Burn-out et qualité de vie chez les médecins généralistes français en 2019 : existe-t-il un lien ?

Alice Liegeois, Margot Georget

▶ **To cite this version:**

Alice Liegeois, Margot Georget. Burn-out et qualité de vie chez les médecins généralistes français en 2019 : existe-t-il un lien ?. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02498541

HAL Id: dumas-02498541

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02498541

Submitted on 4 Mar 2020

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.

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2019

N°189A
N°189B

THÈSE POUR L'OBTENTION DU DIPLÔME D'ÉTAT DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 29 octobre 2019

par

GEORGET Margot, Sophie née le 26 juillet 1992 à Clermont-Ferrand (63)
et
LIEGEOIS Alice, Eve, Jennifer née le 03 juillet 1991 à Bourg la Reine (92)

Burn-out et Qualité de vie chez les médecins généralistes français en 2019 :

Existe-t-il un lien ?

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Albert Trinh Duc

Jury :

Monsieur le Professeur Bernard GAY Président

Monsieur le Professeur William DURIEUX Juge

Monsieur le Docteur Denis PASSERIEUX Juge

Rapporteur :

Monsieur le Professeur François PETREGNE Juge

REMERCIEMENTS

REMERCIEMENTS COMMUNS :

A notre Président du jury, Monsieur le Professeur Bernard GAY
Merci de nous faire l'honneur de présider ce jury, et pour l'attention portée à ce travail, veuillez trouver ici l'expression de notre reconnaissance.

A notre rapporteur et juge, Monsieur le Docteur François PETREGNE
Merci de l'intérêt que vous avez porté à notre travail et d'avoir accepté d'être à la fois notre rapporteur et jury de thèse.

A notre juge, Monsieur le Docteur William DURIEUX
Nous vous remercions sincèrement d'avoir accepté de faire partie de notre jury de thèse.

A notre juge, le Docteur Denis PASSERIEUX
Après avoir partagé ton savoir (et ta salle d'attente !) pendant 6 mois, merci d'avoir accepté de participer à ce jury de thèse. Voici enfin le travail terminé, en espérant qu'il te plaira.

A notre directeur de thèse et juge, Monsieur le Docteur Albert TRINH DUC,
Sans toi, cette thèse n'aurait peut-être jamais vu le jour. Merci de nous avoir accompagné, guidé, épaulé tout au long de ce travail, qui nous tient à cœur. Tu as su nous redonner le courage quand parfois nous avions un peu baissé les bras. Merci pour tout Albert.

Au Dr Christèle BLANC BISSON
Un grand Merci pour la réalisation de l'étude statistique en un temps record et pour votre gentillesse.

A Thomas CHARLEUX
Merci d'avoir pris le temps de traduire cet article en anglais en vue de sa publication.

REMERCIEMENTS DE MARGOT :

A ma famille, et en particulier mes deux parents adorés, d'avoir toujours été là et de toujours être là pour moi. Cette réussite est aussi la vôtre, j'admire qui vous êtes en tant que personnes et parents. Vous m'avez toujours soutenu dans tous mes choix, su être patients et attentionnés. Je ne vous remercierai jamais assez. Je vous aime.

A mon frère, ma belle-sœur, qui m'ont supporté pendant toutes ces années et pour m'avoir offert le plus mignon des neveux, ce n'est que du bonheur.

A Marine, mon amie de toujours, nous avons grandi ensemble, et chacune a trouvé sa voie. À chaque retrouvaille, c'est comme si l'on s'était quitté la veille. Je sais que nous serons là, dans la vie l'une de l'autre, à chaque étape. Merci d'avoir toujours été là pour moi.

A mes amis et amies de l'externat, que de belles rencontres. Et en particulier à Ambre, Pauline et Clarisse. Vous êtes des personnes extraordinaires. Chaque moment avec vous est unique et trop court. Merci d'avoir toujours été là et pour les prochaines et belles années à venir.

A toutes mes rencontres pendant l'internat, notamment à toi, Alice, premier coup de cœur de cet internat et avec qui je le finis en beauté avec cette thèse. Merci pour ta simplicité et ta gentillesse, et tout ton travail pour cette thèse, où nous avons su être complémentaires.
A Emmanuelle, l'internat nous a permis de nous rapprocher et je te remercie d'avoir toujours été une amie hors pair.
A Éliette, merci pour ta bonne humeur permanente, avec toi tous les moments ne sont que pure plaisir.
A toutes les personnes rencontrées à Périgueux, que de bons souvenirs et encore tellement de bons moments à venir ensemble.
A mon Steven d'amour, quel bonheur de vivre avec toi. Tu es comme mon petit frère, je serai toujours là pour toi.
A ma team de Bayonne, quel super semestre, qu'est-ce qu'on a rigolé.
Petit clin d'œil personnel à Cécile, tu es vraiment exceptionnelle et complétement dingue, encore un gros coup de cœur de cet internat.
Ma petite Hong Nhung, merci pour ton humour décalé et d'être toujours partante pour de nouvelles aventures.
Amélie, merci d'avoir été une oreille attentive, avec qui on ne voit pas le temps passer à papoter.

A toi, mon Quentin, quelle rencontre. Merci d'être qui tu es, merci de ta patience, ta gentillesse, ton humour, tes attentions et tout l'amour que tu me portes au quotidien. Je t'aime.

REMERCIEMENTS D'ALICE :

A toi maman, qui a su me supporter tout au long de mes études. Tu m'as toujours soutenue dans les moments difficiles et pour ça je te dis un grand Merci ! Nous y voilà maman, après 9 ans de dur labeur, et des heures passées au téléphone, enfin on en voit le bout et, tu avais raison, ça valait le coup ! Merci pour ton amour, ton écoute et ta patience. Je t'aime.

A mon papa, sans qui je ne serais pas là. Dans tes yeux, je lis plein de fierté (même si je sais bien que tu aurais préféré que je sois pilote de chasse!).

A mes sœurs adorées, merci de m'avoir supportée toutes ces années. Merci à toi Chloé pour m'avoir toujours ouvert ta porte à Lille dans les moments difficiles. Merci à toi Loulou, ma petite sœur à qui j'en ai fait voir de toutes les couleurs. De Rome, tu nous auras bien aidée sur la réalisation de ces beaux diagrammes.

A Antoine, mon ami de toujours, mon grand frère. Merci d'être là, répondant toujours présent à l'appel même à des milliers de km. Merci de m'avoir épaulée, guidée et remise sur le droit chemin à de multiples reprises par tes conseils toujours plein de sagesse.

A Aurélie et Nana, mes amies d'enfance que j'ai vu grandir petit à petit et les voilà maman maintenant, félicitations à vous deux pour vos petites familles !

A lolo, mon amie, mon binôme de l'externat et ma confidente depuis déjà de nombreuses années. Merci pour ta gentillesse, ton soutien et ta joie de vivre !
A Popo, ce voyage post ECN aux USA, on s'en rappellera !

A toi Margot, super rencontre du premier jour d'internat, collègue, coloc', puis co-écrivaine pour cette thèse, il faut dire qu'on en a vécu des aventures ! Tu as toujours su être présente à mes cotés avec ton sens de l'humour, ta gentillesse et ton humanité. Merci !

A Morgan et Paul, mon premier semestre d'internat est rempli de bons souvenirs grâce à vous.

A Céline et Caro, pour cette belle amitié, naissant à Agen, et se maintenant au fils des années.

Puis vient l'année à Tahiti, merci tout d'abord à Amélie, sœur de cœur tant la ressemblance est frappante entre nous comme on le faisait souvent remarquer. Une amitié profonde est née à Tahiti et je suis sûre qu'elle tiendra encore de très nombreuses années. Que de découvertes et d'aventures passées avec toi et les Larziz' Sarina, Meryl, Zenou et Benich' complétant cette belle colloc' de l'hacienda. Alors… « Petite hacienda chérie, je veux te dire merci, pour ces 6 mois de folie, passés en Polynésie !»
A Thomas et Marion, merci d'avoir été de si gentils co-internes. L'appartement nous aura lié pendant 6 mois mais pas sans péripéties; quelle aventure.
A Anne-Marie, pour ta gentillesse, ta spontanéité et ta joie de vivre. Merci pour ce beau voyage à Rurutu.
A Anouck, super chef en oncologie, qui a su me donner confiance en moi.
A Tiphaine et Thomas, Baptiste et Maela, Ambre, Yann merci pour ces 6 mois passés à la Cocoloc, cette super maison qui tombait en ruine mais dans laquelle on a passé de très beaux moments.

A tous mes maitres de stage, merci pour votre patience, votre écoute et vos bons conseils.

Merci à la famille Gallet, pour m'avoir accueilli à bras ouverts, pour votre écoute et votre gentillesse.

Et surtout merci à toi Maxime, mon chéri, amour de ma vie. Je suis tellement heureuse de t'avoir croisé sur mon chemin, à l'autre bout du monde au milieu de ces îles paradisiaques. Merci pour ta patience, ton écoute, tes conseils et ton amour. Tu as su me soutenir dans cette année difficile et maintenant nous partons ensemble vers de nouveaux horizons.

TABLE DES MATIERES

GLOSSAIRE / ABREVIATIONS 8

RESUME 9

ABSTRACT 10

I/ INTRODUCTION 11

1) UNE PROFESSION EN SOUFFRANCE 11

2) DEFINITION DU BURN-OUT 11
A/ Définition par H. Freudenberger 11
B/ Définition par Christina Maslach 12
C/ Définition par la 11eme Classification Internationale des Maladies 12

3) FACTEURS ETIOLOGIQUES DU BURN-OUT 12

4) QUALITE DE VIE 13
A/ Des ambitions qui évoluent 13
B/ Définition 13
C/ Mesure de la qualité de vie 13
D/ Littérature 13

5) CONTEXTE ET QUESTION DE RECHERCHE 14

6) OBJECTIFS 14

II/ MATERIEL ET METHODES 15

1) GENERALITES 15

2) POPULATION ETUDIEE 15

3) OBJECTIFS DE L'ETUDE 15

4) OUTILS DE MESURE 15

5) CRITERES DE JUGEMENT 16
A/ Critères de jugement principaux : l'échelle MBI et le profil de santé de Duke 16
B/ Critères de jugement secondaires : les données socio-démographiques 17

6) DIFFUSION DU QUESTIONNAIRE 17

7) CPP ET CNIL 17

8) ANALYSE STATISTIQUE 17

III/ RESULTATS 18

1) DESCRIPTION DE LA POPULATION ETUDIEE 20
A/ Caractéristiques socio-professionnelles des participants 20
B/ Caractéristiques personnelles des participants 21

2) CRITERES DE JUGEMENT **22**
A/ Critère de jugement principal 22
B/ Critères de jugement secondaires 25

IV/ DISCUSSION **27**

1) BURN-OUT ET QUALITE DE VIE **27**

2) FACTEURS ASSOCIES **27**
- Sexe 27
- Statut marital 27
- Milieu d'exercice 28
- Mode d'exercice 28
- Quantité de travail / Productivité 28
- Temps de travail / Temps de repos 28
- Arrêt de travail 29
- Sport / Loisirs 29
- Aménagement du temps de travail 29
- Age 29

3) LIMITES ET BIAIS DE L'ETUDE **30**
A/ Biais de l'étude 30
B/ Limites de l'étude 30

4) MEDECINS EN FORMATION **31**

5) CONSEQUENCES DU BURN-OUT **32**

6) MESURES DE PREVENTION **33**
A/ Sensibiliser pour mieux combattre 33
B/ Formation continue 33
C/ Groupe de pairs et groupe Balint 34
D/ Les maisons de santé pluri-professionnelles (MSP) 34

V/ CONCLUSION **35**

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES **36**

ANNEXES **39**

ANNEXE 1 : SCORE MBI **39**

ANNEXE 2 : PROFIL DE SANTE DE DUKE **41**

ANNEXE 3 : QUESTIONNAIRE **42**

ANNEXE 4 : QUELQUES TEMOIGNAGES (RECUS PAR EMAIL) **46**

SERMENT D'HIPPOCRATE **48**

GLOSSAIRE / ABREVIATIONS

- AP-HM : Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille
- CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins
- EE : Epuisement émotionnel
- DP : Dépersonnalisation
- AP : Accomplissement Personnel
- MBI : Maslach Burn-out Inventory
- CIM : Classification Internationale des Maladies
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- JAMA : Journal of the American Medical Association
- AP-HM : Assistance publique – Hôpitaux de Marseille
- CDOM : Conseils départementaux de l'Ordre des Médecins
- CPP : Comité de Protection des Personnes
- CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
- QLVS : Qualité de vie liée à la santé
- SFMG : Société française de médecine générale
- MSP : Maison de santé pluri-professionnelle

RESUME

Contexte
La souffrance des soignants est en constante augmentation. Comme le montre la littérature, la médecine générale du fait de sa place primordiale dans les soins de premiers recours, est particulièrement exposée au risque de burn-out et doit s'en protéger. L'objectif principal de l'étude était de montrer l'existence d'un lien entre une mauvaise qualité de vie ressentie et la présence d'un burn-out sévère chez les médecins généralistes français.

Méthode
Etude quantitative, transversale et descriptive. Elle concernait les médecins dont les CDOM ont accepté la diffusion de l'auto-questionnaire comportant trois parties : données socio-démographiques, profil de santé de Duke et MBI.

Résultats
Sur les 1198 questionnaires recueillis (1,36 % de la population des médecins généralistes français), 42,8% des participants avaient au moins une dimension élevée dans le MBI et 3,8% étaient en burn-out sévère. La moyenne de qualité de vie des participants en santé générale était de 66,2% ± 14,5.
Le risque de burn-out sévère était significativement plus élevé avec la majorité des facteurs testés : sexe masculin, divorce, milieu rural, salariat, < 5 semaines de congés / an, > 2 gardes/mois. Le sport aurait un rôle protecteur.

Limites
Parmi les facteurs associés, aucun lien de causalité n'a pu être établi.

Conclusion
Notre étude confirme que plus le burn-out est présent, moins la qualité de vie est satisfaisante. Devant ce constat il est primordial de mettre en œuvre des mesures agissant sur la qualité de vie du médecin qui devraient permettre d'endiguer ce fléau.

Mots clés : Burn-out, qualité de vie, médecins généralistes, France, facteurs associés

ABSTRACT

Introduction
The caregiver suffering is constantly increasing. As current literature shows, general medicine, because of its place in primary care use, is particularly exposed to the risk of burnout and must protect itself from it. The main objective of this study was to show the existence of a link between The perception of a poor quality of life and the presence of a severe burnout among French general practitioners.

Methods
Quantitative, cross-sectional and descriptive study. The subjects of the study were the physicians whose CDOM agreed to the release of the three-part self-questionnaire: socio-demographic data, Duke health profile and MBI.

Results
Among the 1,198 questionnaires collected (1.36% of the French general practitioner population), 42.8% of participants had at least one high dimension in the MBI and 3.8% were in severe burnout. The average quality of life score for general health was 66.2% ± 14.5.
The risk of severe burnout was significantly higher with most of the factors tested: male, divorce, rural, wage labor, < 5 weeks leave/year, > 2 guards/month. Sport would have a protective role.

Limits
Among the related factors, no causal link could be established.

Conclusion
Our study confirms that the more burnouts occurs, the lower the quality of life is. In view of this fact, it is essential to implement measures to control the doctor's quality of life.

Keywords: Burn-out, quality of life, general practitioners, France, related factors

I/ INTRODUCTION

1) UNE PROFESSION EN SOUFFRANCE

En ce début de 21e siècle, la souffrance des soignants est en constante augmentation comme en témoignent les nombreuses grèves au sein de multiples services d'urgences français, ainsi que les nombreux articles présents dans les revues scientifiques ou dans la presse généraliste. Une récente méta-analyse, intitulée "*Burnout in French physicians: A systematic review and meta-analysis"*, a été réalisée par l'équipe médicale de l'Assistance publique – Hôpitaux de Marseille (AP-HM) (1). Elle a été reprise dans de nombreux articles de presse (ex : Le parisien, Le quotidien du médecin, Le figaro(2)(3)(4)) et révèle des chiffres inquiétants. Cette méta-analyse, comprenant 37 études et 15 183 sujets, montre que près de 50% des médecins français ont déclaré un syndrome de burn-out et 5% un syndrome de burn-out sévère.

Une enquête du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) a été réalisée en février 2017 sur la santé des médecins(5), à laquelle 10822 médecins ont répondu (médecins généralistes mais aussi anesthésistes, gynécologues, psychiatres et médecins du travail). À la question « avez-vous été touché par un des trois symptômes » du burn-out, 54% ont répondu « oui » à l'épuisement émotionnel, 43% à la perte d'accomplissement personnel et 13% ont déclaré avoir les 3 symptômes de l'épuisement professionnel, confirmant bien la souffrance psychologique à laquelle doit faire face la profession médicale. De plus, un quart des répondants a déclaré être en mauvaise ou moyenne santé et ils sont presque 60% à estimer que leur rythme de travail a des répercussions sur leur vie sociale et sur leur vie familiale... Cette enquête montre que la santé des médecins est une priorité, car comme le dit le président de l'ordre en préface de l'enquête : « La souffrance des médecins a aujourd'hui atteint un point de non-retour ».

Évidemment le burn-out peut toucher toutes les professions. Cependant, la profession de médecin est touchée par une prévalence deux fois supérieure à celle de la population générale (6).

2) DEFINITION DU BURN-OUT

A/ Définition par H. Freudenberger

Le syndrome de burn-out a été décrit pour la première fois dans les années 70, par H. Freudenberger (7), psychiatre et psychanalyste new-yorkais. Il le définit comme « un état de fatigue ou de frustration résultant du dévouement à une cause, à un mode de vie ou à une relation qui n'a pas donné les bénéfices escomptés ».

B/ Définition par Christina Maslach

Puis dans les années 80, Christina Maslach, une chercheuse en psychologie sociale, entame une recherche sur les professionnels du monde médical et de la santé mentale puis l'élargit ensuite à d'autres professions (8). Elle définit le burn-out comme « un syndrome d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et de réduction de l'accomplissement personnel qui apparaît chez les individus impliqués professionnellement auprès d'autrui ».

- ❖ L'épuisement émotionnel correspond à l'épuisement des ressources affectives, une impression de ne plus pouvoir donner le meilleur de soi-même sur le plan psychologique.
- ❖ La dépersonnalisation se traduit par un retrait, une indifférence vis à vis du travail.
- ❖ La réduction de l'accomplissement personnel correspond à une dévalorisation, une auto évaluation négative de soi-même au travail.

A partir de ces notions, elle a construit une échelle scientifiquement validée, s'intitulant « Maslach, burn-out Inventory », MBI (9).
Cette échelle sert encore aujourd'hui de référence pour l'évaluation du syndrome du burn-out. Elle est utilisée dans 90% de la littérature dans ce domaine.

C/ Définition par la 11eme Classification Internationale des Maladies

Plus récemment, en mai 2019, la onzième révision de la Classification Internationale des Maladies (CIM-11) de l'OMS (10), considère le burn-out ou épuisement professionnel comme un état lié au travail et non pas une maladie. Le burn-out y est défini tel « un syndrome conceptualisé comme résultant d'un stress chronique au travail qui n'a pas été correctement géré ».

Trois dimensions le caractérisent :

- un sentiment de manque d'énergie ou d'épuisement ;
- un retrait vis-à-vis du travail ou des sentiments de négativisme ou de cynisme liés au travail ;
- une perte d'efficacité professionnelle.

Le terme de burn-out se réfère alors spécifiquement au contexte du travail, sont exclues toutes autres expériences de la vie.

3) FACTEURS ETIOLOGIQUES DU BURN-OUT

De nos jours, devant l'augmentation des responsabilités, des obligations de résultats, l'état d'esprit de plus en plus procédurier de nombreux patients, la surcharge de travail … de nombreux soignants, et notamment les médecins généralistes, sont en réelle souffrance.

Dans un rapport de l'Académie Nationale de médecine datant de 2016 (8), il est précisé que « les facteurs étiologiques du burn-out sont ceux des risques psycho-sociaux : exigences du travail, exigences émotionnelles, manque d'autonomie, manque de soutien social et de reconnaissance, conflits de valeur, insécurité de l'emploi et du travail et ceux liés à la personnalité du sujet (…) ». Or, la profession de médecin généraliste est un métier qui regroupe plusieurs de ces facteurs de risque.

Ainsi depuis quelques années, le burn-out est un sujet qui intéresse et dérange à la fois et les médecins y sont particulièrement exposés. Cela s'explique notamment par l'exigence de ce métier à tous points de vue : responsabilités, horaires, proximité avec la maladie et la mort... Ces raisons, qui font le succès et l'intérêt de la profession, sont aussi celles qui contribuent au risque de burn-out, en particulier face aux constantes modifications des systèmes de santé et l'évolution croissante de leurs exigences (11).

4) QUALITE DE VIE

A/ Des ambitions qui évoluent

La notion de qualité de vie émerge depuis quelques temps comme le montre par exemple une étude « Appel Medical Search » effectuée fin 2016 (12), qui révèle que les étudiants en médecine ne veulent plus prendre la même voie que leurs ainés et n'hésitent plus à revendiquer leur ambition de qualité de vie dans 70% des réponses, juste derrière le fait « d'exercer un métier utile » (74%) et l'ambition « d'aider/sauver les patients » (73%). Logiquement, les principales craintes des étudiants en médecine pour leur avenir portent sur les "sacrifices par rapport à la vie privée", devant le "risque d'erreur" et la "charge de travail importante".

B/ Définition

La qualité de vie est définie par : « La perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeur dans lesquels il vit, et en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. C'est un concept très large, influencé de manière complexe par la santé physique du sujet, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, ainsi que sa relation aux éléments essentiels de son environnement. »(13)

C/ Mesure de la qualité de vie

Le profil de santé de Duke, instrument générique de mesure de la qualité de vie liée à la santé permet de prendre en compte cette notion de manière globale. C'est un questionnaire simple, court, et scientifiquement validé(14).

D/ Littérature

Dans la littérature, cette notion de qualité de vie en lien avec la santé a été peu étudiée notamment en France et chez les médecins généralistes. Pulcrano et al., (15) se sont intéressés à la qualité de vie et au burn-out parmi les différentes spécialités chirurgicales, sans établir de lien entre les deux. Vicentic et al., (16) ont réalisé la seule étude retrouvée à ce jour établissant un lien. Elle était basée sur soixante médecins généralistes et soixante psychiatres. Elle a retrouvé une corrélation entre épuisement professionnel et qualité de vie (plus le score de qualité de vie est élevé, plus le degré d'épuisement professionnel est bas et inversement).

5) CONTEXTE ET QUESTION DE RECHERCHE

Les autorités de santé commencent à prendre en compte cette souffrance des soignants qui reste en constante augmentation. Certaines mesures de prévention ont été mises en place mais restent insuffisantes. Des études complémentaires sont indispensables. La première étude menée par le CNOM en 2017(5), abordait la santé au sens large des médecins français, toutes spécialités confondues. La revue systématique de l'AP-HM ne retrouve que des études sur de petits échantillons régionaux. Il n'existe aucune étude à ce jour qui établisse un lien entre cette pathologie et la qualité de vie.

Ce travail de recherche, quantitatif, national et utilisant des questionnaires scientifiquement validés, s'intéressera donc à la qualité de vie et au burn-out chez les médecins généralistes français en 2019.

Existe-t-il un lien entre la qualité de vie ressentie, et le fait d'être atteint d'un burn-out sévère chez les médecins généralistes français en 2019 ?

6) OBJECTIFS

- L'objectif principal de l'étude était de montrer l'existence d'un lien entre une mauvaise qualité de vie ressentie et la présence d'un burn-out sévère chez les médecins généralistes français.

- L'objectif secondaire était de définir les sous populations à risque de burn-out sévère.

II/ MATERIEL ET METHODES

1) GENERALITES

Cette étude était quantitative, transversale, descriptive. Elle s'est déroulée du 13 mai au 30 juin 2019 sur l'ensemble du territoire français (métropole, territoires/départements d'outre-mer).

2) POPULATION ETUDIEE

Elle concernait les médecins généralistes français inscrits à l'Ordre durant cette période et dont les conseils départementaux de l'ordre des médecins (CDOM) ont accepté la diffusion du questionnaire.

3) OBJECTIFS DE L'ETUDE

Les critères d'inclusion étaient les suivants : l'ensemble des médecins généralistes français, toutes activités confondues (libérale, salariale, mixte, ou de remplacement), en mai et juin 2019.
Les critères de non inclusion étaient : les internes de médecine générale sans licence de remplacement.

4) OUTILS DE MESURE

Le questionnaire était composé de 3 parties : les données socio-démographiques, l'échelle MBI et le profil de santé de Duke (Annexe 3).

5) CRITERES DE JUGEMENT

A/ Critères de jugement principaux : l'échelle MBI et le profil de santé de Duke

L'échelle MBI (Annexe 1) est une échelle scientifiquement validée permettant une mesure quantitative du burn-out. Cette échelle est constituée de trois dimensions comme le décrit Maslach dans son manuel (17) :

- l'épuisement émotionnel EE (lorsque les ressources affectives s'épuisent et que les travailleurs ont l'impression de ne plus pouvoir donner le meilleur d'eux-mêmes sur le plan psychologique),
- la dépersonnalisation DP (correspond au retrait, à l'indifférence vis-à-vis du travail)
- la perte d'accomplissement personnel AP (c'est à dire la dévalorisation, l'auto-évaluation négative de soi-même au travail).

Un score est calculé pour chaque dimension. D'après Maslach et Jackson (18), le burn-out est défini par un score anormal dans une ou plusieurs dimensions, ainsi les sujets sont classés comme étant : indemnes, atteints de burn-out léger, modéré ou sévère.
L'étude s'est intéressée en particulier au burn-out sévère, défini par l'association de scores élevés d'EE et de DP et d'un score faible d'AP :

- Un EE élevé est défini par un score EE > 30
- Un DP élevé est défini par un score > 12
- Un AP faible est défini par un score < 33.

Le profil de santé de Duke (Annexe 2) est un questionnaire scientifiquement validé comprenant 17 items. Il évalue la qualité de vie en rapport avec la santé et comporte 10 dimensions(14).
Le score de chacune des 10 dimensions correspond à la somme des scores des items (19), standardisés de 0 à 100 :

- Pour les 6 scores de la dimension santé (santé générale, physique, mentale, sociale, santé perçue et estime de soi) 100 indique la meilleure QVLS,
- Pour les 4 scores de la dimension de dysfonctionnement (anxiété, dépression, douleur, invalidité), 100 indique le dysfonctionnement le plus important.

L'étude s'est intéressée uniquement à la dimension de la santé générale.

B/ Critères de jugement secondaires : les données socio-démographiques

Ce travail de recherche a porté sur l'étude des données socio-démographiques suivantes en fonction de la présence d'un burn-out sévère ou non :

- l'âge,
- le sexe,
- le statut marital,
- le fait d'avoir des enfants ou non,
- le milieu et le mode d'exercice (salariat, libéral, mixte, seul(e) ou en groupe),
- le nombres d'heures travaillées,
- le nombre de gardes mensuelles,
- le nombre d'actes quotidiens,
- le nombre de semaines de congés annuels,
- la pratique d'une activité sportive ou de loisirs,
- la présence ou non d'un arrêt de travail au cours des douze derniers mois et sa durée,
- la nécessité d'avoir eu à aménager son temps de travail.

6) DIFFUSION DU QUESTIONNAIRE

Les 104 CDOM français ont été sollicités. Ils devaient envoyer le lien du questionnaire en ligne, par email aux médecins généralistes de leur département/territoire, avec si possible un second mail de relance une semaine plus tard. Il leur était possible également de le faire partager via leurs sites internet respectifs.

7) CPP ET CNIL

L'accord du CPP n'a pas été nécessaire. De même, l'accord du CNIL était inutile car le questionnaire ne contenait aucune donnée personnelle et il était totalement anonyme.

8) ANALYSE STATISTIQUE

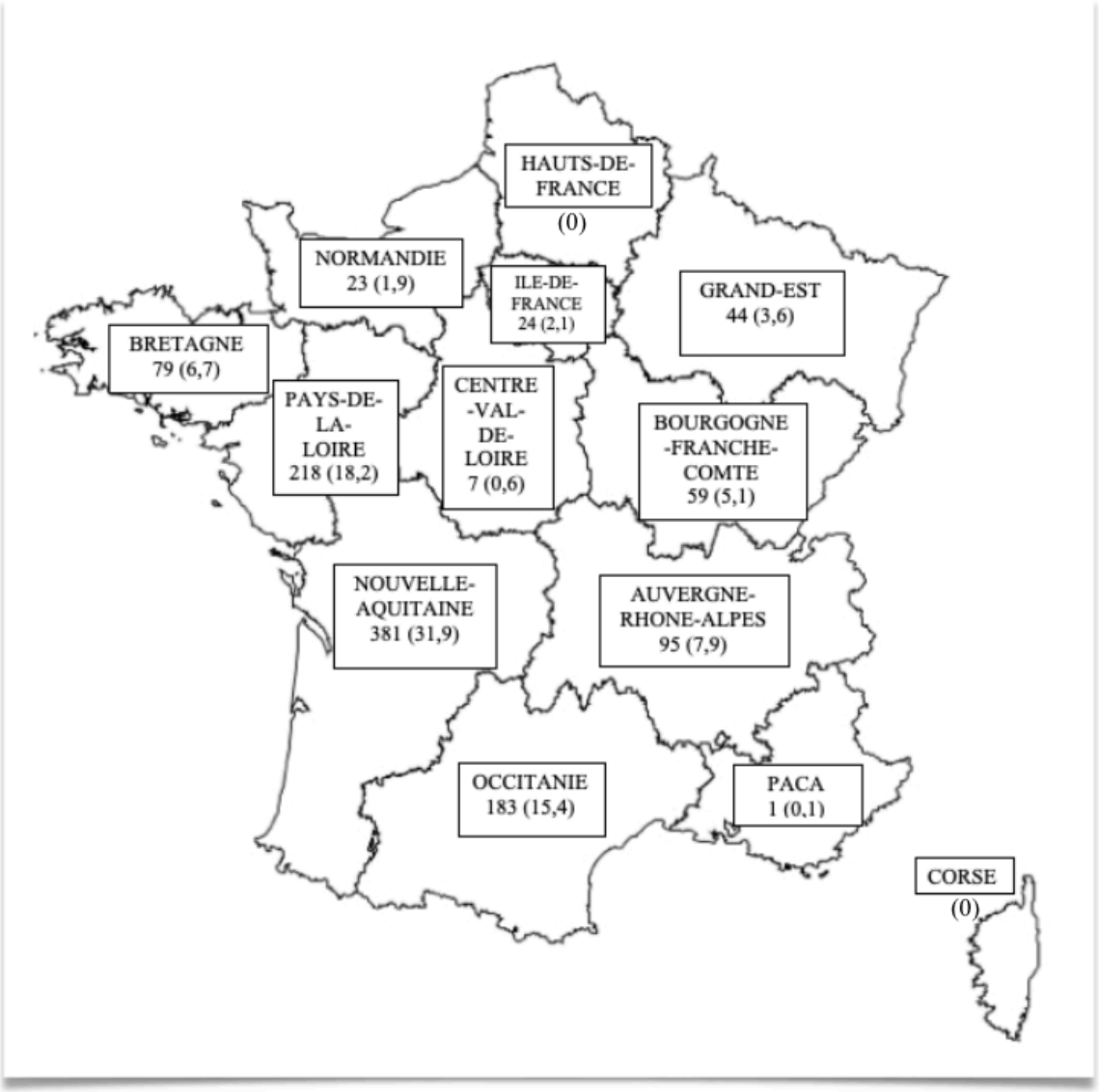
Les variables continues ont été présentées sous forme de moyenne et écart-type. Les variables catégorielles ont été présentées sous forme d'effectif et de pourcentage. Des analyses univariées ont été menées pour rechercher une association entre chaque co-variable. Toutes les analyses ont été pratiquées au moyen du logiciel SPSS 20.0 et les résultats ont été considérés significatifs quand p était <0.05.

III/ RESULTATS

Du 13 mai au 30 juin 2019, les CDOM de 46 départements/territoires ont accepté la diffusion, soit via leur site internet, soit via leur mailing-list, d'un questionnaire en ligne. Ce ne sont pas moins de 11828 mails qui ont été envoyés et 11 CDOM ont mis un lien sur leur site internet.

Au total, 1198 questionnaires ont été recueillis ce qui fait un taux de participation d'environ 10 %. De plus, d'après l'atlas de démographie médicale 2018, 87 801 médecins généralistes sont recensés en France. Le taux de réponse représentait donc une proportion de 1,36 % de la population des médecins généralistes français(20).

Ci-dessous, voici une répartition des 1198 participants en fonction de leur région/territoire :



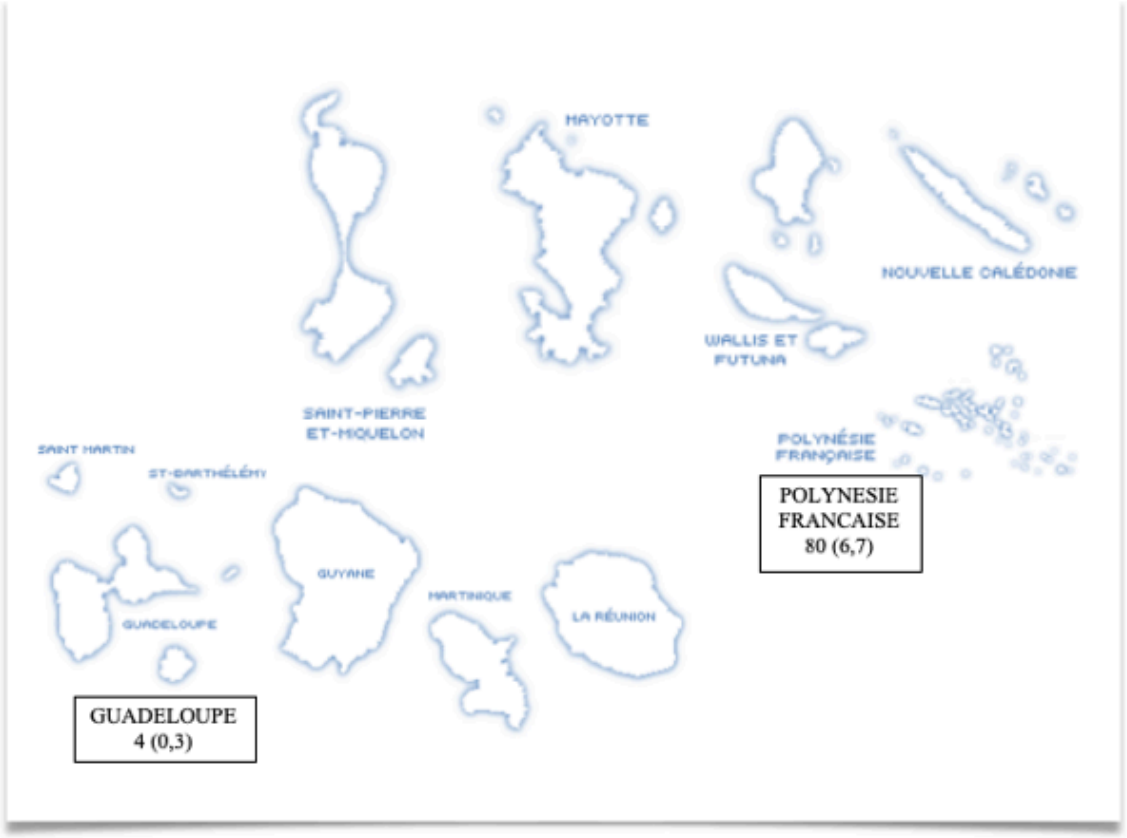


Figure 1. Répartition géographique des participants ; EFFECTIF (POURCENTAGE)

1) DESCRIPTION DE LA POPULATION ETUDIEE

A/ Caractéristiques socio-professionnelles des participants

Tableau 1. Caractéristiques socio-démographiques de la population

Caractéristiques	Répondeurs N= 1198
Age, Nb.(%)	
Moins de 30 ans	66 (5,5)
Entre 30 et 40 ans	472 (39,4)
Entre 40 et 50 ans	231 (19,3)
Entre 50 et 60 ans	274 (22,9)
Plus de 60 ans	155 (12,9)
Sexe, Nb.(%)	
Hommes	487 (40,7)
Femmes	711 (59,3)
Statut marital, Nb.(%)	
Célibataire	96 (8,0)
Divorcé	75 (6,3)
Concubinage	367 (30,6)
Marié	660 (55,1)
Enfant(s), Nb.(%)	
1 et/ou 2 enfants	569 (47,5)
3 enfants ou plus	355 (29,6)
Absence d'enfant	274 (22,9)
Milieu d'exercice, Nb.(%)	
Rural	270 (22,5)
Semi-rural	430 (35,9)
Urbain	498 (41,6)
Pratique, Nb.(%)	
Libérale	916 (76,5)
Mixte	136 (11,4)
Salariale	146 (12,2)
Mode de travail, Nb.(%)	
En groupe	918 (76,6)
Seul	280 (23,4)
Nombre d'heures travaillées par semaine, Nb.(%)	
Moins de 35h	157 (13,1)
Entre 35 et 44h	422 (35,2)
Entre 45 et 54h	398 (33,2)
Entre 55 et 64h	172 (14,4)
Plus de 65h	49 (4,1)
Garde(s), Nb.(%)	
Non	492 (41,1)
1 par mois ou moins sur les 6 derniers mois	443 (37,0)
2 par mois ou plus sur les 6 derniers mois	263 (22,0)
Nombre d'actes moyen par jour, Nb.(%)	
Moins de 20 actes	242 (20,2)
Entre 20 et 30 actes	722 (60,3)
Plus de 30 actes	234 (19,5)
Nombre de congés annuels, Nb.(%)	
Moins de 5 semaines	226 (18,9)
5 semaines ou plus	972 (81,1)
Pratique d'une activité sportive ou de loisirs, Nb.(%)	
Non	330 (27,5)
Oui, au moins une fois par semaine	868 (72,5)
Arrêt de travail au cours des 12 derniers mois, Nb.(%)	
Non	1056 (88,1)
Oui	142 (11,9)
Si oui, durée de l'arrêt, Nb.(%)	N= 154
Moins d'1 semaine	56 (4,7)
Entre 1 semaine et 1 mois	42 (3,5)
Entre 1 et 6 mois	48 (4,0)
Entre 6 mois et 1 an	5 (0,4)
Plus d'1 an	3 (0,3)
Aménagement du temps de travail, Nb.(%)	
Non	676 (56,4)
Oui	522 (43,6)

Sur les 1198 participants, 487(40,7%) étaient des hommes et 711(59,3%) étaient des femmes. Le pourcentage de femmes médecins généralistes est de 48,2 dans la population générale(20).

44,9% des participants avaient moins de 40 ans et 55,1% avaient plus de 40 ans. L'âge moyen des médecins généralistes français est de 50,6 ans(20).

22,5% des participants travaillaient en milieu rural, 35,9% en milieu semi-rural et 41,6% en milieu urbain.

76,5% avaient une activité entièrement libérale, 11,4% une activité mixte et 12,2% une activité entièrement salariale.

76,6% des participants travaillaient en groupe et 23,4 % travaillaient seuls.

Concernant le nombre d'heures travaillées par semaine, 13,1 % des participants travaillaient moins de 35h, 35,2% entre 35 et 44h, 33,2% entre 45 et 54h, 14,4% entre 55 et 64h et 4,1% plus de 65h.

41,1% des participants ne réalisaient pas de garde, 37,0% réalisaient 1 garde par mois ou moins sur les 6 derniers mois et 22,0% réalisaient 2 gardes par mois ou plus sur les 6 derniers mois.

20,2% des participants pratiquaient moins de 20 actes par jour, 60,3% pratiquaient entre 20 et 30 actes par jour et 19,5% pratiquaient plus de 30 actes par jour.

18,9 % des participants prenaient moins de 5 semaines de congés annuels, contre 81,1% prenant 5 semaines ou plus.

11,9 % des participants avaient bénéficié d'un arrêt de travail au cours des 12 derniers mois, dont la durée était de moins d'une semaine pour 4,7%, entre 1 semaine et 1 mois pour 3,5%, entre 1 et 6 mois pour 4,0%, entre 6 mois et 1 an pour 0,4% et plus d'1 an pour 0,3%.

43,6 % des participants avaient dû aménager leur temps de travail.

B/ Caractéristiques personnelles des participants

Au niveau du statut marital, 8,0% des médecins étaient célibataires, 6,3% divorcés, 30,6% en concubinage et 55,1% mariés.

47,5% des participants avaient 1 et /ou 2 enfants, 29,6% avaient 3 enfants ou plus, et 22,9% n'avaient pas d'enfant.

27,5 % des participants ne pratiquaient aucune activité sportive ou de loisirs, contre 72,5% en pratiquant au moins une fois par semaine.

2) CRITERES DE JUGEMENT

A/ Critère de jugement principal

a) Prévalence du burn-out par le score MBI

Au total, 42,8 % des participants présentaient au moins un score élevé de burn-out.

- ✓ 3,8% des participants étaient en burn-out sévère avec 3 scores de degré élevé
- ✓ 11,7% en burn-out modéré avec 2 scores de degré élevé
- ✓ 27,3% en burn-out faible avec 1 seul score de degré élevé.
- ✓ Tableau 2. Résultats score MBI

Tableau 2. Résultats score MBI

Nombre de score(s) élevé(s), Nb.(%)	N=1198
0	580 (48,4)
1	327 (27,3)
2	140 (11,7)
3	46 (3,8)
Système manquant	105 (8,8)

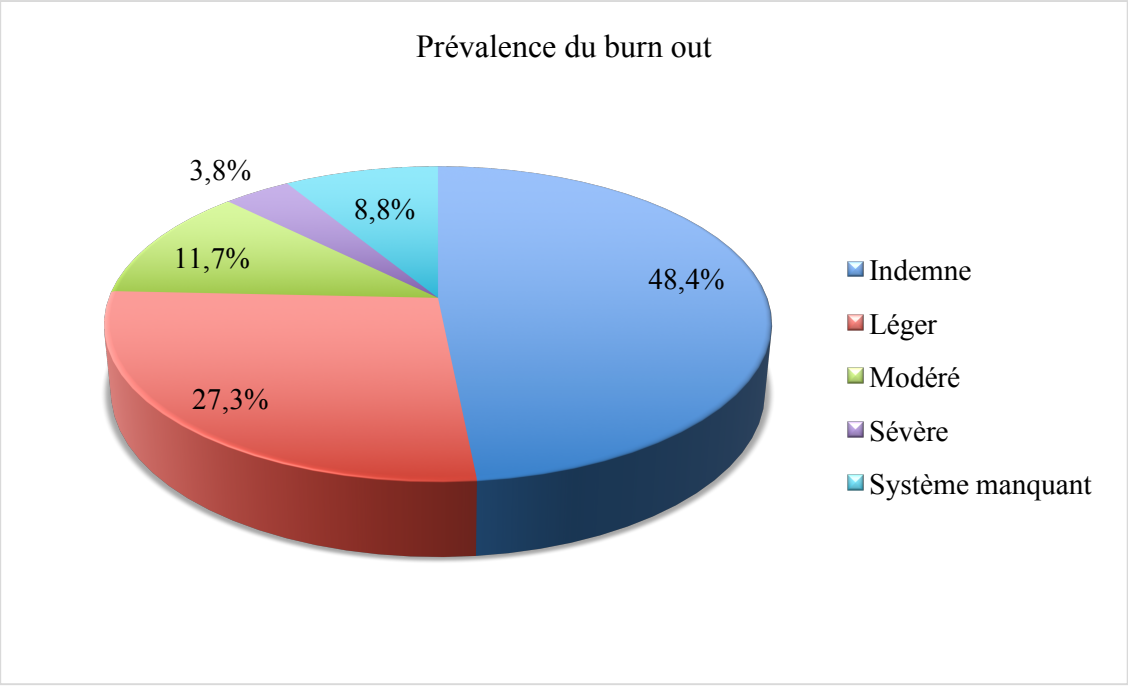


Figure 2 : Prévalence du burn-out

b) Évaluation de la qualité de vie en rapport avec la santé par le profil de santé de Duke

Tableau 3. Profil de santé de Duke, évaluation de la qualité de vie par sous-dimensions

Dimensions du profil de santé de Duke N=1198	Effectif	Système manquant	Moyenne	Écart-type
Santé physique	1193	5	70,5	20,0
Santé mentale	1195	3	70,1	23,1
Santé sociale	1197	1	43,9	14,4
Estime de soi	1198	0	72,4	21,6
Santé perçue	1198	0	74,6	31,7
Anxiété	1186	12	34,6	21,3
Dépression	1190	8	30,5	22,6
Douleur	1198	0	40,6	32,4
Incapacité	1198	0	2,3	12,2
Santé générale	1189	9	66,2	14,5

La moyenne de qualité de vie des participants en santé générale était de 66,2% ± 14,5.

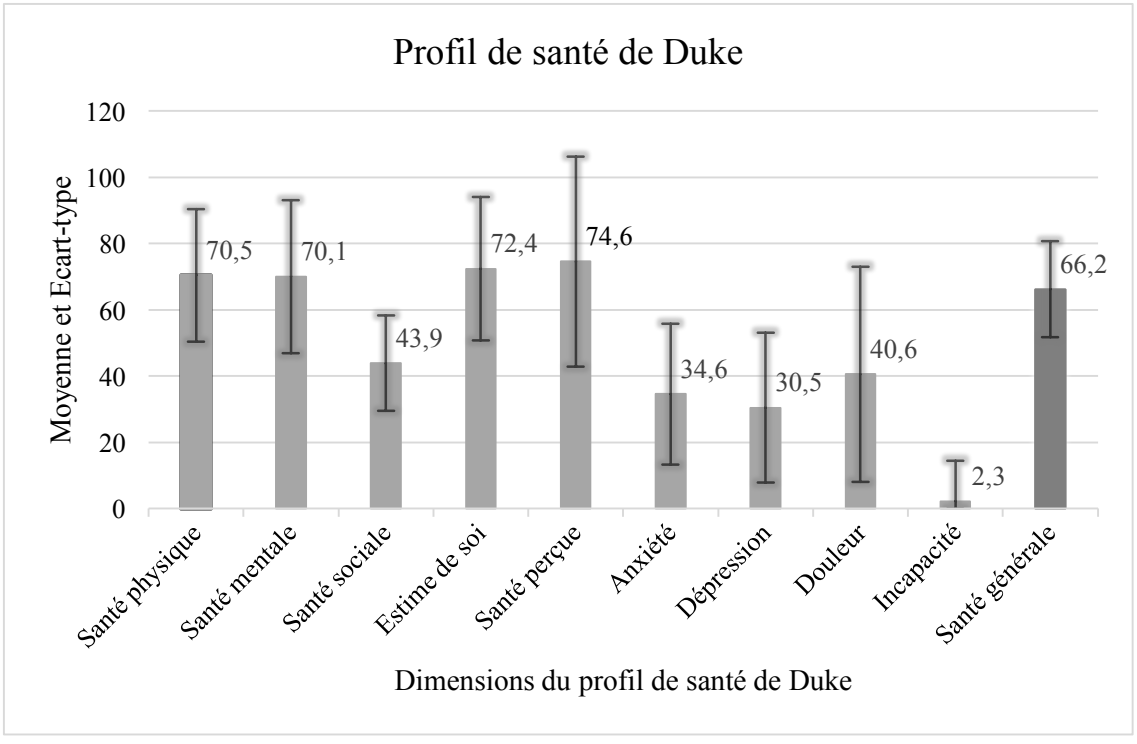


Figure 3. Moyennes et écart-types par dimension du Profil de santé de Duke

c) Existe-t-il un lien entre la qualité de vie ressentie et le fait d'être atteint d'un burn-out sévère ?

➢ **D'après la mise en relation du score MBI et du profil de santé de Duke, la qualité de vie en rapport avec la santé générale diminuait avec la présence d'un burn-out et ce d'autant plus qu'il était sévère et inversement (p<0,001).**

Tableau 4. Lien entre présence d'un burn-out sévère et score de santé générale

Burn-out (MBI)	Moyenne santé générale (DUKE)	N	Écart-type	p
0 score élevé	71,8	577	11,2	<0,001
1 score élevé	64,1	323	13,8	
2 scores élevés	52,9	140	13,1	
3 scores élevés	47,0	46	13,4	
Total	66,0	1086	14,5	

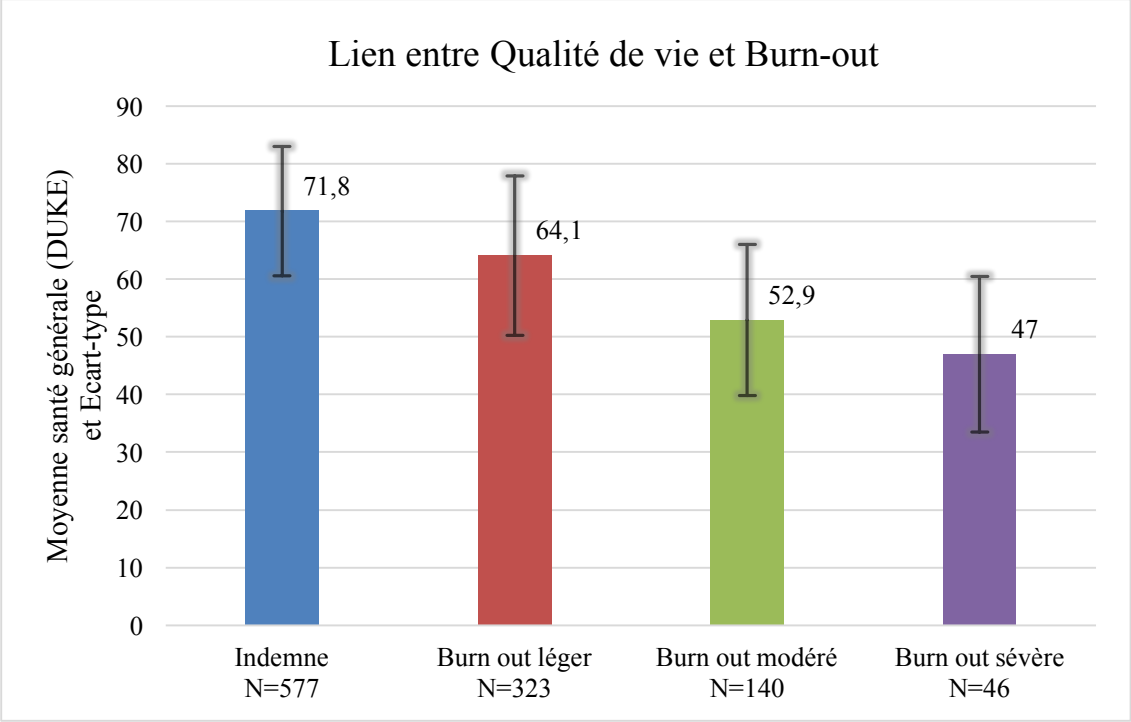


Figure 4. Lien entre la qualité de vie ressentie et le fait d'être atteint d'un burn-out sévère

B/ Critères de jugement secondaires

Tableau 5. Caractéristiques socio-démographiques des médecins souffrant de burn-out sévère

Caractéristiques	Burn-out sévère (=3 scores élevés) N=46	Pas de burn-out sévère N=1047	P
Age,			0,073
Moins de 30 ans	0	55	
Entre 30 et 40 ans	15	415	
Entre 40 et 50 ans	11	199	
Entre 50 et 60 ans	16	234	
Plus de 60 ans	4	144	
Sexe,			0,044
Hommes	23	410	
Femmes	23	637	
Statut marital,			0,013
Célibataire	2	87	
Divorcé	6	60	
Concubinage	11	318	
Marié	27	582	
Enfant(s),			0,058
1 et/ou 2 enfants	31	488	
3 enfants ou plus	8	322	
Absence d'enfant	7	237	
Milieu d'exercice,			0,020
Rural	17	236	
Semi-rural	12	373	
Urbain	17	438	
Pratique,			0,0001
Libérale	27	816	
Mixte	3	114	
Salariale	16	117	
Mode de travail,			0,819
En groupe	36	801	
Seul	10	246	
Nombre d'heures travaillées par semaine,			0,053
Moins de 35h	0	143	
Entre 35 et 44h	12	373	
Entre 45 et 54h	19	344	
Entre 55 et 64h	12	144	
Plus de 65h	3	43	
Garde(s),			0,003
Non	17	435	
1 par mois ou moins sur les 6 derniers mois	13	391	
2 par mois ou plus sur les 6 derniers mois	16	221	
Nombre d'actes moyen par jour,			0,001
Moins de 20 actes	7	222	
Entre 20 et 30 actes	24	628	
Plus de 30 actes	15	197	
Nombre de congés annuels,			0,016
Moins de 5 semaines	11	195	
5 semaines ou plus	35	852	
Pratique d'une activité sportive ou de loisirs,			0,001
Non	21	284	
Oui, au moins une fois/semaine	25	763	
Arrêt de travail au cours des 12 derniers mois,			0,012
Non	34	931	
Oui	12	116	
Si oui, durée de l'arrêt,	N=12	N=126	0,002
Moins d'1 semaine	3	46	
Entre 1 semaine et 1 mois	1	37	
Entre 1 et 6 mois	8	36	
Entre 6 mois et 1 an	0	5	
Plus d'1 an	0	2	
Aménagement du temps de travail,			0,0001
Non	19	601	
Oui	27	446	

a) Facteurs favorisants le burn-out sévère :

- Le sexe masculin (=p 0,044).
- Le fait d'être divorcé (=p 0,013).
- Le milieu rural (=p 0,020).
- Le salariat (=p 0,0001).
- Les médecins réalisant 2 gardes par mois ou plus sur les 6 derniers mois (=p 0,003).
- Les médecins réalisant plus de 30 actes par jour (=p 0,001).
- Les médecins qui posaient moins de 5 semaines de congés annuels (=p 0,016).
- Les médecins ne pratiquant aucune activité physique ou de loisirs (=p 0,001).
- Les médecins ayant bénéficié d'un arrêt au cours des 12 derniers mois (=p 0,012) et notamment ceux dont la durée de l'arrêt était comprise entre 1 et 6 mois (=p 0,002).
- Les médecins ayant dû aménager leur temps de travail (=p 0,0001).

b) Facteurs n'influençant pas la présence d'un burn-out sévère :

- L'âge des participants (=p 0,073).
- Le fait d'avoir des enfants ou de ne pas en avoir (=p 0,058)
- Le fait de travailler seul ou en groupe (=p 0,819).
- Le nombre d'heures travaillées par semaine (=p 0,053).

IV/ DISCUSSION

1) BURN-OUT ET QUALITE DE VIE

Ce travail de recherche innovant, national, et de grande ampleur, a permis de démontrer que la qualité de vie en rapport avec la santé générale diminuait avec la présence d'un burn-out et ce d'autant plus qu'il était sévère et inversement.

Pour répondre à cette question de recherche, une analyse de la prévalence du burn-out était indispensable. La prévalence du burn-out, toutes sévérités confondues, était de 42,8% (n=513), dont 3,8% (n=46) en burn-out sévère (score de degré élevé dans les trois dimensions EE+DP+AP). Ainsi d'après cette étude, presque un médecin généraliste français sur deux était en souffrance au travail de manière plus ou moins prononcée, ce qui est concordant avec la méta-analyse publiée en ce début d'année(1).

De plus, pour les 46 personnes atteintes de burn-out sévère, la moyenne de qualité de vie liée à la santé générale selon le profil de santé de Duke était de 47,0 (+/-13,4 et $p<0,001$) tandis qu'elle était de 71,8 (+/- 11,2 et $p<0,001$) pour les sujets indemnes de burn-out. Baumann et al., 2011 ont publié un article faisant référence à la norme française du profil de santé de Duke (19), la moyenne de référence était à 71,3 (+/- 0,1). Ainsi, les résultats encadraient cette valeur et étaient concordants avec la littérature actuelle.

2) FACTEURS ASSOCIES

Concernant les facteurs associés au burn-out sévère, la majorité des variables testées se sont avérées significatives.

- **Sexe**

Les hommes étaient plus à risque de faire des burn-out sévères que les femmes, comme le montrent également Deneva et al. (21). De plus, il est intéressant de constater que dans une méta-analyse de Amoafo et al. (22) le sexe féminin était plus à risque de burn-out en général.

Ainsi d'après cette étude et la littérature actuelle, les hommes feraient moins de burn-out que les femmes, mais lorsqu'ils sont en burn-out celui-ci est plus souvent sévère.

- **Statut marital**

Le divorce était également un facteur associé. Il est possible d'imaginer que le manque de soutien familial peut fragiliser un peu plus un praticien déjà en mal être au travail.

Comme rappelé par l'étude de Dagrada et al.(23) qui recherchait les hypothèses étiologiques du burn-out, les médecins généralistes sont nombreux à se plaindre du déséquilibre entre vie privée et vie professionnelle. Ils peuvent en oublier leurs besoins au profit de leur profession avec moins de temps passé en famille ce qui peut à long terme fragiliser leur mariage.

De plus, d'après Ramirez et al.(24), trois sources de stress étaient associées à l'épuisement professionnel et à la morbidité psychiatrique : se sentir surchargé et son effet sur la vie de famille, se sentir mal géré et mal doté, et faire face à la souffrance des patients.

Enfin, Taku et al. (25) montrent que la résilience et le soutien familial étaient tous deux associés à des niveaux d'épuisement professionnel plus faibles.

- **Milieu d'exercice**

Les résultats montraient que le milieu rural était plus à risque également. Probablement que l'isolement, la surcharge de travail et le manque de collégialité jouent des rôles importants, mais une étude plus poussée serait nécessaire pour étudier ce facteur.

- **Mode d'exercice**

Dans cette étude, le salarié était significativement plus à risque de burn-out sévère. Cependant les salariés représentaient une minorité de l'échantillon de l'étude.

Peut-être que les contraintes et obligations hospitalières, toujours plus présentes, ont un impact sur la santé psychologique des salariés; ou peut-être que les praticiens qui se savent plus fragiles ne s'orientent pas vers le libéral initialement, afin de se sentir un peu plus rassurés. En effet, comme décrit par Dagrada et al. (23), le tempérament et la personnalité de la personne jouent un rôle majeur dans la gestion du stress et l'adaptation à son environnement. Une trop grande instabilité émotionnelle ou une trop grande émotivité dans la personnalité du sujet peuvent conduire, dans un environnement stressant, à développer des symptômes de type anxieux et dépressif. Ainsi, les médecins avec des caractères « autocritiques », « moins souples », ou « perfectionnistes » seraient plus à risque de stress et de burn-out.

- **Quantité de travail / Productivité**

La réalisation de plus de 30 actes par jour était significativement associée au burn-out sévère. Il ne semblait donc pas y avoir d'impact du burn-out sévère sur la productivité des médecins atteints. Cependant, d'après Linzer et al.(26) et Dewa et al. (27) les médecins atteints de burn-out auraient au contraire une perte de productivité. Une étude complémentaire serait intéressante pour étudier cette notion.

- **Temps de travail / Temps de repos**

Par rapport au nombre de semaines de congés annuels, il existait un nombre de burn-out sévère plus important chez les sujets avec moins de 5 semaines de congés/an. De même, avoir plus de deux gardes par mois était un facteur significativement lié au burn-out sévère. Ces deux notions montrent bien l'importance d'un temps de repos adapté.

Cependant, le nombre d'heures travaillées ne s'est pas révélé significatif. Cette notion est concordante avec la littérature, dans laquelle il est décrit que le nombre d'heures travaillées par semaine n'était pas un facteur de prédiction statistiquement significatif de l'épuisement professionnel, de la diminution de la satisfaction professionnelle, et d'une qualité de vie inférieure(15).

De plus, Picquendar et al. (28) ont révélé que 43,3% de leur échantillon au sein des médecins généralistes normands, souffrait de burn-out et que la charge de travail qualitative pouvait avoir une influence plus significative sur l'épuisement professionnel que la charge de travail quantitative et donc le nombre d'heures travaillées.

De même, Mohd Ismail et al. (29) ont montré que réduire les longues heures de travail ne suffisait pas à réduire l'épuisement professionnel des assistants ou chefs de clinique. Ils devaient également disposer de suffisamment de jours de congés entre leurs journées de travail.

Cela montre bien l'importance d'un temps annuel consacré au repos. Il permet un détachement vis à vis du travail et des patients. De plus, il permet de rééquilibrer la balance entre vie professionnelle et vie privée rendant ainsi la qualité de vie plus satisfaisante.

- **Arrêt de travail**

Les personnes en burn-out sévère avaient de manière significative plus d'arrêts de travail sur l'année que les autres sujets. Cependant le motif de l'arrêt n'a pas été demandé ; il est possible que si demandé, le résultat n'aurait pas été significatif.

- **Sport / Loisirs**

En maintenant une certaine qualité de vie, comme par la pratique d'une activité sportive ou de loisirs, les médecins semblaient protégés du burn-out sévère.

- **Aménagement du temps de travail**

L'aménagement du temps de travail est associé significativement au burn-out sévère. Il est possible que les médecins atteints aient ainsi essayé de privilégier leur qualité de vie en réponse à ce syndrome.

- **Age**

Dans cette étude, l'âge a été réparti en cinq catégories pour plus de précision au risque de perdre de la puissance, rendant les résultats non significatifs contrairement à d'autres études comme celle de Deneva et al. (21), dans laquelle l'âge a été séparé en seulement deux catégories (>ou<45ans) révélant ainsi les >45 ans comme significativement plus atteints de burn-out sévère. D'après Ramirez et al. (24), ce sont les célibataires âgés de 55 ans ou moins qui se sont révélés plus à risque.

3) LIMITES ET BIAIS DE L'ETUDE

A/ Biais de l'étude

a) Biais de sélection

Un biais de sélection était présent. Sur les 11828 mails envoyés, environ 10% ont répondu. Il est possible d'imaginer que l'absence de réponse provient de multiples raisons (manque de temps, manque d'intérêt, lassitude face au nombre important de questionnaires reçus chaque jour…). De plus, comme cité dans l'article de l'Occupational Medicine (22), « il est possible que ceux qui souffrent déjà d'épuisement professionnel ou qui s'intéressent au sujet aient été plus susceptibles de remplir des questionnaires. Inversement, il est également possible que les non-répondants n'aient pas rempli les questionnaires à la suite de l'épuisement professionnel ».

b) Biais de confusion

Un biais de confusion était également à considérer notamment parmi les données sociodémographiques. Par exemple, le questionnaire n'était pas adapté aux médecins généralistes remplaçants pour lesquels de nombreux facteurs de confusion étaient présents.

B/ Limites de l'étude

a) Notion de représentativité

Parmi les limites de l'étude, la question de la représentativité de la population peut se poser. Elle ne concernait certes, que 1,36% des médecins généralistes français, mais les 46 départements participant à l'étude couvraient presque la totalité des régions du territoire français. Cette étude montrait que le profil d'âge majoritaire était les trentenaires, alors que l'âge moyen des médecins généralistes français est de 50,6 ans. Cette tendance peut être expliquée par une plus grande sensibilisation des jeunes médecins au burn-out. Le pourcentage de femmes était de 59,3%, contre 48,2% en population générale (20), cela s'explique probablement par le fait que les femmes se sentent plus concernées par le sujet et sont plus sensibles à la notion de qualité de vie.

b) Lien de causalité

La seconde limite était l'absence de lien de causalité concernant les facteurs associés, car il s'agit d'une étude descriptive, observationnelle et transversale. Des études complémentaires seraient intéressantes pour déterminer avec plus de certitude les facteurs de risque/protecteurs afin de mettre en place de manière plus efficiente des campagnes de prévention pour faire face au burn-out, toujours plus présent dans la population des soignants(30)(31)(32) et plus précisément ici chez les médecins généralistes français.

c) Questionnaire fermé

Au début de l'étude, un choix a été fait de ne pas laisser de place pour un commentaire au sein du questionnaire et de n'utiliser que des questionnaires scientifiquement validés afin de donner un maximum de valeur scientifique à cette étude. Plusieurs médecins ont renvoyé des emails (Cf annexe 4) qui témoignaient de leur propres expériences tant le burn-out et la qualité de vie sont des thèmes avec grandes variations inter-individuelles.

Des études complémentaires, plutôt qualitatives, seraient sans doute intéressantes pour faire ressortir des facteurs supplémentaires associés à ces deux thèmes.

4) MEDECINS EN FORMATION

Les médecins en formation sont loin d'être épargnés. D'après Galam et al. (33), ce ne sont pas moins de 6,5 % des internes (4050 questionnaires analysés parmi les 6309 internes en mars 2011) qui se sont avérés être en burn-out sévère. L'épuisement professionnel était associé à la charge de travail, au manque de reconnaissance du travail, et au manque de temps consacré à la vie privée.

De plus, en 2016 la commission jeunes médecins du CNOM a réalisé une enquête concernant près de 8000 étudiants et jeunes médecins (34). Ces jeunes médecins en formation sont souvent pointés du doigt de par leur revendication « de faire de la médecine tout en préservant une qualité de vie ». Un quart des répondants avait déclaré être en état de santé moyen ou mauvais et particulièrement chez les étudiants de 2nd cycle. L'étude s'était également intéressée aux 3 symptômes du burn-out : 63% étaient victimes d'un épuisement émotionnel, 49% d'une perte d'accomplissement personnel et 25% d'une dépersonnalisation des relations avec les patients

Ces deux études révèlent des chiffres inquiétants, car les internes représentent les médecins de demain.

5) CONSEQUENCES DU BURN-OUT

A/ Qualité des soins / Sécurité du patient / Erreurs médicales

Il est facile d'imaginer qu'un médecin en mal être psychologique, est moins concentré dans son travail et que cela peut avoir des répercussions importantes, puisque son travail consiste avant tout à prendre soin, à guérir un être malade.

Dewa et al., (35) ont pu établir des liens entre le burn-out des professionnels de santé et la sécurité des patients. Panagioti et al., (36) sont allés plus loin et ont essayé de quantifier ces liens, fournissant des preuves quantitatives solides que l'épuisement professionnel des médecins est associé à des soins sous-optimaux aux patients. Il a été constaté, que les médecins souffrant d'épuisement professionnel étaient deux fois plus susceptibles d'être impliqués dans des incidents liés à la sécurité des patients, deux fois plus susceptibles de prodiguer des soins sous-optimaux aux patients en raison d'un manque de professionnalisme et trois fois plus susceptibles de recevoir un faible taux de satisfaction des patients.

De plus, d'après Shanafelt et al., (37) la qualité de vie mentale des chirurgiens américains était inversement corrélée aux erreurs médicales, chaque augmentation d'un point de la qualité de vie mentale étant associée à une diminution de 5,7% de la probabilité de signaler une erreur.

Le blâme et l'isolement face aux erreurs médicales et aux résultats médiocres, peuvent entraîner une lésion psychologique supplémentaire chez le médecin déjà en souffrance (38).

B/ Productivité au travail

Dans la littérature, cette notion de perte de productivité au travail est retrouvée à de multiples reprises pour diverses raisons telles que l'absentéisme, les arrêts maladie, la diminution du nombre d'heures travaillées, la diminution du nombre de patients pris en charge, l'augmentation de départs prématurés à la retraite, la réduction du temps passé avec le patient.

Déjà décrit en 2001 aux les Etats unis et aux Pays bas, l'épuisement professionnel des médecins était associé à une perte de productivité et à une efficacité réduite sur le lieu de travail (26).

En 2014, les 5 études incluses dans une revue systématique de Dewa et al., confirment l'existence d'une relation inversement proportionnelle entre burn-out et productivité (27).

C/ Coût sociétal du burn-out

Les médecins souffrant de problèmes de santé mentale sont coûteux pour les organisations de santé en raison des absences pour maladie, arrêts de travail, suspensions ou préretraites anticipées. Même s'il ne doit pas être considéré comme l'aspect le plus important du phénomène du burn-out chez les médecins, l'aspect économique n'est pas à négliger. En effet, même si le coût exact n'est actuellement pas connu pour la France, le coût du burn-out est reprise dans plusieurs articles étrangers depuis déjà plusieurs années (39)(40).

Aux Etats unis, au niveau organisationnel, le coût économique annuel associé à l'épuisement professionnel lié au roulement du personnel et à la réduction des heures cliniques est d'environ 7 600 dollars par médecin employé chaque année (41). A ce coût administratif, il faut rajouter le coût des soins pour le professionnel de santé (suivi médical, psychothérapie, médicament psychotrope…).

6) MESURES DE PREVENTION

A/ Sensibiliser pour mieux combattre

Depuis ce début d'année 2019, la souffrance des soignants est de plus en plus mise en lumière via les médias. Cet intérêt doit se poursuivre, afin de sensibiliser la population en général et ici plus particulièrement la population des médecins généralistes, afin de créer une réelle prise de conscience, car le burn-out ne touche pas seulement les autres !

B/ Formation continue

La médecine est une science complexe en évolution constante. Il est indispensable pour le professionnel de santé de se mettre à jour. Ce travail est nécessaire car les formations augmentent les compétences, qui augmentent elles-mêmes la satisfaction au travail du médecin.

La santé mentale des consultants est susceptible d'être protégée contre les exigences élevées de la pratique médicale, en maintenant ou en augmentant la satisfaction au travail (24).

D'après Visser et al., (42) la satisfaction au travail a un effet protecteur contre les conséquences négatives du stress au travail.

Les formations permettent en plus d'améliorer la résilience, qui est la capacité d'investir des ressources/connaissances personnelles, en les utilisant au mieux malgré des conditions de travail stressantes (43).

C/ Groupe de pairs et groupe Balint

Les groupes de pairs et groupes Balint peuvent apparaitre comme une aide réelle dans la pratique quotidienne des médecins.

❖ Groupes de pairs

Un groupe de pairs est un groupe de médecins de la même spécialité, se réunissant régulièrement, sans hiérarchie entre eux, dans un climat de confiance favorisant la liberté de parole (44). En général, les groupes de pairs se déroulent en 3 grandes étapes :

- Tout d'abord la présentation de cas cliniques par chaque participant ; le cas est choisi de façon aléatoire selon une méthode définie par le groupe, puis discuté par l'ensemble des participants.
- Le deuxième temps est consacré à échanger sur l'offre locale de santé pour permettre une meilleure coordination des soins.
- Puis dans un dernier temps, un temps d'échange libre est proposé pour par exemple apporter les réponses aux questions posées à la séance précédente, aborder un sujet de son choix, exposer des cas cliniques complexes rencontrés... Ils permettent ainsi une critique constructive de la pratique du médecin afin de l'améliorer.

❖ Groupes Balint

Les groupes Balint quant à eux, concernent l'ensemble des professionnels de santé. Ils permettent d'aborder et résoudre les difficultés inhérentes à la relation soignant-soigné(45). Lors des séances de travail, un membre du groupe présente une situation clinique sans être interrompu par les autres membres, puis ils peuvent réagir, questionner, exprimer leur avis, alors que le présentateur entend et cherche à répondre aux questions. Ainsi, il perçoit une autre facette de la relation avec son patient.

Dans le groupe, il y a un à deux leaders de formation psychanalytique accrédités pour assurer la cohésion, éviter les dérives, assurer la libre circulation de la parole, aider à la compréhension des problèmes posés dans la relation de soin(46).

L'ensemble du groupe aide le présentateur à affronter, analyser, la situation qui lui pose problème et à retrouver la distance professionnelle nécessaire pour être le plus thérapeutique possible(45).

D/ Les maisons de santé pluri-professionnelles (MSP)

D'après cette étude, le fait de travailler en groupe n'apparait pas comme un facteur protecteur du burn-out. Cependant il n'était pas précisé le type de structure dans lequel ils exerçaient.

Les MSP regroupent plusieurs professionnels de santé de premier recours (généralistes, infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes…) qui sont unis par un projet de santé commun.

Elles pourraient apparaitre comme une mesure préventive du burn-out. En effet, en plus d'être un réel atout pour les patients, elles peuvent permettre aux professionnels de santé d'avoir des collègues à proximité pour discuter, avoir un deuxième avis ou un avis complémentaire, voir se remplacer occasionnellement.

Malgré tout, des études établissant un lien entre burn-out et exercice en MSP semblent nécessaire pour l'affirmer.

V/ CONCLUSION

Cette étude quantitative, nationale et de grande ampleur, a permis de montrer que la qualité de vie en rapport avec la santé générale diminuait avec la présence d'un burn-out et ce d'autant plus qu'il était sévère et inversement.

Presque un médecin généraliste sur deux s'est avéré être en burn-out. 3,8% d'entre eux se sont avérés être en burn-out sévère, associant un épuisement professionnel élevé, une dépersonnalisation élevée et un accomplissement personnel faible.

Les caractéristiques retrouvées comme étant à risque de burn-out sévère étaient le sexe masculin, le fait d'être divorcé, l'exercice en milieu rural, le fait d'être salarié, la réalisation de 2 gardes par mois ou plus, la réalisation de plus de 30 actes par jour, le fait de poser moins de 5 semaines de congés annuels, l'absence de pratique d'activité sportive ou de loisirs, le fait d'avoir bénéficié d'un arrêt au cours de 12 derniers mois, et un temps de travail aménagé.

Cette étude a bien illustré le fait que l'activité professionnelle retentit sur la vie personnelle et inversement. L'exigence associée à l'exercice de la médecine rend la profession médicale particulièrement à risque de burn-out. Il semble donc primordial de renforcer les mesures de prévention et de sensibilisation à ce syndrome de burn-out. Cela apparait comme un véritable enjeu de santé publique, et ce d'autant plus dans ce contexte de pénurie de médecins.

La formation continue, qui permet une mise à jour régulière des connaissances, limite en partie le stress lié à cette profession exigeante et en constante évolution. Elle augmente ainsi la satisfaction au travail.

Les groupes de pairs permettent une libération de la parole et une critique constructive de la pratique médicale afin de l'améliorer.

Les groupes Balint permettent quant à eux de résoudre les difficultés inhérentes à la relation médecin-malade et de trouver la distance professionnelle la plus thérapeutique possible.

Depuis quelques années, les MSP prennent une place de plus en plus importante dans le système de santé français. Les professionnels de santé sont censés y trouver un environnement de travail adapté à leurs attentes, tout en répondant aux besoins d'offre de soin des patients. Ce mode d'exercice semble ainsi apporter un réel bénéfice dans l'exercice de la médecine générale.

De nouvelles études de plus grande ampleur doivent être menées et les chiffres publiés afin de créer une réelle prise de conscience.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Kansoun Z, Boyer L, Hodgkinson M, Villes V, Lançon C, Fond G. Burnout in French physicians: A systematic review and meta-analysis. J Affect Disord. 2019;246:132-47.
2. Le Parisien.fr : Plus de la moitié des urgentistes et des internes souffrent de burn-out [Internet]. [cité 13 janv 2019]. Disponible sur: http://sante-secu-social.npa2009.org/./?Le-Parisien-fr-Plus-de-la-moitie-des-urgentistes-et-des-internes-souffrent-de
3. Un médecin sur deux en burn-out, révèle une méta-analyse incluant 15 000 praticiens [Internet]. [cité 13 janv 2019]. Disponible sur: https://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2019/01/11/un-medecin-sur-deux-en-burn-out-revele-une-meta-analyse-incluant-15-000-praticiens_864761
4. Chayet D. Un médecin français sur deux est en burn-out [Internet]. 2019 [cité 9 janv 2019]. Disponible sur: http://sante.lefigaro.fr/article/un-medecin-francais-sur-deux-est-en-burn-out/
5. Conseil national de l'Ordre des médecins. La santé des médecins : un enjeux majeur de santé publique [Internet]. Paris; 2018. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom_rapport_sante_des_medecins.pdf
6. 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. 2012;172(18):1377-85.
7. Freudenberger HJ. Staff Burn-Out. J Soc Issues. 1974 ; 30(1) :159-65.
8. Legeron P, Olie J-P. Le burn-out [Internet]. Académie nationale de médecine. 2016 [cité 5 juill 2019]. Disponible sur: http://www.academie-medecine.fr/le-burn-out/
9. Schaufeli WB, Taris TW. The conceptualization and measurement of burnout: Common ground and worlds apart. Work Stress. 2005;19(3):256-62.
10. OMS. Dans la Classification internationale des maladies, le burn-out, ou épuisement professionnel, est considéré comme un «phénomène lié au travail» [Internet]. [cité 5 juill 2019]. Disponible sur: http://www.who.int/mental_health/evidence/burn-out/fr/
11. Veyssier-Belot C. Le syndrome d'épuisement professionnel chez les médecins. Rev Médecine Interne. 2015;36(4):233-6.
12. Les étudiants en médecine placent la qualité de vie au cœur des préoccupations pour leur avenir [Internet]. Hospitalia, le magazine de l'hôpital pour toute l'actualité et l'information hospitalière. [cité 5 juill 2019]. Disponible sur: https://www.hospitalia.fr/Les-etudiants-en-medecine-placent-la-qualite-de-vie-au-coeur-des-preoccupations-pour-leur-avenir_a1098.html
13. Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). Qual Life Res Int J Qual Life Asp Treat Care Rehabil. 1993;2(2):153-9.
14. Guillemin F, Paul-Dauphin A, Virion JM, Bouchet C, Briançon S. [The DUKE health profile: a generic instrument to measure the quality of life tied to health]. Sante Publique Vandoeuvre--Nancy Fr. 1997;9(1):35-44.
15. Pulcrano M, Evans SRT, Sosin M. Quality of Life and Burnout Rates Across Surgical Specialties: A Systematic Review. JAMA Surg. 2016;151(10):970-8.
16. Vicentic S, Gasic MJ, Milovanovic A, Tosevski DL, Nenadovic M, Damjanovic A, et al. Burnout, quality of life and emotional profile in general practitioners and psychiatrists. Work Read Mass. 2013;45(1):129-38.
17. Maslach C, Jackson S, Leiter MP. MBI: The Maslach Burnout Inventory manual. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1996.
18. Maslach, C., Jackson, S.E., 1981. The measurement of experienced burnout. J. Organ. Behav. 2, 99–113. https://doi.org/10.1002/job.4030020205.

19. Baumann C, Erpelding M-L, Perret-Guillaume C, Gautier A, Régat S, Collin J-F, et al. Health-related quality of life in French adolescents and adults: norms for the DUKE Health Profile. BMC Public Health. 2011;11:401.
20. La démographie médicale [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019 [cité 5 août 2019]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/lordre-medecins/conseil-national-lordre/demographie-medicale
21. Deneva T, Ianakiev Y, Keskinova D. Burnout Syndrome in Physicians-Psychological Assessment and Biomarker Research. Med Kaunas Lith. 2019;55(5).
22. Amoafo E, Hanbali N, Patel A, Singh P. What are the significant factors associated with burnout in doctors? Occup Med Oxf Engl. 2015;65(2):117-21.
23. Dagrada H, Verbanck P, Kornreich C. [General practitioner burnout: risk factors]. Rev Med Brux. 2011;32(4):407-12.
24. Ramirez AJ, Graham J, Richards MA, Cull A, Gregory WM. Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work. Lancet Lond Engl. 1996;347(9003):724-8.
25. Taku K. Relationships among perceived psychological growth, resilience and burnout in physicians. Personal Individ Differ. 2014;59:120-3.
26. Linzer M, Visser MR, Oort FJ, Smets EM, McMurray JE, de Haes HC, et al. Predicting and preventing physician burnout: results from the United States and the Netherlands. Am J Med. 2001;111(2):170-5.
27. Dewa CS, Loong D, Bonato S, Thanh NX, Jacobs P. How does burnout affect physician productivity? A systematic literature review. BMC Health Serv Res. 2014;14:325.
28. Picquendar G, Guedon A, Moulinet F, Schuers M. Influence of medical shortage on GP burnout: a cross-sectional study. Fam Pract. 2019;36(3):291-6.
29. Mohd Ismail MNB, Lindstrom Johnson S, Weaver SJ, Wu AW, Gielen AC. Factors influencing burn-out among resident physicians and the solutions they recommend. Postgrad Med J. 2018;94(1115):540-2.
30. Welp A, Rothen HU, Massarotto P, Manser T. Teamwork and clinician burnout in Swiss intensive care: the predictive role of workload, and demographic and unit characteristics. Swiss Med Wkly. 2019;149:w20033.
31. Molero Jurado MDM, Pérez-Fuentes MDC, Gázquez Linares JJG, Simón Márquez MDM, Martos Martínez Á. Burnout Risk and Protection Factors in Certified Nursing Aides. Int J Environ Res Public Health. 2018;15(6).
32. Jolivet A, Caroly S, Ehlinger V, Kelly-Irving M, Delpierre C, Balducci F, et al. Linking hospital workers' organisational work environment to depressive symptoms: A mediating effect of effort–reward imbalance? The ORSOSA study. Soc Sci Med. 2010;71(3):534-40.
33. Galam E, Komly V, Le Tourneur A, Jund J. Burnout among French GPs in training: a cross-sectional study. Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract. 2013;63(608):e217-224.
34. Le Breton G. La santé des étudiants et des jeunes médecins. France; 2016 p. 9-86.
35. Dewa CS, Loong D, Bonato S, Trojanowski L. The relationship between physician burnout and quality of healthcare in terms of safety and acceptability: a systematic review. BMJ Open. 2017;7(6):e015141.
36. Panagioti M, Geraghty K, Johnson J, Zhou A, Panagopoulou E, Chew-Graham C, et al. Association Between Physician Burnout and Patient Safety, Professionalism, and Patient Satisfaction: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Intern Med. 2018;178(10):1317-30.
37. Shanafelt TD, Balch CM, Bechamps G, Russell T, Dyrbye L, Satele D, et al. Burnout and medical errors among American surgeons. Ann Surg. 2010;251(6):995-1000.

38. Stehman CR, Testo Z, Gershaw RS, Kellogg AR. Burnout, Drop Out, Suicide: Physician Loss in Emergency Medicine, Part I. West J Emerg Med. 2019;20(3):485-94.
39. Firth-Cozens J, King J. Are psychological factors linked to performance? In: Firth-Cozens J, King J, Hutchinson A, McAvoy P, eds. Understanding doctors' performance. Oxford: Radcliff e Publishing, 2006: 61–70.
40. Wallace JE, Lemaire JB, Ghali WA. Physician wellness: a missing quality indicator. The Lancet. 2009;374(9702):1714-21.
41. Han S, Shanafelt TD, Sinsky CA, Awad KM, Dyrbye LN, Fiscus LC, et al. Estimating the Attributable Cost of Physician Burnout in the United States. Ann Intern Med. 2019;
42. Visser MRM, Smets EMA, Oort FJ, De Haes HCJM. Stress, satisfaction and burnout among Dutch medical specialists. CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Medicale Can. 2003;168(3):271-5.
43. Zwack J, Schweitzer J. If every fifth physician is affected by burnout, what about the other four? Resilience strategies of experienced physicians. Acad Med J Assoc Am Med Coll. 2013;88(3):382-9.
44. Société Française de Médecine Générale : Groupe de pairs [Internet]. [cité 6 août 2019]. Disponible sur: http://www.sfmg.org/groupe_de_pairs/
45. Reznik F. Le groupe Balint, une autre façon de penser le soin. J Psychol. 2009;n° 270(7):29-30.
46. Les groupes Balint | Société Médicale Balint [Internet]. [cité 17 sept 2019]. Disponible sur: https://www.balint-smb-france.org/groupe-balint.php

ANNEXES

ANNEXE 1 : SCORE MBI

Test d'Inventaire de Burnout de Maslach - MBI

Comment percevez-vous votre travail ? Etes-vous épuisé(e) ?
Quelle est votre capacité à gérer votre relation aux autres ?
Où en êtes-vous sur votre degré d'accomplissement personnel ?

- Précisez la fréquence à laquelle vous ressentez la description des propositions suivantes en entourant le chiffre correspondant avec :

0 = Jamais
1 = Quelques fois par an, au moins
2 = Une fois par mois au moins
3 = Quelques fois par mois
4 = Une fois par semaine
5 = Quelques fois par semaine
6 = Chaque jour

- Additionnez les scores obtenus dans chacune des 3 dimensions proposées au bas du questionnaire. Voyez si ces scores sont à un degré « faible », « modéré » ou « élevé ».

	Jamais ⇓						Chaque jour ⇓
01 – Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail	0	1	2	3	4	5	6
02 - Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail	0	1	2	3	4	5	6
03 - Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail	0	1	2	3	4	5	6
04 - Je peux comprendre facilement ce que mes patients/clients/élèves ressentent	0	1	2	3	4	5	6
05 - Je sens que je m'occupe de certains patients/clients/élèves de façon impersonnelle, comme s'ils étaient des objets	0	1	2	3	4	5	6
06 - Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort	0	1	2	3	4	5	6
07 - Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes patients/clients/élèves	0	1	2	3	4	5	6
08 - Je sens que je craque à cause de mon travail	0	1	2	3	4	5	6
09 - 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 patients/clients/élèves	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 patients/clients/élèves	0	1	2	3	4	5	6
18 - Je me sens ragaillardi(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de patients/clients/élèves	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 patients/clients/élèves me rendent responsable de certains de leurs problèmes	0	1	2	3	4	5	6

Total du Score d'Epuisement Professionnel (SEP)
Additionnez les scores que vous avez obtenus aux questions 01. 02. 03. 06. 08. 13. 14. 16. 20
SEP =

Epuisement Professionnel	SEP < à 17	18 < SEP < 29	30 < SEP
	Degré faible	Degré modéré	Degré élevé

Total du Score Dépersonnalisation / Perte d'empathie (SD)
Additionnez les scores que vous avez obtenus aux questions 05. 10. 11. 15. 22
SD =

Dépersonnalisation	SD < à 5	6 < SD < 11	12 < SD
	Degré faible	Degré modéré	Degré élevé

Total du Score Accomplissement Personnel (SAP)
Additionnez les scores que vous avez obtenus aux questions 04. 07. 09. 12. 17. 18. 19. 21.
SAP =

Accomplissement Personnel	SAP < à 33	34 < SAP < 39	40 < SAP
	Degré faible	Degré modéré	Degré élevé

Degré de Burn Out

Attention si vos scores SEP et SD se trouvent tous les deux dans le rouge !
Surtout si votre degré d'accomplissement est également dans le rouge !!!

SEP	L'épuisement professionnel (Burn Out) est typiquement lié au rapport avec un travail vécu comme difficile, fatiguant, stressant… Pour Maslach, il est différent d'une dépression car il disparaitrait pendant les vacances.
SD	La dépersonnalisation, ou perte d'empathie, se caractérise par une baisse de considération positive à l'égard des autres (clients, collègues…), c'est une attitude où la distance émotionnelle est importante, observables par des discours cyniques, dépréciatifs, voire même par de l'indifférence.
SAP	L'accomplissement personnel est un sentiment « soupape de sécurité » qui assurerait un équilibre en cas d'épuisement professionnel et de dépersonnalisation. Il assure un épanouissement au travail, un regard positif sur les réalisations professionnelles.

Maslach, C et col. (2006). Burn-out : l'épuisement professionnel. Presses du Belvédère.

ANNEXE 2 : PROFIL DE SANTE DE DUKE

PROFIL DE SANTE DE DUKE

Copyrigth 1989 by the Department of Community and Family Medecine
Duke University Medical Center, Durham, N.C., U.S.A.

N° : /____/____/____/

Instructions

Voici une série de questions sur votre santé telle que vous la ressentez. Veuillez lire attentivement chacune de ces questions. Cochez la réponse qui vous convient le mieux. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse.

	Oui, c'est tout à fait mon cas	C'est à peu près mon cas	Non, ce n'est pas mon cas
1. Je me trouve bien comme je suis	☐	☐	☐
2. Je ne suis pas quelqu'un de facile à vivre	☐	☐	☐
3. Au fond, je suis bien portant	☐	☐	☐
4. Je me décourage trop facilement	☐	☐	☐
5. J'ai du mal à me concentrer	☐	☐	☐
6. Je suis content de ma vie de famille	☐	☐	☐
7. Je suis à l'aise avec les autres	☐	☐	☐

AUJOURD'HUI	Pas du tout	Un peu	Beaucoup
8. Vous auriez du mal à monter un étage	☐	☐	☐
9. Vous auriez du mal à courir une centaine de mètres	☐	☐	☐

AU COURS DES 8 DERNIERS JOURS :	Pas du tout	Un peu	Beaucoup
10. Vous avez eu des problèmes de sommeil	☐	☐	☐
11. Vous avez eu des douleurs quelque part	☐	☐	☐
12. Vous avez eu l'impression d'être vite fatigué(e)	☐	☐	☐
13. Vous avez été triste ou déprimé(e)	☐	☐	☐
14. Vous avez été tendu(e) ou nerveux(se)	☐	☐	☐

AU COURS DES 8 DERNIERS JOURS :	Pas du tout	Un peu	Beaucoup
15. Vous avez rencontré des parents ou des amis (conversation, visite)	☐	☐	☐
16. Vous avez eu des activités de groupes (réunion, activités religieuses, association...) ou de loisirs (cinéma, sport, soirées...)	☐	☐	☐

AU COURS DES 8 DERNIERS JOURS :	Pas du tout	1-4 jours	5-7 jours
17. Vous avez dû rester chez vous ou faire un séjour en clinique ou à l'hôpital pour raison de santé (maladie ou accident) ...)	☐	☐	☐

Adaptation Française 1.2 - SIMES - CHU Nancy 1995
Financement PHRC, ministère de la Santé, France

ANNEXE 3 : QUESTIONNAIRE

Partie 1 : Données socio démographiques

1) Quel âge avez-vous ?

a) Moins de 30 ans
b) Entre 30 et 40 ans
c) Entre 40 et 50 ans
d) Entre 50 et 60 ans
e) Plus de 60 ans

2) Vous êtes …
a) Une femme
b) Un homme

3) Vous êtes …
a) Célibataire
b) Divorcé(e)
c) Marié(e)
d) En concubinage

4) Dans quel département exercez-vous actuellement ?

5) Avez-vous des enfants ?
a) Non
b) 1 et/ou 2 enfants
c) 3 enfants ou plus

6) Vous exercez …
a) En milieu urbain
b) En milieu semi-rural
c) En milieu rural

7) Vous avez une pratique …
a) Libérale
b) Salariale
c) Mixte (salariale et libérale)

8) Vous travaillez …
a) Seul(e)
b) En groupe

9) Concernant le nombre d'heures travaillées par semaine, vous faites ...
a) Moins de 35h
b) Entre 35 et 44h
c) Entre 45 et 54h
d) Entre 55 et 64h
e) Plus de 65h

10) Avez-vous des gardes ?
a) Non
b) Oui, en moyenne sur les 6 derniers mois, 1 par mois ou moins
c) Oui, en moyenne sur les 6 derniers mois, 2 par mois ou plus

11) En moyenne par jour, vous faites …
a) Moins de 20 actes par jour
b) Entre 20 et 30 actes par jour
c) Plus de 30 actes par jour

12) Sur une année vous posez …
a) Moins de 5 semaines de congés
b) 5 semaines de congés ou plus

13) Pratiquez-vous une activité sportive ou de loisirs ?
a) Non
b) Oui, au moins une fois par semaine

14) Avez-vous bénéficié d'un arrêt de travail au cours des 12 derniers mois ?
a) Non
b) Oui

15) Si oui, cet arrêt de travail a duré ...
a) Moins d'1 semaine
b) Entre 1 semaine et 1 mois
c) Entre 1 et 6 mois
d) Entre 6 mois et 1 an
e) Plus d'1 an

16) Un aménagement de votre temps de travail a t-il été nécessaire pour la poursuite de votre exercice (jour off, diminution des heures travaillées) ?
a) Non
b) Oui

Partie 2 : Test d'Inventaire de Burnout de Maslach - MBI

Précisez la fréquence à laquelle vous ressentez la description des propositions suivantes en entourant le chiffre correspondant avec :
0 = Jamais
1 = Quelques fois par an, au moins
2 = Une fois par mois au moins
3 = Quelques fois par mois
4 = Une fois par semaine
5 = Quelques fois par semaine
6 = Chaque jour

	Jamais ⇓						Chaque jour ⇓
01 – Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail	0	1	2	3	4	5	6
02 - Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail	0	1	2	3	4	5	6
03 - Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail	0	1	2	3	4	5	6
04 - Je peux comprendre facilement ce que mes patients/clients/élèves ressentent	0	1	2	3	4	5	6
05 - Je sens que je m'occupe de certains patients/clients/élèves de façon impersonnelle, comme s'ils étaient des objets	0	1	2	3	4	5	6
06 - Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort	0	1	2	3	4	5	6
07 - Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes patients/clients/élèves	0	1	2	3	4	5	6
08 - Je sens que je craque à cause de mon travail	0	1	2	3	4	5	6
09 - 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 patients/clients/élèves	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 patients/clients/élèves	0	1	2	3	4	5	6
18 - Je me sens ragaillardi(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de patients/clients/élèves	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 patients/clients/élèves me rendent responsable de certains de leurs problèmes	0	1	2	3	4	5	6

Partie 3 : Profil de santé de Duke

Instructions : Voici une série de questions sur votre santé telle que vous la ressentez. Veuillez lire attentivement chacune de ces questions. Cochez la réponse qui vous convient le mieux. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse.

		OUI, c'est tout à fait mon cas	C'est à peu près mon cas	Non ce n'est pas mon cas
1	Je me trouve bien comme je suis	Δ	Δ	Δ
2	Je ne suis pas quelqu'un de facile à vivre	Δ	Δ	Δ
3	Au fond, je suis bien portant(e)	Δ	Δ	Δ
4	Je me décourage trop facilement	Δ	Δ	Δ
5	J'ai du mal à me concentrer	Δ	Δ	Δ
6	Je suis content(e) de ma vie de famille	Δ	Δ	Δ
7	Je suis à l'aise avec les autres	Δ	Δ	Δ

	AUJOURD'HUI	Pas du tout	Un peu	Beaucoup
8	Vous auriez du mal à monter un étage	Δ	Δ	Δ
9	Vous auriez du mal à courir une centaine de mètres	Δ	Δ	Δ

	AU COURS DES HUIT DERNIERS JOURS	Pas du tout	Un peu	Beaucoup
10	Vous avez eu des problèmes de sommeil	Δ	Δ	Δ
11	Vous avez eu des douleurs quelque part	Δ	Δ	Δ
12	Vous avez eu l'impression d'être vite fatigué(e)	Δ	Δ	Δ
13	Vous avez été triste ou déprimé(e)	Δ	Δ	Δ
14	Vous avez été tendu(e) eu nerveux(se)	Δ	Δ	Δ

	AU COURS DES HUIT DERNIERS JOURS	Pas du tout	Un peu	Beaucoup
15	Vous avez rencontré des parents ou des ami(e)s (conversation, visite)	Δ	Δ	Δ
16	Vous avez eu des activités de groupes (réunion, activités religieuses, association...) ou de loisirs (cinéma, sport, soirées...)	Δ	Δ	Δ

AU COURS DES HUIT DERNIERS JOURS	Pas du tout	1 - 4 jours	5 - 7 jours
17 Vous avez dû rester chez vous ou faire un séjour en clinique ou à l'hôpital pour raison de santé (maladie ou accident)	Δ	Δ	Δ

Votre sexe : Masculin Δ Féminin Δ

Votre âge :_____ans

MERCI

ANNEXE 4 : QUELQUES TEMOIGNAGES (RECUS PAR EMAIL)

Médecin en Côtes-d'Armor :

« Merci pour votre travail auquel je viens de participer. Est-il prévu de faire connaître le résultat à ceux qui en feront la demande?

J'ai connu le Burn out et suis conscient de flirter avec tous les jours. J'ai 65 ans et il est temps pour moi de lever le pied en évoluant vers le mi temps très prochainement. Nous sommes un groupe de 9 généralistes à Dinan en Bretagne et personne n'est à l'abris chez nous. Nous avons organisé une réunion mensuelle de partage, convivialité, échanges d'expériences, émulation, dynamique de groupe, débriefing qui a lieu le vendredi midi, seul jour où nous sommes tous présent, chacun ayant une journée de break complet. C'est un bon début, nous verrons bien. J'en profite pour partager avec eux et les inviter à participer à votre thèse. Ce travail, qui m'a pris moins de 10mn, est une excellente façon de prendre conscience des risques de burn out que nous courrons tous. Cette prise de conscience est un excellent traitement préventif. Je crois que si nous pouvons supporter des journées intenses et longues, le secret est de s'organiser des temps de repos proportionnels et régénérateurs, ce qui est facile dans un groupe de 9 médecins et impossible en solitaire, l'union fait la force.

Merci encore » […] « Je ne pensais pas avoir une réponse vu le travail que vous devez avoir avec cette thèse. J'ignore si mes associés prendront le temps nécessaire pour participer. Je suis en vacances pour la semaine. Je vais les encourager à partir de lundi. Un questionnaire de 10 mn, à 9, c'est le temps d'un match de football sans prolongation, j'en connais plusieurs, dont moi, qui ont su se libérer l'an dernier entre consultations et visites.

Tout à fait d'accord, si vous le jugez utile, d'être cité dans votre thèse. Vous pouvez même citer notre nom qui est "Centre médical Dinannais". Nous sommes une bonne équipe au sein de laquelle il n'y a pas d'ego qui dépasse et nous veillerons à ne pas laisser entrer chez nous quelqu'un qui pourrait tout casser. Notre devise est "Respect, solidarité, excellence". Nous sommes partis d'un groupe formé de 6 médecins travaillant individuellement avec un esprit sympathique mais trop chacun dans son coin. Nous avons pris conscience qu'à ce jeu, nous avions peu l'occasion d'échanger pour construire un esprit d'équipe d'où l'idée de ces réunions mensuelles où chacun pourrait se nourrir de la richesse des autres et y puiser la joie quand elle est perdue, la motivation face au découragement, l'envie d'appartenir à une équipe dynamique et d'y apporter sa propre compétence. À ce jour, nous sommes neufs médecins bénéficiant d'un secrétariat dévoué sans lequel nous serions tous suicidés aujourd'hui . Il faut constater que les habitudes ont la vie dure, ça bouge doucement mais ça bouge. Les jalons sont posés et l'intégration de chaque individu au sein de l'équipe se mesure pour l'instant au taux de présence qui est de 7 à 8 sur neuf. J'espère que nous arriverons à 100% de présence puis de participation et que chacun prendra conscience de ce qu'il peut apporter car tous sont riches mais tous ne le savent pas encore.

Je vous raconte tout cela espérant vous inspirer quelques idées positives dans votre travail car je suis convaincu que travailler dans une équipe où tout peut se dire dans un esprit confidentiel de bienveillance est le meilleur moyen d'éviter le burn out et bien au contraire de pousser chacun vers le haut, sans effort coûteux, contribuant ainsi à la joie de tous et conduisant à la fierté d'appartenir à une équipe où chacun est le moteur des autres.

Je serai ravi de lire votre thèse et vous pourrez compter sur moi pour un retour.

Sentiments chaleureux »

Médecin de Polynésie :

« Bonjour et désolé, j'ai répondu à ce questionnaire car je voulais voir si les questions étaient adaptées et si on pouvait ajouter un commentaire, mais j'ai été très déçu, par les questions, parfois stupides, et l'impossibilité de personnaliser ce genre de truc insipide. Impossible aussi de revenir en arrière. En ce qui me concerne, j'avais réglé mon burn-out en réduisant sérieusement mon activité pendant les 10 dernières années avant de prendre ma retraite, du moins partiellement.

En qualité de médecin de campagne, j'ai fait pendant trente ans une moyenne de douze par jour, avec des urgences 2 à 3 fois par semaine la nuit, suivi d'un divorce et d'un redressement fiscal. J'ai donc tout lâché pour m'installer en Polynésie. Une très mauvaise association avec une consœur vénale s'est mal terminée en dix mois, j'en ai pour dix ans de travaux forcés pour équilibrer ma situation. Une série d'infarctus m'ont calmé et j'ai commencé à réduire de façon drastique mes horaires de travail avec un résultat spectaculaire sur l'amélioration du burn-out et la reprise d'une vie pas seulement professionnelle, mais familiale et même sportive. C'est le meilleur traitement que je puisse conseiller à mes confères pour traiter ce problème. Arrêtons de nous croire indispensable et réduisons notre activité. Faisons autre chose de nos vies en plus de la médecine. Cela ne va sans doute pas améliorer la pénurie de médecins, mais ça ne devrait pas être le souci de ceux qui bossent avec passion.

Bien confraternellement. »

Médecin en Côte-d'Or :

« J'ai répondu au questionnaire de cette thèse et je me permets de signaler qu'il est peu adapté aux médecins remplaçants dans les premières questions (vous exercez en milieu ubain ou semi rural ou rural : j'exerce en urbain ET en semi rural pour mes remplacements mais impossible de cocher les deux cases / vous exercez seul ou à plusieurs : peu adapté pour remplaçants).

Je me permets cette remarque dans l'optique que les médecins remplaçants puissent répondre de manière adaptée et que cela n'induise pas des biais par la suite. »

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 moeurs.
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. »