, je sais que la semaine où j'ai l'interne je vais finir plus tard, je vais avoir plus de retard, ça va être un peu plus compliqué. Mais je ne pense pas que sur le Burn out ça vienne ni contribuer ni l'empêcher »*

M13 : *« voir des jeunes qui nous en apprennent, qui ont une vision différente, c'est bien, ça dynamise. Ça permet de réfléchir un peu plus à ce qu'on fait, parce qu'on a un regard extérieur, non, on perd du temps, on est en retard mais dans l'échange c'est sympa quand même. »*

M14 : *« Je pense que le Burn out aurait pu me toucher à titre personnel si je n'avais pas, si je n'étais pas investi dans d'autres domaines de l'exercice, notamment sur la formation aux étudiants et aux confrères. J'aime bien la pédagogie le fait d'avoir des étudiants, ça oblige quand même un petit peu à se remettre en cause, c'est une aiguillon pour se former, pour se mettre à la page et puis le fait d'être interrogé, sollicité c'est très porteur. Le fait que les étudiants soient contents de ce qu'on leur apporte tout ça c'est très intéressant »*

M16 : *« ça m'a fait du bien, ça m'a stimulée, c'est sympa de partager et j'en apprend autant que j'essaye de faire passer des choses »*

M17 : *« il y a des interactions qui sont intéressantes, il y a des étudiants qui éclairent ma connaissance du patient, c'est quelque chose (...) d'enrichissant, de divertissant par exemple lorsque la consultation est un peu compliquée : le fait d'en reparler, de la revoir sous un angle plus pédagogique ça permet d'évacuer vite la partie désagréable »*

M18 : *« le fait d'être maître de stage d'internes en SASPAS ça peut t'aider parce que c'est une aide un peu plus officielle (...) tu es plus dans le compagnonnage (...) ça te délègue. Ça me paraît positif parce qu'en fait ça t'oblige à une certaine remise en question, une certaine distance et à te poser sur ta pratique parce que t'as un œil extérieur qui regarde ce que tu fais. Ça pourrait être préventif parce que c'est quelqu'un qui t'oblige à sortir la tête du sac (...) si là un étudiant me regarde faire, ça te fait réfléchir. Après c'est aussi chronophage je pense que t'as plus à en tirer qu'à en perdre d'être dans ce compagnonnage. »*

S'impliquer dans un projet qui nous tient à cœur

Un médecin évoque ici son projet de création d'une maison de santé pluridisciplinaire (MSP)

M14 : *« c'est ça actuellement qui me permet vraiment d'être toujours enthousiasmé par mon travail, bâtir le système de soins de demain et essayer d'augmenter la qualité des soins en travaillant de plus en plus en pluri professionnel, ça m'amène à rencontrer d'autres personnes qui ne sont pas forcément des médecins, ça m'amène à un travail régulier hospitalier, à travailler*

avec le médicosocial et avec le social et ça je trouve c'est une très bonne ouverture d'esprit et la contrepartie aussi c'est que je suis moins dans mon bureau c'est probablement aussi ce qui me protège »

« C'est une façon d'évoluer dans mon métier, je suis heureux de pouvoir utiliser mon expérience pour pouvoir organiser des choses dans les soins »

« le fait de se rencontrer, de se connaître, de mieux comprendre qui fait quoi ça permet de se dire qu'on peut faire évoluer les pratiques et donc ça permet de construire un nouveau système de soins. On va se mettre d'accord sur des protocoles de prise en charge, c'est-à-dire sur une façon de faire qui va bénéficier au patient puisque la qualité des soins va être supérieure. »

« le fait de construire des choses nouvelles ça c'est très riche et quand on fait du nouveau ça porte, c'est-à-dire qu'on a envie de créer, de mettre, de tâtonner, d'expérimenter, et puis de voir quand ça marche, et des fois ça marche moins bien, donc on se rencontre à nouveau, on change son fusil d'épaule tout est nouveau tout change et on est en perpétuelle évolution ça je pense que c'est très important pour justement casser cette routine et c'est très valorisant »

« le fait de s'investir et que les collègues nous reconnaissent dans notre rôle d'essayer de bien faire, ça met du baume au cœur et donc l'image de soi, le fait de se dire ce que je fais ce n'est pas juste pour gagner de l'argent, mais parce que ça rend service aux patients, ça rend service au système de santé dans son ensemble, (...) tout ça c'est très agréable d'être reconnu justement notamment par les autorités de tutelle »

« Et quand on rencontre les gens de l'ARS et qu'ils reconnaissent notre apport, notre travail on se dit qu'on ne fait pas tout ça en pure perte et que finalement ça vaut le coup de continuer.

Acquérir des compétences supplémentaires

M12 : « On peut très bien décider de réorienter un peu son activité, quelqu'un qui aime bien la gynéco qui fait une formation complémentaire en gynéco pour avoir une patientèle plus ciblée, pour trouver du plaisir dans son travail »

Participer à la formation médicale continue

M1 : « D'entendre des gens à la fois des très bons qu'on écoute, des moins bons qui nous font sourire peut-être mais qui nous permettent de nous valoriser »

M2 : « Quand je fais une journée de formation je me dis qu'est-ce que ça fait du bien de se prendre une petite journée, parce qu'il n'y a pas un rythme effréné, c'est une petite journée qu'on se donne et qui fait du bien »

M8 : « aller en formation une journée pour souffler »

4.4. Se préoccuper du médecin généraliste en tant que personne

Les médecins de l'étude nous ont témoigné de l'importance de prendre en compte le médecin aussi comme une personne qui ne peut soigner les autres efficacement que si lui-même est en bonne santé, bien dans son corps et son esprit.

- Ainsi, les médecins interrogés nous proposent la mise en place d'un système de suivi médical basé sur un réel service de médecine du travail. Instaurer un suivi psychologique, et l'idée d'un entretien bi annuel par une « vraie » personne qui vient visiter le MG à son cabinet. En termes de prévention, les médecins interrogés ont évoqué l'intérêt d'une campagne de dépistage et d'utiliser le score MBI comme outil de prévention primaire. Enfin, donner la possibilité aux médecins et étudiants en médecine de se former sur le BO préviendrait le BO des MG selon les médecins interrogés.
- Afin d'éviter que le médecin puisse se retrouver dans une accumulation de situations de stress susceptibles de le conduire au BO, les médecins de l'étude ont évoqué l'importance de réfléchir sur la manière dont il envisage son métier : ses motivations, ses limites et faiblesses, ainsi que les barrières qu'il doit s'interdire de franchir.
- Pour rester efficace, faire preuve de professionnalisme et d'empathie, les médecins interrogés nous ont décrit que le médecin doit pouvoir « se déconnecter » périodiquement de son métier. Pour ce faire, il leur paraît important d'accéder à une vie sociale saine et épanouie (sports, loisirs). Son milieu familial ou ses proches représentent la plupart du temps des éléments extrêmement précieux pour leur permettre de se « ressourcer ».

4.4.1. Mettre en place un suivi médical du médecin généraliste

Une médecine du travail

M11 : « Si c'est organisé par nous-mêmes, ce n'est pas la sécu ou l'ARS qui nous l'impose. Confier ça aux médecins du travail. »

M17 : « à propos du dépistage facultatif : ne me sentant pas concerné je n'ai pas adhéré ! Je me suis dit que ça allait, la médecine du travail a son rôle, j'imagine que les médecins salariés ont une visite de médecine du travail, et pourquoi pas nous ? »

Un suivi psychologique

M18 : « s'obliger à être suivi sur le plan médical au moins sur le plan psychique, pour poser les choses, même de la façon dont tu l'abordes aujourd'hui, parce que par exemple j'ai un collègue il ne se pose même pas la question »

M11 : *« au niveau psychologique, on aurait au moins un entretien avec un psychologue de temps en temps je suis sûr qu'on trouverait à marée basse des sacrés trucs, des situations catastrophiques »*

Un entretien biannuel

M3 : *« on n'a jamais d'entretiens avec personne (...) il faudrait quelqu'un, dans ton secteur d'activité, (...) qui vient te voir(...) tous les 6 mois, qui te dit : est-ce que tout va bien ? »*

*« Un système biannuel, sur les 6 derniers mois : avez-vous senti telle sorte de difficulté, sachez que autour de vous vous avez un réseau de confrères, tu notes les noms, le Docteur** et Docteur** qui sont prêts à vous aider, à vous écouter. Aller chercher l'information de ceux qui ne vont pas bien »*

M11 : *« il faut que ça soit un contact physique »*

Une campagne de dépistage

M11 : *« il faudrait que soit la profession ou l'ordre qui nous dise une fois par an : il faut faire un point sur la santé »*

M17 : *« Avoir une campagne d'information qui amène à se poser la question : est-ce que je risque d'être débordé ou est-ce que je suis déjà débordé par mon activité ? Si on est plus informé à mon avis ça sera plus facile de se livrer ou de dire les choses si ça devient quelque chose d'un peu banal. (...) Ça pourrait briser le tabou. »*

« (...) une communication par le conseil de l'ordre, d'outils de dépistage, d'auto-dépistage »

« Il y a un rôle à jouer des pouvoirs publics, de l'université pour bien insister chez les étudiants qui sortent de faire attention à leurs compétences professionnelles qui comportent aussi ce qu'ils font à l'extérieur de la médecine, car c'est ce qui permet de prévenir les choses. »

Utiliser le score MBI comme outil de prévention primaire

M9 : *« sans le donner à qui que ce soit, rien que pour nous pour s'évaluer, et pouvoir comparer un an après, ça permet de réfléchir, ça peut nous mettre une petite sonnette d'alarme »*

M12 : *« je trouve ça pas mal, on est forcément obligé de se poser 5 min pour répondre aux questions, et on a forcément envie de regarder les chiffres, ça donne une petite idée... Recevoir ça et devoir le remplir de façon anonyme (...) dans un courrier personnalisé »*

Pouvoir se former sur le BO

M12 : « si on était mieux formé sur le Burn out des patients puisqu'on en voit, on serait forcément plus efficace sur le Burn out des confrères ou de soi-même »

M17 : « Une réflexion sur comment soigner un médecin, comment aborder un médecin qui souffre quand on est un autre médecin qu'on côtoie de différentes manières. Pas mal de généralistes n'ont pas intellectualisé les choses »

4.4.2. S'interroger sur sa mission et les limites qu'on doit se fixer

S'interroger sur ses limites

M1 : « on ne fonctionne pas tous de la même façon, (...) il faut se connaître pour trouver une solution à soi, pour soi »

M13 : « il faut savoir jusqu'où on est capable, combien de patients on est capable de prendre par jour (...), il faut connaître ses limites. »

M17 : « je ne pense pas qu'il y ait de solution idéale ou typique qui fonctionnerait pour tout médecin, je pense que chacun va se reposer sur ce qu'il souhaite »

M18 : « est-ce qu'il faut décortiquer toute sa vie pour vérifier que tu ne veux pas à la moindre accroche basculer, c'est un peu compliqué de raisonner comme ça, mais se demander tous les jours si tu es content de ce que tu fais, si tu as l'impression que chaque pan : le pro, le perso, le psycho et le physico tout va bien, déjà tu pars plutôt positif »

Se donner le droit de choisir

M1 : « se donner les moyens d'avoir les conditions de travail qui nous plaisent. Si tu as envie d'aller bosser à la campagne tout seul il faut que tu le fasses et il faut que tu te donnes les moyens de le faire. Si tu as envie de finir à 6h parce que tu veux voir ta fille, il faut que tu t'en sentes la prise de droit. Si tu décides de finir à 6 h parce que c'est ça ta vie, parce que tu as décidé que tu la vivrais comme ça, tu es légitime et ça c'est un moyen de prévention parce que tu décides de ce que tu fais »

Eviter de vouloir toujours faire plus

M12 : « ne pas tomber dans la spirale de toujours faire plus, Soit parce qu'on a de plus en plus de demandes qu'on ne sait pas refuser, soit parce qu'on veut gagner de plus en plus soit parce qu'on a des patients qui sont de plus en plus demandeurs. »

Se rappeler ce qui nous a fait choisir ce métier

M2 : *« quand dès le matin on se dit aborde ta journée gentiment même s'il y a beaucoup de travail, il n'y a pas de stress, reste zen »*

« Si on décide de travailler de façon optimiste et plus joyeuse c'est plus facile, et finalement en fin de journée on se sentira moins fatigué. Rien que de se dire : aborde tes patients avec le sourire, sois détendu, gentil, bienveillant à leur égard, ça aide et parfois je peux me rendre compte que je fais autant de patients »

M2 : *« ce qui rend du plaisir dans notre métier c'est de prendre le temps avec le patient, pouvoir discuter avec lui, pouvoir l'interroger sur peut-être plus profondément que sa simple angine, voir si tout va bien, d'aller plus en profondeur »*

« Se rappeler qu'il faut être heureux de vivre, c'est quand même un métier qu'on a choisi pour pouvoir bien s'occuper des gens. Ce n'est pas un métier que je fais pour gagner de l'argent, c'est pour être heureux dans mon métier »

« Pour soigner les gens, avoir une bonne relation avec les gens, il faut se rappeler qu'on est quand même des êtres humains et pas des machines. Il faut qu'on se bichonne un peu plus et qu'on ne soit pas trop dur avec soi »

Accepter ses limites et renoncer à être le médecin sauveur

M6 : *« accepter de ne pas être le meilleur »*

M2 : *« se dire qu'on n'est pas indispensable et qu'on n'est pas dieu le père »*

M7 : *« faire ce qu'on peut du mieux qu'on peut. A un moment il faut accepter de dire : non je ne peux rien pour vous. Il faut renoncer à sauver le monde. Faire le deuil d'une espèce d'impression de puissance »*

« Mais comment ils vont faire ? Ça n'est pas ton problème ! Ça ne veut pas dire qu'on s'en fout ça veut dire que ce n'est pas votre problème que vous avez à vous à porter »

« Alors vous pouvez l'aider, le soutenir, compatir mais vous ne pouvez pas prendre sur votre dos les problèmes des autres sinon vous n'allez pas y arriver. Les médecins qui font ça ils prennent sur leur dos et comme il y a de plus en plus de problèmes confrontés on n'y arrive pas au final. »

Déculpabiliser sur la pénurie médicale

M1 : *« D'abord si les gens sont malades, ils peuvent venir avant. De toute façon si tu n'es pas à la campagne de 9h à 18h il y a personne, donc arrête de culpabiliser, il faut que les médecins arrêtent de culpabiliser »*

M7 : *« on relativise, on ne les laisse quand même pas mourir devant la porte, il ne faut quand même pas exagérer non plus et puis si vraiment ça barde il y a les urgences. Ce n'est pas de ma*

faute à moi s'il y a une pénurie, (...) j'y suis pour rien, (...) et de toute façon ça sera sans fin donc il ne faut pas que j'espère régler le problème. ... Ne pas se culpabiliser sur le : ah là là ce n'est pas bien je n'ai pas pu recevoir le p'tit Riri qui avait de la fièvre. »

M18 : « *nous les dernières générations de médecins généralistes on va être obligé de dire stop alors qu'il y aura des besoins et il faut qu'on se prépare et il faut abandonner l'idée qu'on peut répondre à toutes les demandes tout le temps »*

4.4.3. Préserver la frontière « vie professionnelle/ vie privée »

M3 : « *ne pas donner ton numéro personnel aux patients, savoir garder une distance avec les patients c'est important (...) parce que sinon tu te fais bouffer »*

M8 : « *ne pas forcément vivre trop près de son lieu de travail »*

« (...) ne pas se laisser manger dans sa vie privée, par les voisins ou les copines, les parents des enfants : dès qu'ils ont un enfant malade tiens on pense à moi alors que je ne suis pas leur médecin donc du coup le soir et le week-end on n'était jamais tranquille, c'était un sms : il a une conjonctivite c'est dimanche est-ce que tu peux venir voir ? C'est quelque chose à la fin qui devenait pesant, (...) toutes ces demandes hors cabinet. »

M13 : « *Pour mes patients/amis : je leur dis : écoute si tu veux me parler de ton truc tu viens au cabinet je préfère te voir en consultation, chez moi non »*

« Quand je suis sur le marché et que je vois mes patients je leur dis bonjour mais je leur dis on verra ça au cabinet. »

M13 : « *rentrer chez soi pour faire autre chose. Ne pas voir ses collègues en dehors du boulot. Savoir que quand on est sorti du travail, on est sorti. Bien fermer la porte du cabinet une fois qu'on est parti. Ne pas recommencer à la maison, dans la rue, dans ses activités extérieures. »*

4.4.4. Organiser et entretenir sa vie privée

Préserver sa santé

M13 : « *(...) il faut quand même être en bonne santé physique et mentale »*

« J'ai fait le choix de ne pas faire les gardes (...) parce qu'il faut que je dorme un minimum et que si je ne dors pas la nuit c'est encore une fatigue surajoutée »

Faire du sport

M11 : « Je fais 5 à 10 km 3 fois par semaine et je fais du vélo, je m’y suis mis et grâce à ça je décompresses, quand j’ai un coup de stress je mets mes baskets je vais courir, et ça roule. Je branche mes Beatles et c’est bon. Il n’y a que comme ça que j’arrive un peu à évacuer (...) »

« Mon Temesta c’est courir, et quand je n’arrive pas à courir je suis moins bien parce que je n’ai pas ma soupape de sécurité »

M15 : « enfin tous les conseils qu’on donne à nos patients il faut se les appliquer. Donc j’essaie de faire du sport (...) »

Avoir un médecin traitant

M13 : « je pense qu’il faut que le médecin puisse se faire suivre par un autre médecin, qu’il ne soit pas son propre médecin »

« Je suis allée le voir la semaine dernière, ça faisait 2 ans que je n’étais pas venue le voir, je me suis dit bon allez, j’aurais pu les régler toute seule mais je trouvais que c’était bien d’avoir quand même l’appui d’un regard extérieur qui me connaît un peu, je trouve que c’est bien (...) »

M14 : « (...) il faudrait aller le voir pour différentes raisons pas simplement parce qu’on a des difficultés liées au travail, car parfois on n’identifie pas que c’est lié au travail. On se dit je ne vais pas bien parce que je travaille trop mais ça va bien au-delà de je travaille trop. C’est le rôle d’orientation du médecin généraliste avec lequel on a tissé justement une relation de confiance, sans y être obligé justement, c’est la différence avec une visite de médecine du travail obligatoire. »

Se ménager du temps de loisirs

M18 : « se garder des moments à toi où tu te forces à faire stop en faisant ce que tu veux du sport, des sorties, n’importe quoi mais je pense que ça t’aère le cerveau et ça t’oblige à faire la vraie pause »

M16 : « ... de temps en temps des soirées avec des amis, les samedis soir pour un peu se vider la tête »

M13 : « toujours un moment pour soi par semaine au moins »

M11 : « je bricole beaucoup, ça me vide la tête parce que sinon si je commence à ruminer tous les problèmes des patients. »

M15 : « j’essaie d’avoir 2 – 3 activités »

Entretenir la vie familiale

M3 : « *ma famille c'est ma priorité donc là il y a des spectacles de fin d'année ben y a des journées où je ne travaillerai pas, je prendrai du temps pour mes enfants. Alors du coup je travaillerai beaucoup plus la journée d'après ou la journée d'avant parce que justement je ne serai pas là ce jour-là mais il y a des choses importantes qui me tiennent à cœur de faire ... Mon métier ne prendra pas le pas sur ma vie de famille, ne pas voir mes enfants que ce soit le matin ou le soir ce n'est pas possible, il faut forcément que je les voie le matin ou le soir »*

M12 : « (...) *Je pense que c'est peut-être ça justement qui lui permet de se prémunir : c'est 1 la vie de famille, 2 les loisirs et 3 les vacances »*

M13 : « *Parce que parfois aussi à la maison t'as vu à quelle heure t'es rentrée, on t'a pas vue encore ce soir maman, y a quand même des petites remarques. Quand ça fuse un peu trop ben faut essayer de basculer dans l'autre sens pour récupérer un peu. »*

« Moi le mercredi je ne travaille pas mais mes enfants me fatiguent bien, je vous rassure c'est une autre journée de travail différente, mais c'est différent, mais voilà c'est bien aussi, il faut faire autre chose. »

M15 : « (...) *en même temps j'ai une vie qui me permet pas de me laisser prendre par le truc, (...) je prends des vacances pour mes enfants, je ne travaille pas les mercredis pour mes enfants, je m'arrange pour être à 16h30 à l'école 2 jours/semaine, après je travaille tous les samedis pour justement contrebalancer »*

« (...) le fait que moi je dois m'imposer de finir à certains horaires c'est une protection parce que du coup il faut bien que j'aie chercher mes enfants à l'école puisque personne n'ira à ma place donc je ne suis plus là. Le fait d'avoir des enfants ça protège de l'activité. Ça oblige à se prendre du temps (...) parce que je voulais être là pour les devoirs pour mes enfants, que je veux être là le mercredi mais après ça te prend une autre énergie et ce n'est pas le boulot. »

« je trouve en tout cas ça aide à fixer des horaires (...) parce que pour être à 16h30 à l'école mon dernier rdv c'est 15h40 (...) je travaille moins que d'autres médecins, (...) donc non je trouve que ça protège après ça rajoute encore une fois un autre stress mais c'est pas lié au professionnel »

M16 : « *je pense que (...) ça peut protéger, (...) ça permet de couper plus peut-être, moi j'avais toujours pris mon mercredi quand je me suis installée j'ai dit je m'installe que si vous me laissez le mercredi autrement je ne m'installe pas, je crois que non au contraire les enfants c'est un élément qui évite de trop, de tout mettre dans le travail, les enfants, la vie de couple, enfin la vie perso. »*

Apprendre à s'appuyer sur ses proches (conjoint, grands-parents ...)

M2 : « *c'est souvent mon épouse qui me le dit souvent, c'est elle qui me rappelle de respirer dans ma journée, elle me dit : tu respire. J'arrive à avoir mon équilibre, sûrement je dirais grâce à mon épouse qui me rappelle, qui m'aide parfois à faire la part des choses, je pense que tout seul on a peut-être parfois plus tendance à se laisser submerger. Elle est disponible et c'est vrai*

qu'elle est assez à l'écoute du coup elle pousse à prendre des vacances quand elle voit que ça respire plus très bien, et voilà donc, heureusement effectivement qu'il y a mon épouse. »

M5 : « ... mon conjoint qui forcément me connaît bien me dit ça ne va pas le faire, tu vas recraquer, ça ne va pas aller, il le sent bien. J'ai la chance d'avoir un conjoint qui a des horaires beaucoup plus souples que les miens et heureusement parce que sinon je ne sais pas comment on ferait. C'est aussi mon conjoint qui me permet de ne pas rentrer dans le Burn out, lui il a une capacité d'écoute je pense qui est plus importante, il absorbe beaucoup »

M8 : « moi je dirais pour éviter le Burn out, c'est celui qui n'est pas médecin, qui a des horaires cool, qui peut gérer tout le reste. Mais on ne choisit pas forcément. Se marier avec un concierge après bon je ne veux pas non plus caricaturer mais je pense grosse bêtise d'avoir voilà deux grosses carrières et pas de grands-parents pour aider. »

5. RESULTATS : EN SYNTHÈSE

On peut résumer l'ensemble des réactions recueillies lors des entretiens en constatant que :

- le risque du BO est considéré par les médecins interrogés comme quelque chose de très concret, souvent même vécu, directement ou indirectement. La probabilité de rencontrer un jour ce problème est perçue comme élevée.

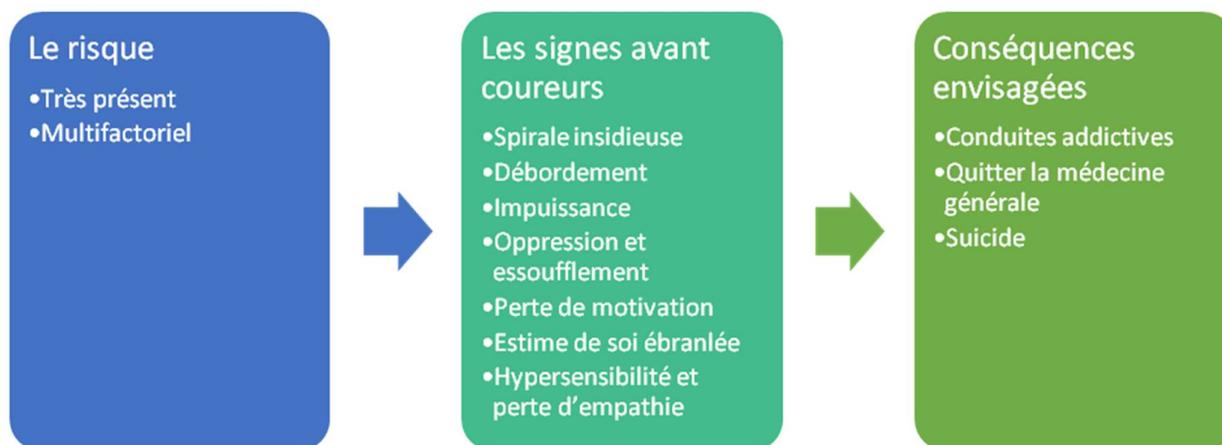


Figure 3 : Perception du BO par les médecins interrogés

- La figure ci-dessous résume les facteurs de risques de déclenchement du BO.
- Le risque a été décrit comme multifactoriel.

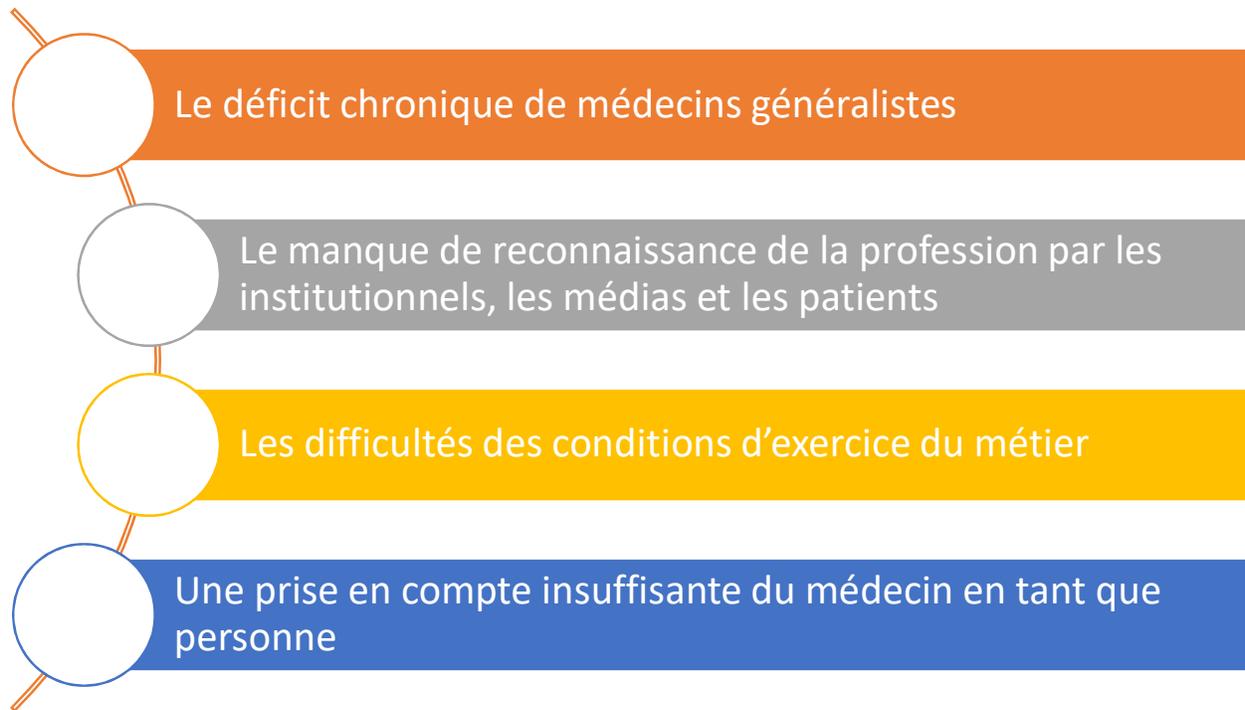


Figure 4 : Perception des Facteurs de Risques du BO par les médecins interrogés

Nous avons regroupé les mesures de prévention évoquées sous la forme de 4 thèmes :



Figure 5 : Mesures de Prévention du Burn Out proposées par les médecins interrogés

DISCUSSION

1. COMPARAISON DES PRINCIPAUX RESULTATS A LA LITTERATURE

1.1. Le Burn Out : le risque et ses conséquences

Le BO : un risque très présent chez les médecins

Les médecins de notre étude, dans une très large majorité, se sentent menacés par un fort risque de BO dans l'exercice de leur métier. Nous allons vérifier si cette perception se vérifie dans les différentes études menées auparavant sur le sujet.

De nombreuses études, en France et dans le Monde ont confirmées que les médecins sont effectivement une catégorie socio professionnelle pour laquelle le risque de faire un BO est élevé (8) (9) : aux Etats Unis, chez des médecins toutes spécialités confondues (10), au Canada chez des oncologues(11).

En Europe, une étude de prévalence menée en 2008, dans 12 pays européens a montré que 43% des MG présentaient un haut niveau d'épuisement professionnel, 35% avaient un haut niveau de dépersonnalisation (DP) et 32% un faible niveau d'accomplissement personnel (AP). Un tiers d'entre eux exprimait l'intention de changer de travail.(4)

Dans une thèse du Dr Guedon, les études ont montré que le BO touchait de 22% à 43% des MG.(12)

En France, une étude réalisée dans le département de la Loire a montré que sur 306 MG, on retrouvait 26% de haut niveau d'épuisement émotionnel (EE) , 34% de haut niveau de DP et 19% d'accomplissement personnel AP bas.(13)

En région Provence-Alpes-Côte d'Azur, une étude sur 511 MG a révélé un taux de 23% de haut niveau d'EE.(14)

Dans un travail de thèse réalisé sur 385 MG picards on dénombre 20,3% d'EE élevé, 33% de DP élevée et 36,3% d'AP bas.(15)

Dans la région de la Haute Normandie, la thèse réalisé par Dr Picquendar chez 1632 MG montrait que 43,3% des répondants étaient touchés par un des éléments du BO.(16)

Existe-t-il des facteurs de risques de BO spécifiques au métier de soignant ?

Le Dr Delbrouck décrit 4 facteurs responsables du BO spécifique du soignant :

- la spécificité du métier de soignant
- l'impact émotionnel et la répétition des traumatismes rencontrés dans la patientèle
- la question du choix de la profession de soignant
- l'isolement physique et psychoaffectif du soignant. (1)

Le métier de soignant induit une relation particulière « soignant-soigné », dans laquelle se crée un mécanisme de « transfert ». Ce mécanisme se concrétise par un ensemble de réactions inconscientes que développe le patient à l'égard de son soignant. Cette relation comporte elle-même des facteurs d'altérations qui lui sont propres et qui peuvent générer des souffrances chez le soignant, favorisant potentiellement un BO. (1)

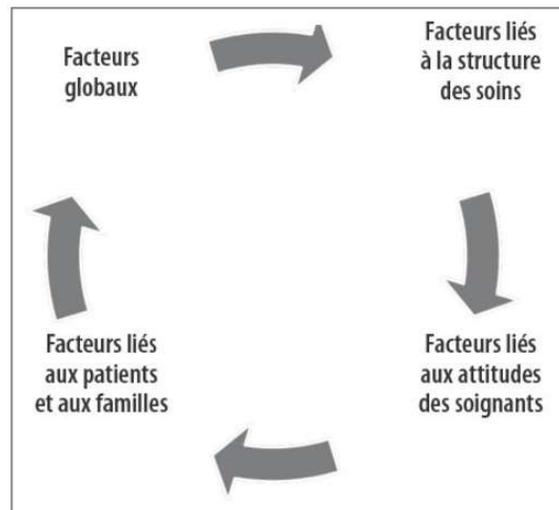


Figure 6 : Facteurs d'altération de la relation soignant-soigné (1)

Le BO a-t-il un caractère multifactoriel ?

Les médecins de notre étude ont largement exprimé l'idée selon laquelle le BO aurait des origines multifactorielles.

Selon Dr Delbrouck, dans son livre intitulé Comment traiter le BO, les facteurs étiologiques sont multiples, inter-connectés, interactifs et complémentaires. Il décrit un modèle circulaire (voir diagramme ci-dessous) des hypothèses étiopathogéniques (c'est-à-dire sur l'origine du fonctionnement) du BO. (1)

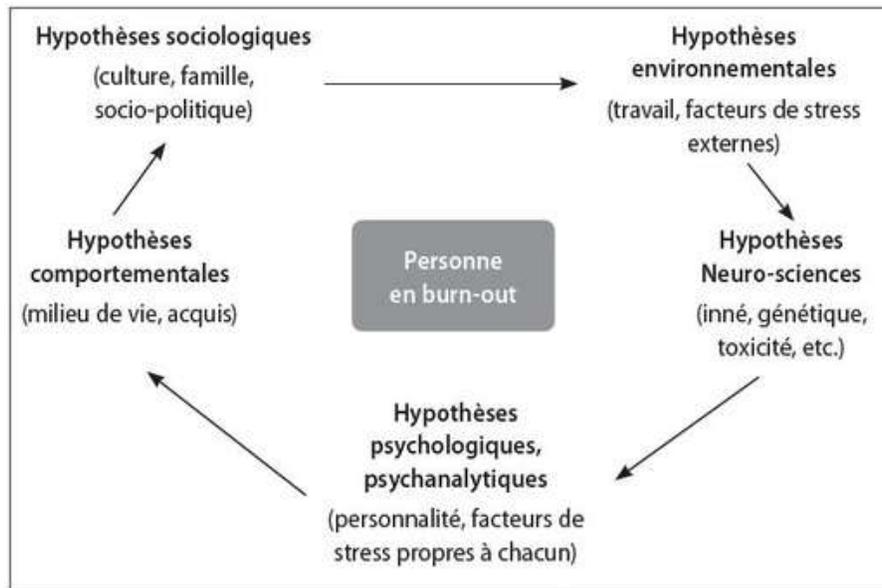


Figure 7 : Modèle circulaire des hypothèses étiopathogéniques du BO

Qu'en est-il des conséquences socio-économiques du BO chez les médecins ?

Le poids financier global des facteurs de risque de BO est l'objet de nombreuses controverses. Il implique en effet de nombreux facteurs différents. Le burnout ne fait pas l'objet d'un diagnostic spécifique. Il est souvent codé parmi d'autres maladies dans la sous-classification « Z. 73 : Difficultés liées à l'orientation de son mode de vie » de la CIM-10. En conséquence, on conçoit aisément que son coût soit difficile à estimer.

En Europe, en 2013 l'EU-Osha (Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail) estime le coût des « dépressions dues au travail » à 617 milliards d'euros par an (absentéisme, perte de productivité, frais de santé, allocations pour inaptitudes, décès prématurés...) (17)

En France, selon l'INRS (Institut national de recherche et de sécurité), le coût social du stress au travail est évalué entre 1,9 et 3 milliards € pour l'année 2007. (18)

Chez les médecins libéraux, les troubles psychiatriques représentent la principale cause d'invalidité définitive (43,05 % en 2016) (19)

Ces mêmes troubles constituent également la deuxième cause d'arrêt maladie des médecins (20,38 % en 2016) , derrière les cancers.(19)

Dans un certain nombre de cas, le BO est considéré comme la cause principale d'erreurs médicales comme le rapportent plusieurs articles. (20) (21)

Une étude réalisée en 2014 en Australie sur 95 MG présentant un score d'épuisement élevé à moyen, révèle une plus forte intention à prendre une retraite précoce. (22)

Une étude anglaise de 2011 réalisée sur environ 1170 MG établit le lien entre « insatisfaction » dans l'exercice du métier et « désir d'abandon » .(23)

Le BO a-t-il des conséquences sur la santé des praticiens ?

Si le BO impacte indiscutablement la santé du médecin, la distinction entre symptômes et conséquences n'est pas toujours aisée : de fait, le terme de manifestation est plus généralement employé. Les manifestations du BO sont extrêmement nombreuses. Elles concernent des problématiques très diverses telles que le stress, l'anxiété, la dépression, les troubles psychosomatiques.... Une revue de la littérature belge en propose un tableau synthétique (voir ci-dessous) (24).

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.

Figure 8 : Manifestations du BO

Initialement décrit dans la population japonaise, le syndrome du Takotsubo a été rapporté en Europe et Etats-Unis, il s'agit d'un syndrome coronarien consécutif à un stress intense. Le BO peut être liée à cette exposition au stress. Des études sont en cours pour en décrire la physiopathologie. (25)

Il a été démontré que le BO génère parfois un risque d'infarctus du myocarde. (24)

Le BO des MG est susceptible d'engendrer, comme le montrent de nombreuses études, plusieurs types d'addictions dont le tabagisme, la consommation d'alcool, la consommation de psychotropes. (24)

Plusieurs études montrent que le BO est parfois associé à des idéations suicidaires ainsi qu'à des tentatives de suicide. Dans une étude française de 2007, il a été constaté un Odd ratio de 1,52 chez les médecins présentant des antécédents psychiatriques comme par exemple des tentatives de suicide, avec un taux important d'épuisement émotionnel. D'autres exemples de travaux abondent dans le même sens telle une étude française sur des internes de médecine en 2011 (20) et une publication américaine en 2013 sur des internes de médecine.(26)

D'après le bulletin du conseil national de l'ordre des médecins de 2011, le taux de suicide est deux fois plus important que celui de la population générale, principalement suite à un syndrome d'épuisement professionnel.(27)

1.2. Y a-t-il un lien entre le déficit en MG et le risque de BO ?

L'Atlas de la démographie médicale en France, du Conseil Nationale de l'Ordre des Médecins (CNOM) de 2017 permet d'observer de nombreux éléments concernant la désertification médicale et le fossé qui se creuse entre l'offre et la demande de soins sur les dernières années.

La dégradation de l'offre de soins est-elle une réalité ?

Le graphe ci-dessous montre que sur la décennie 2007-2017 le nombre de médecins en activité régulière (bleu foncé) stagne alors qu'il avait augmenté d'environ 60 000 (+ 35%) sur les deux décennies précédentes (1987-2007).

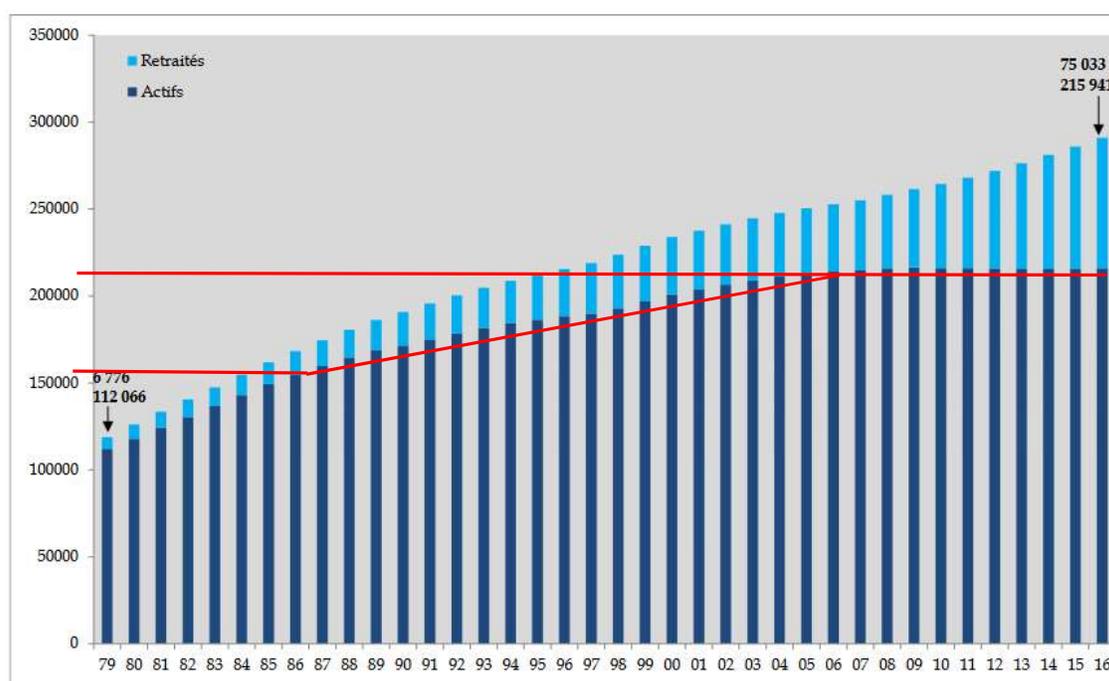


Figure 9 : Effectifs des médecins inscrits au tableau de l'Ordre de 1979 à 2017 (28)

De 2007 à 2017, le nombre de MG est passé de 97012 à 88137 soit ~ -9,1% (28) alors que dans le même temps la population métropolitaine Française est passée de 61,4 Millions à 64,8 Millions (+3,4 millions -> +5,5%) (29). Ceci traduit sur la même période, une baisse d'environ 16% du nombre de MG par habitant.

La démographie des MG en France se féminise et tends discrètement à se rajeunir

Le graphe ci-dessous dresse une présentation comparative de la pyramide des âges des MG en France en 2007 – 2017 (28)

Les femmes représentent 47% des médecins en activité régulière, contre 38% en 2007.(28)

Sur la période l'effectif des retraités a presque doublé (+93,6 %) : passant de 14% à 28%.(28)
Parallèlement, le nombre de médecins de moins de 40 ans a augmenté de 6%, faisant évoquer un renouvellement générationnel discret.(28)

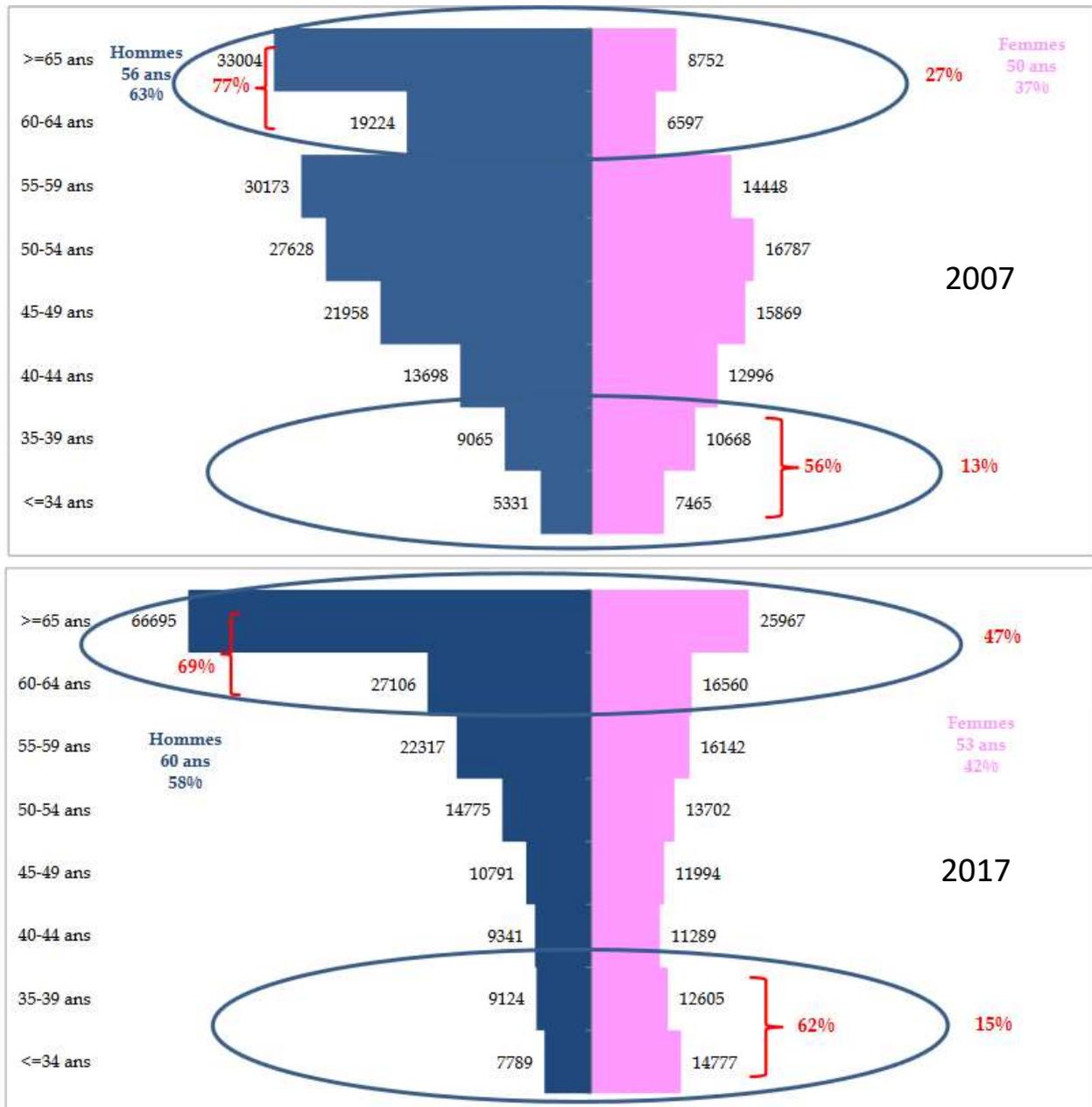


Figure 10 : Evolution de la pyramide des âges des MG (2007 – 2017) (28)

La « désertification médicale » est-elle une réalité ?

Actuellement, le tableau de l'Ordre recense 88 137 médecins généralistes en activité régulière (tous modes d'exercice) ; soit une diminution de 9,1% des effectifs depuis 2007. La tendance à la baisse aurait une forte probabilité de se confirmer jusqu'en 2025 pour atteindre 79 262 médecins généralistes en activité régulière. (28)

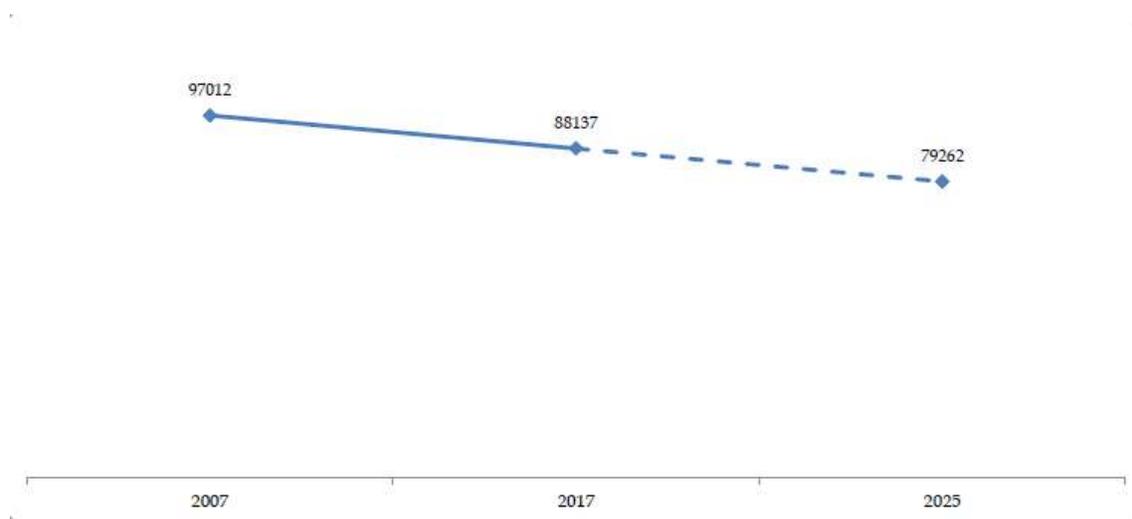


Figure 11 : Nombre de médecins généralistes en activité régulière – de l'observé à l'attendu 2007 à 2025 (28)

À l'exception de la région des Pays-de-la-Loire et de l'ensemble des DOM, toutes les régions enregistrent une baisse du nombre de médecins généralistes en activité régulière sur la période 2010/2017.

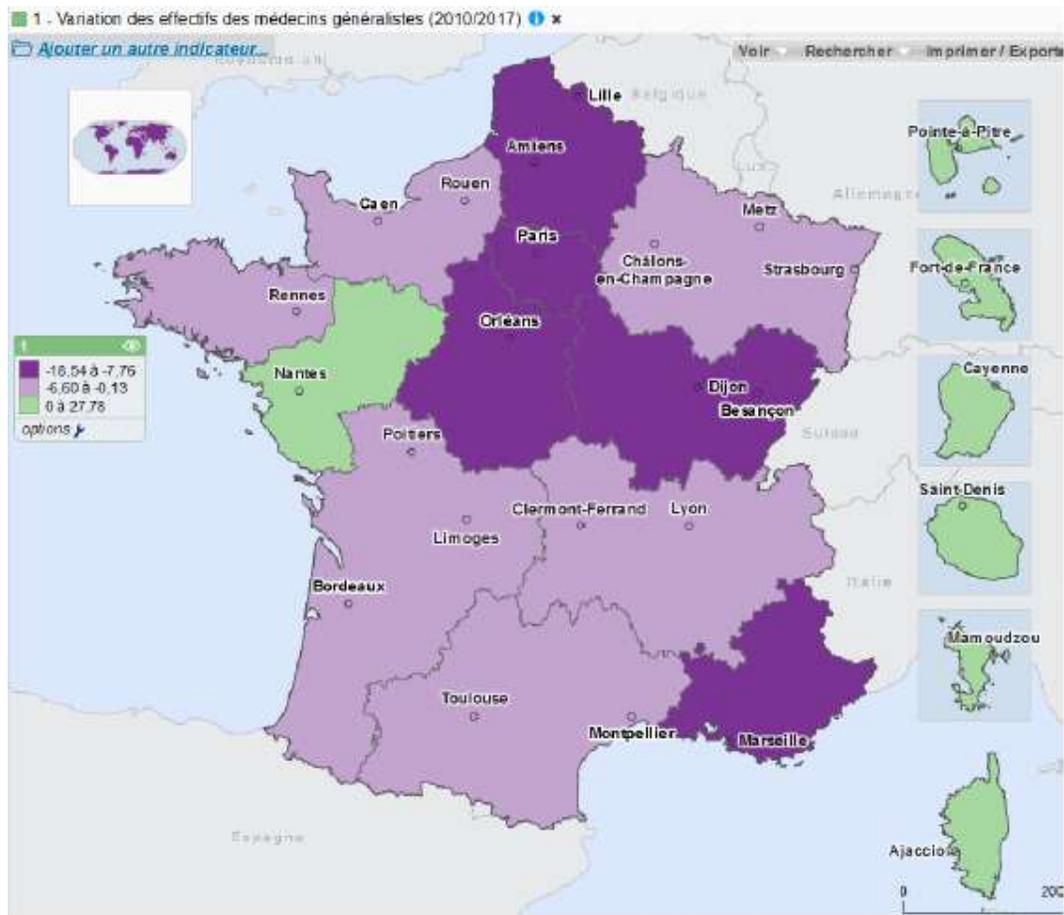


Figure 12 : Variation des effectifs des médecins généralistes en activité régulière à l'échelle régionale (2010/2017)

La définition en 2012 de zones déficitaires par les ARS et les mesures d'accompagnement destinées à réduire les disparités territoriales n'ont pas eu l'impact escompté : la quasi-totalité des installations ont eu lieu en dehors de ces zones. (28)

Les médecins Hauts-Normands continuent de fuir l'installation en « libéral »

La figure ci-dessous montre qu'environ trois médecins toutes spécialités Haut-Normands sur quatre exercent en tant que salariés et que seulement 10 à 15% d'entre eux exercent en « libéral ».

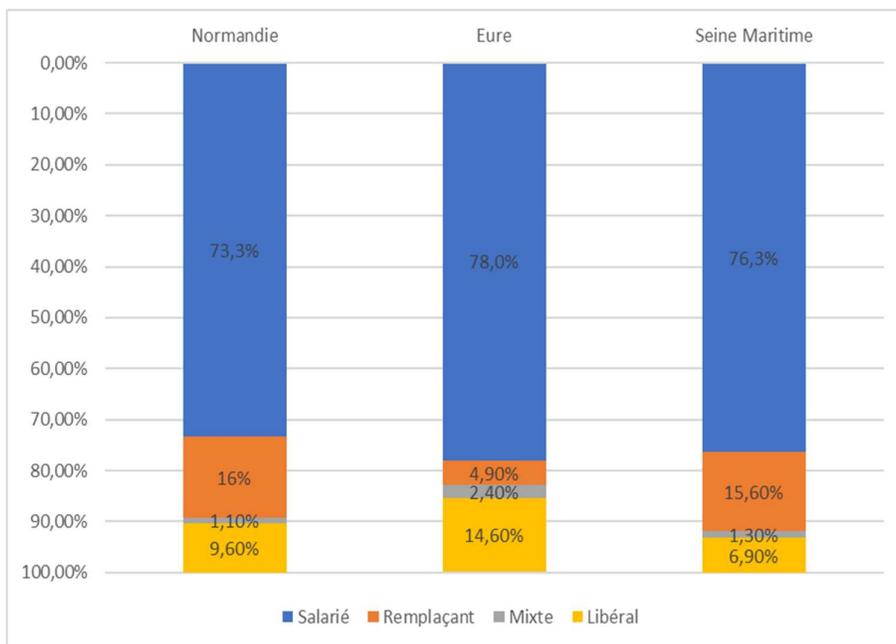


Figure 13 : Les modes d'exercice des inscrits normands à l'ordre des médecins en 2017 (28)

Au cours des 10 dernières années, la tendance se confirme (voir graphe ci-dessous)

Entre 2007 et 2017, pour la France, le nombre de médecins toutes spécialités en « libéral » a baissé de 10,5% au profit du mode « salarié » qui a augmenté de 10,7%

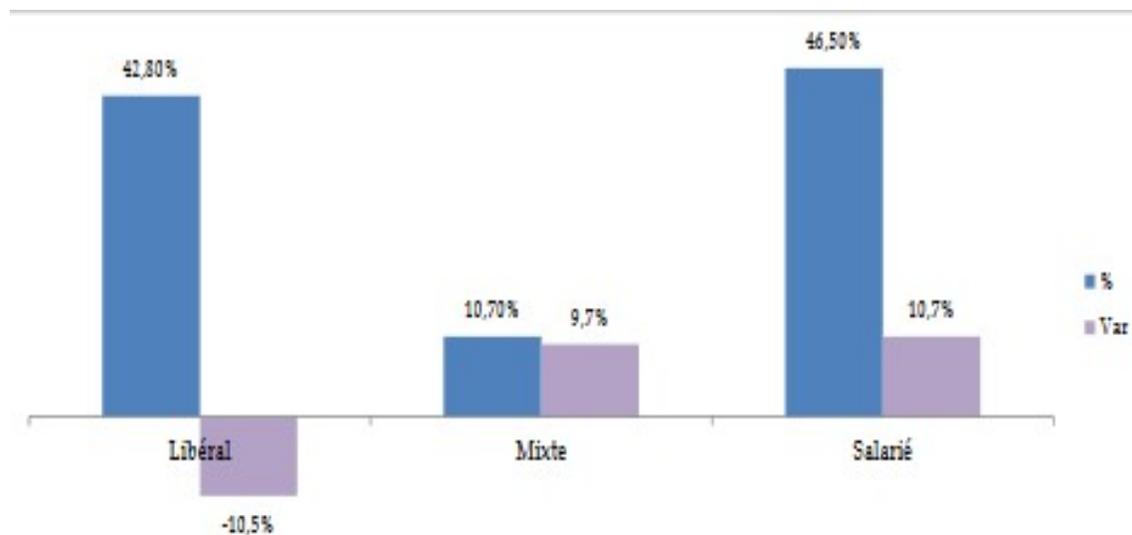


Figure 14 : Evolution du mode d'exercice des MG français de 2007 à 2017 (28)

Les mesures incitatives sont à priori inefficaces

Le déficit de MG en zone défavorisées ne fait que s'accroître.

L'Atlas 2017 montre que les mesures incitatives pour l'installation en zone défavorisées ne sont, a priori, pas totalement efficaces : 62% des médecins interrogés préfèrent un exercice « salarié » et en dehors des zones déficitaires. (28)

1.3. Le manque de reconnaissance est-il un important facteur de risque ?

L'image véhiculée par les médias

Dans une étude au Royaume Uni en 2014, la mauvaise image médiatique laisserait le MG vulnérable à l'épuisement et contribuerait à la décision de quitter la médecine. Les facteurs relatifs aux patients et aux médias ont été cités par 63,4% des répondants à l'enquête.(30)

Les médias ont un rôle essentiel dans la valorisation du métier de MG dans la société et dans la prévention du BO.

La reconnaissance au sein de la profession

Une étude française de 2011 sur des internes de médecine montre que ceux qui évoquent un manque de considération de leurs seniors ont des plus hauts scores de BO.(20)

D'autres études abondent dans le même sens :

- Hongkong – 2012- médecine publique (31)
- Yémen – 2010 – médecins de toutes disciplines (32)
- France - Pays de la Loire - 2004 (13)

Dans une étude réalisée en 2008 en Haute Normandie, les médecins étaient plus nombreux (49% vs 30%) à évoquer un manque de reconnaissance par leurs pairs que les autres spécialistes. (33)

Dans cette même enquête, le manque de considération de la part des patients arrivait, parmi les critères prioritaires, en troisième position. (35)

1.4. Améliorer les conditions d'exercice permet-il de réduire le risque ?

En mars 2017, la Haute Autorité de Santé (HAS) publie des nouvelles recommandations pour le repérage et la prise en charge du BO. Prendre en charge les conditions de travail et le vécu de la personne a été noté comme indispensable dans cette problématique.(34)

Sur le travail en collaboration

On retrouve dans une étude européenne de 2008 sur des MG, un lien entre le BO et l'exerce en mode seul, avec un odd ratio statistiquement significatif de 1,34 pour un risque de dépersonnalisation.

Le manque de coopération et la mauvaise entente entre collègues ont été retrouvés aussi comme facteurs de risque de BO dans une étude en 2013 sur des radio-oncologues italiens. (33)

Sur la maîtrise du temps

Plusieurs études réalisées en Amérique, en France ou en en Chine (35) (13) (36) ont montré que la surcharge de travail constitue un facteur de risque du BO.

Une corrélation analogue, portant sur des étudiants en médecine a été démontrée par une étude Américaine de 2012 (37).

Néanmoins, d'autres études, comme celle réalisée en 2013 sur des médecins de ville en Allemagne (38) sur la période 1997-2007, montrent une augmentation du taux de BO alors que dans le même temps, le temps de travail moyen avait diminué.

Une étude réalisée en 2012, portant sur des oncopédiatres de 12 pays différents (39), a permis de vérifier qu'une bonne maîtrise du temps se traduit par une baisse du risque de BO.

L'épanouissement dans le travail permet-il de réduire le risque ?

Une étude américaine de 2009 réalisée sur des médecins universitaires (37) a montré que ceux qui ont eu le moins la possibilité d'exercer une activité qui leur plaisait ont déclenché un taux de BO plus élevé (53,8% versus 29,9 % $p < 0,001$). Ce résultat était confirmé par l'analyse multivariée : OR = 2,75 [1,49 – 5,10] et $p = 0,001$.

Une série d'études réalisées sur des populations diverses de médecins, aboutissent à un constat similaire :

Ref	Pays	Année	Médecins étudiés	Résultats
(40)	Japon	2014	Médecine neurovasculaire	Scores de BO s'élèvent inversement des scores de satisfaction au travail OR=0,86 , IC [0,85-0,87] et p < 0,001
(41)	Japon	2009	Médecins hospitaliers	Satisfaction au travail Coefficient négatif -0,60 d'EE p < 0,001
(33)	France (Haute Normandie)	2008	Toutes spécialités	58% de ceux qui souffraient souvent d'un épuisement au travail étaient associées à un sentiment d'insatisfaction au travail
(42)	USA	2013	Toutes spécialités	Ceux qui sont satisfaits au travail ont moins de BO. OR= 0,24 : IC [0,21-0,28] et p < 0,001
(43)	Nouvelle Zélande	2009	Médecins hospitaliers	La satisfaction au travail protège de - EE : OR = 0,276 [0,165 – 0,459] et p = 0,000 - DP : OR = 0,430 [0,270 – 0,682] et p = 0,000

1.5. S'occuper de la santé du MG est-ce une piste pour réduire le risque ?

Un médecin en mauvaise santé a plus de risque

Etre en mauvaise santé est un facteur de risque de BO, dans une étude en 2010 américaine chez des médecins spécialistes ORL, on retrouve un plus fort taux d'épuisement émotionnel (EE) chez ceux qui se disent incapable de s'occuper de leur propre santé. (44)

Le MG se soigne fréquemment seul

L'étude IMHOTEP : Association de Médecine Préventive pour les Médecins Libéraux de Haute Normandie, créée en 2008 nous précise que seulement 26,5% des spécialistes et 15,6% des généralistes ont désigné un confrère comme médecin traitant. Cette même étude met en évidence que 60% environ des médecins ont recours à l'auto médication (45)

Une thèse réalisée par le Dr. Suty sur des MG de Meurthe et Moselle établit que 94,3 % d'entre eux suivent leur santé par eux-mêmes. (46)

Le besoin manifeste d'un système de santé pour les médecins

Une enquête réalisée en 2008 sur la santé des médecins libéraux de Haute Normandie a montré que 80% d'entre eux étaient favorables à la mise en place d'un système de médecine préventive spécifiquement dédiée à la médecine libérale.(45)

Une étude du Dr Verjus réalisée en 2012 auprès de MG des départements de Savoie et d'Isère a montré que 68,9 % étaient favorables à un tel système.

Pourtant des services d'aide existent déjà

Plusieurs moyens de services d'aide dans le monde existent. (45)

Au Canada : trois dispositifs de ligne téléphonique avec un médecin existent. (Peer Support Network, Physician Health Program, AMA Physician and Family Support Program- Alberta)

En Europe : L'European Association for Physician Health rassemble les services dédiés à la santé des médecins.

Au Royaume Uni : un service médical gratuit à Londres confidentiel pour médecins (Practitioner Health Programme) existe parmi plusieurs autres dispositifs.

En France :

Depuis 2006 Il existe une possibilité de contact anonyme (0 826 004 580) avec des psychologues disponibles 24h sur 24 et 7 jours sur 7, créé par l'Association d'Aide aux Professionnels de santé et aux Médecins Libéraux (AAPML).

L'Association Soins aux Professionnels de Santé (ASPS) a comme missions :

- de constituer une base de données de pathologies spécifiques des soignants,
- de mettre en place un service de médecine préventive,
- de constituer des centres de soins spécifiques, dédiés aux soignants,
- de former des médecins pour prendre en charge des soignants.

Il existe actuellement 5 établissements opérationnels sur le territoire.

L'association Médecins Organisation Travail Santé (MOTS) est une structure préventive destinée aux médecins en Haute Garonne, dans le Languedoc-Roussillon et, depuis peu, dans le Limousin, qui propose des consultations avec un médecin du travail, un suivi et, si nécessaire, une orientation vers un soignant, un psychologue, un juriste ...

Les difficultés d'accès aux soins pour les médecins

Un système de réseau de MG dédiés et qui se proposeraient d'être médecin traitant de soignants (médecins de toutes spécialités, étudiants en médecine, infirmières...) est en cours

de projet, géré par IMHOTEP, l'Association de Médecine Préventive pour les Médecins Libéraux présidée par Dr Bourdon.

Ces différents services d'aide proposent un suivi sur adhésion volontaire.

On notera que dans la présente étude, certains médecins ont évoqué le fait que ce type de service devrait plutôt avoir un caractère obligatoire, avec une visite périodique, au rythme de deux par an par exemple.

Les réticences des MG à aller consulter

Une structure de médecine préventive indépendante, créée en 2008 par IMHOTEP et basée sur l'adhésion volontaire, a été suspendue l'année suivante compte tenu du faible taux de participation : une centaine environ sur une population de 2900 médecins et une interruption de financement.

Dans une étude qualitative grenobloise menée en 2015 par Dr Carme et Dr Maglioli (47), quatre types de freins à l'accès des soins du MG ont été identifiés :

- la réticence à consulter
- la maladie (le déni, la peur des conséquences, l'acceptation)
- la tentation de se prendre en charge seul
- le statut de médecin (le conditionnement à rester au travail, les problèmes organisationnels)

L'arrêt maladie peut parfois être vécu comme difficile par le médecin, c'est ce que montre Max Henderson, un psychiatre universitaire du King's College de Londres, qui a dirigé une étude qualitative concernant des médecins. Ils avaient quitté leur travail pendant au moins six mois, en partie du fait d'un problème de santé en 2011. Les médecins ont décrit comment l'absence de travail les a rendus isolés et tristes et comment les contraintes administratives imposées aux chômeurs pouvaient être dégradantes. Beaucoup ont éprouvé des réactions de stigmatisation de la part de leur famille, et certains ont délibérément cherché à cacher leurs problèmes.(48)

L'auto-stigmatisation était au cœur des déclarations : plusieurs décrivent leur situation comme un échec, semblent avoir intériorisé les opinions négatives des autres et perdu toute estime d'eux-mêmes.(48)

Sur la culture transmise aux étudiants en médecine

Les médecins de l'étude ne nous ont pas évoqué la culture transmise durant les études de médecine en lien avec le BO.

Pourtant, selon M. Anthony Montgomery dans son livre intitulé Burn Out Research publié en 2014, le programme caché contribue à l'érosion du comportement professionnel et à une augmentation du cynisme : la culture formelle peut valoriser le professionnalisme, mais la

culture cachée valorise la performance et la compétitivité au détriment de la collaboration. (49)

Le but de l'éducation médicale est de fournir aux étudiants en médecine des connaissances théoriques, des compétences cliniques et pratiques, ainsi que des normes professionnelles et éthiques. La formation en médecine est fortement axée sur les compétences techniques du médecin plutôt que sur les compétences interpersonnelles associées au fait d'être un membre actif d'une organisation (49).

La question posée ici est de savoir si une meilleure compréhension du phénomène de BO chez les MG permettrait de réduire le risque d'apparition chez ces mêmes médecins. A noter que cette question concernerait aussi bien les étudiants pendant leur cursus de formation, que les MG en cours de carrière.

Depuis 2015 le Dr Galam, en partenariat avec les facultés de médecine Paris Diderot et Toulouse Ranguel a mis en place un Diplôme InterUniversitaire (DIU) « Soigner les soignants ».

Dans un éditorial du Canadian Family Physician en 2008, Pimlott lance un appel à « la formation de médecins résilients » (50). Le concept de résilience est à l'origine un concept physique décrivant la capacité d'un objet à retrouver son état initial après un choc ou une pression. Depuis quelques années, ce concept s'étend aux sciences sociales, notamment en psychologie. Ainsi pour Manciaux, la résilience est « la capacité d'une personne ou d'un groupe à se développer bien, à continuer à se projeter dans l'avenir, en présence d'événements déstabilisants, de conditions de vie difficiles, de traumatismes parfois sévères » (51).

1.6. Faut-il se préoccuper du médecin généraliste en tant que personne ?

Incidence des traits de personnalité

Les médecins de notre étude ne nous ont pas évoqué les traits de personnalité comme facteurs de risque de BO, pourtant décrits dans la littérature.

Dans une étude réalisée en 2012 en Allemagne sur des médecins urgentistes, il a été constaté que les personnalités névrotiques (mesuré grâce au Hamburg Personality Inventory : HPI- K84) sont plus à risque de BO, et que les personnalités agréables, coopérantes. (52)

Dans une étude réalisée en 2012 en Chine sur des médecins hospitaliers une corrélation significative a été établie entre la notion d'anxiété, mesurée par le Self-rating Anxiety Scale (SAS) et le BO. (53)

Une personnalité avec un faible niveau de vigueur, une plus forte propension à attribuer les événements à la chance ou à des entités puissantes et une stratégie de défense par l'évitement face à un agent stressant, sont associés à de plus forts degrés de BO. (54)

Le Dr Delbrouck envisage le BO comme une pathologie du comportement. Il parle de positions de vie, qui apparaissent décisionnelles dans le type de réponse au stress et l'apparition du BO comme la nécessité du travail à outrance, un sens de la « vocation » très développé, la poursuite du maintien d'une certaine image de soi à tout prix et une recherche exagérée de la réussite sociale ou du pouvoir personnel. (1)

Il décrit des personnalités à risques retrouvés chez les candidats au BO comme l'anxiété exagérée, la conception du travail à outrance, le désir de plaire à tout le monde, le sens de l'autocritique exacerbé, l'incapacité à faire confiance aux autres et la mentalité de sauveur. (1)

La mentalité de sauveur, évoquée par plusieurs médecins de notre étude, consiste en fait à trouver le plaisir dans la satisfaction apportée aux autres au détriment de sa capacité à être soi-même. (1)

Une étude réalisée en 2013 à Cracovie (Pologne) suggère que Le manque d'empathie serait corrélé à un faible sentiment d'accomplissement personnel. (55)

Protéger la sphère privée du médecin

Une étude américaine de 2014 sur 90 000 médecins (12), toutes spécialités confondues, a montré que les médecins ayant vécu un conflit familial présentaient un risque de BO plus élevé.

Quatre études concernaient les conflits récents à propos du travail :

Dans une étude de 2013 sur des médecins hospitaliers en Arabie Saoudite toutes spécialités confondues, le conflit famille-travail augmentait le risque de BO par rapport à ceux qui ne rapportaient pas ce type de conflit avec un OR=2,1 ; IC [1,1-3,9] et p = 0,02. (56)

Dans une étude américaine de 2010 sur des chirurgiens ORL, on notait que l'épuisement émotionnel augmentait lorsqu'il y avait un conflit avec le conjoint à propos du travail (p> 0,001) de même pour ceux qui décrivaient une conciliation difficile entre leur vie privée et leur travail. (p< 0,001) (44)

Dans une étude américaine de 2011 sur une cohorte de l'American Medical Association (AMA), ceux qui ont expérimenté un conflit dans les 3 semaines précédant l'enquête, ont des scores de BO plus élevés (OR = 2,39 pour les femmes et 2,50 pour les hommes, avec p < 0,001). (57)

Dans une étude américaine de 2013 sur des médecins de toutes spécialités, un conflit famille-travail récent était un important déterminant du BO avec un OR = 2,47 ; IC [2,20-2,77] et p< 0,001. (42)

De plus, dans cette même étude, avoir une bonne vie de famille protégerait du BO contre ceux qui ont des difficultés de conciliation travail-famille avec un OR = 0,33 ; IC [0,29-0,37] et $p < 0,001$. (42)

2. FORCES ET FAIBLESSES DE L'ETUDE

2.1. Les forces

La profonde crise démographique vécue aujourd'hui par les MG exerçant en libéral, aggravée par les problèmes de désertification médicale dans certains territoires fait que la prévention du BO prend une importance de premier ordre.

Pour aborder un sujet aussi complexe que le BO avec des causes possibles nombreuses, difficilement objectivables et un processus de déclenchement la plupart du temps multifactoriel, il était intéressant de laisser aux médecins interrogés la possibilité de s'exprimer d'une manière très libre, sans cadre trop rigide. Ainsi la méthode qualitative nous a semblé très adaptée à ce type d'étude.

L'échantillon de personnes interrogées a été constitué avec le souci de recueillir l'expression de médecins répondant à des situations individuelles les plus diversifiées possibles : hommes/femmes, tranches d'âges, mode d'exercice, profils de compétences...

Cet échantillonnage raisonné a favorisé la variabilité des réponses.

L'entretien semi dirigé individuel est apparu d'emblée plus adapté que l'entretien de groupe pour notre étude : ce type d'entretien, tout en garantissant le respect d'une ligne guide pour ce qui concerne le périmètre des questions abordées, a permis d'établir un climat de confiance et a certainement favorisé l'expression spontanée de ressentis ou de vécus parfois douloureux. Le temps consacré à chaque entretien a pu être adapté en fonction du besoin ressenti par la personne interrogée, de développer davantage certaines questions.

Le recueil phonique des réactions et l'exploitation qui en a été faite ensuite sous forme de verbatim a permis d'en restituer le plus fidèlement possible le contenu ainsi que le contexte émotionnel.

2.2. Les faiblesses

L'échantillon constitué est par nature très limité (18 personnes) et ne peut en aucune manière avoir une représentativité statistique. Par conséquent il n'est pas possible de tirer des

conclusions générales et de les extrapoler de façon systématique à l'ensemble de la population des MG.

L'étude ne s'est intéressée qu'à des MG exerçant en libéral.

L'étude a porté sur un territoire géographiquement limité : départements de la Seine Maritime et de l'Eure. De ce fait, il y a lieu d'être prudent avant d'extrapoler les résultats à un niveau plus large.

L'interviewer exerçant la même profession que les personnes interrogées, il a pu y avoir un biais d'objectivité dans le recueil des ressentis.

CONCLUSION

Notre étude qualitative auprès de MG Haut-Normands a fait ressortir une réelle préoccupation des MG sur le risque de BO dans l'exercice de leur métier. Les chiffres de prévalence du BO constatés à l'échelle départementale, nationale et même mondiale chez des MG confirment effectivement qu'il s'agit d'un problème de première importance.

Notre étude a également confirmé que l'origine du BO est fréquemment multifactorielle : causes sociétales, conditions d'exercice de la profession, causes liées à l'individu lui-même.

Parmi les propositions de mesures de prévention du BO chez les MG libéraux, quatre grands thèmes ressortent de l'étude :

- 1) Adapter et renforcer l'offre de soins
- 2) Renforcer la reconnaissance du MG
- 3) Améliorer les conditions d'exercice de la profession
- 4) Se préoccuper de la vie du MG

Adapter et renforcer l'offre de soins consiste en une mesure essentielle de prévention proposée par les médecins de l'étude. Le déficit actuel de MG en activité est un problème réel et grandissant depuis une dizaine d'année.

Les mesures d'incitation mises en œuvre pour réduire ce déséquilibre territorial n'ont, pour l'instant, pas donné de résultat à la hauteur du problème.

Il apparaît que les incitations financières sont loin de constituer une réponse suffisante même si elles peuvent y participer. Une des difficultés majeures des MG à s'installer en milieu isolé et défavorisé serait de ne pas être en mesure de répondre qualitativement et quantitativement à la demande de soins. Dans de telles conditions il est facile d'envisager l'apparition de sentiments de démotivation et de frustration et la difficulté à préserver la frontière « vie professionnelle / vie privée ».

Renforcer la reconnaissance du MG semble être un axe primordial pour les médecins. Les médias ont un rôle principal sur la valorisation de l'image et de la place du MG dans notre société et au regard de la patientèle. Valoriser et faire reconnaître à sa juste valeur le travail du MG au quotidien par les médias encouragerait celui-ci vers un sentiment d'épanouissement professionnel, le protégeant du BO. Sensibiliser les autorités de tutelle à agir sur ce sujet semble tout aussi important.

Améliorer les conditions d'exercice de la profession pour entretenir le plaisir et l'efficacité au travail serait un grand thème de prévention du BO.

Il est désormais reconnu et adopté par beaucoup que la mutualisation des moyens (cabinets de groupes, MSP) permet des améliorations substantielles de l'efficacité des médecins. Ces améliorations concernent essentiellement la mutualisation des ressources (locaux, secrétariat, centre d'appel) et l'optimisation de tout ce qui est en lien directe avec l'activité (prises de RdV, maîtrise du temps, planification, tâches administratives...). L'acquisition d'une culture générale pour la gestion d'un cabinet et la diffusion des bonnes pratiques devrait faire partie, de manière optionnelle, du cursus de formation des étudiants ou des possibilités de formation continue pour les médecins en activité.

Un deuxième gisement d'améliorations, qui lui mérite d'être développé, concerne la coopération des médecins en groupe avec, d'une part, l'organisation de la continuité des soins, d'autre part, l'anticipation des situations de crise par exemple en cas de maladie ou d'indisponibilité d'un des membres du groupe.

Il est toutefois utile d'insister ici sur le fait que ces mesures sont beaucoup plus difficiles, voire impossible, à mettre en place dans les « déserts médicaux » où le MG est parfois contraint d'exercer de manière isolée.

Mieux prendre en compte le médecin en tant que personne

La nécessité de mettre en place un système de médecine du travail est approuvé par beaucoup de médecins même si des réticences existent. Des expérimentations sont en cours avec des résultats, semble-t-il, mitigés. Des études seraient probablement utiles pour optimiser les solutions et mieux cerner ce qui peut freiner leur développement. Il faudrait en particulier identifier et réduire les raisons qui poussent un certain nombre de médecins à négliger leur santé.

Une deuxième idée forte qui ressort de l'étude consisterait à donner au MG, que ce soit le praticien en activité mais aussi l'étudiant pendant son cursus universitaire, les éléments de formation lui permettant de comprendre, d'anticiper et de gérer le problème du BO. Parmi ces éléments de formation, la compréhension des mécanismes d'épuisement psychologique et les stratégies permettant d'augmenter sa propre résilience nous semblent constituer des priorités.

Amener le MG ou futur MG à se connaître lui-même

Sur cette base il faudrait également amener l'étudiant ou le praticien à mieux se connaître, à s'interroger sur sa personnalité, ses valeurs, ses propres motivations, ses propres limites (par exemple vie professionnelle / vie privée).

BIBLIOGRAPHIE

1. Delbrouck M, Corten P, Vénara P, Goulet F, Ladouceur R. Comment traiter le burn-out: principes de prise en charge du syndrome d'épuisement professionnel. Bruxelles, Belgique: De Boeck; 2011. 462 p.
2. 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). *Can J Behav Sci Rev Can Sci Comport.* avr 1994;26(2):210-27.
3. Pezé Marie. Burn Out: Comprendre et agir. *Rev Prat Médecine Générale.* sept 2016;30(966):602-4.
4. Soler JK, Yaman H, Esteva M, Dobbs F, Asenova RS, Katić M, et al. Burnout in European family doctors: the EGPRN study. *Fam Pract.* 1 août 2008;25(4):245-65.
5. Frappé Paul. Initiation à la recherche. GM Santé; 2011. 216 p.
6. Isabelle Aubin-Auger, Alain Mercier, Laurence Baumann, Anne-Marie Lehr-Drylewicz, Patrick Imbert, Laurent Letrilliart et le groupe de recherche universitaire, qualitative médicale francophone : GROUM-F. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer.* 2008;(84):142-5.
7. Blanchet A, Gotman A. L'entretien. Paris, France: Armand Colin; 2015. 126 p.
8. Zawieja P, Guarnieri F. Epuisement professionnel: approches innovantes et pluridisciplinaires. In: *Épuisement professionnel : principales approches conceptuelles, cliniques et psychométriques* [Internet]. Paris: Armand Colin; 2013 [cité 17 nov 2017]. p. 11-34. Disponible sur: <https://hal-mines-paristech.archives-ouvertes.fr/hal-00848200/document>
9. Delbrouck M. Burn-out et médecine, Summary. *Cah Psychol Clin.* 2007;no 28(1):121-32.
10. Dyrbye LN, Sotile W, Boone S, West CP, Tan L, Satele D, et al. A Survey of U.S. Physicians and Their Partners Regarding the Impact of Work–Home Conflict. *J Gen Intern Med.* 1 janv 2014;29(1):155-61.
11. Grunfeld E, Whelan TJ, Zitzelsberger L, Willan AR, Montesanto B, Evans WK. Cancer care workers in Ontario: prevalence of burnout, job stress and job satisfaction. *Can Med Assoc J.* 25 juill 2000;163(2):166-9.
12. Guedon A. Le burnout du médecin: prévalence et déterminants dans le monde. *Revue de la littérature [Thèse d'exercice].* [France]: Université de Rouen; 2016.
13. Cathébras P, Begon A, Laporte S, Bois C, Truchot D. Épuisement professionnel chez les médecins généralistes. *Presse Médicale.* 1 déc 2004;33(22):1569-74.
14. Dusmesnil H, Saliba-Serre B, Régi J-C, Leopold Y, Verger P. Épuisement professionnel chez les médecins généralistes de ville : prévalence et déterminants, Professional burn-out of

- general practitioners in urban areas: prevalence and determinants. *Santé Publique*. 2009;21(4):355-64.
15. Guerin D. Le Burn out des médecins généralistes en Picardie [Thèse d'exercice Médecine Générale]. [S.l.]: Université de Picardie; 2010.
 16. Picquendar G. Burnout des médecins généralistes hauts-normands: prévalence et facteurs associés [Thèse d'exercice Médecine Générale]. [France]: Université de Rouen; 2016.
 17. European Agency for Safety and Health at Work. Calculating the cost of work-related stress and psychosocial risks European Risk Observatory Literature Review [Internet]. 2014. Disponible sur: https://osha.europa.eu/en/tools-and-publications/publications/literature_reviews/calculating-the-cost-of-work-related-stress-and-psychosocial-risks
 18. Trontin C, Lassagne M, Boini S, Rinal S. Le coût du stress professionnel en France en 2007 [Internet]. INRS et Arts & Métiers paris Tech; 2007. Disponible sur: <http://travail-emploi.gouv.fr/sante-au-travail/prevention-des-risques/risques-psycho-sociaux/de-quoi-parle-t-on/article/etudes-et-chiffres-cles>
 19. Caisse Autonome de Retraite des médecins de France. De quelles affections souffrent les médecins bénéficiaires du régime invalidité-décès ? [Internet]. 2017 [cité 16 nov 2017]. Disponible sur: <http://www.carmf.fr/page.php?page=chiffrescles/stats/2017/nature-affections.htm>
 20. Galam E, Komly V, Tourneur AL, Jund J. Burnout among French GPs in training: a cross-sectional study. *Br J Gen Pract*. mars 2013;63(608):e217-24.
 21. West CP, Tan AD, Habermann TM, Sloan JA, Shanafelt TD. Association of resident fatigue and distress with perceived medical errors. *JAMA*. 23 sept 2009;302(12):1294-300.
 22. Pit S. W., Hansen V. Factors influencing early retirement intentions in Australian rural general practitioners. 3 mai 2014;(64):297-304.
 23. Hann M, Reeves D, Sibbald B. Relationships between job satisfaction, intentions to leave family practice and actually leaving among family physicians in England. *Eur J Public Health*. août 2011;21(4):499-503.
 24. Kacenenbogen N, Offermans AM, Roland M. [Burnout of general practitioners in Belgium: societal consequences and paths to solutions]. *Rev Médicale Brux*. sept 2011;32(4):413-23.
 25. Slimani G, Lakbiri H, Sekkat FZ. Evaluation psychiatrique et psychologique du syndrome de Tako-Tsubo: à propos d'un cas. *Pan Afr Med J* [Internet]. 30 mai 2017;27. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5554664/>
 26. Ishak W, Nikraves R, Lederer S, Perry R, Ogunyemi D, Bernstein C. Burnout in medical students: a systematic review. *Clin Teach*. août 2013;10(4):242-5.

27. DA CRUZ N. Prisons : menace sur le secret médical. *Med Bull Inf ORDRE Natl Med.* 06 2011;(18):22-7.
28. BOUET Patrick. Atlas de la démographie médicale en France, Profils comparés: 2007/2017- Les territoires au coeur de la réflexion-situation au 1er Janvier 2017 [Internet]. 2017 [cité 16 nov 2017]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medecale_2017_0.pdf
29. Institut national de la statistique et des études économiques. Bilan démographique 2007 - Insee Première - 1170 [Internet]. 2008 [cité 14 déc 2017]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1280767>
30. Doran Natasha, Fox Fiona, Rodham Karen, Taylor Gordon, Harris Michael. Lost to the NHS: a mixed methods study of why GPs leave practice early in England | *British Journal of General Practice.* *Br J Gen Pract.* Février 2016;66(643):e128-35.
31. Siu CFY, Yuen SK, Cheung A. Burnout among public doctors in Hong Kong: cross-sectional survey. *Hong Kong Med J Xianggang Yi Xue Za Zhi.* juin 2012;18(3):186-92.
32. Al-Dubai SAR, Rampal KG. Prevalence and associated factors of burnout among doctors in Yemen. *J Occup Health.* 2010;52(1):58-65.
33. Conseil départementaux de l'ordre des Médecins. Enquête sur la santé des médecins libéraux de haute Normandie [Internet]. 2008. Disponible sur: http://www.apima.org/img_bronner/enquete_HN_soigne_medecin.pdf
34. Haute Autorité de Santé. Repérage et prise en charge cliniques du syndrome d'épuisement professionnel ou burnout [Internet]. 2017 [cité 20 nov 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-05/dir56/rapport_elaboration_burnout.pdf
35. Shanafelt TD, West CP, Sloan JA, Novotny PJ, Poland GA, Menaker R, et al. Career fit and burnout among academic faculty. *Arch Intern Med.* 25 mai 2009;169(10):990-5.
36. Chen K-Y, Yang C-M, Lien C-H, Chiou H-Y, Lin M-R, Chang H-R, et al. Burnout, Job Satisfaction, and Medical Malpractice among Physicians. *Int J Med Sci.* 28 août 2013;10(11):1471-8.
37. Mazurkiewicz R, Korenstein D, Fallar R, Ripp J. The prevalence and correlations of medical student burnout in the pre-clinical years: a cross-sectional study. *Psychol Health Med.* 2012;17(2):188-95.
38. Richter A, Kostova P, Baur X, Wegner R. Less work: more burnout? A comparison of working conditions and the risk of burnout by German physicians before and after the implementation of the EU Working Time Directive. *Int Arch Occup Environ Health.* févr 2014;87(2):205-15.

39. Roth M, Morrone K, Moody K, Kim M, Wang D, Moadel A, et al. Career burnout among pediatric oncologists. *Pediatr Blood Cancer*. 15 déc 2011;57(7):1168-73.
40. Nishimura K, Nakamura F, Takegami M, Fukuhara S, Nakagawara J, Ogasawara K, et al. Cross-sectional survey of workload and burnout among Japanese physicians working in stroke care: the nationwide survey of acute stroke care capacity for proper designation of comprehensive stroke center in Japan (J-ASPECT) study. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. mai 2014;7(3):414-22.
41. Tokuda Y, Hayano K, Ozaki M, Bito S, Yanai H, Koizumi S. The interrelationships between working conditions, job satisfaction, burnout and mental health among hospital physicians in Japan: a path analysis. *Ind Health*. avr 2009;47(2):166-72.
42. Dyrbye LN, Varkey P, Boone SL, Satele DV, Sloan JA, Shanafelt TD. Physician satisfaction and burnout at different career stages. *Mayo Clin Proc*. déc 2013;88(12):1358-67.
43. Burnout in hospital-based medical consultants in the New Zealand public health system. - PubMed - NCBI [Internet]. [cité 3 déc 2017]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19701256>
44. Contag SP, Golub JS, Teknos TN, Nussenbaum B, Stack BC, Arnold DJ, et al. Professional burnout among microvascular and reconstructive free-flap head and neck surgeons in the United States. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. oct 2010;136(10):950-6.
45. Kuntz A. La santé des médecins libéraux en Haute-Normandie: analyse des besoins et mise en place de l'expérimentation d'un service de médecine préventive [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Rouen; 2011.
46. Suty R, Aubrège A. Attitude des médecins généralistes envers leur propre santé: enquête menée auprès de 530 médecins libéraux du département de Meurthe-et-Moselle. France; 2006.
47. Carme J, Maglioli L. La santé du médecin généraliste: étude qualitative des freins à l'accès aux soins [Thèse d'exercice]. [Grenoble, France]: Université Joseph Fourier; 2015.
48. Henderson M, Brooks SK, Busso L del, Chalder T, Harvey SB, Hotopf M, et al. Shame! Self-stigmatisation as an obstacle to sick doctors returning to work: a qualitative study. *BMJ Open*. 1 janv 2012;2(5):e001776.
49. Montgomery A. The inevitability of physician burnout: Implications for interventions. *Burn Res*. juin 2014;1(1):50-6.
50. Askin WJ. Coaching for physicians. *Can Fam Physician*. oct 2008;54(10):1399-400.
51. Manciaux M. La résilience. *Études*. 2001;(395):321-30.
52. Pajonk F-GB, Cransac P, Müller V, Teichmann A, Meyer W. Trauma and stress-related disorders in German emergency physicians: the predictive role of personality factors. *Int J Emerg Ment Health*. 2012;14(4):257-68.

53. Sun W, Fu J, Chang Y, Wang L. Epidemiological study on risk factors for anxiety disorder among Chinese doctors. *J Occup Health*. 2012;54(1):1-8.
54. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job Burnout. *Annu Rev Psychol*. 2001;52(1):397-422.
55. Empathy and burnout among physicians of different specialities. - PubMed - NCBI [Internet]. [cité 3 déc 2017]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24858455>
56. Aldrees TM, Aleissa S, Zamakhshary M, Badri M, Sadat-Ali M. Physician well-being: prevalence of burnout and associated risk factors in a tertiary hospital, Riyadh, Saudi Arabia. *Ann Saudi Med*. oct 2013;33(5):451-6.
57. Dyrbye LN, Shanafelt TD, Balch CM, Satele D, Sloan J, Freischlag J. Relationship between work-home conflicts and burnout among American surgeons: a comparison by sex. *Arch Surg Chic Ill 1960*. févr 2011;146(2):211-7.

ANNEXES

1. ANNEXE N°1 : MASLACH BURN OUT INVENTORY (MBI)

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 ragaillard(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/burnoutsyndromeéchellembi.htm>

2. ANNEXE N°2 : FICHE DE RECUEIL DES CARACTERISTIQUES DES MEDECINS

Entretien n°

Age : <30 ans/30 à 49ans/50 à 59 ans/ 60 à 70 ans

Retraité actif :

Sexe :

Lieu d'exercice :

Statut Marital :

Parentalité :

Mode d'exercice : seul, cabinet de groupe, maison de santé, pôle santé ?

MSU :

Activité médicale particulière :

Ordre des médecins :

Secrétariat (à distance, sur place) :

Syndiqué :

Permanence des soins :

Patientèle Type :

Durée entretien :

3. ANNEXE N°3 : GUIDE D'ENTRETIEN

1) Comment ressentez-vous le risque du Burn Out dans votre métier ?

Avez-vous eu des exemples autour de vous ?

2) Selon vous, quels pourraient être les facteurs qui pourraient faire basculer un médecin généraliste vers le burn out ? => Dans la vie personnelle ?

=> Loisirs ?

=> Dans la vie professionnelle ?

=> Au niveau de la société ?

3) Comment voyez-vous la prévention du Burn Out chez le médecin généraliste ? Comment voyez-vous ces moyens de prévention ?

4) Y a-t-il un point que nous n'avons pas abordé et dont vous auriez aimé parler sur le BOS ?

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

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

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

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

RESUME

Introduction : Le Burn Out est un phénomène de plus en plus présent dans notre société. Chez les médecins généralistes sa prévalence est élevée. La présente étude a été consacrée à la perception du risque de Burn Out chez des médecins généralistes pour aboutir à la proposition de mesures de prévention.

Méthode : Il s'agit d'une étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes libéraux Hauts-Normands. Les entretiens ont été enregistrés puis retranscrits sous la forme de verbatims, en respectant l'anonymat. Leur codage et analyse ont été réalisés grâce au logiciel Nvivo. Les entretiens se sont arrêtés après saturation des données.

Résultats : Dix-huit médecins ont été interviewés. Le risque de Burn out a été décrit comme important, multi factoriel et avec des conséquences lourdes. Les mesures de prévention proposées se résument ainsi : -réduire le déficit chronique de médecins généralistes en activité et le déséquilibre territorial -améliorer la reconnaissance du médecin généraliste de la part des patients et des institutionnels avec l'appui des médias. -améliorer l'efficacité d'exercice de la profession par les conditions d'installation et l'organisation. - Développer la collaboration et la solidarité entre praticiens géographiquement rapprochés. - mettre en place une médecine du travail, dédiée au médecin généraliste, utilisée efficacement et proposer les moyens de développement personnel (formations, sensibilisations) adaptés pour permettre à celui-ci d'être mieux armé face au risque de Burn Out.

Conclusion : Le Burn Out est un syndrome complexe et multifactoriel. Encourager d'autres études élargies et sur les étudiants en médecine à ce sujet semble nécessaire.

MOTS CLES

Prévention / mesures de prévention / syndrome d'épuisement professionnel / burnout / médecins généralistes / médecine générale / étude qualitative