



HAL
open science

Évolution à 15 ans de la prévalence du syndrome d'épuisement professionnel chez les médecins généralistes de la Loire

Alexandre Tabone

► **To cite this version:**

Alexandre Tabone. Évolution à 15 ans de la prévalence du syndrome d'épuisement professionnel chez les médecins généralistes de la Loire. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01926934

HAL Id: dumas-01926934

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01926934v1>

Submitted on 19 Nov 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.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SID de Grenoble :
bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

<http://www.cfcopies.com/juridique/droit-auteur>

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>



UNIVERSITÉ GRENOBLE ALPES

UFR DE MÉDECINE DE GRENOBLE

Année : 2018

**ÉVOLUTION A 15 ANS DE LA PRÉVALENCE DU SYNDROME D'ÉPUISEMENT
PROFESSIONNEL CHEZ LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES DE LA LOIRE**

THÈSE

PRÉSENTÉE POUR L'OBTENTION DU TITRE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

DIPLÔME D'ÉTAT

Alexandre TABONE

[Données à caractère personnel]

THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE
GRENOBLE

Le : 08/11/2018

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE

Président du jury :

M. le Pr Patrick IMBERT

Membres :

Mme le Pr Anne MAÎTRE

M. le Dr François PAYSANT

Mme le Dr Marion CHAUVET directrice de thèse

L'UFR de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.

RESUME

Objectif : Rechercher une évolution de la prévalence du syndrome d'épuisement professionnel chez les médecins généraliste libéraux de la Loire à 15 ans.

Méthode : Un questionnaire a été adressé par courrier électronique à 299 médecins généralistes. Il était composé de 3 parties : une première partie concernait les caractéristiques démographiques tel que l'âge, le sexe, la date d'installation, le mode d'exercice, le nombre d'heure de travail hebdomadaire ; une seconde partie était le *Maslach Burnout Inventory* en français ; une troisième partie concernait le ressenti des médecins à propos de l'évolutivité du burnout. Les réponses étaient recueillies anonymement et les résultats ont été comparés à ceux d'une étude réalisée en 2003 dans la même zone.

Résultats : Quatre-vingt médecins ont répondu soit un taux de réponse de vingt-sept pourcents. Les scores moyens pour les trois dimensions du syndrome d'épuisement professionnel étaient pour l'épuisement émotionnel de $21,72 \pm 11,95$, pour la dépersonnalisation de $8,78 \pm 6,85$, pour l'accomplissement professionnel de $38,18 \pm 6,54$. Un score élevé dans toutes les dimensions touchait 5 % des répondants. La comparaison des scores moyens de l'échelle MBI entre 2003 et 2018 retrouvait pour le score d'épuisement émotionnel un résultat $|t| = 0,06$ (IC à 95 % ; $[-1,96 ; 1,96]$) ; pour le score moyen de dépersonnalisation un résultat $|t| = 0,48$ (IC à 95 % ; $[-1,96 ; 1,96]$) ; pour le score moyen d'accomplissement professionnel $|t| = 0,77$ (IC à 95 % ; $[-1,96 ; 1,96]$).

Conclusion : La prévalence du syndrome d'épuisement professionnel n'a pas varié chez les médecins généralistes en quinze ans et ce malgré les évolutions d'exercice et la prévention.

Mots-clés : syndrome d'épuisement professionnel ; médecin généraliste ; prévalence ; évolution

SUMMARY

Objective : Assess the evolution of the prevalence of burnout syndrome among general practitioners of the Loire region (France) at fifteen years.

Methods : A questionnaire was sent by e-mail to 299 general practitioners. It consisted of 3 parts: the first part concerned the demographic characteristics such as age, sex, time of their settlement, type of practice, number of hours worked per week; a second part concerned the Maslach Burnout Inventory; a third part concerned the feelings of physicians about the evolution of burnout. The responses were collected anonymously and the results were compared to those of a 2003 study in the same geographical area.

Results : Eighty doctors answered (for a response rate of 27 %). Mean scores for the three dimensions of the burnout syndrome were for emotional exhaustion of 21.72 ± 11.95 , for depersonalization of 8.78 ± 6.85 , for professional accomplishment of 38.18 ± 6.54 . A high score in all dimensions affected 5 % of respondents. The comparison of the average scores of the MBI scale between 2003 and 2018 found for the score of emotional exhaustion a result $|t| = 0.06$ (95 % CI, [-1.96, 1.96]); for the mean score of depersonalization a result $|t| = 0.48$ (95 % CI, [-1.96, 1.96]); for the mean score of professional achievement $|t| = 0.77$ (95 % CI, [-1.96, 1.96]).

Discussion : The prevalence of burnout syndrome has not changed among general practitioners in fifteen years despite prevention and changes in practice.

MeshTerms : burnout syndrom ; general practitioner ; prevalence ; evolution

Doyen de la Faculté : Pr. Patrice MORAND

Année 2017-2018

ENSEIGNANTS A L'UFR DE MEDECINE

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie réanimation
PU-PH	APTEL Florent	Ophthalmologie
PU-PH	ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine	Chirurgie générale
PU-PH	BAILLET Athan	Rhumatologie
PU-PH	BARONE-ROCHETTE Gilles	Cardiologie
PU-PH	BAYAT Sam	Physiologie
PU-PH	BENHAMOU Pierre Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BERGER François	Biologie cellulaire
MCU-PH	BIDART-COUTTON Marie	Biologie cellulaire
MCU-PH	BOISSET Sandrine	Agents infectieux
PU-PH	BONAZ Bruno	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
PU-PH	BONNETERRE Vincent	Médecine et santé au travail
PU-PH	BOREL Anne-Laure	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BOSSON Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
PU-PH	BOUGEROL Thierry	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	BOUILLET Laurence	Médecine interne
PU-PH	BOUZAT Pierre	Réanimation
MCU-PH	BRENIER-PINCHART Marie Pierre	Parasitologie et mycologie
PU-PH	BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire
MCU-PH	BRIOT Raphaël	Thérapeutique, médecine d'urgence
MCU-PH	BROUILLET Sophie	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
PU-PH	CAHN Jean-Yves	Hématologie
PU-PH	CARPENTIER Françoise	Thérapeutique, médecine d'urgence
PU-PH	CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
PU-PH	CESBRON Jean-Yves	Immunologie
PU-PH	CHABARDES Stephan	Neurochirurgie
PU-PH	CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	CHAFFANJON Philippe	Anatomie
PU-PH	CHARLES Julie	Dermatologie
PU-PH	CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire
PU-PH	CHIQUET Christophe	Ophthalmologie

PU-PH	CHIRICA Mircea	Chirurgie générale
PU-PH	CINQUIN Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	CLAVARINO Giovanna	Immunologie
PU-PH	COHEN Olivier	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	COURVOISIER Aurélien	Chirurgie infantile
PU-PH	COUTURIER Pascal	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PU-PH	CURE Hervé	Oncologie
PU-PH	DEBILLON Thierry	Pédiatrie
PU-PH	DECAENS Thomas	Gastro-entérologie, Hépatologie
PU-PH	DEMATTEIS Maurice	Addictologie
MCU-PH	DERANSART Colin	Physiologie
PU-PH	DESCOTES Jean-Luc	Urologie
MCU-PH	DETANTE Olivier	Neurologie
MCU-PH	DIETERICH Klaus	Génétique et procréation
MCU-PH	DOUTRELEAU Stéphane	Physiologie
MCU-PH	DUMESTRE-PERARD Chantal	Immunologie
PU-PH	EPAULARD Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
PU-PH	ESTEVE François	Biophysique et médecine nucléaire
MCU-PH	EYSSERIC Hélène	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	FAGRET Daniel	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	FAUCHERON Jean-Luc	Chirurgie générale
MCU-PH	FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	FEUERSTEIN Claude	Physiologie
PU-PH	FONTAINE Éric	Nutrition
PU-PH	FRANCOIS Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-MG	GABOREAU Yoann	Médecine Générale
PU-PH	GARBAN Frédéric	Hématologie, transfusion
PU-PH	GAUDIN Philippe	Rhumatologie
PU-PH	GAVAZZI Gaétan	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	GAY Emmanuel	Neurochirurgie
MCU-PH	GILLOIS Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
PU-PH	GUEBRE-EGZIABHER Fitsum	Néphrologie
MCU-PH	GUZUN Rita	Endocrinologie, diabétologie, nutrition, éducation thérapeutique
PU-PH	HAINAUT Pierre	Biochimie, biologie moléculaire
PU-PH	HENNEBICQ Sylviane	Génétique et procréation
PU-PH	HOFFMANN Pascale	Gynécologie obstétrique
PU-PH	HOMMEL Marc	Neurologie
PU-MG	IMBERT Patrick	Médecine Générale
PU-PH	JOUK Pierre-Simon	Génétique
PU-PH	JUVIN Robert	Rhumatologie

PU-PH	KAHANE Philippe	Physiologie
MCU-PH	KASTLER Adrian	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	KRACK Paul	Neurologie
PU-PH	KRAINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	LABARERE José	Epidémiologie ; Eco. de la Santé
MCU-PH	LABLANCHE Sandrine	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
MCU-PH	LANDELLE Caroline	Bactériologie - virologie
MCU-PH	LAPORTE François	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH	LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH	LARRAT Sylvie	Bactériologie, virologie
MCU - PH	LE PISSART Audrey	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénérologie
PU-PH	LEROUX Dominique	Génétique
PU-PH	LEROY Vincent	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
PU-PH	LEVY Patrick	Physiologie
PU-PH	LONG Jean-Alexandre	Urologie
PU-PH	MAGNE Jean-Luc	Chirurgie vasculaire
MCU-PH	MAIGNAN Maxime	Thérapeutique, médecine d'urgence
PU-PH	MAITRE Anne	Médecine et santé au travail
MCU-PH	MALLARET Marie-Reine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-PH	MARLU Raphaël	Hématologie, transfusion
MCU-PH	MAUBON Danièle	Parasitologie et mycologie
PU-PH	MAURIN Max	Bactériologie - virologie
MCU-PH	MC LEER Anne	Cytologie et histologie
PU-PH	MERLOZ Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	MORAND Patrice	Bactériologie - virologie
PU-PH	MOREAU-GAUDRY Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	MORO Elena	Neurologie
PU-PH	MORO-SIBILOT Denis	Pneumologie
PU-PH	MOUSSEAU Mireille	Cancérologie
PU-PH	MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
MCU-PH	PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	PALOMBI Olivier	Anatomie
PU-PH	PARK Sophie	Hémato - transfusion
PU-PH	PASSAGGIA Jean-Guy	Anatomie
PU-PH	PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	Anesthésiologie réanimation
MCU-PH	PAYSANT François	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	PELLETIER Laurent	Biologie cellulaire
PU-PH	PELLOUX Hervé	Parasitologie et mycologie
PU-PH	PEPIN Jean-Louis	Physiologie
PU-PH	PERENNOU Dominique	Médecine physique et de réadaptation
PU-PH	PERNOD Gilles	Médecine vasculaire
PU-PH	PIOLAT Christian	Chirurgie infantile
PU-PH	PISON Christophe	Pneumologie

PU-PH	PLANTAZ Dominique	Pédiatrie
PU-PH	POIGNARD Pascal	Virologie
PU-PH	POLACK Benoît	Hématologie
PU-PH	POLOSAN Mircea	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	PONS Jean-Claude	Gynécologie obstétrique
PU-PH	RAMBEAUD Jacques	Urologie
PU-PH	RAY Pierre	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
PU-PH	REYT Émile	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	RIGHINI Christian	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	ROMANET Jean Paul	Ophthalmologie
PU-PH	ROSTAING Lionel	Néphrologie
MCU-PH	ROUSTIT Matthieu	Pharmacologie fondamentale, pharmaco clinique, addictologie
MCU-PH	ROUX-BUISSON Nathalie	Biochimie, toxicologie et pharmacologie
MCU-PH	RUBIO Amandine	Pédiatrie
PU-PH	SARAGAGLIA Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologie
MCU-PH	SATRE Véronique	Génétique
PU-PH	SAUDOU Frédéric	Biologie Cellulaire
PU-PH	SCHMERBER Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	SCHWEBEL-CANALI Carole	Réanimation médicale
PU-PH	SCOLAN Virginie	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	SEIGNEURIN Arnaud	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	STAHL Jean-Paul	Maladies infectieuses, maladies tropicales
PU-PH	STANKE Françoise	Pharmacologie fondamentale
MCU-PH	STASIA Marie-José	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	STURM Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	TAMISIER Renaud	Physiologie
PU-PH	TERZI Nicolas	Réanimation
MCU-PH	TOFFART Anne-Claire	Pneumologie
PU-PH	TONETTI Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	TOUSSAINT Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	VANZETTO Gérald	Cardiologie
PU-PH	VUILLEZ Jean-Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	WEIL Georges	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	ZAOUI Philippe	Néphrologie
PU-PH	ZARSKI Jean-Pierre	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie

PU-PH : Professeur des Universités et Praticiens Hospitaliers

MCU-PH : Maître de Conférences des Universités et Praticiens Hospitaliers

PU-MG : Professeur des Universités de Médecine Générale

MCU-MG : Maître de Conférences des Universités de Médecine Générale

REMERCIEMENTS

A notre président de jury, Pr Imbert, qui d'autre que vous pour juger de ce travail de thèse. Recevez ma profonde gratitude pour votre disponibilité et votre écoute tout au long de mon internat.

A ma Directrice de thèse, Dr Chauvet, merci pour avoir accepté de diriger cette thèse puis pour tes relectures patientes et pertinentes. Et bien avant ça pour m'avoir donné les bases d'une pratique médicale des plus plaisante lors d'un stage de grande qualité.

Au Pr Maître, merci d'avoir accepté avec une spontanéité réconfortante de juger cette thèse.

Au Dr Paysant, merci pour l'intérêt porter à ce travail et à votre participation à ce jury.

A l'URPS Rhône-Alpes, pour avoir retenu mon projet et l'aide logistique fournie.

Au Dr Augros et Dr Cailleau, avec toute ma reconnaissance pour m'avoir redonné goût à la pratique de la médecine et offert une formation d'une grande qualité.

A mes parents, pour votre soutien indéfectible et les efforts consentis pour me permettre de réaliser ces passionnantes études.

A ma sœur, dont le parcours et la force de caractère forcent le respect.

Aux amis de médecine, Thomas, Vivien, Maxime, Thibaut, Marion, Maxime, Marthe, César et Aurore pour tous ces moments qui ont rendus ces années d'études aussi mémorables et pour tous ceux à venir.

A Taf, sans qui les dernières années n'auraient jamais pu être aussi riches. Merci.

A toi Guillemette, merci pour ton soutien, ton écoute pendant ces longs mois de travail et pour ton amour, ton humour depuis bien plus longtemps. J'ai trouvé quel est le sommet de mes rêves, c'est toi.

LISTE DES ABREVIATIONS

A.S.R.A. : Aide aux soignants de Rhône-Alpes

C.N.G.E. : Conseil National des Généralistes Enseignants

E.G.P.R.N. : European General Practice Research Network

I.C. : Intervalle de Confiance

M.B.I. : Maslach Burnout Inventory

U.R.P.S. : Union Régionale des Professionnels de Santé

TABLEAU DES ILLUSTRATIONS

Tableau 1 : Caractéristiques démographiques des médecins répondants

Tableau 2 : Caractéristiques professionnelles des médecins répondants

Tableau 3 : Comparaison des scores moyens pour les trois dimensions de l'échelle MBI

SERMENT MEDICAL

Au moment d'être admis 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 dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu 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 et méprisé si j'y manque.

TABLE DES MATIERES

Résumés.....	page 2
Introduction.....	page 14
Méthode.....	page 16
Résultats.....	page 18
Discussion.....	page 22
Conclusion.....	page 26
Bibliographie.....	page 27
Annexes.....	page 29

INTRODUCTION

Le syndrome d'épuisement professionnel a été décrit, il y a 40 ans, comme une forme de réaction au stress chronique dans le cadre professionnel chez les médecins et les paramédicaux(1). Il comprend trois dimensions distinctes mais corrélées qui sont l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et la diminution de l'accomplissement professionnel (2) et que les soignants touchés expriment par un sentiment de fatigue extrême, une perte de motivation, un sentiment de frustration, une irritabilité, un détachement émotionnel. De ces travaux Maslach et Jackson ont mis au point une première échelle de mesure la Maslach Burnout Inventory qui est aujourd'hui largement validé (3). Le syndrome d'épuisement professionnel est devenu dans les quinze dernières années un sujet de préoccupation et de publication pour les médecins aussi bien généralistes que spécialistes, libéraux qu'hospitaliers car ils sont une population particulièrement exposée par rapport au reste de la population des travailleurs (4). Les études permettant une évaluation de la prévalence du syndrome d'épuisement professionnel ont été nombreuses dans les années 2000, et ont confirmé les résultats des précédentes séries par des cohortes toujours plus importantes (5) (6), ainsi que la mise en évidence de ses conséquences : diminution de la qualité des soins, erreurs médicales, prescriptions abusives et inadaptées, comportements à risques (tabac, alcool, médicaments, tentative de suicide) (7) (8). Dans le même temps, la prise en compte de ce phénomène a entraîné la mise en œuvre d'actions de prévention et d'information du burnout (9) (10). Et si des travaux se sont penchés sur la question de l'évolution du burnout chez une même personne lors de suivis longitudinaux (11) (12), il n'a pas été retrouvé d'étude tentant d'évaluer la prévalence de ce syndrome à plusieurs années d'intervalle chez des patients ayant bénéficiés d'une prise en charge pour une situation de burnout ou sur une même population ; ce que remarque West and Al en 2016 (13). En s'appuyant sur les données complètes d'un travail de

recherche mené en 2003 (14), notre étude évalue le niveau de burnout des médecins généralistes de la Loire à quinze ans d'intervalle.

METHODE

Notre étude concernait les médecins généralistes installés dans les arrondissements de Saint-Etienne et Montbrison quel que soit leurs conditions d'exercice. Pour ce faire, chaque praticien a été contacté par courrier électronique à partir de la base de données de l'Union Régionale des Professionnels de Santé de la région Rhône-Alpes. Ce courrier électronique comportait un texte explicatif sur le travail de recherche en cours ainsi que le lien permettant d'accéder à un questionnaire anonyme en ligne. Pour garantir l'anonymat aux médecins répondants le contact par courrier électronique a été réalisé par l'intermédiaire de l'Union Régionale des Professionnels de Santé. Un courrier électronique de relance a été envoyé un mois plus tard. Les réponses étaient par la suite consultables en ligne uniquement par les expérimentateurs. La période d'inclusion des réponses a été de deux mois.

La première partie du questionnaire était consacrée aux données socio-professionnelles telles que l'âge, la date d'installation, le type d'exercice, ainsi que la situation familiale ; la deuxième partie était l'auto-évaluation du burnout par l'échelle Maslach Burnout Inventory (MBI) ; la troisième partie concernait l'évolutivité du syndrome d'épuisement professionnel en interrogeant les répondants sur leur ressenti de cette évolutivité et leur connaissance de moyens de prévention, et sur leur participation à l'étude menée il y a 15 ans (15).

Le test MBI comporte 22 items et permet une évaluation des trois axes du burnout avec 9 items pour l'épuisement émotionnel, 5 pour la dépersonnalisation et 8 pour l'accomplissement professionnel. A chaque item le sujet doit coter son ressenti sur une échelle allant de 0 (jamais) à 6 (tous les jours). L'interprétation du test est ensuite faite selon une classification du score obtenu pour chaque axe et classée en sous-échelles « bas », « modéré » et « élevé » (16). Pour l'épuisement émotionnel le niveau bas est fixé inférieur ou égal à (\leq) 17, le niveau modéré est compris entre 18 et 29, et le niveau élevé supérieur ou égal à (\geq) 30 ; pour la dépersonnalisation

les scores sont fixés à ≤ 5 , 6-11, ≥ 12 ; pour l'accomplissement personnel les scores sont fixés à ≤ 33 , 34-39, ≥ 40 .

L'analyse statistique de comparaison de moyenne était réalisée par un test de Student, avec dans un premier temps une analyse qui incluait tous les répondants, et dans un second temps seulement les répondants qui avaient participés à l'étude menée en 2003.

RESULTATS

Sur les 299 médecins contactés au mois d'octobre et novembre 2017, 80 praticiens ont répondu au questionnaire en ligne soit un taux de réponse de 26,75 %. La population de répondants se composait de 40 hommes (50 %) et 40 femmes (50 %). L'âge moyen était de 48.9 ± 9.9 ans (extrêmes 30-67 ans) avec 25,8% des répondants entre 30 et 40 ans, 34,6 % entre 41 et 50 ans, et 25,9 % entre 51 et 60 ans ; 85 % des médecins étaient mariés et 21,3 % avaient un conjoint médecin qui dans la majorité des situations ne travaillait pas avec le médecin répondant. Le nombre d'enfant à charge s'élevait en moyenne à $1,6 \pm 1,5$ (0-5).

Tableau 1 : Caractéristiques démographiques des médecins répondants

	2018	2003
Sexe (M-F)	50 % - 50 %	68 % - 32%
Age moyen (années)	$48,9 \pm 9,9$	$46,4 \pm 7,3$
Situation familiale		
- Marié(e) / Union libre	85 %	87,6 %
- Divorcé(e)	10 %	5,2 %
- Célibataire	1,2 %	5,6 %
- Autre	3,8 %	1,6 %
Nombre d'enfants à charge	$1,6 \pm 1,5$	$1,9 \pm 1,3$

Chiffres de 2003 (15)

Sur le plan professionnel, les médecins exerçaient à 58,8 % en milieu urbain et à 75 % en cabinet de groupe ; avec des praticiens installés en moyenne depuis $17,2 \pm 10,4$ ans. Le nombre d'heure de travail hebdomadaires déclarées étaient à 7,5 % inférieur à 35 heures ; à 37,5 % compris entre 36 et 45 heures ; à 41,3 % compris entre 46 et 60 heures ; et à 13,7 % supérieur à 60 heures.

Le nombre d'actes journaliers étaient compris entre 11 et 20 pour 16,3 % des médecins ; entre 21 et 30 pour 57,5 % ; et supérieur à 30 pour 26,2 %. En dehors des consultations en journée, les gardes médicales concernaient 61,3 % des médecins répondants, 39/80 en faisaient moins de 72 heures par mois et 10/80 en effectuaient plus de 72 heures par mois ; enfin 23,8 % avaient une activité salariée en dehors du cabinet.

Tableau 2 : Caractéristiques professionnelles des médecins répondants

	2018	2003
Mode d'exercice		
- Urbain – Rural	58,2 % - 41,8 %	30 % - 70 %
- En groupe – Seul(e)	75 % - 25 %	51 % - 49 %
Nombre d'heures hebdomadaires		
- Inférieur à 35h	7,5 %	4,6 %
- 36h – 45h	37,5 %	22,6 %
- 46h – 60h	41,3 %	58,4 %
- Plus de 60h	13,7 %	11,4 %
Nombre d'actes journaliers		
- 10 ou moins	0 %	3 %
- Entre 11 et 20	16,3 %	44,1 %
- Entre 21 et 30	57,5 %	42,4 %
- Plus de 30	26,2 %	10,5 %
Nombre d'heures de garde par mois		
- Aucune	38,9 %	44 %
- Moins de 72h	48,8 %	45 %
- Plus de 72h	12,3 %	11 %
Activité salariée (Oui – Non)	23,8 % - 76,2 %	32 % - 68 %

Chiffres de 2003 (15)

Selon les résultats du MBI, 23,75 % des médecins avaient un niveau élevé d'épuisement émotionnel, alors que 36,25 % avaient un score modéré d'épuisement émotionnel et que 40 % ne présentaient pas d'épuisement émotionnel. Le score moyen d'épuisement émotionnel était de $21,72 \pm 11,95$ (extrêmes 1-54).

La dépersonnalisation touchait à un niveau élevé 25 % des médecins, à un niveau modéré 36,25 % des médecins et 38,75 % n'en étaient pas atteints. Le score moyen de dépersonnalisation était de $8,78 \pm 6,85$ (extrêmes 0-29). L'accomplissement professionnel était élevé pour 46,25 % des médecins, modéré pour 32,50 % des médecins et bas dans 21,25 % des cas. Le score moyen d'accomplissement professionnel était de $38,18 \pm 6,54$ (extrêmes 21-48). A noter que 5 % des médecins répondants présentaient un score de burnout élevé dans les trois dimensions du MBI et que 18,75 % n'avaient aucune composante du syndrome d'épuisement professionnel.

Le nombre de médecins ayant participé à l'étude menée en 2003 était de 14/80 soit 17,5 % de la population des répondants.

Tableau 3 : Comparaison des scores moyens pour les trois dimensions de l'échelle MBI

	2018	2003
Epuisement émotionnel	$21,72 \pm 11,95$	$21,85 \pm 12,4$
Dépersonnalisation	$8,78 \pm 6,85$	$9,13 \pm 6,7$
Accomplissement professionnel	$38,18 \pm 6,54$	$38,72 \pm 7,1$

Chiffres de 2003 (15)

En ce qui concerne le sentiment d'évolutivité du burnout chez les médecins généralistes, 77,5 % des répondants avaient le sentiment d'une augmentation du syndrome d'épuisement professionnel, 18,8 % le jugeaient comme stable, et 3,7 % percevaient une diminution.

L'absence de connaissance de moyens de prévention du burnout pour les médecins était de 66,3 %.

La comparaison des scores moyens de l'échelle MBI entre 2003 et 2018 et qui incluait tous les médecins répondants, retrouvait pour le score d'épuisement émotionnel un résultat $|t| = 0,06$ (IC à 95 % ; [-1,96 ; 1,96]) qui était en faveur d'une absence de différence significative.

Pour le score moyen de dépersonnalisation, l'analyse avec l'effectif complet retrouvait un résultat $|t|=0,48$ (IC à 95 % ; [-1,96 ; 1,96]) qui était non significatif. L'analyse des scores moyens d'accomplissement professionnel ne retrouvait pas de différence significative avec l'effectif complet avec un résultats $|t| = 0,77$ (IC à 95 % ; [-1,96 ; 1,96]).

Une analyse en sous-groupe ne prenant en compte que les médecins qui avaient répondu positivement à la question sur la participation à l'étude menée en 2003 a été faite sur leurs scores moyens de l'échelle MBI. Nous retrouvions pour le score d'épuisement professionnel une absence de différence significative avec $|t| = 0,04$ (IC à 95 % ; [-1,96 ; 1,96]) ; ainsi que pour les scores de dépersonnalisation avec $|t| = 0,04$ (IC à 95 % ; [-1,96 ; 1,96]) et d'accomplissement personnel avec $|t| = 0,86$ (IC à 95 % ; [-1,96 ; 1,96]).

DISCUSSION

Le syndrome d'épuisement professionnel semble rester stable au cours du temps sur quinze ans, que ce soit sur le score complet avec 5 % de médecins touchés, ou que ce soit pour l'épuisement professionnel, la dépersonnalisation ou l'accomplissement personnel. Ce résultat est pourtant remarquable car dans le même temps des causes connues du syndrome d'épuisement professionnel ont diminué. Le temps de travail qui est un facteur clé dans la survenue du burnout comme l'ont démontré de nombreuses études dont l'étude européenne EGPRN (6) et une revue de littérature exhaustive en 2011 (17) a sensiblement diminué. On constate qu'entre 2003 et 2018 la proportion de médecins travaillant entre 46 et 60 heures hebdomadaires a diminué de 59,5 % à 41,3 %, et elle a augmenté de 22,5 % à 37,5 % pour les médecins travaillant entre 36 et 45 heures par semaine ; tout en restant stable pour les tranches extrêmes (moins de 35 heures et plus de 60 heures). Le regroupement des praticiens dans des structures de soins est aussi une tendance que l'on observe au cours de cette période, avec actuellement trois praticiens sur quatre exerçants en groupe contre un sur deux il y a quinze ans. Cette organisation permet donc de lutter contre l'isolement qui est un facteur de risque de burnout comme l'ont montré dans leur méta-analyse West and Al en 2016 (13).

Cependant dans le même temps, une évolution majeure dans la population médicale a été la féminisation des médecins généralistes dont le pourcentage est passé de 32 % à 50 % des répondants entre 2003 et 2018 et qui concorde avec la tendance nationale (18). Il est ici une possible explication qui vient contre balancer les phénomènes plus en faveur d'une diminution du syndrome d'épuisement professionnel. En effet, une étude auprès de médecins généraliste de Haute-Garonne et de Paris, et une étude menée par le CNGE montrent que les femmes médecins étaient plus touchées par le stress (19) (20) (21). Il est démontré que le stress est une étiologie du syndrome d'épuisement professionnel (22). Il est important de rappeler que la

féménisation de la population des médecins généralistes n'est pas l'explication à la réduction du temps de travail des praticiens mais qu'il s'agit d'un phénomène générationnel (23).

Un autre phénomène de fond dans le monde médical qui explique cette tendance, est la technicisation de la pratique médicale. Elle se manifeste par une multiplication des recommandations de bonne pratique qui diminue la part d'initiative des médecins dans la démarche de soins (24). Le regroupement des médecins dans des structures de soins plus importantes que le cabinet traditionnel, comme les maisons de santé pluridisciplinaires, entraîne la mise en place d'objectifs qui sont contrôlés par les Agences Régionale de Santé, ou bien lors des visites par les médecins conseils de la Sécurité Sociale. Ce qui peut être vécu à terme comme une perte de contrôle de la pratique médicale par le médecin. Il faut aussi évoquer le recours à l'informatique qui diminue pour une partie des médecins généralistes le temps d'interaction avec leurs patients et qui est source de frustration amenant à la baisse de l'accomplissement professionnel (25).

Dans les résultats marquants, il faut relever que le nombre d'actes quotidiens a augmenté en quinze ans, avec une diminution de 44,1% à 16,3% pour la fourchette « 11 – 20 actes/jours » et une augmentation d'environ 15% pour les fourchettes « 21-30 actes/jours » et « plus de 30 actes/jour », et ceci dans une tendance globale de réduction du nombre d'heures de travail hebdomadaire. Or le nombre d'acte par jour et la concentration des actes dans le temps ont été clairement identifiés comme des facteurs de risque de survenu de syndrome d'épuisement professionnel que ce soit dans cette population médicale en 2003 (15), ou lors d'étude à grande échelle EGPRN (6).

Alors que la prévalence du syndrome d'épuisement professionnel est restée stable entre 2003 et 2018, sa perception par les médecins généralistes auprès de leurs consœurs et confrères n'est pas en adéquation avec les données chiffrées. Il est intéressant de noter que près de huit

praticiens sur dix pensent qu'il y a une augmentation des cas. Ce phénomène peut s'expliquer par la mise en place de campagnes et de programmes de prévention.

La prévention s'est articulée depuis une quinzaine d'années autour de deux axes. Le premier, interventionnel, basé sur la présence d'un tiers est finalement inadapté à la pratique libérale. De plus après une analyse rétrospective des études menées en milieu hospitalier, il est permis de conclure que les effets de ces programmes interventionnels n'ont aucun effet passé 12 mois (13). Le second, basé sur le signalement d'une situation à risque d'épuisement professionnel par le médecin lui-même victime ou par un collègue, est la forme la plus adaptée pour les médecins généralistes. Cette méthode de prévention repose sur un service téléphonique avec un numéro national unique qui permet ensuite une orientation vers une association régionale, dont celle implantée dans le département de la Loire, nommée l'association d'Aide aux Soignants de Rhône-Alpes (ASRA). Entre 2012 et 2017, cette structure d'aide a pris en charge 26 médecins dans le département de la Loire (26). Malgré cela, le syndrome d'épuisement touche de manière significative plus de médecins que de travailleur de la population générale avec un surrisque de 50 % pour les médecins généralistes (4).

Cette étude présente plusieurs biais qu'il est nécessaire de signaler. En premier lieu l'impossibilité qui a été faite de joindre tous les médecins de la zone géographique concernée et ce pour des raisons techniques et budgétaires. Il a été décidé de procéder par courrier électronique pour réduire les coûts et d'exploiter la base de données de l'URPS qui était encore en cours de constitution. Quant au taux de réponse de 27 %, il est dans les standards des enquêtes réalisées par courrier électronique chez les médecins généralistes (27). Notre étude qui est une première, manque probablement de puissance avec 80 répondants mais elle peut apporter un élément de réponse quant à l'absence de données pour évaluer sur le long terme les stratégies de prévention du syndrome d'épuisement professionnel (13).

Cependant une interrogation persiste au cours des différentes études et qui concerne le profil des répondants ; s'agit-il des médecins les plus concernés par le sujet, ou au contraire les médecins étant dans une situation d'épuisement professionnel ne répondent pas ? Enfin l'étude n'ayant pas pu interroger tous les médecins qui étaient susceptibles d'être inclus, le taux de renouvellement par les départs (retraite, cessation d'activité, déménagement...) et les nouvelles installations n'a pas été appréhendé pleinement.

CONCLUSION

Devant l'importance prise par le syndrome d'épuisement professionnel dans les travaux de recherche et le manque de données sur les effets à long terme des stratégies de prévention, cette étude s'est donc intéressée au burnout des médecins généralistes en recherchant une évolutivité dans la prévalence de ce phénomène parmi les praticiens libéraux du département de la Loire. Pour ce faire un questionnaire comprenant entre autres une échelle Maslach Burnout Inventory a été envoyé par courrier électronique aux médecins référencés dans la base de données de l'URPS Rhône-Alpes, et les résultats ont été statistiquement comparés à ceux d'une précédente étude menée dans la même zone géographique en 2003.

Nous avons obtenu 80 réponses dont les principaux résultats sur le plan démographique sont une répartition femmes/hommes de 50%, une tendance forte à l'exercice en cabinet de groupe (75 %) et une diminution temps de travail hebdomadaire. Sur le plan du syndrome d'épuisement professionnel, nous retrouvons une stabilité de la prévalence du burnout à 5 % de la population répondante, ainsi que pour chacune des dimensions du burnout, à savoir l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et l'accomplissement professionnel.

Au cours des quinze dernières années, la prévalence du syndrome d'épuisement professionnel n'a donc pas varié et ce malgré les importants changements démographiques de la population médicale (regroupement des praticiens, rapprochement urbain, réduction du volume horaire hebdomadaire et féminisation); la mise en place de structures de prévention et d'accompagnement des médecins victimes de burnout. Ces résultats sont une première et demandent à être confrontés à ceux d'autres études.

BIBLIOGRAPHIE

1. Staff Burn-Out - Freudenberger - 1974 - Journal of Social Issues - Wiley Online Library [Internet]. Disponible sur: <https://spssi.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x>
2. Ayers S, éditeur. Cambridge handbook of psychology, health and medicine. 2nd ed. Cambridge ; New York: Cambridge University Press; 2007. 946 p.
3. The measurement of experienced burnout - Maslach - 1981 - Journal of Organizational Behavior - Wiley Online Library [Internet]. Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/job.4030020205>
4. Shanafelt TD, Boone S, Tan L, Dyrbye LN, Sotile W, Satele D, et al. Burnout and Satisfaction With Work-Life Balance Among US Physicians Relative to the General US Population. Arch Intern Med. 8 oct 2012;172(18):1377-85.
5. 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. 1 oct 2009;21(4):355-64.
6. 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.
7. Le burn-out des médecins généralistes en Belgique : conséquences sociétales et pistes de solution | A.M.U.B. [Internet]. Disponible sur: <https://www.amub.be/revue-medicale-bruxelles/article/le-burn-out-des-medecins-generalistes-en-belgique--753>
8. West CP, Shanafelt TD. Physician well-being and professionalism. Minn Med. août 2007;90(8):44-6.
9. Contre le burn-out, l'URPS du Centre Val-de-Loire s'associe à une structure de prévention [Internet]. Disponible sur: https://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2016/04/14/contre-le-burn-out-lurps-du-centre-val-de-loire-sassocie-une-structure-de-prevention_805946
10. Entraide : convention de partenariat | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/node/2413>
11. West CP, Dyrbye LN, Rabatin JT, Call TG, Davidson JH, Multari A, et al. Intervention to Promote Physician Well-being, Job Satisfaction, and Professionalism: A Randomized Clinical Trial. JAMA Intern Med. 1 avr 2014;174(4):527-33.
12. Contau G. Étude de l'évolution du burn out dans les différents terrains de stage pendant les 18 premiers mois d'internat de médecine générale =Burn out in French family resident and residency program: a longitudinal study [Thèse d'exercice]. [2014-....., France]: Université de Bordeaux; 2016.
13. West CP, Dyrbye LN, Erwin PJ, Shanafelt TD. Interventions to prevent and reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis. The Lancet. 5 nov 2016;388(10057):2272-81.

14. 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.
15. Begon-Bellet A. Le syndrome d'épuisement professionnel ou burnout des médecins généralistes de la Loire [Thèse d'exercice]. [Saint-Etienne, France]: U.E.R. de médecine; 2003.
16. Cogen P. Maslach et al, 1996 | Manuel du questionnaire de burnout [Internet]. Disponible sur: <https://www.therapiebreve.be/plus/sources/ouvrages/maslach-et-al-1996-manuel-du-questionnaire-de-burnout>
17. Dagrada H. Le burn-out du médecin généraliste : hypothèses étiologiques. *Rev Med Brux*. 2011;7.
18. Atlas de la démographie médicale 2015 | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/node/1607>
19. Gleizes M, Razavet A. Evaluation du stress perçu chez le médecin généraliste et recherche de ses causes en Haute-Garonne et à Paris [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine. Site Villemin; 2002.
20. Le Breton-Lerouillois G, Mourgues J-M. La santé des étudiants et jeunes médecins. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2016
21. Boersma K, Lindblom K. Stability and change in burnout profiles over time: A prospective study in the working population. *Work Stress*. 1 juill 2009;23(3):264-83.
22. McManus I, Winder B, Gordon D. The causal links between stress and burnout in a longitudinal study of UK doctors. *The Lancet*. 15 juin 2002;359(9323):2089-90.
23. Lapeyre N, Feuvre NL. Féminisation du corps médical et dynamiques professionnelles dans le champ de la santé. *Rev Fr Aff Soc*. 2005;(1):59-81.
24. Rolland C, Sicot F. Les recommandations de bonne pratique en santé, Best practice recommendations in health. *Gouv Action Publique*. 11 oct 2012;(3):53-75.
25. Southwick FS, Southwick SM. The Loss of a Sense of Control as a Major Contributor to Physician Burnout: A Neuropsychiatric Pathway to Prevention and Recovery. *JAMA Psychiatry*. 2018;75(7):665-666
26. Réseau ASRA Aide aux soignants de Rhône-Alpes [Internet]. Réseau ASRA. Disponible sur: <http://reseau-asra.fr/>
27. Sebo P, Maisonneuve H, Cerutti B, Fournier JP, Senn N, Haller DM. Rates, Delays, and Completeness of General Practitioners' Responses to a Postal Versus Web-Based Survey: A Randomized Trial. *J Med Internet Res*. mars 2017;19(3). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5382256/>

ANNEXE 1 : Questionnaire adressé aux médecins généralistes

I- Caractéristiques démographiques et professionnelles :

1- Année de naissance

2- Sexe : Masculin / Féminin

3- Situation matrimoniale :

- Marié(e) / Union libre
- Célibataire
- Divorcé(e)
- Autres :....

4- Si vous êtes mariés ou vivant maritalement, votre conjoint est-il médecin ? Oui /

Non

5- Si oui, travaille-t-il avec vous ? Oui / Non

6- Nombre d'enfants à charge

7- Année d'installation

8- Exercice à prédominance : Rural / Urbain

9- Type d'exercice : Seul / En groupe

10- Nombre moyen d'heures de travail par semaine

- Inférieur ou égal 35h
- De 36 à 45h
- De 46 à 60h
- Supérieur à 60h

11- Nombre moyen de patients vus par journée de travail :

- inférieur ou égal à 10
- entre 11 et 20
- entre 21 et 30
- supérieur à 30

12- Nombre d'heures de gardes par mois :

- aucune
- moins de 72h
- plus de 72

13- Avez-vous une activité salariée en dehors du cabinet ? Oui / Non

II- Echelle MBI (Maslach Burnout Inventory)

Entourez le chiffre correspondant à ce que vous ressentez ou pensez :

0: jamais

1: quelques fois par an

2: une fois par an

3: quelques fois par mois

4: une fois par semaine

5: quelques fois par semaine

6: chaque jour

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

III- Epuisement professionnel des médecins généralistes

1- A propos de l'épuisement professionnel des médecins généralistes, pensez-vous qu'il est...?

- Augmenté
- Diminué
- Resté stable

2- Aviez-vous répondu au questionnaire en 2003 ? Oui / Non

3- Connaissez des moyens de préventions du burnout actuellement mis en place ?

Oui / Non

TABLEAU 1 :

Caractéristiques démographiques des médecins répondants

	2018	2003
Sexe (M-F)	50 % - 50 %	68 % - 32%
Age moyen (années)	48,9 ± 9,9	46,4 ± 7,3
Situation familiale		
- Marié(e) / Union libre	85 %	87,6 %
- Divorcé(e)	10 %	5,2 %
- Célibataire	1,2 %	5,6 %
- Autre	3,8 %	1,6 %
Nombre d'enfants à charge	1,6 ± 1,5	1,9 ± 1,3

Chiffres de 2003 (15)

TABLEAU 2 :

Caractéristiques professionnelles des médecins répondants

	2018	2003
Mode d'exercice		
- Urbain – Rural	58,2 % - 41,8 %	30 % - 70 %
- En groupe – Seul(e)	75 % - 25 %	51 % - 49 %
Nombre d'heures hebdomadaires		
- Inférieur à 35h	7,5 %	4,6 %
- 36h – 45h	37,5 %	22,6 %
- 46h – 60h	41,3 %	58,4 %
- Plus de 60h	13,7 %	11,4 %
Nombre d'actes journaliers		
- 10 ou moins	0 %	3 %
- Entre 11 et 20	16,3%	44,1 %
- Entre 21 et 30	57,5 %	42,4
- Plus de 30	26,2 %	10,5 %
Nombre d'heures de garde par mois		
- Aucune	38,9 %	44 %
- Moins de 72h	48,8 %	45 %
- Plus de 72h	12,3 %	11 %
Activité salariée (Oui – Non)	23,8 % - 76,2 %	32 % - 68 %

Chiffres de 2003 (15)

TABLEAU 3 :

Comparaison des scores moyens pour les trois dimensions de l'échelle MBI

	2018	2003
Épuisement émotionnel	21,72 ± 11,95	21,85 ± 12,4
Dépersonnalisation	8,78 ± 6,85	9,13 ± 6,7
Accomplissement professionnel	38,18 ± 6,54	38,72 ± 7,1

Chiffres de 2003 (15)