



HAL
open science

Méthodes de prévention de l'épuisement professionnel utilisées par les médecins généralistes en zone à faible démographie médicale. L'exemple des jeunes généralistes de la région du Havre Seine Métropole

Julien Bar

► **To cite this version:**

Julien Bar. Méthodes de prévention de l'épuisement professionnel utilisées par les médecins généralistes en zone à faible démographie médicale. L'exemple des jeunes généralistes de la région du Havre Seine Métropole. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02969717

HAL Id: dumas-02969717

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02969717>

Submitted on 16 Oct 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.

UFR DE SANTE DE ROUEN NORMANDIE

ANNEE 2020

**THESE POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE**

(Diplôme d'ETAT)

PAR

BAR Julien

Né le 1^{er} Juin 1988 à Sainte-Adresse

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 24 SEPTEMBRE 2020

Méthodes de prévention de l'épuisement professionnel utilisées
par les médecins généralistes en zone à faible démographie
médicale :
L'exemple des jeunes généralistes de la région du Havre-Seine-
Métropole

PRESIDENT DE JURY : Pr Jean-François GEHANNO

DIRECTEUR DE THESE : Dr Ségolène GUILLEMETTE

MEMBRE DU JURY : Pr Elisabeth MAUVIARD

MEMBRE DU JURY : Dr Matthieu SCHUERS

MEMBRE DU JURY : Dr Laetitia BOURDON

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

ANNEE UNIVERSITAIRE 2019 - 2020

U.F.R. SANTÉ DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Benoît VEBER**

ASSESEURS : **Professeur Michel GUERBET**
Professeur Agnès LIARD
Professeur Guillaume SAVOYE

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Gisèle APTER	Havre	Pédopsychiatrie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Jean-Marc BASTE	HCN	Chirurgie Thoracique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal BENHAMOU	HCN	Médecine interne
Mr Jacques BENICHOU	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mme Sophie CANDON	HCN	Immunologie
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas CORNU	HCN	Urologie
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan DARMONI	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mr Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie

Mr Frédéric DI FIORE	CHB	Cancérologie
Mr Fabien DOGUET	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean DOUCET	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard DUBRAY	CHB	Radiothérapie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
Mr Pierre FREGER (<i>surnombre</i>)	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Dominique GUERROT	HCN	Néphrologie
Mr Olivier GUILLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Claude HOUDAYER	HCN	Génétique
Mr Fabrice JARDIN	CHB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato – Vénérologie
Mme Bouchra LAMIA	Havre	Pneumologie
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HCN	Rhumatologie
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HCN	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HCN	Médecine interne

Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépatogastro-entérologie
M. Benoit MISSET (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation Médicale
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophthalmologie
Mr Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan PREVOST	HCN	Endocrinologie
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace ROMAN (<i>disponibilité</i>)	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie – Pathologie
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépatogastrologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Lilian SCHWARZ	HCN	Chirurgie Viscérale et Digestive
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Hervé TILLY (<i>surnombre</i>)	CHB	Hématologie et transfusion
M. Gilles TOURNEL	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier TROST	HCN	Anatomie -Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CHB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN	Les Herbiers	Médecine Physique et de Réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HC	Rhumatologie
Mme Marie-Laure WELTER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Najate ACHAMRAH	HCN	Nutrition
Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mr Emmanuel BESNIER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Neurophysiologie
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire
M. Florent MARGUET	HCN	Histologie
Mme Chloé MELCHIOR	HCN	Gastroentérologie
Mr Thomas MOUREZ (<i>détachement</i>)	HCN	Virologie
Mr Gaël NICOLAS	UFR	Génétique
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia ROLLIN	HCN	Médecine du Travail
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
Mr David WALLON	HCN	Neurologie
Mr Julien WILS	HCN	Pharmacologie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

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

II - PHARMACIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mr Jérémy BELLIEN (PU-PH)	Pharmacologie
Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim EL OMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE (Professeur émérite)	Toxicologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Thomas CASTANHEIRO MATIAS	Chimie Organique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Camille CHARBONNIER (LE CLEZIO)	Statistiques
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Dominique DUTERTE-BOUCHER	Pharmacologie
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Nejla EL GHARBI-HAMZA	Chimie analytique

Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
Mr Hervé HUE	Biophysique et mathématiques
Mme Hong LU	Biologie
Mme Marine MALLETER	Toxicologie
M. Jérémie MARTINET (MCU-PH)	Immunologie
Mme Tiphaine ROGEZ-FLORENT	Chimie analytique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile GUERARD-DETUNCO	Pharmacie officinale
Mme Caroline BERTOUX	Pharmacie

PAU-PH

M. Mikaël **DAOUPHARS**

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde GUERIN	Anglais
----------------------------	---------

ASSISTANTS HOSPITALO-UNIVERSITAIRES

Mme Alice MOISAN	Virologie
M. Henri GONDÉ	Pharmacie

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

M. Abdel MOUHAJIR	Parasitologie
M. Maxime GRAND	Bactériologie

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT

Mme Ramla SALHI	Pharmacognosie
------------------------	----------------

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

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

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR MEDECINE GENERALE

Mr Jean-Loup **HERMIL** (PU-MG) UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCE MEDECINE GENERALE

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

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTE

Mr Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine Générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

Mr Philippe **NGUYEN THANH** UFR Médecine générale

Mme Yveline **SEVRIN** UFR Médecine générale

Mme Marie Thérèse **THUEUX** UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTES

Mr Pascal **BOULET** UFR Médecine générale

Mme Laëtitia **BOURDON** UFR Médecine Générale

Mr Emmanuel **HAZARD** UFR Médecine Générale

Mme Lucile **PELLERIN** UFR Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Paul MULDER (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su RUAN (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil ADRIOUCH (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN (med)	Neurosciences (Néovasc)
M. Sylvain FRAINEAU (med)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline GAILDRAT (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas GUEROUT (med)	Chirurgie Expérimentale
Mme Rachel LETELLIER (med)	Physiologie
Mr Antoine OUVRARD-PASCAUD (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric PASQUET	Sciences du langage, orthophonie
Mme Christine RONDANINO (med)	Physiologie de la reproduction
Mr Youssan Var TAN	Immunologie
Mme Isabelle TOURNIER (med)	Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

SJ - Saint Julien Rouen

Remerciements

Je remercie mon jury de thèse,

Au Professeur Jean-François Gehanno, merci de me faire l'immense honneur de présider ce jury et merci de votre disponibilité.

Au Professeur Elisabeth Mauviard, merci d'être présente aujourd'hui, ainsi que pour votre bonne humeur lors des différents enseignements du DUMG.

Au Docteur Matthieu Schuers, je suis honoré de votre participation à ce jury et je vous remercie pour votre implication sans faille envers les internes.

Au Docteur Laetitia Bourdon, vous me faites ce jour l'honneur d'être ma jurée, veuillez recevoir mes remerciements les plus sincères, et je vous remercie pour votre implication dans la lutte contre l'épuisement professionnel.

Au Docteur Ségolène Guillemette, ma directrice de thèse, merci pour ta gentillesse, ta patience (il en fallait), tes coups de téléphone alors que tu déménages, tes petits mots pour me rassurer, ton dévouement, ta relecture (et ton chat qui a beaucoup participé aux appels), bref je ne trouve pas les mots pour te dire à quel point je te remercie.

Je remercie ma famille,

À ma mère Nathalie, merci d'avoir fait ce que je suis, merci pour tes sacrifices, ton courage, tu es mon plus grand modèle et sans toi je en serais pas grand-chose, merci du fond du cœur maman.

À mon frère Nicolas, merci pour ton soutien, merci pour nos bêtises de gamins et de grands, merci pour ma nièce d'amour Mélodie, merci d'être ce que tu es et qui fait que j'ai toujours douze ans quand on est ensemble.

À ma grand-mère Monique, merci de ta gentillesse et de tout ce que tu as fait pour moi, à mes grands-parents qui me regardent de là-haut, à Thérèse, Claude et Lucien, vous me manquez.

À Antoine, qui plus qu'un beau-frère, est un frère à part entière, merci pour ces échanges endiablés, de la politique aux Warhammers en passant par les jeux vidéo, je te souhaite bon courage pour ta thèse, c'est à ton tour maintenant. À Sherkhann, pour son soutien moelleux lors de la rédaction de cette thèse.

À Guillaume, mon grand-frère mais pas de sang, à mes oncles et tantes, à Gui et Yveline, à mon parrain Philippe et à Odile, à mes cousins et mes cousines, ainsi qu'à toute ma famille.

À ma belle-famille, merci de me faire sentir comme un membre à part entière de votre famille, à Georges, merci de m'avoir accordé la main de votre fille, à mamie Odette, à Héroïse et Christophe, à Marcelle et Louis-Charles, à Sonia et Julien, à Ophélie et Alex, à David, à JB et Zohra, à Alex.

À Elisabeth, vous me manquez chaque jour, je pense fort à vous de là-haut, merci pour tout.

À Matthieu, bah oui, 25 ans d'amitié, 25 ans de déménagement, tu es de la famille maintenant. Merci d'avoir toujours cru en moi, malgré mon pessimisme habituel, de la primaire à la fac, merci d'avoir toujours été là, et je sais que tu seras toujours là y compris pour une relecture de thèse en catastrophe.

Je remercie mes amis,

À Aurélie, merci pour ces week-ends de bonheur, merci pour cette amitié précieuse depuis plus de dix ans. Et à Anthony, merci d'être ce que tu es, et tu le fais si bien ^^, merci pour ton amitié sans faille et merci de savoir me remonter le moral quand j'en ai besoin.

À Marine et Bryce, merci pour tous ces moments magiques quand on est ensemble, merci pour votre amour sans limite, merci pour ces escapades européennes, et merci pour avoir fait Loulou (bon boulot vraiment rien à redire, je veux la même). Merci à la famille Cordier, à David, à Amandine et Paul, à Camillette et Quentin, à Matthieu, merci de toujours m'accueillir comme l'un des vôtres.

Au meilleur groupe d'amis de la terre : les Havrais !

À Thomas, merci pour ton amitié depuis la P1, merci pour ta zen-attitude, merci pour ces éclats de rire.

À Kmy (oui juste pour t'embêter, fallait être là), merci d'être entré dans ma vie, merci pour tes découvertes, ta bonne humeur, ta sincérité, merci d'être toi en fait. Merci à Héléna, c'est un bonheur de t'avoir rencontré.

À Kévin, comment être aussi proche de quelqu'un en si peu de temps ?... Merci pour ta dévotion, ta passion et ta gentillesse. Mon portefeuille lui ne te remercie pas ... Merci à Léana, même si moi je ne suis pas un adulte responsable.

À Eloïse, même si tu essaie de voler ma femme, je t'aime quand même. Merci pour nos grandes conversations où l'on refait le monde et où l'on débat sur les Chtis à Mykonos !

À la coloc, à Charles (n'oublie jamais ton jaune), à mon Soso (tu feras gaffe ton col de cardio n'est pas relevé) et à l'écureuil (rapproche toi de la télé, t'es meilleur à fifa comme ça) merci les gars pour ce semestre de folie, et merci aussi pour avant et après !

Merci à Popo (mon capitaine tortionnaire), merci de ton amitié même si j'ai une tendance naturelle à être mauvais joueur.

À Chromchrom et Pauline (et Suzanne) témoins du début de mon amour (preuve à l'appuie sur le frigo...)

À Olivia, sais-tu que tu es la personne qui m'apaise le plus au monde ?

À Adèle ma co-interne d'amour et de choc et à Clémichou, le beau capitaine

À Marine et Thibaut, et au manoir Villani-Guignant pour ces magnifiques soirées

À Juliette

À Périnne (ma dealeuse de champagne)

À Flo et Marine (et aussi Eléa d'ailleurs)

À Vincent merci pour ton amour du Japon, de Warhammer, des jeux vidéo, des gunpla... (merci d'être comme moi en fait...) ton amitié m'est précieuse.

À Sounda (tu remarqueras que pour moi tu es havraise) merci pour ta joie de vivre et ta spontanéité, je te souhaite un bonheur mérité avec Malik et la petite princesse Leila.

À Charles merci pour la découverte de la chasse et d'être toujours toi-même, toujours un bonheur de prendre un verre avec toi le soir après une dure journée

À Max et Rachel (et le jacuzzi aussi !) merci de votre générosité et de votre gentillesse.

À mon Duc (Magnus did nothing wrong tmtc), merci pour ces superbes soirées passées avec toi, tu vas énormément me manquer ! (Prépare toi à me voir régulièrement sur Nantes)

À mon Matthou (oui tu le sais pas encore mais tu reviendras chez nous je le sais... je le veux !) et à Chani, merci à vous deux de penser à moi malgré la distance. Vous me manquez beaucoup.

À Rodrigue merci pour ta gentillesse et tes conseils (par contre ma banquière aime moins...).

À Manon (crois moi tu vas me manquer ma grande),

À Momo merci pour tous ces cocktails et cette bonne humeur (même quand je suis coincé dans les toilettes du bar) ne change jamais rien !

À Chap et Talitha, pour votre joie de vivre, vous êtes tellement beau ensemble, même si Chap est un loyaliste...

À Johanna, le travail est beaucoup moins sympa depuis que je ne suis plus avec toi, j'ai plus personne à embêter ! Merci pour ta joie de vivre et ta gentillesse.

À Souchon, je ne pense pas que tu te rendes compte à quel point ta rencontre a changé ma vie, tant sur le plan des loisirs (les comics c'est la vie on le sait) que sur le plan du boulot. Si je pouvais devenir le quart du médecin que tu es, j'aurais réussi ma vie professionnelle. Tu es un modèle pour moi sur tous les plans. Merci à Lulu pour ses ping-pongs de vanes, moi aussi je t'aime, à Alice et Nino

Aux Licornes havraises (meilleur groupe de pairs de France) et plus particulièrement à Fred (merci pour ces découvertes houblonnées et le métal) et à Steph, à Vaness et à Kevin, et à Adrien (le meilleur binôme de rempla il faut le savoir, si jamais un jour Rouelles t'intéresse c'est avec plaisir que je fais une association avec toi !)

À Jean-Baptiste, c'est toujours un bonheur d'aller bosser quand je sais que tu es là, on continuera de manger au Sorento même si je ne suis plus à côté.

À mes amis de longue date sur Rouen et que je n'oublie jamais :

Merci à ma fillotte d'amour Aude et à Bobor j'ai tellement hâte de voir votre mariage.

Merci à Ben et Val (et Proton) pour tout ce que vous faites pour nous, merci pour votre générosité et votre gentillesse, merci pour les glaces, les gaufres, le poulet, le jacuzzi, bref... pour tout !

À Geoffrey et Charlotte, votre amitié m'est précieuse et je sais la chance que j'ai de vous avoir, à Blanche.

À Quentin, on en a fait du chemin depuis la seconde, merci d'avoir toujours été là dans les bons et les mauvais moments, félicitations pour ton bout de chou.

À Antonin (dit Le Nonin), merci pour tout, l'externat et l'internat auraient été beaucoup moins bien si tu n'étais pas là, merci pour ces soirées et ces délires !

À Robin, franchement, je ne pense pas que je puisse oublier un seul des moments passés avec toi ! Merci de me faire toujours rire mon robinou !

À la bande de Franfreluches : merci à Jojo, à Tonton et Marion (et bientôt minimoy), à Max (et à nos parties de jeux, vivement qu'on investisse dans Terraforming Mars), à Bottet (notre reine), à Guigui et Camille, à Alex et Ingrid (et au petit loup), à Toto, à Rallu

À ces rencontres récentes mais qui comptent :

À Pierre, merci pour les découvertes vidéoludiques ou musicales, je te souhaite un bon internat courage

À mes futurs collègues Gwendo et Aurélie, à Cédric (bon là c'est pas une amitié récente mais bon...) merci de m'avoir proposé ce projet, vous n'imaginez pas à quel point je suis impatient de vous rejoindre.

À toutes ces personnes qui m'ont aidé durant mon internat :

À l'équipe des urgences de Vernon, à Alexandre, Andrine, Angélique, Auriane, Catherine, Camille, Chantal (les deux), Claire, Christophe, Cécile, Coralie, Cédric, Marine, Sandrine, Sylviane, Suzie, Valentin, Véronique, et j'en oublie. Jamais je ne serais capable de vous remercier assez. Vous avez fait de moi le médecin que je suis actuellement, je ne l'oublierai jamais. Merci.

À Alexandre, Pascale, Hervé, Florian, Elodie, Damien, Fabienne, Malek, Elsa, Stéphanie, Nicole, Pierra, Céline, Alain, Sylvie, Elisabeth, Philippe, Catherine, Stéphane et Sylvain, merci à ces médecins qui m'ont tant appris.

Et enfin, je garde le meilleur pour la fin :

À ma future femme, à ma meilleure amie, à ma moitié, à Maïté. Cette thèse n'est que l'une des très (trop) nombreuses épreuves que l'on a surmontées. Coucher sur le papier ce que j'éprouve pour toi m'est impossible, je ne peux que remercier le destin de t'avoir fait croiser ma route il y a toutes ces années. Merci de me pousser quand je baisse les bras, merci de partager mes joies et mes peines, merci de me rassurer quand je doute, merci de partager mes passions (trop nombreuses je le reconnais). Je serai toujours heureux à tes côtés, que ce soit près du temple Zojoji un soir de printemps, ou sur notre canapé devant une télé-réalité un dimanche d'hiver. Une page se tourne enfin, à nous d'écrire le reste. Joyeux anniversaire. Je t'aime.

Serment d'Hippocrate

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

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

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

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

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

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

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

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

Table des matières

INTRODUCTION.....	4
I/ Contexte	5
II/ La démographie médicale en Haute-Normandie et dans le Havre-Seine-Métropole (HSM)	7
A/ Point sur la démographie médicale nationale et régionale	7
B/ Le cas du Havre Seine Métropole (HSM).....	9
III/ L'épuisement professionnel	11
A/ Historique.....	11
B/ Modèle de Maslach et Jackson.....	12
C/ Définition actuelle de l'épuisement professionnel.....	12
D/ Les facteurs de risques de l'épuisement professionnel.....	13
E/ Symptomatologie de l'épuisement professionnel	13
F/ Spécificités de l'épuisement professionnel.....	14
G/ Outils de mesure de l'épuisement professionnel.....	15
IV/ Les principales méthodes de prévention de l'épuisement professionnel.....	16
A/ La pleine conscience ou Mindfulness.....	17
B/ La supervision et les groupes Balint	18
1) La supervision	18
2) Les Groupes Balint.....	18
C/ autres méthodes de prévention de l'épuisement professionnel.....	19
V/ Transition.....	20
A/ problématique de l'étude.....	20
B/ objectif de l'étude	21
Matériel et méthode.....	22
1- Type d'étude et choix de la méthode	23
2- Population étudiée	23
3- recueil de données	23
4- Guide d'entretien	24
5- Accord de la CNIL.....	24
RESULTATS.....	25
I/ Déroulement des entretiens	26
II/ L'installation au Havre.....	28
A/ Une installation attractive	28
1) Retour sur le Havre	28
2) L'influence de l'internat.....	28
3) L'attractivité de la ville.....	29
4) Une facilité d'installation	29
5) Une bonne ambiance entre confrères	29
B/ Une installation avec des conditions difficiles.....	30
1) Des difficultés liées à la faible densité médicale.....	30
2) Une pression à l'installation ressentie	30

III/ Les méthodes organisationnelles du cabinet	31
A/ Le choix du cabinet et son organisation	31
1) Une idée précise de l'organisation de l'activité	31
a) Préférence pour l'activité de groupe.....	31
b) La place du secrétariat	31
c) Une ambiance conviviale dans le cabinet	31
2) Lutter contre l'isolement	32
3) Une activité coordonnée avec ses collègues	32
a) Soutien entre collègues.....	32
b) Homogénéité des agendas.....	32
B/ La gestion de l'emploi du temps	33
1) La limitation des horaires	33
2) Le souhait de changer les habitudes de pratique.....	33
3) Limiter la patientèle	33
4) S'aménager des pauses.....	34
C/ La place des remplaçants	34
1) Un soutien dans l'activité.....	34
2) Des vacances plus sereines	35
3) Fidéliser ses remplaçants.....	35
D/ Choisir son activité	35
1) Être remplaçant.....	35
a) Se prémunir de l'épuisement professionnel	35
b) Une souplesse de l'emploi du temps	35
c) Une transition avant l'installation	35
2) Diversifier son activité	36
3) Être Maître de stage universitaire (MSU).....	36
a) Un projet en gestation	36
b) Maintenir ses connaissances à jour	37
c) Une diminution de la charge de travail.....	37
d) Créer un réseau de recrutement.....	37
e) Une appréhension du rôle de MSU	37
IV/ Les méthodes personnelles	37
A/ La vie extra-professionnelle	37
1) Avoir des hobbies	37
a) L'activité physique.....	37
b) Les activités manuelles ou artistiques	38
2) Le soutien par l'entourage social :	38
a) Le soutien par la famille	38
b) Le soutien par les amis	39
c) Le soutien des tâches quotidiennes	39
B/ Prendre du recul sur son travail	39
1) Être à l'écoute de soi.....	39

2) Prendre du temps pour soi.....	40
3) Ne pas ramener du travail à la maison.....	40
C/ Les méthodes de relaxations	40
1) Les méthodes de relaxations plébiscitées par les participants :	40
2) L'hypnose :	41
3) La méditation en pleine conscience.....	41
a) Une méthode peu connue.....	41
b) Des freins à la pratique	42
c) Une initiation qui semble pertinente	42
D/ Les échanges avec ses confrères	43
1) La formation médicale continue (FMC) :.....	43
2) Les groupes de pairs :	43
3) La supervision :.....	43
4) Les groupes Balint :	44
a) Un intérêt pour cette méthode.....	44
b) Une méthode connue dans la région havraise	44
c) Des freins pour la pratique de cette méthode	44
E/ Le manque de sensibilisation à la prévention de l'épuisement professionnel :.....	45
Discussion	46
I/ Résumé des résultats	47
II/ Redéfinir son organisation de travail pour lutter contre l'épuisement professionnel	47
A) L'organisation du cabinet	47
B) La réduction du temps de travail	48
III/ Le remplaçant : un rôle majeur dans la prévention de l'épuisement professionnel	50
A) Le remplaçant : acteur de la santé publique ?	50
B) Rester remplaçant, un choix ?.....	51
IV/ Des mesures individuelles à améliorer	51
A) Des mesures personnelles.....	51
B) Des méthodes de relaxations peu utilisées	52
C) Les mesures de supervision : l'exemple du groupe Balint	52
D) Les groupes de pairs : la mesure préférée par les participants	52
E) Un manque de sensibilisation.....	53
F) Des actions peu connues	53
V/ Forces et limites de l'étude	54
A) Limites	54
B) Forces	54
VI/ Perspectives	55
VII/ Conclusion	56
Résumé	72

INTRODUCTION

I/ Contexte

La pratique de la médecine générale est un exercice de funambulisme. Le praticien jongle entre les attentes, les convictions, les certitudes et le bagage socio-culturel du patient. La pression de la patientèle et ses convictions personnelles sur la pratique de la médecine générale peuvent aboutir à une charge mentale plus importante. Les journées de travail peuvent être longues, les semaines chargées et sans repos. Selon la CARMF en 2020 (1) (2), les troubles mentaux et du comportement sont mis en cause chez 44 % des médecins recevant une pension d'invalidité. En 2008 une étude réalisée sur 1393 médecins généralistes dans 12 pays Européens estimait que plus de 43 % des participants présentaient un syndrome d'épuisement professionnel.

G. Picquendar (3) publiait en 2018 que près de 43,3 % des 487 médecins généralistes de l'ancienne Haute-Normandie répondant à son questionnaire, présentaient un syndrome d'épuisement professionnel. L'étude a également pu mettre en évidence des facteurs de risque significatifs comme la faible densité médicale, l'âge supérieur à 50 ans ou encore le sexe masculin.

En Normandie, les médecins généralistes sont donc fortement impactés par l'épuisement professionnel. L'atlas de démographique 2018 (4) publié par le collège national de l'ordre des médecins montre une nette diminution des effectifs de médecine générale en activité régulière entre 2016 et 2017. La Normandie présente la deuxième baisse la plus importante de France (Figure 1).

Guadeloupe	1,16
Martinique	0,00
Guyane	1,90
La Réunion	1,63
Mayotte	-3,60
Île-de-France	-1,31
Centre-Val de Loire	-0,84
Bourgogne et Franche-Comté	-1,06
Normandie	-1,78
Nord-Pas-de-Calais et Picardie	-1,22
Alsace, Champagne-Ardenne et Lorraine	-0,57
Pays de la Loire	0,31
Bretagne	0,47
Aquitaine, Limousin et Poitou-Charentes	-0,02
Languedoc-Roussillon et Midi-Pyrénées	-0,07
Auvergne et Rhône-Alpes	0,51
Provence-Alpes-Côte d'Azur	0,17
Corse	-0,88

Figure 1 : Evolution des effectifs des médecins généralistes dans les différentes régions françaises entre 2016 et 2017

Le praticien généraliste est particulièrement exposé au risque d'épuisement professionnel et à ses conséquences : asthénie, troubles de la concentration, troubles de l'humeur, dépression, consommations addictives à risque, absentéisme, voir tentative de suicide (étude parue dans le Canadian Medical Association Journal (CMAJ) en 2019 (5)).

Plusieurs études commencent à s'intéresser aux mesures de prévention de l'épuisement professionnel (6) (7).

Dans sa revue de la littérature parue en 2017, Ségolène Guillemette (6) trouvait qu'en dehors des méthodes organisationnelles, la pratique de techniques de méditation et de supervision permettaient une prévention efficace de l'épuisement professionnel.

Nous avons donc cherché à connaître ce que de jeunes médecins généralistes dans un région en faible densité médicale font pour prévenir leur épuisement professionnel. Pour se faire, nous avons pris l'exemple des jeunes médecins généralistes exerçant dans la région du Havre.

II/ La démographie médicale en Haute-Normandie et dans le Havre-Seine-Métropole (HSM)

A/ Point sur la démographie médicale nationale et régionale

Le nombre de médecins généralistes est en baisse régulière depuis 2010 (Figure 2). Selon l'atlas démographie de l'ordre des médecins de 2018, il y a en France 87 801 médecins généralistes en activité en 2018 (4).

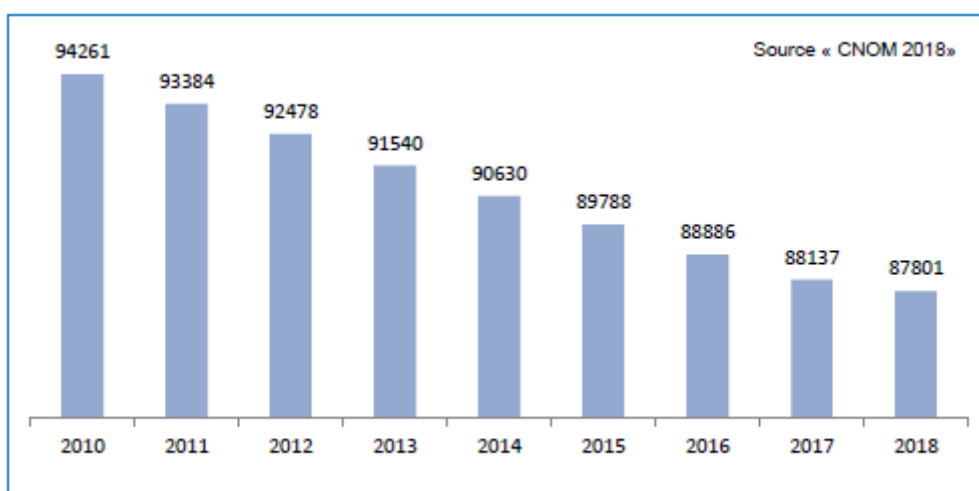


Figure 2 : Evolution des effectifs de médecins généralistes en activité régulière depuis 2010 (valeurs absolues)

Cette évolution des effectifs s'explique en grande partie par une pyramide des âges peu favorable à un renouvellement des générations de médecins (Figure 3). Il existe une augmentation de l'âge moyen des généralistes en activité régulière (50,6 ans en 2018 contre 50,3 ans en 2010) (4).

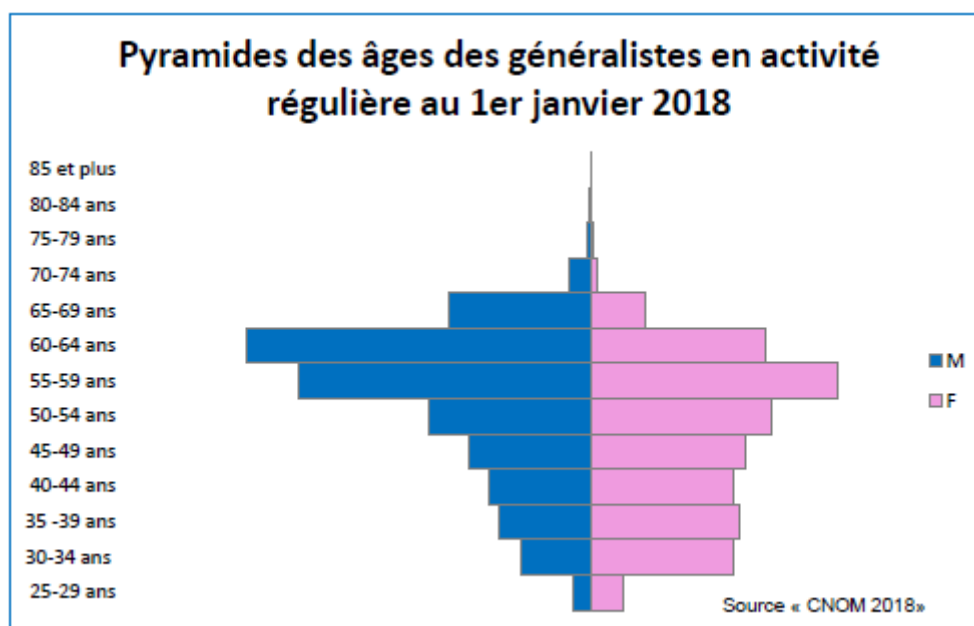


Figure 3 : Pyramides des âges des généralistes en activité régulière au 1^{er} janvier 2018

D'après les projections, cette tendance à la baisse ne fera que se confirmer jusqu'en 2025 pour atteindre 81 804 médecins généralistes en activité (Figure 4) (4).

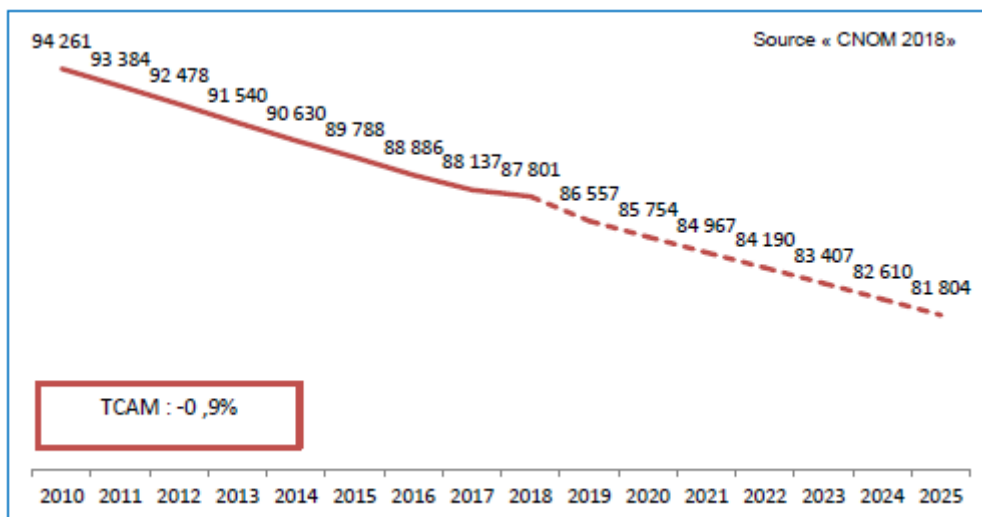


Figure 4 : Projection des effectifs de médecins généralistes en activité régulière jusqu'en 2025 (valeurs absolues)

Toujours selon l'atlas démographique de l'ordre des médecins (4), en 2018, on dénombre 123,7 médecins généralistes pour 100 000 habitants en Seine-Maritime, et 89.1 médecins généralistes pour 100 000 habitants dans l'Eure (Figure 5). Ces deux chiffres restent en deçà de la moyenne nationale est de 153 médecins généralistes pour 100 000 habitants (4).

Départements	Médecins généralistes en activité régulière				Population INSEE					
	Densité 2018	variation densité 2018-2017	Effectifs 2018	variation effectifs 2018-2017	Variation 2018-2017					
					0 à 19 ans	20 à 39 ans	40 à 59 ans	60 à 74 ans	75 ans et plus	Total
Seine-Maritime	123,7	-1,94%	1586	-1,70	0%	0%	-1%	3%	0%	0%
Eure	89,1	-7,97%	551	-6,72	0%	0%	0%	3%	2%	0%

Figure 5 : Variation des effectifs de médecine générale en Haute-Normandie entre 2017 et 2018

La Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) propose une définition au terme « désert médical » (8) (9). Pour se faire, ils ont choisi d'utiliser un indicateur d'accessibilité aux soins : l'APL (Accessibilité Potentielle aux Soins). Cet indicateur synthétique permet de tenir compte à la fois de la proximité et de la disponibilité des médecins en intégrant la densité médicale par bassin de vie, le temps d'accès aux professionnels de santé ou encore à l'estimation de l'activité des médecins en fonction de l'âge de la population et des variantes de l'activité des médecins. Il s'exprime en nombre de consultations/visites accessibles pour chaque habitant par an. Le seuil de 2,5 consultations par habitants et par an est retenu pour évoquer un désert médical. La moyenne nationale est de 3,93 consultations par habitants et par an en 2018 (contre 4,06 en 2015). En Normandie, 5.3 % de la population vit dans une commune considérée comme un désert médical (soit une augmentation de 3,7 % depuis 2015) (8) (9).

B/ Le cas du Havre Seine Métropole (HSM)

Le HSM regroupe 54 communes de l'agglomération havraise pour 269 321 habitants, qui s'articulent autour de projets de territoire. Il est la fusion de la communauté de l'agglomération havraise (CODAH), de la communauté de communes de Saint-Romain-de-Colbosc et de la communauté du canton de Criquetot-l'Esneval. Il a été créé par arrêté préfectoral le 22 décembre 2011 (10).



Figure 6 : Carte du Havre-Seine-Métropole

Sur le plan sanitaire, l'offre de soins hospitaliers se centralise sur le Groupe Hospitalier Havrais (GHH), composé de nombreuses structures dont la principale est l'hôpital Jacques Monod à Montvilliers. On notera également la présence de deux grands hôpitaux privés, la clinique des Ormeaux et l'Hôpital Privé Estuaire, complétant l'offre de soins du HSM.

D'après le document de l'Appui à l'actualisation du Contrat Local de Santé (11), au 1^{er} janvier 2019, 56 % des médecins généralistes ont plus de 55 ans (pour une moyenne régionale et nationale à 49 %). De plus, ce document rapporte que 12 % des bénéficiaires du régime générale ne déclare pas de médecin traitant actif en 2017.

En 2017, l'ARS a réalisé dans son Diagnostic régional sur les besoins de santé une évaluation des différents territoires de la Normandie (12). Elle a pris en compte différents facteurs comme l'accès aux soins, la densité médicale, la mortalité globale ou les inégalités sociales. Le HSM est parmi les zones géographiques les plus défavorables de Normandie, avec la Manche, Evreux-Vernon et Dieppe.

En 2018, la DREES recense 18 des 54 communes du HSM en dessous du seuil de 2,5 consultations par habitants et par an, révélant un désert médical (9) (13).

De ce fait, la jeune génération de médecins généralistes présente à risque majoré d'être exposée à une densité médicale faible et donc d'être exposée à l'épuisement professionnel.

III/ L'épuisement professionnel

A/ Historique

L'idée que le travail peut avoir des conséquences sur le physique et le psychique est ancienne. Mais il faudra attendre 1974 et le psychiatre américain Herbert Freudenberger (14) pour obtenir une première définition au concept de « Burn out ». Psychiatre bénévole dans un dispensaire de St. Mark à New-York EAST Village, il dispense des soins gratuits aux plus défavorisés. Il remarque alors que les autres bénévoles et lui-même, qui initialement étaient très motivés et idéalistes, ressentent progressivement une fatigue physique et un épuisement psychique au cours du temps. Il ébauche alors pour la première fois une définition du « Burn-out », il le décrit comme la sensation « d'échouer, de s'user ou de s'épuiser suite à des demandes excessives d'énergie, de force ou de ressources ».

En 1976, Maslach et Jackson (15) affinent la définition en classant l'épuisement professionnel en 3 catégories « l'épuisement émotionnel », « la dépersonnalisation » et « la perte de l'accomplissement de soi ».

En 1988, Pines et Aronson (16) décrivent l'épuisement professionnel comme « un état d'épuisement physique, émotionnel et mental causé par une longue implication dans des situations exigeantes émotionnellement ».

En 1997 Maslach et Leiter reviennent sur la définition de l'épuisement professionnel. Ils le définissent ainsi : « l'indice de l'écartèlement entre ce que les gens sont et ce qu'ils doivent

faire. Il représente une érosion des valeurs, de la dignité, de l'esprit et de la volonté – une érosion de l'âme humaine. C'est une souffrance qui se renforce progressivement et continûment, aspirant le sujet dans une spirale descendante dont il est difficile de s'extraire...Qu'arrive-t-il lorsque le burnout vous gagne ? En fait, trois faits surviennent : vous vous sentez chroniquement épuisé ; vous devenez cynique et vous détachez de votre travail ; et vous vous sentez de plus en plus inefficace dans votre job » (17).

B/ Modèle de Maslach et Jackson

Pour les professionnels de santé, la définition la plus largement admise est celle de Maslach et Jackson de 1976 (15) :

- L'épuisement émotionnel : il est défini par l'épuisement physique et psychique de l'individu, qui ne possède alors plus les ressources nécessaires pour y faire face, le repos nécessaire à faire face à ce genre de stress ne suffit plus à prendre le dessus. C'est probablement l'élément majeure de la définition.
- La dépersonnalisation : elle se définit par un détachement émotionnel du soignant, le patient est alors vu avec un détachement inhabituel, voir cynique.
- La perte de l'accomplissement professionnel : la satisfaction du travail du soignant est diminuée, il se sent diminué, sans utilité pour son patient, il existe une auto-dévalorisation pour lui et son travail.

C/ Définition actuelle de l'épuisement professionnel

Dans la onzième révision de la classification internationale des maladies du 25 mai 2019, l'OMS définit l'épuisement professionnel comme suit :

« Le burn-out, ou épuisement professionnel, est 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 ou d'épuisement professionnel désigne spécifiquement des phénomènes relatifs au contexte professionnel et ne doit pas être utilisé pour décrire des expériences dans d'autres domaines de la vie. »

A l'heure actuelle, l'OMS ne décrit pas le syndrome d'épuisement professionnel comme une maladie mais comme un phénomène résultant du travail.

De même en France, il n'est pas reconnu comme une maladie professionnelle à ce jour.

D/ Les facteurs de risques de l'épuisement professionnel

On peut séparer les facteurs en trois catégories : les facteurs de risques généraux, ceux spécifiques aux médecins, et ceux propres à l'exercice de la médecine (figure 7) (18) (19) (20) (21) (22) :

Généraux	Spécifiques aux médecins	Spécifiques à l'exercice de la médecine
Charge de travail excessive	Peu d'années d'exercice	Charge de travail plus excessive que dans la population générale
Exigences émotionnelles	Manque de sommeil	Exercice de gardes
Manque d'autonomie	Consommation addictive	Erreurs médicales
Souffrance éthique	Pathologies chroniques	Conflits au travail
	Conjoint professionnel de santé	Choix de carrière par défaut

Figure 7 : Facteurs de risques de l'épuisement professionnel

E/ Symptomatologie de l'épuisement professionnel

La distinction entre symptômes cliniques et conséquences de l'épuisement professionnel n'est pas chose aisée. On parle généralement de « manifestations » de l'épuisement professionnel. On ressent plus d'une centaine de manifestations dans la littérature, issues d'observations ou d'entretiens.

En 2010, Burish synthétise ces symptômes dans le tableau présenté en annexe 1, traduit de l'allemand par Zawieja et Guarnieri (17).

Il les classe en 7 grandes catégories :

- Les symptômes d'alerte de la phase initiale avec une consommation énergétique excessive et l'épuisement en tant que tel ;
- La réduction de l'engagement envers les usagers, envers autrui et envers le travail ;
- Les réactions émotionnelles et le rejet de la faute avec la dépression et l'agressivité ;

- La démobilité avec la diminution de l'efficacité cognitive, la démotivation et la perte de créativité ;
- La superficialité des vies émotionnelle, sociale et spirituelle ;
- Les réactions psychosomatiques ;
- Le désespoir.

F/ Spécificités de l'épuisement professionnel

Il est nécessaire de différencier le syndrome d'épuisement professionnel d'autres manifestations psychiques, qu'elles soient liées au travail ou de la sphère privée.

On peut résumer ces spécificités avec les tableaux suivant (Figure 8 à 11) proposés par le Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits des femmes, par le Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation Professionnelle et du Dialogue Social, et par l'agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail et l'Institut National de Recherche en Santé (INRS) (18).

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

Figure 8 : Différences entre le stress au travail et l'épuisement professionnel (18)

Addiction au travail ou « Workaholisme »	Syndrome d'épuisement professionnel
<p>Les « workaholiques » passent énormément de temps au travail, ils sont réticents à se distancier ou se désengager de leur travail, et ils fournissent un travail qui va au-delà de ce qui est attendu de leur part, au point que la vie privée s'en trouve affectée (Schaufeli et al. 2006).</p> <p>Peut, notamment, conduire au burnout car l'implication excessive dans le travail peut épuiser les ressources.</p>	<p>Le burnout touche les personnes qui ont de fortes attentes envers leur travail: ce qui est déterminant pour elles, c'est le métier et le sens donné au travail.</p> <p>L'épuisement propre au burnout ne permet pas à la personne de mobiliser les ressources nécessaires à une forte implication dans le travail (« workaholisme »).</p> <p>Le syndrome d'épuisement professionnel n'est pas nécessairement consécutif au workaholisme.</p>

Figure 9 : Différences entre l'addiction au travail et l'épuisement professionnel (18)

Fatigue chronique	Syndrome d'épuisement professionnel
<p>Fatigue générale.</p> <p>Apparaît suite à une tension psychique ou un stress de longue durée.</p> <p>Pas d'origine systématique dans le travail.</p>	<p>La fatigue émotionnelle est associée aux deux autres composantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - dépersonnalisation ; - et perte d'accomplissement personnel au travail. <p>Apparaît suite à une tension psychique ou un stress de longue durée.</p> <p>Lié au travail.</p>

Figure 10 : Différences entre la fatigue chronique et l'épuisement professionnel (18)

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

Figure 11 : Différences entre la dépression et l'épuisement professionnel (18)

G/ Outils de mesure de l'épuisement professionnel

Il existe de très nombreux outils de mesures. Trois seront illustrés ici :

- Le Maslach Burnout Inventory (MBI) ;
- Le Burnout Measure (BM) ;
- Le Copenhagen Burnout Inventory (CBI) ;

Le MBI est créé par Maslach et Jackson en 1981 dans la suite de leurs études sur l'épuisement professionnel.

Il explore les 3 catégories décrites précédemment :

- L'épuisement émotionnel ;
- La dépersonnalisation ;
- La perte de l'accomplissement de soi.

Le MBI-HSS (Human Services Survey) est la version d'origine du MBI à destination des travailleurs de la santé ou du social. Il est composé de 22 items explorant ces 3 catégories.

Il y a 9 items sur l'épuisement émotionnel, 5 sur la dépersonnalisation et 8 sur la perte de l'accomplissement personnel (annexe 2) (23).

Pour chaque item, l'interrogé indique la fréquence sur une échelle de Likert en 7 points (de 0 : « jamais » à 7 : « chaque jour »).

L'ensemble des réponses permettent de calculer le niveau d'épuisement pour chacune des trois catégories (« faible », « modéré » ou « élevé ») (24) (25).

Le MBI est le plus couramment utilisé dans la littérature internationale, notamment le MBI-HSS, et sa traduction française a été validée en 1991 (26).

Le rapport de l'académie nationale de médecine du 23 février 2016 (27) rappelle que le MBI est l'instrument d'évaluation le plus utilisé, mais que « Le MBI ne fournit pas de « cut-off » » permettant de poser un diagnostic. Il distingue pour chacune des trois dimensions, des niveaux « faible », « moyen » ou « élevé », définis par l'auteur lors de la construction de l'outil en séparant les scores en trois terciles. On ne peut donc pas évaluer le pourcentage de personnes présentant un épuisement professionnel au sein d'une population avec le MBI.

Le BM, initialement appelé Tedium Measure, fait suite au modèle proposé par Pines et Aronson en 1988 (16). Il explore les trois niveaux d'épuisement physique, émotionnel et mental. Il a été validé en français en 2007 (28).

Le CBI est proposé par Kristensen et al en 2005 (29). Il explore les trois dimensions du ressenti de l'épuisement professionnel : le ressenti personnel, celui lié au travail et celui lié à l'usager. Il est validé depuis en plusieurs langues.

Le rapport de l'académie de médecine ne conseille pas d'instrument d'évaluation en particulier, mais il rappelle qu' « aucun de ces outils n'est un outil diagnostique. » (27).

IV/ Les principales méthodes de prévention de l'épuisement professionnel

C. West en 2016 (7), puis S. Guillemette en 2018 (6), retracent dans leurs revues de la littérature respectives les principales méthodes de prévention de l'épuisement professionnel. Ils distinguent les méthodes organisationnelles comme l'aménagement du temps de travail, notamment la réduction des horaires de travail, et les méthodes personnelles comme les techniques de méditation et les techniques de supervision du type groupe Balint.

A/ La pleine conscience ou Mindfulness

J. Kabat-Zinn définit la pleine conscience comme « la conscience qui émerge de l'attention portée volontairement, dans l'instant présent, sans porter de jugement à l'expérience qui se déroule à chaque instant » (30).

Baer définit plus récemment la pleine conscience comme « l'observation sans jugement du flot continu des stimuli internes et externes tels qu'ils surgissent » (31).

Historiquement, depuis le VI^{ème} siècle avant notre ère, la tradition bouddhiste utilise deux principales méthodes de méditation pour appréhender ce concept : la méditation de *Samatha* (attention vigilante) et la méditation de *Vipassana* (vision pénétrante). Elles ont pour objet de réduire les perturbations mentales (31).

En occident, différents philosophes se sont penchés sur le sujet, et Montaigne au XVI^{ème} siècle, avec son idée clé de « *vivre à propos* », est probablement l'un des précurseurs :

« Quand je danse, je danse ; quand je dors, je dors ; et quand je me promène solitairement en un beau verger, si mes pensées se sont entretenues des occurrences étrangères quelque partie du temps, quelque autre partie je les ramène à la promenade, au verger, à la douceur de cette solitude et à moi ».

On peut également citer par la suite Spinoza, Husserl ou Heidegger (31).

C'est en 1979 que Jon Kabat-Zinn pose les bases de ce qui deviendra la conception moderne de la méditation en pleine conscience avec la Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) (30). Ce professeur émérite de l'université médicale du Massachusetts applique une codification laïque et occidentale aux racines religieuses et orientales de la méditation. Il a réalisé de nombreuses études démontrant l'efficacité de la pleine conscience dans la prise en charge de diverses pathologies chroniques. La pratique de la méthode a connu une explosion aux Etats-Unis dans les années 1980 (32).

L'objectif principal de la pleine conscience est de ressentir le moment présent, en faisant abstraction du passé, et sans se soucier de l'avenir. Cette capacité arrive de manière fortuite, involontaire, bien qu'un apprentissage soit nécessaire pour y parvenir (31).

Plusieurs méthodes existent pour y parvenir :

- Soit de manière informelle, en réalisant des gestes de la vie quotidienne (manger, marcher, faire la vaisselle en pleine conscience) ;
- Soit de manière formelle, en réalisant quotidiennement des séances nécessitant concentration et ouverture d'esprit.

La MBSR, se déroule de la façon suivante : le programme dure 8 semaines, à raison de 2h30 hebdomadaires plus une journée complète, en groupe de 10 à 20 personnes. Chacune des séances comprend un exercice de méditation formelle. Entre les séances, les participants poursuivent la pratique à laquelle s'ajoutent des exercices formels. Un thérapeute guide le groupe, et recueille les expériences des participants. La journée complète, qui intervient souvent entre la 6^{ème} et la 7^{ème} semaine, est une retraite silencieuse, dans laquelle on pratique des exercices formels et informels dans un silence strict (32).

De nombreuses études ont cherché à évaluer l'impact de la méditation sur les mécanismes neurobiologiques objectivées par analyse électroencéphalographique ou encore sur l'imagerie fonctionnelle et structurelle. Mais ces études restent encore perfectibles (33).

B/ La supervision et les groupes Balint

1) La supervision

Il est difficile de donner une définition précise à la supervision. Il s'agit d'un petit groupe de professionnels, avec un leader formé, qui se réunit de manière régulière dans un lieu dédié. A la différence des groupes de pairs, les connaissances médicales à proprement parler ne sont pas au cœur de l'échange. On évoque plutôt les aspects de la vie professionnelles qui peuvent poser un problème comme le stress au travail, les cas éthiques, les situations qui ont pu mettre en difficulté les interlocuteurs (34) (6).

2) Les Groupes Balint

Michael Balint (1896-1970) est un psychiatre et psychanalyste hongrois. Les premières ébauches de son travail remontent à 1932, mais c'est après avoir émigré en Angleterre en 1939 qu'il théorise concrètement ce qui va devenir les groupes Balint (35).

Au début des années 1950, il met en place un espace de parole pour soignants. Le premier groupe Balint, appelé la « vieille garde », réunissait douze médecins de la Tavistock Clinic de Londres, une fois par semaine.

La parole spontanée est alors préférée, permettant aux médecins de faire un compte-rendu fidèle de l'aspect émotionnel de la relation médecin-malade.

La méthode se base sur des notions appelées « *concepts balintiens* » (36) :

- La notion de « médecin-remède » précise que le médecin a lui-même des effets thérapeutiques et des effets secondaires indésirables, introduisant le concept de la relation « médecin-malade »

- La notion des « niveaux de diagnostic » oppose le diagnostic focal au diagnostic approfondi. Le premier est centré sur la pathologie et correspond aux traitements définis par les conduites à tenir. Le second se focalise sur le patient et son histoire permettant de moduler le traitement à la personnalité du patient.
- La notion « d'offre du malade – réponse du médecin » précise que les symptômes sont compris dans « l'offre du patient » et le médecin doit proposer un traitement qui tient compte de cette offre. Elle implique un compromis dans la relation « médecin – malade ».
- La notion de « confusion de langue » est l'ensemble du jargon médical que peut utiliser le médecin, et peut entraîner de la souffrance du patient car hermétique.
- La « fonction apostolique » est empruntée au domaine religieux. Le médecin, convaincu par ses croyances de sa pratique, va tenter de convertir le patient à sa « foi ».
- La relation que le patient entretient avec sa maladie sous-entend que le patient possède une relation avec sa maladie avant l'arrivée du médecin. Elle agrandit la relation « médecin-malade » à un trio « médecin-malade-maladie ».
- La « compagnie d'investissement mutuel » insiste sur la relation que le généraliste entretient avec son patient. Elle favorise la chronicité de cette relation et rend difficile l'intervention d'un tiers au sein d'elle.
- Les « psychothérapies » questionnent les médecins sur les limites dans les soins.

Les groupes Balint fonctionnent sous la supervision d'un ou deux psychanalystes formés à la méthode Balint et qui encadrent, conseillent et apportent un éclairage psychanalytique aux membres (37).

En France, il est possible de retrouver les groupes sur le site de la société médicale Balint. Il en existe un sur la région havraise (37).

C/ autres méthodes de prévention de l'épuisement professionnel

On peut évoquer d'autres méthodes, plus ou moins connues permettant de limiter l'épuisement professionnel :

- La limitation des heures de travail et la modification du modes de gardes ont souvent été étudiées (38) (39) (40). Ces études, surtout orientées sur la pratique hospitalière, tendent à prouver qu'une limitation du travail hebdomadaire ainsi qu'une limitation des

horaires de garde ont un impact bénéfique sur l'épuisement professionnel. Il est alors facile de le transposer à la médecine générale libérale (41).

- L'activité en groupe serait, selon certaines études, favorable à la protection de l'épuisement professionnel (42). Même si des études récentes tendent à démontrer le contraire (43).
- La participation aux formations médicales continues (FMC) ou aux équivalents de groupes de pairs peut également avoir un impact sur la prévention de l'épuisement professionnel. On retrouve sur une étude danoise de 2004 (44) que les médecins participant à une FMC étaient significativement moins à risque d'épuisement professionnel.
- L'HAS en 2006 définit les groupes d'analyse de pratiques entre pairs (ou groupes de pairs) (45), ils « *permettent de répondre à l'obligation d'évaluation des pratiques professionnelles en ambulatoire et particulièrement les médecins généralistes* ». En 2019, une étude qualitative menée sur les médecins généralistes irlandais retrouve une certaine protection contre l'épuisement professionnel dans la participation à des équivalents de groupes de pairs (46).
- Les programmes de résilience sont basés sur le principe de résilience. Il s'agit de la capacité de répondre au stress d'une manière saine de telle sorte que les objectifs soient atteints à un coût psychologique et physique minimal (47). Une formation sur la résilience vise souvent à enseigner les compétences permettant de reconnaître des expériences difficiles, d'y faire face et de s'en remettre efficacement (48).
- La pratique d'une activité physique régulière peut avoir un impact sur la prévention de l'épuisement professionnel, comme le suggère une revue de la littérature parue en 2017 (49) (50).

V/ Transition

A/ problématique de l'étude

L'épuisement professionnel est donc plus important chez les médecins, notamment les médecins généralistes normands qui sont concernés par la crise démographique médicale dans notre région.

La région du Havre sera fortement impactée par l'affaiblissement de la densité médicale à l'avenir avec pour conséquence une majoration du risque d'épuisement professionnel chez les jeunes généralistes havrais.

Cependant nous avons vu qu'il existe des méthodes de prévention jugées efficaces pour prévenir l'épuisement professionnel.

B/ objectif de l'étude

L'objectif principal de cette étude était de recueillir les méthodes utilisées par de jeunes médecins généralistes, exerçant dans une zone sous-dotée sur le plan médical, pour se prémunir de l'épuisement professionnel en prenant l'exemple du HSM.

Les objectifs secondaires étaient :

- Les interroger sur les motivations ou les freins d'une installation au sein du HSM ;
- Recueillir leurs connaissances et intérêts pour les pratiques de relaxation ;
- Recueillir leurs connaissances et intérêts pour la supervision ou les groupes Balint.

Matériel et méthode

1- Type d'étude et choix de la méthode

L'étude réalisée était qualitative par entretiens semi-dirigés. Ce choix a été orienté par le caractère exploratoire de cette étude.

2- Population étudiée

Les critères d'inclusion des interrogés étaient :

- Avoir fini son internat depuis au moins novembre 2010 ;
- Avoir soutenu sa thèse ;
- Être Installé ou remplaçant ;
- Exercer exclusivement dans la région du HSM ;
- Avoir plus de 50% de son activité en tant que médecin généraliste.

Les participants ont été contacté par téléphone. L'investigateur a utilisé les coordonnées de la Mailing-List des gardes de l'Association Médicale des Urgences Havraise (AMUH) à laquelle il appartient, afin de convenir d'un entretien.

3- recueil de données

Le recueil des données a été réalisé lors d'entretiens semi-dirigés.

Les entretiens se sont déroulés soit chez le participant, soit chez le réalisateur de l'étude afin d'avoir un lieu calme favorisant l'échange et la qualité de l'enregistrement. A la suite de l'épidémie de COVID 19, les entretiens ont été réalisés en visioconférence.

Les entretiens ont été enregistré par un dictaphone enregistreur numérique Cooau® 8Gb, retranscrits sur le logiciel Word® et cryptés via le logiciel AxCrypt®.

Le logiciel d'analyse Nvivo® a été utilisé.

Lors de la lecture des entretiens, le texte a été fragmenté en verbatims. Chaque verbatim a été classé en différentes catégories de nœuds et de sous-nœuds.

L'étude a été soumise à un double codage, 6 des 14 entretiens ont été soumis à une double lecture par une personne formée à l'analyse qualitative. Une mise en commun des résultats et un débriefing de 30 minutes minimum a été effectuée pour six des premiers entretiens.

La saturation des données est arrivée après 12 entretiens, confirmée par 2 entretiens supplémentaires.

4- Guide d'entretien

Un guide d'entretien a été élaboré à partir des données de la littérature (3) (6) (51) (52) (53) (54) (55) avec la directrice de thèse. Le guide a été réévalué plusieurs fois au court de l'étude.

Les points suivants ont été abordés avec les participants :

- Les raisons de leur installation au Havre ;
- Leur orientation dans le parcours de soin ;
- Leur définition de l'épuisement professionnel ;
- Leur méthode de prévention de l'épuisement professionnel ;
- S'ils connaissent les méthodes de méditation en pleine conscience, de supervision ou les groupes Balint ;
- Leur perception d'un bon équilibre entre vie professionnelle et vie privée ;
- S'ils souhaitent apporter des changements à leur situation actuelle.

Le guide d'entretien est présenté en annexe 3.

5- Accord de la CNIL

Cette étude est classée hors catégorie de la loi Jardé et ne relève pas d'un avis de comité éthique.

Cette étude a été soumise à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL), qui a validé ce travail. Le formulaire de consentement a été rédigé avec l'aide de la CNIL. Le formulaire a été signé en double exemplaire avant les entretiens, et a posteriori en cas de visioconférence.

RESULTATS

I/ Déroulement des entretiens

Les entretiens se sont déroulés du 15/01/2020 au 28/05/2020.

Leur durée varie entre 25 et 106 minutes, pour une médiane de 42 minutes.

Les données épidémiologiques sont résumées en figure 12

1086 verbatims ont été extraits et répartis en 217 nœuds et sous-nœuds.

Les données extraites s'organisent selon 3 axes :

- L'installation au Havre
- Les méthodes organisationnelles du cabinet
- Les méthodes personnelles

Entretien	Zone d'exercice	Statut	Années d'exercice post-internat	Statut marital	Sexe	Emploie conjoint	Enfant(s)	Distance cabinet-domicile	Organisation du cabinet	Durée de l'entretien (min)
E1	Urbaine	Remplaçant	3	Célibataire	M	-	Non	<1km	-	74
E2	Urbaine/rurale	Remplaçant	2	Pacsé	F	Profession supérieure	Non	De 3 à 15 km	-	52
E3	Semi-rurale	Association	2	Concubinage	M	Profession paramédicale	Non	25 km	MSP	106
E4	Urbaine	Collaboration	2	Célibataire	F	-	Non	5 km	MSP	51
E5	Rurale	Association	1.5	Concubinage	M	Profession paramédicale	Non	6 km	SCM	42
E6	Semi-rurale	Association	3	Pacsé	M	Médecin	Oui	2 km	SCM	51
E7	Semi-rurale	Association	3.5	Marié	F	Profession supérieure	Oui	17 km	SCM	42
E8	Urbaine	Association	5	Célibataire	M	-	Non	< 1km	SCM	43
E9	Urbaine	Association	8.5	Pacsé	F	Profession paramédicale	Oui	2 km	SCM	25
E10	Urbaine	Collaboration	1	Pacsé	M	Employé	Oui	6 km	SCM	32
E11	Urbaine	Association	7	Pacsé	F	Employé	Oui	2.5 km	MSP	37
E12	Urbaine	Remplaçant	6	Concubinage	M	Sans profession	Oui	De 5 à 10 km	-	36
E13	Urbaine	Association	1	Pacsé	F	Profession supérieure	Oui	22 km	SCM	34
E14	Urbaine	Association	5	Célibataire	M	-	Non	< 1km	SCM	35

Figure 12 : Données épidémiologiques de l'étude

II/ L'installation au Havre

A/ Une installation attractive

1) Retour sur le Havre

Les participants originaires de la ville, ou de sa région, ont souhaité retourner auprès de leurs proches :

E11 : « Moi je suis née ici. [...] je m'y sens bien, j'ai mes amis, j'ai ma famille, la famille de mon conjoint. Pour moi en tout cas ça me convient. »

E10 : « Et quand on a décidé d'avoir une famille, et d'avoir un enfant, et qu'on était rentré tout le temps sur Le Havre pour voir nos familles et nos amis, on est rentré sur Le Havre à ce moment-là. »

2) L'influence de l'internat

L'ensemble des participants, à l'exception d'un, ont réalisé au moins un stage au Havre :

E5 : « ...et finalement il y avait plus de stage qui m'intéressaient au Havre pour la pratique de la médecine générale. Plus la possibilité d'être à l'internat, de rencontrer des gens. Au final, j'ai fait 2 ans sur mes 3 ans d'internat au Havre »

On note également que le stage en autonomie ou SASPAS a souvent été effectué au Havre :

E1 : « Déjà les études, les stages que j'ai fait au Havre ont quand même aidés. J'ai fait les urgences pédiatriques au Havre, et surtout j'ai fait un SASPAS avec des terrains de stage majoritairement au Havre qui m'ont permis de découvrir la ville. »

Le HSM met à disposition des internes et jeunes remplaçants, des appartements en ville, notamment en bord de mer, pour un loyer modéré :

E6 : « C'est les appartements de la CODAH [ancienne HSM] qui m'ont sédentarisé, parce que j'ai pu lâcher mon appartement à Rouen. Comme je ne payais presque pas de loyer au Havre, je n'avais plus besoin d'appartement à Rouen, donc j'avais plus d'attache. »

On notera également que l'internat du Havre a été cité :

E6 : « l'ambiance à l'internat du Havre, ça m'a fidélisé »

3) L'attractivité de la ville

L'attractivité de la ville est soulignée :

E3 : « Après l'avantage d'être au Havre c'est aussi de se dire qu'on peut aller marcher sur la plage pour aller un peu se vider l'esprit »

E5 : « Et de fils en aiguilles, dès mon premier semestre au Havre, où je n'avais jamais mis les pieds, je ne connaissais pas du tout, j'ai apprécié le cadre, aussi bien de vie, le dynamisme de la ville. »

Plusieurs participants ont évoqué la comparaison avec d'autres villes, favorisant leur installation dans la région :

E1 : « C'est vrai que quand je suis retourné à Rouen bosser pendant 6 mois, j'ai pas retrouvé le confort de travail de la région havraise. Où globalement, tu vas faire tes visites, tu te gares sans problème, où tu trouves facilement des remplacements proches de là où tu vis »

E12 : « Pour ma part, je pense que j'aurais plus peur de partir dans le sud de la France, faire mon trou auprès de généralistes, s'il y a beaucoup plus de concurrence. »

4) Une facilité d'installation

E5 : « dans mon entourage pas mal de nos jeunes confrères se sont installés sans trop de difficultés. [...] J'ai pas cette image de difficulté, au contraire je trouve qu'il y a pas mal d'opportunités et pas mal d'endroits où l'on peut devenir associé, collaborateur, ou au contraire s'installer directement. »

E14 : « il y a du travail à plus savoir quoi en faire. Tout le monde nous ouvre la porte quand on les remplace, ils nous demandent de prendre leur suite. Je pense qu'il y a également beaucoup de médecins qui remplacent en faisant des contrats de collaborateurs, de façon à faire un passage de témoin un peu plus long. »

5) Une bonne ambiance entre confrères

La bonne ambiance entre les professionnels médicaux et la solidarité interprofessionnelle sont également soulignées :

E4 : « Et je trouvais que l'ambiance professionnelle était sympa, qu'il y avait beaucoup de chose à faire et un esprit de solidarité qui fait que c'était agréable d'être avec les confrères »

L'ambiance confraternelle entre les jeunes médecins généralistes du HSM est fréquemment revenue lors des entretiens :

E7 : « Entre jeunes médecins généralistes on peut facilement se regrouper. Je trouve que le réseau de jeunes généralistes sur Le Havre est quand même super bien. On se côtoie tous, on se connaît tous. Donc trouver des collaborateurs je pense que c'est pas compliqué. »

B/ Une installation avec des conditions difficiles

1) Des difficultés liées à la faible densité médicale

E5 : « Je pense qu'effectivement, si on continue à manquer de médecins, généralistes ou spécialistes, on va être de plus en plus confronté à des difficultés à avoir des RDV pour les patients, et du coup peut-être un manque de moyens pour les patients. Ce qui va nous rajouter une surcharge de travail, on va avoir du mal à orienter vers les spécialistes, les patients vont avoir plus de mal à trouver des médecins. »

E1 : « Là quand tu te retrouves avec 3 mois de délais, voire plus, c'est un peu chiant... Ensuite il y a toujours possibilité de s'arranger en fait. Ça nécessite peut-être un peu plus d'investissement personnel. Parfois il faut décrocher le téléphone, appeler le spécialiste, prendre un avis, expliquer au spécialiste pour avoir son avis, donc ça rallonge les consultations. Certes ça serait plus confortable d'avoir un rdv dans le mois, donc tu fais comme tu peux. »

2) Une pression à l'installation ressentie

La conséquence directe de cette faible démographie médicale est la pression que subissent les jeunes généralistes pour s'installer et de la part des patients :

E2 : « Je pense que le jour où je m'installerai ça sera un peu compliqué. Mais là je peux me permettre de dire que le médecin que je remplace ne prend pas de nouveaux patients. Mais une fois que je serais installée.... Ça sera à moi de me défendre et ça sera peut-être un peu plus compliqué... »

E3 : « Et je pense que pour un jeune aujourd'hui la grande difficulté quand on a fait des remplacements c'est la pression du côté de la demande et du nombre de gens qui n'ont pas de médecin généraliste. Et on peut se dire que c'est un frein, parce qu'on peut se sentir rapidement dépassé. »

III/ Les méthodes organisationnelles du cabinet

A/ Le choix du cabinet et son organisation

1) Une idée précise de l'organisation de l'activité

a) Préférence pour l'activité de groupe

On remarque que pour l'ensemble des participants, le choix d'une activité en groupe ou en MSP s'impose, il facilite l'échange entre professionnels :

E6 : « Mais avec 5 médecins, on se soutient les uns les autres, on discute énormément de tout et de rien, ça permet de vider son sac régulièrement et ne pas se sentir isolé. »

E11 : « La MSP ça permet d'apporter la connaissance et la capacité d'autres professionnels de soins qui ne sont pas forcément médecins. Et ça t'apporte un autre regard, c'est très intéressant. C'est ce travail pluriprofessionnel qui est vraiment très intéressant. »

b) La place du secrétariat

Le secrétariat est un point crucial pour la bonne gestion du cabinet, il permet de limiter le stress du praticien :

E14 : « parce que pour ma part je pense que c'est important d'avoir une secrétaire physique sur place. On peut se retirer un peu de prise de tête, ça filtre les appels, et je pense que pour l'accueil des patients au cabinet c'est un véritable plus. Pour moi mes secrétaires ce sont des vrais partenaires. Je pense que ça joue, et que ça améliore les conditions de travail. »

L'utilisation d'un logiciel de prise de RDV en ligne facilite le travail à la fois du secrétariat et du médecin :

E13 : « On a pris un nouveau logiciel de prise de rendez-vous en ligne, c'est plus facile pour moi désormais de prioriser les demandes de patients. Cette nouvelle organisation avec le nouveau logiciel médical est pas mal. »

c) Une ambiance conviviale dans le cabinet

E11 : « Après sur le plan relationnel, je travaille avec mes collègues qui sont aussi mes amis, donc oui je gagne. Je vais au travail avec le sourire, parce que j'ai des relations professionnelles mais surtout amicales »

E7 : « On y est bien, on s'entend bien, on s'organise tous pour qu'il y ait une continuité des soins, c'est apaisant quand on n'y est. [...] C'est un peu notre 2e maison. »

2) Lutter contre l'isolement

Le but pour les interrogés est de lutter contre l'isolement, source d'épuisement professionnel :

E14 : « Je pense qu'il ne faut pas non plus rester isolé, c'est pour ça que la SCM permet de voir quand même d'autres personnes, de pouvoir échanger avec eux. »

E3 : « A mon avis quand on travaille dans un cabinet seul ça doit être plus difficile. Il doit y avoir plus de médecins en burn-out seuls. »

3) Une activité coordonnée avec ses collègues

a) Soutien entre collègues

L'activité de groupe permet une gestion de la patientèle en cas d'absence non remplacée des médecins :

E8 : « Et ça c'est l'avantage de pouvoir bosser à plusieurs, s'il y en a un qui est en vacances les autres peuvent prendre le relais. »

b) Homogénéité des agendas

L'activité de groupe permet une homogénéité entre les praticiens :

E13 : « on a une grosse entraide entre nous. Si on a des gardes qui posent souci, on se les reprend mutuellement. Quand tu en as un qui est de garde de secteur, on essaie de rester au moins à deux le soir, de façon à ce qu'un collègue ne soit jamais tout seul au cabinet. »

E6 : « On essaie de faire des agendas assez homogènes, de façon à ce qu'il n'y ait personne qui se retrouve avec les urgences de tout le monde. »

Le partage des remplaçants permet aussi aux différents généralistes du cabinet de limiter leur stress :

E6 : « On essaie également de pouvoir se partager les remplaçants de manière homogène, par exemple si on est 2 à être en vacances en même temps sur l'été, et qu'on ne trouve qu'un seul remplaçant, le remplaçant fera une semaine chez l'un et une semaine chez l'autre. »

B/ La gestion de l'emploi du temps

1) La limitation des horaires

La principale méthode de prévention de l'épuisement professionnel retrouvée au près des participants est la limitation des horaires :

E7 : « Ne pas trop travailler, il faut vraiment avoir du temps de repos. Il faut avoir des week-ends, ne pas travailler trop tard le soir. Après on est tous différents, mais je pense que si tu travailles tout le temps, un moment tu pètes un câble. »

Une journée de repos dans la semaine permet de profiter d'un temps libre pour soi ou pour sa famille :

E10 : « je ne rentre pas tard le soir exprès, je ne travaille pas le mercredi pour être avec mes filles, je ne travaille pas les samedis matin. »

2) Le souhait de changer les habitudes de pratique

Les participants souhaitent une coupure avec la pratique des médecins plus anciens sur le Havre :

E11 : « Il a fallu recadrer tout ça, ça n'a pas été du jour au lendemain. Il a fallu plusieurs mois pour ça. Il fallait que les patients s'habituent, que la secrétaire s'habitue, et que moi je m'habitue à mon nouveau rôle. »

E7 : « Nous, dans notre groupe de pairs, nous sommes avec des médecins beaucoup plus âgés que nous [...] Ils sont tout le temps de garde, tout le temps de régulation, ils se protègent pas. Et ça a toujours été comme ça, en gros ils nous donnent un vrai contre-exemple de ce qu'il faut pas faire »

3) Limiter la patientèle

Cette limitation de la charge de travail passe également par la limitation de la patientèle :

E6 : « j'ai décidé d'emblée de me préserver, quitte à ne pas prendre trop de patients, il y a encore beaucoup de demandes... j'ai dû dire non. Mon installation je ne l'ai pas faite au détriment de mon temps personnel. »

E7 : « lorsqu'il n'y a plus de place on a dit qu'il a plus de place. On a été très clair là-dessus, donc pas plus de patients qu'il ne faut, et de toute façon des patients sans médecins il en restera toujours. »

4) S'aménager des pauses

L'organisation d'un temps de pause entre les collègues d'un même cabinet permet de limiter l'épuisement professionnel :

E7 : « Le matin on a une pause syndicale avec tout le cabinet d'une demi-heure. Ça nous permet de se détendre tous ensemble. On a une grosse pause le midi [...] on mange ensemble tous les midis, on a fait une terrasse pour pouvoir manger dehors durant les beaux jours. »

Les vacances sont vues comme indispensables dans le cadre d'une bonne gestion de l'emploi du temps :

E4 : « Ça permet de se reposer, ça permet de couper, ça permet de prendre du temps pour soi. J'aime voyager, donc c'est important pour moi. Je reviens toujours ressourcée en générale. J'ai juste décidé de ne plus les voir comme un repos d'un épuisement professionnel, il faut qu'elles soient là en prévention. »

La fréquence à laquelle prendre des vacances est également importante pour pouvoir limiter son stress au travail. Les praticiens évoquent une irritabilité auprès des patients plus importante au bout d'une certaine période sans congés :

E12 : « au bout de 2 mois non-stop, 8 semaines non-stop, c'est vrai que ça fait du bien d'avoir une petite coupure. Sinon au bout de 2 mois tu es moins facilement concentré sur ce que les patients racontent, tu es plus facilement irritable. Plus de 8 semaines non-stop sans repos, tu es moins bien. Tu n'es pas dans tes capacités intellectuelles optimales. »

C/ La place des remplaçants

1) Un soutien dans l'activité

Les remplaçants ont un rôle important dans la prévention du stress que peuvent ressentir les médecins généralistes :

E4 : « Ça m'aide parce que c'est un soulagement en termes de planning et emploi du temps. [...] Avoir des remplaçants à qui confier la suite d'un suivi, la suite d'un dossier un peu chaud, c'est important. C'est aussi un soulagement financier, même si c'est pas que pour ça, ça compte. »

Que ce soit durant les vacances ou durant un jour non travaillé de la semaine, le remplaçant diminue la charge de travail du praticien :

E8 : « [...] avoir un remplaçant fixe ça te permet quand même de te libérer pas mal de temps. Ça permet de reprendre des activités persos qu'on avait mis un peu de côté. »

2) Des vacances plus sereines

E7 : « Je prends 7 semaines de vacances par an, des vacances remplacées, ce qui fait que quand je rentre de vacances, j'ai pas de retard à rattraper. Non, avoir des remplaçants c'est essentiel pour pouvoir partir en vacances l'esprit serein. »

3) Fidéliser ses remplaçants

E6 : « On essaie de les protéger, de faire en sorte qu'il se sente bien à l'aise, d'être vigilant à leur attente, savoir si il y a besoin de matériel. »

D/ Choisir son activité

1) Être remplaçant

a) Se prémunir de l'épuisement professionnel

E1 : « Honnêtement, mon cas est particulier parce que 3 jours de travail par semaine, je ne suis vraiment pas fatigué. Je ne ressens même pas le besoin de prendre des vacances alors que je devrais, ça me ferait une coupure. »

b) Une souplesse de l'emploi du temps

Les remplaçants peuvent gérer leur emploi du temps comme ils le souhaitent :

E2 : « je suis remplaçante je peux prendre des vacances quand je veux. Je peux avoir beaucoup plus de projets. Je pense que le jour où je m'installerai ça ne sera plus possible, et c'est bien pour ça que je suis pas encore installée à l'heure actuelle. »

c) Une transition avant l'installation

E12 : « J'avoue que toutes les contraintes d'un installé, ça me rebute. Tout ce qui est administratif du coup ça m'énerve. Les patients un petit peu chiants je suis bien content de les rendre au médecin installé. Je me sens un peu libre d'être remplaçant, même si je fais un peu tout le temps les mêmes remplacements. »

E2 : « Après moi je ne suis pas près de me voir dans un cabinet tous les jours, dans le même cabinet, pendant 30 ou 40 ans... Moi ça m'angoisse énormément ! »

2) Diversifier son activité

La diversification de l'activité permet de varier son activité afin d'éviter la routine :

E10 : « C'est surtout pour éviter l'ennui. Moi j'aime bien le changement, au niveau du travail j'aime beaucoup changer. J'aime voir de nouvelles choses, de nouvelles têtes, de nouvelles personnes surtout. Ça me permet d'échanger, de débriefer, de voir comment c'est ailleurs. »

E9 : « La médecine du sport, l'avantage c'est que ce sont des gens jeunes en bonne santé, et je ne suis pas tout le temps sur mon lieu d'exercice. Le fait de pouvoir aller au match, et cetera, ça a un côté sympa. Diversifier ton activité ça me permet de ne pas tomber dans une routine. »

La diversification est possible également par une activité mixte salariale :

E10 : « Du coup, pendant un an j'ai fait moitié-moitié : moitié cabinet, moitié soins palliatifs. C'était un remplacement d'un an seulement donc ça c'est fini maintenant. Et maintenant je fais plutôt de l'EHPAD. »

Ce sont des modes d'activité qu'envisagent les jeunes médecins généralistes dans l'avenir :

E13 : « Peut-être pas quand tu es jeune, mais plus tard oui je pense. Par exemple médecin coordinateur en EHPAD, ou formateur, ou tout simplement faire un DU pour faire du salariat en PMI ou autre. »

E2 : « J'aimerais bien varier mon activité parce que j'aime la prévention, or un cabinet ça ne permet pas de faire tout ce qu'on veut en prévention. Je vois bien faire un jour au planning familial, pourquoi pas un jour à l'UC-IRSA pour voir les gens sans couverture sociale. »

3) Être Maître de stage universitaire (MSU)

a) Un projet en gestation

Être MSU est envisagé par les jeunes médecins généralistes qui ne le sont pas encore :

E1 : « C'est intéressant, pour le coup c'est un truc qui m'intéresserait. »

E8 : « Mais je suis prêt à assumer, je suis conscient des enjeux, et je le ferai avec plaisir, parce que ça fait partie de nos prérogatives quand tu t'engages. »

- b) Maintenir ses connaissances à jour

E2 : « Je trouve que c'est quelque chose de positif, c'est le meilleur moyen d'être à la page au niveau des recommandations. Tous les maîtres de stage le disent : avoir un étudiant c'est ce qu'il y a de mieux ! »

- c) Une diminution de la charge de travail

E7 : « Je ferais en sorte que les journées, où l'interne sera là, seront des journées plus cool. Je pense au final que ça sera plus enrichissant qu'épuisant. »

- d) Créer un réseau de recrutement

E10 : « Et en plus dans un second temps, j'ai vu des cabinets qui avait des internes et ça leur permettait d'avoir un plus gros pôle de remplaçants. Généralement les remplaçants font partie des internes qui étaient venus dans le cabinet en stage. »

- e) Une appréhension du rôle de MSU

Être MSU est vu aussi comme une charge mental supplémentaire :

E9 : « Si je prends un interne, l'idée c'est que je ne vais pas le lâcher, j'ai envie que ça se passe bien. Et donc forcément c'est du boulot en plus. Donc à mon sens, je ne pense pas que ça protège vraiment du burn-out. »

Les jeunes généralistes ne conçoivent pas être MSU s'il existe des signes d'épuisement professionnel :

E6 : « Après si je commençais à ne pas être bien dans mon travail, avec des signes de burn-out, j'arrêteraient d'être MSU par contre, il faut être bien dans sa tête, il ne faut pas accueillir un interne avec une tronche longue comme ça. »

IV/ Les méthodes personnelles

A/ La vie extra-professionnelle

- 1) Avoir des hobbies

- a) L'activité physique

Pour certains médecins, le sport est une protection contre l'épuisement professionnel :

E11 : « le vendredi je vais au sport le midi, c'est comme ça s'est organisé dans mon emploi du temps. »

E12 : « J'essaye de faire du tennis, je fais un peu de paddle, un peu de rameur, un peu de footing, un petit peu de tout quoi. C'est vrai qu'au final la gestion de mon stress c'est plutôt le sport. »

Certains médecins interrogés souhaitent se remettre au sport :

E5 : « avoir une activité en dehors de notre travail, par exemple, j'aimerais bien me remettre à faire un peu de sport. Avoir une activité qui te permette de te ressourcer, ça oui c'est protecteur. »

b) Les activités manuelles ou artistiques

Pour certains, pratiquer une activité manuelle ou artistique permet de trouver un moyen de gérer son stress, que ce soit par exemple :

- Les activités de modélisme :

E8 : « Ça passe également par avoir des loisirs qui n'ont rien à voir avec le boulot, [...] ça peut être monter des lego, peindre des Warhammer. »

- La pratique d'un instrument de musique :

E3 : « La musique que j'avais abandonné depuis des années, j'ai pu me lancer dans un groupe depuis le début de mon installation cette année, relancer autre chose. »

Ces activités sont inscrites de manière récurrente dans l'emploi du temps des participants :

E7 : « Moi tous les jeudi soir je fais du tir sportif, ça me détresse pas mal. De 20h à 22h je tire, et après c'est l'apéro avec les copains. En général quand j'ai passé une journée un peu compliquée, je me détends, je tire et après c'est reparti. »

2) Le soutien par l'entourage social :

L'entourage sociale a été cité lors de chaque entretien :

E10 : « Le plus protecteur pour moi c'est vraiment l'entourage. Moi j'aurais pas fini médecine sans l'entourage. J'aurais arrêté en cours de route. »

E1 : « Je pars du principe que les êtres humains sont des animaux sociaux, du coup voir du monde me détresse beaucoup. »

Il repose sur trois socles que sont la famille, les amis et le soutien des tâches du quotidien.

a) Le soutien par la famille

Le couple et les enfants sont un facteur protecteur de l'épuisement professionnel :

E11 : « Quand tu es avec tes enfants en train de jouer, tu ne peux pas penser à ton boulot. [...] C'est ma soupape ! »

E2 : « C'est le fait de passer du temps avec mon conjoint et de faire des activités qui fait que je ne suis pas épuisée ! C'est ma façon que j'ai pour éviter le burn-out ! »

Les participants priorisent leur vie de famille sur le travail :

E7 : « Ce qui est le plus important pour moi c'est que mon agenda soit modulable. Il faut vraiment que le travail ne reste qu'un travail, et que le plus important soit ma vie privée. »

b) Le soutien par les amis

Avoir un cercle d'amis solide est un facteur protecteur pour lutter contre l'épuisement professionnel :

E3 : « J'ai le privilège d'avoir un cercle d'amis qui me permet de pouvoir exercer tout un tas d'activités qui sont extra-professionnelles, très diverses. »

Certains rapportent qu'avoir des amis médecins permet de pouvoir lutter contre le stress en débriefant de situations professionnelles qui ont pu mettre en difficulté le médecin :

E1 : « Tous ces ressentis-là, tu en parles entre potes aussi. Et ça permet d'avoir un débriefing, de te tranquilliser avec ta pratique aussi. [...] On fait de la formation continue avec des débriefing qui apportent beaucoup à notre pratique ! <Rires> La sécu devrait nous rembourser nos pintes de bières ! »

c) Le soutien des tâches quotidiennes

Se faire aider pour les tâches du quotidien aide les médecins :

E13 : « J'ai la nourrice, alors ça c'est hyper important pour nous, elle fait 10h par jour avec le petit. [...] On a aussi pris une femme de ménage, ça permet d'avoir moins activité domestique à la maison. »

B/ Prendre du recul sur son travail

1) Être à l'écoute de soi

Certains médecins pensent qu'une connaissance de ses limites permet de se prémunir de l'épuisement professionnel :

E4 : « J'ai compris que je ne pouvais pas faire plus que ce dont j'étais vraiment capable. Que si je cherchais à faire plus, je ne tiendrais pas sur la longueur [...] C'est un mal pour un bien, ça m'a permis de voir assez tôt où étaient mes limites et je sais que maintenant j'y fais attention. »

Ressentir son propre stress permet d'anticiper l'épuisement professionnel :

E8 : « Il ne faut pas attendre d'être au bout du rouleau pour modifier sa façon de faire [...] essayer d'être un peu plus à l'écoute de moi-même, en étant plus attentif aux différents signes de fatigue. »

E1 : « L'équilibre aussi c'est que ton stress ne retentit pas sur tes proches. A partir du moment où tes proches commencent à en pâtir c'est qu'il y a un souci. On peut même dire qu'à partir du moment où ça a un impact sur ta vie personnelle c'est qu'il y a un souci. »

2) Prendre du temps pour soi

E11 : « sans oublier de se dégager du temps pour soi. Je pense que c'est nécessaire parce que si nous, on va pas bien en tant que personne, on ne pourra pas être là pour nos patients et les écouter correctement. »

3) Ne pas ramener du travail à la maison

E5 : « Il n'y a jamais de travail à la maison. Si je finis mes consultations à 20h, à 20h05 je suis parti du cabinet. Je fais en sorte de ne pas me rajouter du boulot après. Mes biologies, mes comptes-rendus, ma compta, tout ça s'est fait. Si il manque des choses, c'est pas grave, il y aura le lendemain »

E14 : « Jamais ! c'est une règle d'or. Depuis que je suis interne c'est fini ces conneries. Pendant un temps je faisais ma compta à la maison, mais même ça maintenant c'est fini. C'est au cabinet. Je pense vraiment qu'il ne faut pas aller travailler à la maison. »

C/ Les méthodes de relaxations

1) Les méthodes de relaxations plébiscitées par les participants :

Les participants ont évoqué certaines méthodes de relaxation dans le but de se protéger de l'épuisement professionnel :

- Le yoga :

E4 : « J'avais fait un peu de yoga l'année dernière, avec pas mal de relaxation en fin de séries. C'était pas mal »

- La sophrologie :

E10 : « en soins palliatifs j'ai vu les bénéfiques et j'avais fait quelques séances de sophrologie en test. Et c'est génial ! »

- La réflexologie plantaire :

E13 : « Ce qui me tente le plus c'est vraiment réflexologie plantaire »

- L'acupuncture :

E13 : « De l'acupuncture j'en ai eu une séance post-accouchement, pareil ça m'a fait un bien fou. »

2) L'hypnose :

Les interrogés ont évoqué l'hypnose comme méthode de relaxation pouvant susciter leur intérêt :

E3 : « J'aimerais beaucoup essayer l'hypnose, par exemple, mais j'aurai au fond de moi des petites inquiétudes. »

E8 : « J'avoue avoir déjà réfléchi à l'hypnose ou l'autosuggestion comme manière de gérer le stress, pourquoi pas essayer. Je sais que sur Le Havre il y a certains praticiens qui l'ont mis en place et avec de bons résultats. Globalement je suis assez ouvert. »

Selon certains participants, cet intérêt provient de découvertes lors de stages :

E1 : « Etant passé en SASPAS avec un médecin qui faisait cette activité j'ai clairement été acquis à sa cause. En plus j'ai vu les résultats chez les patients qui étaient stressés, qui avaient des troubles du sommeil ou qui fumaient comme des pompiers. Il y avait des effets assez probants ! »

3) La méditation en pleine conscience

- a) Une méthode peu connue

Certains participants connaissaient la méditation en pleine conscience, que ce soit :

- Par l'expérience personnelle :

E4 : « Je me suis intéressé à la méditation en pleine conscience via un biais plutôt bouddhiste, à travers la communauté d'un moine vietnamien qui possède un

village méditatif... enfin bref. Et du coup je m'y suis intéressée mais, pour moi, c'était plutôt au départ, j'admets, dans un esprit philosophique voir religieux. »

- Lors de formation à la faculté de médecine :

E3 : « J'en ai entendu parler plusieurs fois, j'en ai entendu parler quand j'ai fait l'UV hypnose à la Fac »

- Ou via l'intermédiaire d'amis :

E7 : « Oui oui justement, j'en discutais avec mon ami, pas parce que je me sens stressée en ce moment, parce que je pense que c'est le genre de chose qui peut être intéressant à faire »

La plupart des participants sont intéressés par la méthode même s'ils ne la connaissaient pas :

E8 : « Peut-être qu'effectivement pour moi cela peut être utile, dans ma manière de gérer le stress et l'anxiété liés au travail. Je suis plutôt ouvert sur ça. »

b) Des freins à la pratique

Ce qui freine la pratique de cette relaxation chez les médecins participants est :

- Qu'ils n'en ressentent pas le besoin :

E7 : « Alors déjà je suis vraiment pas quelqu'un de stressée de base, donc je n'ai jamais vraiment ressenti le besoin d'être apaisée. »

- Le manque de temps :

E2 : « Mais c'est pas réalisable, faut être honnête, c'est trop chronophage. Quand je vois que j'ai pas réussi à aller à la piscine cette semaine, je ne vois pas suivre une activité quotidienne... »

- La nécessité d'une rigueur dans la pratique :

E4 : « Non, c'est pas du tout chronophage la méditation en pleine conscience, ça nécessite plus une rigueur. Pour moi, c'est ça qui est plus compliqué. »

c) Une initiation qui semble pertinente

E8 : « [...] en termes de formation médicale continue nous avons les journées médicales havraises où je ne trouverais pas ça aberrant qu'un sujet sur la méditation en pleine conscience y soit présenté, avec pour prisme le bien-être personnel du soignant. »

D/ Les échanges avec ses confrères

1) La formation médicale continue (FMC) :

La FMC permet de limiter les facteurs favorisant l'épuisement professionnel :

E10 : « Ça permet d'enrichir ses connaissances, d'être plus serein au cabinet. Ça te permet d'enlever les doutes. Je pense que le doute est très mauvais dans le burn-out. »

2) Les groupes de pairs :

Les groupes de pairs permettent de limiter l'impact de l'épuisement professionnel grâce aux échanges entre confrères :

E8 : « déjà les groupes de pairs ça permet d'échanger avec des gens qui partagent les mêmes problèmes que toi et les mêmes angoisses, à différents niveaux. C'est vrai qu'en faisant le même métier on peut se trouver des points communs. »

Les groupes de pairs rentrent également dans la formation médicale continue, mettant à jour les connaissances des participants et donc en limitant leurs facteurs de risques d'épuisement professionnel :

E11 : « Après ça sert aussi à se former et à se mettre à jour, et du coup à ne pas se sentir débordé par les nouveautés. Ça permet de se remettre en question régulièrement. »

Les groupes de pairs permettent également la découverte de nouveaux confrères et se rassurer sur la possibilité d'avoir une vie privée accomplie :

E3 : « ça me permet d'aller chez des confrères, dans leur maison. De voir comment ils vivent, de voir l'intérieur de chez eux, de me rendre compte qu'il y a de la vie, qu'il y a des enfants. [...] Ça, ça me rassure énormément, de me dire qu'il y a un certain accomplissement possible en étant médecin généraliste. »

3) La supervision :

Pour les participants intéressés par la supervision, l'échange et la communication avec les confrères sont importants :

E10 : « Pour le coup oui, parce qu'on est dans l'échange, dans la discussion et que ça va permettre d'apporter de très bonnes idées. Pour moi tout ce qui est dans l'échange, dans la communication, je suis totalement pour, au contraire. »

Pour les personnes non intéressées, plusieurs points ont été soulevés :

- Une absence de besoin :

E7 : « Après je n'en ressens pas le besoin à l'heure actuelle, avoir encore un groupe pour pouvoir parler de ça... »

- Un manque de temps :

E12 : « Je me dis que quand tu as travaillé toute la semaine, qu'il faut que tu ailles un soir en plus dans la semaine faire un groupe c'est un peu compliqué à mettre en place quand tu as une vie de famille. C'est un peu le frein pour moi. »

- L'application en partie dans les groupes de pairs :

E6 : « Je ne connais pas vraiment ce qu'est le groupe de supervision, mais on a souvent cette approche dans notre groupe de pairs. Le médecin qui organise notre groupe de pairs aime cette orientation-là. »

4) Les groupes Balint :

- a) Un intérêt pour cette méthode

Les groupes Balint ont suscité l'intérêt de la plupart des participants :

E1 : « c'est super intéressant pour te tranquilliser avec ta pratique. Quand on m'en parle, j'ai l'impression que c'est un groupe de réassurance des médecins généralistes, et je trouve ça génial. »

- b) Une méthode connue dans la région havraise

Des participants connaissaient cette méthode par l'intermédiaires d'amis, de collègues ou lors de leurs études :

E3 : « Justement, j'ai une amie qui fait partie d'un groupe Balint, elle m'en a parlé plusieurs fois. Elle m'a dit que si elle m'en parlait c'est parce que ça pourrait être bénéfique pour moi. Et je lui ai dit que j'étais intéressé, et il est probable que dans un avenir proche j'intègre un groupe Balint. »

- c) Des freins pour la pratique de cette méthode

Pour certains la méthode n'est pas adaptée pour eux :

E6 : « J'ai déjà testé les groupes balint en soins palliatifs, c'était effectivement très orienté vers le ressenti du praticien [...], ça ne m'avait pas plus branché que ça. »

De même pour le participant faisant parti d'un groupe Balint, la rareté des groupes est un frein à la participation :

E4 : « J'ai eu du mal à trouver un groupe, il y en a pas beaucoup en France. Au Havre il n'y en a qu'un. J'ai eu du mal à joindre la personne responsable, ça n'a vraiment pas été simple. J'ai fini par rentrer en contact avec le groupe. [...] Sur la région havraise, c'est compliqué puisqu'il faut un psychanalyste formé au Balint. »

E/ Le manque de sensibilisation à la prévention de l'épuisement professionnel :

Les participants ont évoqué un manque de formation à la prévention de l'épuisement professionnel au cours de leur étude ou dans la formation continue :

E3 : « Je pense qu'il y a un manque quelque part, on ne m'a pas appris à savoir comment faire, comment gérer son temps, gérer son planning, améliorer sa rentabilité, son efficacité... C'est des choses que j'aurais bien aimé apprendre. Là je les apprends sur le tas. »

E4 : « Mais le problème de la prévention, ça veut dire qu'actuellement il faudrait le faire chez les étudiants. Parce qu'en fait, nous qui commençons à travailler, on a tous eu déjà des moments de difficultés. »

Discussion

I/ Résumé des résultats

Les jeunes médecins généralistes bénéficient d'une installation attractive au Havre même si les conditions sont parfois difficiles. Les facteurs favorisant cette installation sont les suivants : être originaire de la ville et/ou d'avoir fait son internat au Havre, notamment le SASPAS. Ces résultats sont corrélés avec le travail de thèse de C. Boussuge en 2019 (56) ou encore dans l'étude multicentrique de S. Munck en 2015 (57).

L'ambiance confraternelle et l'attractivité de la ville sont décrites comme primordiales. Cette dynamique est soutenue par le HSM grâce à la mise à disposition de logements bien placés et au loyer modéré. Des initiatives locales nouvelles sont impulsées, avec par exemple l'organisation d'une journée d'accueil des internes de médecine générale afin de tisser un premier lien entre les médecins de la ville (58).

Afin de se prémunir de l'épuisement professionnel, les médecins participant à l'étude ont mis en place des mesures organisationnelles et personnelles.

Les mesures organisationnelles citées s'articulent autour de l'attractivité du cabinet, la gestion de l'emploi du temps, la limitation des horaires et la présence d'un remplaçant.

Sur le plan personnel, les médecins participants ont surtout développé leurs loisirs. Ils témoignent du besoin de soutien de la part d'un noyau familial et amical. Ils évoquent la nécessité d'échanges accrus avec leurs confrères, via les FMC ou les groupes de pairs. Les méthodes de relaxation sont peu utilisées.

Les participants sont conscients qu'il est nécessaire de savoir prendre du recul sur leur travail pour pouvoir minimiser le risque de l'épuisement professionnel.

II/ Redéfinir son organisation de travail pour lutter contre l'épuisement professionnel

A) L'organisation du cabinet

Les médecins participant à l'étude pensent que l'installation en groupe est un facteur protecteur de l'épuisement professionnel.

Le souhait d'une installation en cabinet de groupe, voir en MSP, s'inscrit dans une tendance globale, comme l'atteste l'article de mars 2020 de l'IRDES (59). Les MSP, surtout en zone

rurale ou semi-rural, attirent de plus en plus les jeunes médecins généralistes. Ils y retrouvent un certain confort de pratique.

L'étude de G. Picquendar de 2016 (3) montre que s'installer seul dans un cabinet est un facteur de risque accru d'épuisement professionnel. On observe un taux d'accomplissement personnel bas significativement associé à un mode d'exercice solitaire (OR ajusté : 2.31 IC95=1.25 ; 4.26).

L'installation en cabinet de groupe permet des échanges et une convivialité accrue. Cette bonne cohésion permet de garantir un soutien social solide, indispensable pour prévenir l'épuisement professionnel, comme recommandé dans le guide d'aide à la prévention du syndrome de l'épuisement professionnel de l'INRS (60).

On retrouve des résultats similaires chez les oncologues suisses en 2007 (61). Il existe une diminution de l'épuisement professionnel chez les praticiens qui échangent au moins 10h par mois avec leurs collègues.

Cependant, en 2019, une étude allemande (43) nuance cette méthode en évoquant que les médecins généralistes travaillant en groupe auraient une prévalence de l'épuisement professionnel plus importante, et ce dans ses 3 dimensions.

La place du secrétariat médical semble également majeure pour limiter l'épuisement professionnel. Les participants considèrent le travail de leurs secrétaires comme essentiel pour réduire la charge administrative. De nombreuses études vont dans ce sens (62) (63) (64). La diminution de l'épuisement professionnel se retrouve dans les trois axes. Plusieurs pistes sont envisagées pour expliquer cet impact : la diminution de la charge administrative et la gestion du matériel déléguées au secrétariat (65).

B) La réduction du temps de travail

Tous les participants ont évoqué la nécessité de réduire leur temps de travail pour se protéger de l'épuisement professionnel. Cette notion a été très étudiée dans la littérature et C.P. West en 2016 (7) décrit la réduction du temps de travail comme une des mesures les plus efficaces pour la réduction de l'épuisement professionnel. Cependant les études réalisées sur le sujet sont pour la plupart faites aux USA. Or le temps de travail mesuré en Amérique du Nord pour ces études reste au-dessus des recommandations européennes sur le temps de travail, malgré la réduction appliquée. Il est alors difficile de chiffrer exactement une réduction d'heures efficace pour la France (6).

La réduction du temps de travail peut se traduire par un jour de repos par semaine ou l'augmentation de la fréquence des vacances.

Paradoxalement, l'étude de G. Picquendar de 2016 (3) met en évidence l'existence d'une corrélation entre avoir deux pauses ou plus par jour et un accomplissement personnel plus bas. Il explique que l'augmentation des pauses serait plus une conséquence d'épuisement professionnel qu'un facteur protecteur.

Enfin, une étude canadienne de 2014 montre que les jeunes généralistes vont privilégier la qualité à l'acte, préférant voir moins de patients mais passer plus de temps sur la consultation (66).

Comme l'ont évoqué certains participants de l'étude, la place des enfants est primordiale dans l'organisation de l'emploi du temps des jeunes parents. De même la féminisation de la profession et notamment de la place de la maternité modifient l'organisation du temps de travail. Sur un travail de thèse de A. Cohen en 2016 (67), le congé maternité représentait une source de stress importante, le remplaçant étant le véritable pilier du congé maternité. De même, J. Domino en 2019 (68), met en évidence une différence significative de 6,2 h de travail hebdomadaire entre les hommes (45,9 h) et les femmes (39,7 h) en Savoie.

Mais alors que le médecin souhaite diminuer son temps de travail, sur le plan législatif et déontologique il est confronté à un obstacle. Le code de la santé publique indique les notions suivantes :

« Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un médecin a le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles.

S'il se dégage de sa mission, il doit alors en avertir le patient et transmettre au médecin désigné par celui-ci les informations utiles à la poursuite des soins. » (69)

« Il est du devoir du médecin de participer à la permanence des soins dans le cadre des lois et des règlements qui l'organisent » (70)

L'ordre des médecins adresse alors aux médecins les recommandations suivantes :

- 1. « Les médecins doivent, autant que possible, avertir les patients de leurs absences programmées, par les moyens qu'ils jugent les plus appropriés ; »*
- 2. « Les médecins doivent pendant leurs absences programmées, indiquer aux patients le confrère auquel ils pourront s'adresser. »*
- 3. « En cas de difficultés pour le médecin à trouver un confrère [...], le médecin se rapprochera de son Conseil départemental afin de le lui signaler. Si le Conseil*

départemental ne parvient pas à régler le problème, en raison d'une pénurie médicale, il pourra alerter le Directeur général de l'ARS [...]. » (71)

De même, les assureurs de responsabilité professionnelle encouragent les praticiens dans ce sens pour prévenir les erreurs médicales ou les risques de condamnations (72) :

- Pour répondre au devoir déontologique de continuité des soins, et pour prévenir l'épuisement professionnel, le regroupement de médecin évoqué plus haut peut être un point crucial ;
- Pour permettre de réduire le temps de travail, l'appartenance à un groupe médical favorise la continuité des soins, de même que les permanences de garde le soir et le week-end.

Dans la région havraise, l'Association Médicale des Urgences du Havre (AMUH) organise la permanence des soins via le 116-117. Il existe chaque jour de la semaine deux gardes de secteur, une permanence de soins le soir de 20 h à minuit et le week-end toute la journée, ainsi qu'une garde de visites tous les jours de 8 h à minuit.

La Loi Travail d'août 2016 instaure le droit à la déconnexion qui est « le droit pour un salarié de ne pas être en permanence joignable pour des motifs liés à l'exécution de son travail. [...], le droit à la déconnexion vise à protéger les temps de repos et de congés des salariés en vue d'assurer le respect de leur vie personnelle et familiale. » (73). La profession libérale de médecine générale ne permet visiblement pas d'entrer complètement dans ce cadre au vu du code de déontologie médicale.

La limite entre le droit à la déconnexion pour protéger d'un épuisement professionnel et la responsabilité professionnelle est alors difficile à délimiter.

III/ Le remplaçant : un rôle majeur dans la prévention de l'épuisement professionnel

A) Le remplaçant : acteur de la santé publique ?

Le remplaçant permet un relais du médecin généraliste installé lors de ses congés ou de ses jours de repos.

L'étude REMPLACT 3, réalisée en 2016 par le syndicat REAGJIR (74) montre que les remplaçants ont leur place dans la permanence des soins, notamment dans la réalisation des gardes. Ils remplacent en moyenne 6 médecins par an. La participation à la permanence des

soins était active avec 64 % d'entre eux pour une moyenne de 8 jours de garde par an. De plus, 65 % d'entre eux déclarent être prêt à travailler plus.

Leur place au sein de la permanence des soins est donc majeure. En témoigne la décision du sénat en accord avec le gouvernement en juin 2019 (75) qui rejette l'amendement amenant à réduire la possibilité de remplacer à 3 ans. La ministre de la santé de l'époque, Agnès Buzyn, évoquait alors que « *le recours à des remplaçants est essentiel pour assurer la continuité des soins. Une diminution du vivier risquerait de laisser des territoires sans médecins pendant plusieurs semaines chaque année* » (75).

B) Rester remplaçant, un choix ?

Pour les remplaçants participant à l'étude, l'installation n'est pas prévue pour l'instant, le statut de remplaçant aidant à lutter contre l'épuisement professionnel selon eux.

La raison évoquée pour maintenir ce choix est le sentiment de liberté, de pouvoir moduler son emploi du temps à sa guise. Il existe une certaine appréhension de l'installation notamment de la pression administrative, financière et la charge d'une patientèle. Ces freins à l'installation sont également retrouvés dans de nombreux travaux de recherche (76) (77) (78).

Dans son travail de thèse en 2014, E. Coppolani (76) retrouve que 90 % des remplaçants de Haute-Garonne interrogés sont satisfaits de leur qualité de vie. Nous n'avons pas trouvé d'étude permettant d'affirmer que l'épuisement professionnel touche moins les médecins remplaçants qu'installés.

IV/ Des mesures individuelles à améliorer

A) Des mesures personnelles

Les hobbies comme l'activité physique ou les activités manuelles ont une place importante, tout comme la présence d'un noyau familial et amical. Ces activités sont en corrélation avec une étude canadienne de 2008 (79), qui retrouve que les stratégies fréquemment utilisées par les médecins généralistes sont le temps passé avec sa famille et ses amis, ainsi qu'une alimentation saine.

B) Des méthodes de relaxations peu utilisées

Comme évoqué dans l'introduction, la méditation en pleine conscience est une des mesures individuelles efficaces pour lutter contre l'épuisement professionnel (6).

Les participants ne connaissaient que très peu cette méthode. L'intérêt suscité est faible. Les participants y voient pour la plupart un manque de nécessité voir de temps alloué à la pratique mais reste ouvert à une formation.

Dans son travail de thèse de 2019, réalisé chez des internes et des médecins non thésés de la région du Midi-Pyrénées, Dipraux (80) indique que pour 38 % des participants le frein principal est un manque de temps et 27 % n'en n'éprouve pas le besoin.

C) Les mesures de supervision : l'exemple du groupe Balint

De même, que pour la méditation en pleine conscience, la supervision et notamment les groupes Balint sont des mesures efficaces dans la prévention de l'épuisement professionnel (6).

Cependant, les participants ont manifesté un manque d'intérêt et de nécessité pour ces méthodes. On retrouve ce désintérêt pour d'autres spécialités soumises à des risques accrues d'épuisement professionnel comme une étude de 2015 sur les groupes de paroles pour les oncologues (81)

D'après l'étude présentée, les médecins participants privilégient plus la participation au groupe de pairs.

D) Les groupes de pairs : la mesure préférée par les participants

Les participants ont bien conscience des bénéfices que peuvent apporter les groupes de pairs. Ils jouent un rôle protecteur sur différents facteurs de risque d'épuisement professionnel. Les groupes de pairs peuvent pallier la pratique des méthodes moins utilisées par les participants comme la supervision ou les groupes Balint.

Dans son travail de thèse de 2005, Chanelière évoque le rôle protecteur des groupes de pairs sur l'impact d'un évènement indésirable (82). Elle évoque la possibilité de communiquer et de débriefer des situations qui ont posé problèmes au praticien sans jugement de la part de l'interlocuteur.

Dans le numéro 128 de la revue *Exercer*, Aubart et al. s'interrogent sur l'impact que la flexibilité du médecin peut avoir sur l'épuisement professionnel (83). Selon eux, les groupes de pairs (tout comme les groupes Balint) peuvent « *promouvoir l'introspection, et ces groupes sont des lieux pour prendre soin de soi-même* » (83). Ils améliorent ainsi la flexibilité du médecin, permettant de lutter plus efficacement contre l'épuisement professionnel.

E) Un manque de sensibilisation

Bien que les méthodes décrites précédemment ont prouvé leur efficacité, elles n'étaient malheureusement pas proposées durant la formation des participants à l'étude.

Une étude du Pr. Ladner de 2015 menée sur les étudiants de Paris et Rouen (84), montre une prévalence de l'épuisement professionnel plus importante pour les étudiants en médecine (19%) que pour les autres filières et ce dès le début de leurs études. La sensibilisation contre l'épuisement professionnel devrait donc être instaurée dès les premières années d'études.

Depuis la réforme du 3^{ème} cycle des études médicales de 2018 (85), le développement de la tenue de groupes d'échanges de pratiques s'est généralisé dans la grande majorité des Faculté de médecine française. Ils ont pour objectif d'arriver à une autonomie des étudiants à la fin de leur troisième année d'internat, sur la gestion du groupe. L'idée est d'ancrer les étudiants dans ce modèle pour qu'il puisse perdurer dans leur activité professionnelle ultérieure. On peut donc y voir une initiation aux groupes de pairs ou de supervision, et ainsi débiter la prévention de l'épuisement professionnel dès l'internat.

F) Des actions peu connues

Il existe de nombreuses actions visant à la prévention de l'épuisement professionnel du médecin généraliste, ou même du soignant en générale en Normandie. Ce type d'actions est malheureusement peu connu, et quasiment pas abordé durant la formation des médecins.

On peut évoquer l'association MOTS (86) créée en 2010 à Toulouse et qui s'est développée en Normandie depuis 2017. Un numéro (le 06 08 28 25 89) permet de joindre 24h/24 un confrère, formé à la prévention de l'épuisement professionnel, qui sera à l'écoute du médecin demandeur.

Le guide de l'ISNAR-IMG édité en 2011 et mis à jour en 2017 (87) est un support à destination de l'interne de médecine générale. Les clefs lui permettant de repérer et lutter contre l'épuisement professionnel y sont expliquées.

Au niveau local, l'association normande IMHOTEP est axée sur la prévention de la santé des étudiants en médecine jusqu'aux médecins retraités, quel que soit leur spécialité. Elle organise des soirées d'information et de prévention, et développe des consultations de prise en charge des soignants sur le territoire haut-normand.

Le DUMG de Rouen organise une formation de sensibilisation aux risques professionnels au sein d'un séminaire d'exercice professionnel.

Enfin l'association « Ciel ! Mon serment ! » basé à Rouen regroupe différents médecins de toutes les spécialités et des comédiens professionnels (88). Ils proposent de nombreuses actions telles que des formations ou encore des improvisations pour permettent aux professionnels une meilleure gestion de leur relation médecin-malade.

V/ Forces et limites de l'étude

A) Limites

Le principal biais de cette étude est un biais de connivence du fait que le réalisateur de l'étude connaissait l'ensemble des participants. Mais cela a pu entraîner plus de confidences lors des entretiens.

Il existe aussi un biais d'interprétation, inhérent à l'étude qualitative qui est subjective, même si la triangulation des données a permis d'atténuer ce biais.

L'étude est limitée à des médecins généralistes avec moins de 10 années post-internat, se privant des méthodes des généralistes plus expérimentés. Cependant, il était intéressant d'entendre le point de vue de cette jeune génération qui va devoir faire face d'ici peu à une pénurie médicale plus importante.

B) Forces

A notre connaissance, il s'agit de la première étude sur un sujet portant sur les méthodes de prévention contre l'épuisement professionnel de jeunes généralistes exerçant dans une zone à faible densité médicale.

L'étude qualitative par entretiens semi-dirigés a permis une plus grande liberté dans les réponses des participants. De plus, les entretiens se déroulaient sur des temps de repos et en dehors du lieu de travail des médecins participants.

Le choix des interrogés a permis de varier les sexes, les lieux d'exercice, les pratiques et les conditions socio-familiales afin d'être le plus exhaustif possible.

VI/ Perspectives

L'épuisement professionnel est une réalité connue des jeunes généralistes de la région havraise. La prévention de cet épuisement est au cœur de l'organisation du cabinet médical et de l'emploi du temps des participants à cette étude.

Mais alors que les méthodes organisationnelles semblent bien maîtrisées, il n'en va pas de même pour les méthodes personnelles.

Comme l'ont évoqué les participants, la prévention de l'épuisement professionnel doit passer par une sensibilisation dès le début du cursus médical. Cette sensibilisation pourrait alors passer par une initiation aux différentes méthodes de prévention comme la méditation en pleine conscience ou les groupes de supervision, et ce dès le début des études.

Il sera intéressant d'observer les moyens que mettront en place les futures générations de médecin généraliste, compte tenu de la démographie médicale, ou encore de la féminisation de la profession. Certaines études notamment au Canada en 2014 (66) se sont penchées sur le sujet, révélant une modification profonde de l'emploi du temps et de la gestion du cabinet pour les nouvelles générations de médecin de famille. Ces médecins privilégient plus la qualité de la consultation au nombre d'actes, ou encore l'orientation vers le salariat à la place d'une activité libérale.

L'étude présentée étant exploratoire, il serait intéressant à l'avenir d'explorer la modification d'activité des jeunes généralistes normands pour faire face à l'épuisement professionnel auquel ils seront de plus en plus exposés. De même, ces modifications pourront-elle tenir à long terme lorsque la charge de travail sera beaucoup plus importante après les départs à la retraite de la génération précédente ?

Il existe un flou juridique très important sur la responsabilité médicale du médecin libéral (généraliste ou spécialiste). Un cadre légal qui permettrait de protéger la mise en place de méthodes de prévention de l'épuisement professionnel comme avec la loi sur le droit à la déconnexion pour les salariés serait probablement pertinent.

Une réévaluation du statut du médecin généraliste remplaçant semble nécessaire lorsque l'on regarde sa place au sein de la permanence de soins. Le syndicat REAJGIR, suite à l'étude

REMPLECT 3 (74), propose une revalorisation du statut de remplaçant et notamment une reconnaissance de la part de la CPAM. On pourrait aussi envisager une ROSP (Rémunération sur Objectif de Santé Publique) propre aux remplaçants, une intégration directe sur les listes de garde, ou une mise en place d'un réseau entre installés et remplaçants majorant les interactions entre eux.

Enfin, il serait intéressant de sensibiliser les jeunes générations de généralistes, mais surtout les étudiants en médecine dans leur ensemble, sur les méthodes reconnues efficaces pour lutter contre l'épuisement professionnel. De même, une sensibilisation sur les actions mises en place par les différentes associations, qu'elles soient locales ou nationales, peut paraître pertinente lors de FMC par exemple.

VII/ Conclusion

Malgré un manque de sensibilisation durant leurs études et des méthodes de prévention peu connues, les jeunes médecins généralistes de la région du HSM sont conscients de l'importance de se prémunir de l'épuisement professionnel. Pour se faire, ils ont déjà mis en place des mesures organisationnelles.

Il est important de sensibiliser les futures générations de médecins généralistes afin qu'ils puissent mettre en œuvre le plus tôt possible des mesures efficaces pour la prévention de l'épuisement professionnel. La sensibilisation auprès des futurs praticiens pourra probablement diffuser vers la génération plus ancienne, notamment lors de groupes d'échanges tels que les groupes de pairs.

L'épuisement professionnel est un facteur non négligeable de départs prématurés de la profession. Il est donc important, pour la démographie médicale future, de sensibiliser cette jeune génération de médecins généralistes à la prévention de l'épuisement dès les premières années d'étude.

Bibliographie

1. Guide Incapacité temporaire et invalidité - 2020. 2020;20.
2. Site internet de la CARMF [Internet]. [cité 1 déc 2019]. Disponible sur: <http://www.carmf.fr/page.php?page=chiffrescles/stats/2018/nature-affections.htm>
3. Picquendar G. Burnout des médecins généralistes hauts-normands : prévalence et facteurs associés. 22 sept 2016 [cité 1 déc 2019]; Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01511051>
4. Bouet P. Atlas de la démographie médicale en France. Paris : Ordre National des Médecins; 2018.
5. Albuquerque et Tulk - Physician suicide. CMAJ. 2019 Vol 191. 18.
6. Guillemette S. DESCRIPTION DES METHODES DE PREVENTION ET DE PRISE EN CHARGE DE L'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL DES MEDECINS : UNE REVUE DE LA LITTERATURE INTERNATIONALE. [Thèse d'exercice] Rouen, France : Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Rouen. 2018
7. West CP, Dyrbye LN, Erwin PJ, Shanafelt TD. Interventions to prevent and reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis. The Lancet. nov 2016;388(10057):2272-81.
8. DREES. Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ? N°17 Mai 2017 [Internet]. [cité 4 sept 2020]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dd17.pdf>
9. DREES. En 2018, les territoires sous-dotés en médecins généralistes concernent près de 6% de la population. Etudes et Résultats. N° 1144 Fev 2020 [Internet]. [cité 4 sept 2020]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1144.pdf>
10. Site officiel Le Havre Seine Métropole [Internet]. [cité 14 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.lehavreseinemetropole.fr/>
11. CU Le Havre Seine Métropole | Association ORS-CREAI Normandie [Internet]. [cité 14 juin 2020]. Disponible sur: <http://orscreainormandie.org/cu-le-havre-seine-metropole/>
12. ARS Normandie. Diagnostic Territorial sur les besoins de santé. 2017.
13. Quelles sont les communes les plus affectées par les déserts médicaux ? [Internet]. La Gazette des Communes. [cité 4 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.lagazettedescommunes.com/612519/quelles-sont-les-communes-les-plus-affectees-par-les-deserts-medicaux/>
14. Freudenberger. Staff Burn-out. Journal of social issues. Volume 50. 1974.
15. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job Burnout. Annu. Rev. Psychol. 2001.
16. Pines A, Aronson E. Career burnout : Causes and cures. New York, NY, US: Free Press; 1988. xiv, 257. (Career burnout : Causes and cures).

17. Zawieja P, Guarnieri F. Épuisement professionnel : principales approches conceptuelles, cliniques et psychométriques. 2003.
18. Burnout : un guide pour prévenir le syndrome d'épuisement professionnel | Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (Anact) [Internet]. [cité 23 août 2020]. Disponible sur: <https://www.anact.fr/burnout-un-guide-pour-prevenir-le-syndrome-depuisement-professionnel>.
19. Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (France) et Institut national de recherche et de sécurité (France) - 2015 - Le syndrome d'épuisement professionnel ou burnout.
20. Sima MN. Pour un modèle explicatif de l'épuisement professionnel et du bien-être psychologique au travail : vers une validation prévisionnelle et transculturelle. [thèse de doctorat] Lille, France : université de Lille Nord de France. 2012.
21. Soler JK, Yaman H, Esteva M, Dobbs F, Asenova RS, Katic M, et al. Burnout in European family doctors: the EGPRN study. *Family Practice*. 1 août 2008;25(4):245-65.
22. Dyrbye LN, Sotile W, Boone S, West CP, Tan L, Satele D, et al. A Survey of U.S. Physicians and Their Partners Regarding the Impact of Work–Home Conflict. *Journal of General Internal Medicine*. janv 2014;29(1):155-61.
23. Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey (MBI-HSS) - Assessments, Tests | Mind Garden - Mind Garden [Internet]. [cité 14 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.mindgarden.com/314-mbi-human-services-survey>
24. Maslach Burnout Inventory (MBI). 2012;3.
25. Test d'inventaire de Burn Out de Maslach : pour diagnostiquer un épuisement professionnel | AtouSante [Internet]. [cité 14 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.atousante.com/risques-professionnels/sante-mentale/stress-professionnel/test-inventaire-burn-out-maslach-diagnostiquer-epuisement-professionnel/>
26. Dion G, Tessier R. Validation de la traduction de l'Inventaire d'épuisement professionnel de Maslach et Jackson. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement*. avr 1994;26(2):210-27.
27. Académie Nationale de Médecine. RAPPORT-ACADEMIE-Burn-out. 26-fev-2016.
28. M. Lourel, N. Gueguen, F. Mouda. L'évaluation du burnout de Pines : adaptation et validation en version française de l'instrument Burnout Measure Short version (BMS-10) *Pratiques psychologiques* 13 (2007) 353–364.
29. Copenhagen Burnout Inventory (CBI) (Inventaire de burnout de Copenhague). Références en santé au travail. N°138. 2014;4.
30. Kabat-Zinn J. Mindfulness-Based Interventions in Context: Past, Present, and Future. *Clinical Psychology: Science and Practice*. juin 2003;10(2):144-56.
31. Trousselard M, Steiler D, Claverie D, Canini F. L'histoire de la Mindfulness à l'épreuve des données actuelles de la littérature : questions en suspens. *L'Encéphale*. déc 2014;40(6):474-80.

32. Vargas de Francqueville A. La MEDITATION de PLEINE CONSCIENCE application en médecine générale. [Thèse d'exercice] Toulouse, France : Université Toulouse III - paul Sabatier-Rangueil. 2014.
33. Ngô T-L. Revue des effets de la méditation de pleine conscience sur la santé mentale et physique et sur ses mécanismes d'action. *Santé mentale au Québec*. 21 mars 2014;38(2):19-34.
34. Ripp JA, Fallar R, Korenstein D. A Randomized Controlled Trial to Decrease Job Burnout in First-Year Internal Medicine Residents Using a Facilitated Discussion Group Intervention. *Journal of Graduate Medical Education*. mai 2016;8(2):256-9.
35. Cohen-Léon S. Groupe Balint. Approche Balint: Fonction Balint. Évolution d'une pratique et d'un concept. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*. 2008;50(1):141.
36. Netgen. L'approche Balint : une formation à la relation [Internet]. *Revue Médicale Suisse*. [cité 14 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2000/RMS-2303/20598>
37. Les groupes Balint | Société Médicale Balint [Internet]. [cité 24 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.balint-smb-france.org/groupe-balint.php>
38. Ripp JA, Bellini L, Fallar R, Bazari H, Katz JT, Korenstein D. The Impact of Duty Hours Restrictions on Job Burnout in Internal Medicine Residents: A Three-Institution Comparison Study. *Academic Medicine*. avr 2015;90(4):494-9.
39. Goitein L, Shanafelt TD, Wipf JE, Slatore CG, Back AL. The Effects of Work-Hour Limitations on Resident Well-being, Patient Care, and Education in an Internal Medicine Residency Program. *Archives of Internal Medicine*. 12 déc 2005;165(22):2601.
40. Scarella TM, Nelligan J, Roberts J, Boland RJ. Effect of call organization on burnout and quality of life in psychiatry residents. *Asian Journal of Psychiatry*. févr 2017;25:27-30.
41. Strazdins E, Dwan K, Pescud M, Strazdins L. Part-time in general practice—a remedy to a time-based problem? *Family Practice*. 31 juill 2019;36(4):511-5.
42. Nørøxe KB, Pedersen AF, Bro F, Vedsted P. Mental well-being and job satisfaction among general practitioners: a nationwide cross-sectional survey in Denmark. *BMC Family Practice* [Internet]. déc 2018 [cité 29 juin 2020];19(1). Disponible sur: <https://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-018-0809-3>
43. Dreher A, Theune M, Kersting C, Geiser F, Weltermann B. Prevalence of burnout among German general practitioners: Comparison of physicians working in solo and group practices. Wilkinson JM, éditeur. *PLOS ONE*. 6 févr 2019;14(2):e0211223.
44. Brøndt A, Sokolowski I, Olesen F, Vedsted P. Continuing medical education and burnout among Danish GPs. *British Journal of General Practice*. 1 janv 2008;58(546):15-9.
45. HAS [groupes-analyses-pratique-entre-pairs] [Internet] [cité le 30 mai 2020] Disponible sur <https://www.irbms.com/download/documents/has-groupes-analyses-pratique-entre-pairs.pdf>.
46. Dowling S, Last J, Finnegan H, Daly P, Bourke J, Hanrahan C, et al. Impact of participation in continuing medical education small group learning (CME-SGL) on the stress, morale, and professional isolation of rurally-based GPs: a qualitative study in Ireland. *BJGP Open*. 29 oct 2019;bjgpopen19X101673.

47. Epstein RM, Krasner MS. Physician Resilience: What It Means, Why It Matters, and How to Promote It. *Academic Medicine*. mars 2013;88(3):301-3.
48. ACPM - Résidents et résilience [Internet]. [cité 29 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.cmpa-acpm.ca/fr/advice-publications/browse-articles/2016/residents-and-resiliency>
49. Naczenski LM, de Vries JD, van Hooff MLM, Kompier MAJ. Systematic review of the association between physical activity and burnout. *Journal of Occupational Health*. nov 2017;59(6):477-94.
50. Weight CJ, Sellon JL, Lessard-Anderson CR, Shanafelt TD, Olsen KD, Laskowski ER. Physical Activity, Quality of Life, and Burnout Among Physician Trainees: The Effect of a Team-Based, Incentivized Exercise Program. *Mayo Clinic Proceedings*. déc 2013;88(12):1435-42.
51. Guédon A. Le Burnout du médecin : prévalence et déterminants dans le monde. *Revue de la littérature*. [Thèse d'exercice] Rouen, France : Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Rouen. 2016.
52. Shanafelt et al. - 2012 - Burnout and Satisfaction With Work-Life Balance Am.pdf.
53. Galam E, Komly V, Tourneur AL, Jund J. Burnout among French GPs in training: a cross-sectional study. *Br J Gen Pract*. mars 2013;63(608):e217-24.
54. Ledru V. Devenir professionnel des résidents et internes de médecine générale formés à Rouen (1999-2008). [Thèse d'exercice] Rouen, France : Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Rouen. 2014.
55. Dusmesnil H, Saliba-Serre B, Régi J-C, Leopold Y, Verger P. Épuisement professionnel chez les médecins généralistes de ville : prévalence et déterminants. *Santé Publique*. 2009;21(4):355.
56. Boussuge C. Les déterminants des parcours professionnels des jeunes médecins généralistes issus de l'Université de Rouen : cohorte ECN 2014. [Thèse d'exercice] Rouen, France : UFR Santé Université de Rouen. 2019.
57. Munck S, Massin S, Hofliker P, Darmon D. Déterminants du projet d'installation en ambulatoire des internes de médecine générale. *Santé Publique*. 2015;27(1):49.
58. Langlois P. Journée d'accueil des internes de médecine générale, une rencontre entre interne et installés : ressenti et vécu des participants. [Thèse d'exercice] Le Havre, France : UFR de santé de Rouen Normandie. 2020.
59. Chevillard G. Les maisons de santé attirent-elles les jeunes médecins généralistes dans les zones sous-dotées en offre de soins ? IRDES Les Question d'économie de la Santé. N°247 Mars 2020 :8.
60. Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (France), Institut national de recherche et de sécurité (France). Le syndrome d'épuisement professionnel ou burnout: mieux comprendre pour mieux agir : guide d'aide à la prévention. 2015.
61. Arigoni F, Bovier PA, Mermillod B, Waltz P, Sappino A-P. Prevalence of burnout among Swiss cancer clinicians, paediatricians and general practitioners: who are most at risk? *Supportive Care in Cancer*. janv 2009;17(1):75-81.

62. Vaquin-Villeminey C. Prévalence du burn-out en médecine générale. [Thèse d'exercice] Paris, France : Universisté René Descartes (Paris 5). 2007.
63. Antoine ML. le burn-out des médecins généralistes picards. [Thèse d'exercice] Amien, France : Universisté de Picardie Jules Verne. 2016.
64. Bontoux E. Prévalence et facteurs de risque de Burnout chez les médecins généralistes du Gers. [Thèse d'exercice] Toulouse, France : Universisté Toulouse III - Paul Sabatier. 2016.
65. Villot R. Prévalence du Burnout en médecine générale : enquête nationale auprès de 221 médecins généralistes du réseau Sentinelles [Thèse d'exercice] Paris, France : Université René Descartes (Paris5). 2007.
66. Fortin P, Cloutier M-P. Changements de pratique en médecine de famille : conséquences de la féminisation et des différences générationnelles. 2014;12.
67. Cohen A. Être mère et médecin généraliste : la gestion de la maternité. Étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 18 femmes médecins généralistes installées dans la région Rhône-Alpes. [Thèse d'exercice] Nice, France : Université de Nice Sophia Antipolis. 2016.
68. Donnio J. Les déterminants du temps de travail des médecins généralistes en Savoie. [Thèse d'exercice] Grenoble, France : UFR de médecine de Grenoble. 2019.
69. Article 47 - Continuité des soins [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019 [cité 17 août 2020]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/devoirs-patients-art-32-55/article-47-continuite-soins>
70. Article 77 - Permanence de soins - obligations [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019 [cité 17 août 2020]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/lexercice-profession-art-69-108/1-regles-communes-modes-dexercice-art-69-84-7>
71. Continuité des soins et permanence des soins. Etat des lieux par ReAGJIR [Internet]. ReAGJIR. [cité 17 août 2020]. Disponible sur: <https://www.reagjir.fr/presse/continuite-des-soins-et-permanence-des-soins/>
72. MACSF.fr. Départ en vacances médecin, continuité des soins - MACSF [Internet]. MACSF.fr. [cité 26 août 2020]. Disponible sur: <https://www.macsf.fr/Responsabilite-professionnelle/Cadre-juridique/depart-en-vacances-continuite-des-soins>
73. Droit à la déconnexion - Définition et exemple [Internet]. Droit-Finances. [cité 27 juill 2020]. Disponible sur: <https://droit-finances.commentcamarche.com/faq/56221-droit-a-la-deconnexion-definition-et-exemple>
74. Remplact 3 | Enquête nationale, résultats complets [Internet]. ReAGJIR. 2016 [cité 17 août 2020]. Disponible sur: <https://www.reagjir.fr/blog/2016/10/10/remplact-3-enquete-nationale-resultats-complets/>
75. Médecins remplaçants : le Sénat renonce à limiter la durée d'exercice [Internet]. Public Senat. 2019 [cité 17 août 2020]. Disponible sur: <https://www.publicsenat.fr/article/parlementaire/le-senat-renonce-a-limiter-a-3-ans-la-duree-d-exercice-pour-les-medecins>
76. Coppolani E. Je peux m'installer mais je ne le fais pas pourquoi? [Thèse d'exercice] Toulouse, France : Université Toulouse III. 2014.

77. Baril N. Les freins à l'installation rapide des internes de médecine générale. [Thèse d'exercice] Nantes, France : Université de Nantes. 2012.
78. Decorde A. Déterminants à l'installation en médecine générale : analyse croisée des médecins généralistes remplaçants et jeunes installés du secteur nord alpin. [Thèse d'exercice] Grenoble, France : Université Joseph Fourier Grenoble. 2011.
79. Joseph Lee F, Stewart M, Brown JB. Stress, Burnout, and strategies for reducing them. *Can Fam Physician* 2008;54:234-5.e1-5.
80. Dripaux A. Etat des lieux des connaissances et de l'intérêt des internes de médecine générale et médecins généralistes non thésés de l'ex-région Midi-Pyrénées concernant la méditation en pleine conscience en vue de son utilisation dans leur gestion du stress et des émotions. [Thèse d'exercice] Toulouse, France : Université Toulouse III - Paul Sabatier. 2019.
81. Manolios E, Pucheu S. Le groupe de parole en situation d'urgence en oncologie : intérêts et limites. *Psycho-Oncologie*. juin 2015;9(2):92-7.
82. Chanelière M. Impact des événements indésirables sur la pratique des médecins généralistes Etudes qualitative auprès de 15 praticiens de la région Rhône-Alpes. [thèse d'exercice] Lyon, France : Université Claude Bernard Lyon 1. 2005.
83. Aubart M, Patrizio PD, Aubrège A, Farghadani H, Haas N, Paur H, et al. La flexibilité en médecine générale est-elle utile dans la prévention et la prise en charge du syndrome d'épuisement professionnel ? *Exercer* 2016;128.283-5 27:3.
84. Ladner J, Kern L, Romo L, Tavolacci M-P. Épuisement professionnel (EP) chez les étudiants dans deux universités françaises, 2015. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. sept 2016;64:S196.
85. Journal Officiel de la république Française. Arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômes d'études spécialisées et fixant la liste de ces diplômes et des options et formations spécialisées transversales du troisième cycle des études de médecine. Texte 29 sur 193. 28 avril 2017.
86. Association MOTS : accompagnement médecins en difficulté Toulouse [Internet]. [cité 22 août 2020]. Disponible sur: <https://www.association-mots.org/>
87. ISNAR.IMG. La prévention du burn-out. Guide pratique. [Internet] [cité 22 août 2020] Disponible sur: <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/guide-isnar-img-prevention-burn-out-23-01-2017.pdf>.
88. Notre philosophie [Internet]. Ciel! Mon Serment! 2017 [cité 22 août 2020]. Disponible sur: <http://cielmonserment.org/lassociation/notre-philosophie/>

Annexes

Annexes 1 : Symptômes de l'épuisement professionnel

1- Symptômes d'alerte de la phase initiale

a) Consommation énergétique excessive

- Hyperactivité
- Heures supplémentaires volontaires et non payées
- Sentiment d'être indispensable
- Sentiment de ne pas avoir le temps
- Dénier d'échec et des déceptions
- Limitation des relations sociales aux seuls clients ou usagers

b) Epuisement

- Impossibilité de s'arrêter, de marquer une coupure
- Manque d'énergie
- Sommeil non réparateur
- Elévation du risque d'accident

2- Réduction de l'engagement

a) Envers les clients, patients, usagers, etc.

- Désillusionnement
- Perte des sentiments positifs à l'égard des clients
- Prise de distance, évitement des relations avec les clients et/ou collègues
- Troubles de l'attention au contact des clients
- Substitution de la relation d'aide par une relation de surveillance et de contrôle
- Imputation des problèmes aux clients
- Meilleure acceptation de moyens de contrôle comme les tranquillisants ou les punitions
- Catalogage des clients en stéréotypes
- Utilisation plus fréquente du jargon professionnel
- Deshumanisation

b) Envers autrui en général

- Incapacité de donner

- Froideur
- Perte d'empathie
- Incompréhension
- Difficultés à écouter
- Cynisme

c) Envers le travail

- Perte d'idéalisme
- Désillusionnement
- Disposition négative vis-à-vis du travail
- Réticence et ras-le-bol
- Perte de l'envie d'aller au travail
- Surveillance constante de l'heure
- Fantasme d'évasion
- Rêveries diurnes
- Multiplication des pauses
- Heures d'arrivée retardées
- Heures de départ avancées
- Absentéisme
- Importance donnée au temps libre, renaissance durant le week-end
- Importance accrue aux conditions de travail matérielles

d) Relèvement des exigences

- Recentrage sur ses exigences propres
- Impression d'un manque de reconnaissance
- Impression d'être exploité
- Jalousie
- Problèmes familiaux
- Conflits avec ses enfants

3- Réactions émotionnelles – Rejet de la faute

a) Dépression

- Sentiment de culpabilité
- Affaiblissement de l'amour-propre
- Sentiment d'insuffisance
- Pensées vagabondes
- Apitoiement sur soi
- Perte du sens de l'humour

- Peur, angoisse, nervosité diffuses
- Labilité thymique
- Instabilité émotionnelle
- Amertume
- Eoussement, impression de vacuité
- Impression de faiblesse
- Envies de pleurer
- Agitation
- Sentiment de désespoir, d'impuissance
- Pessimisme, fatalisme
- Apathie
- Idées suicidaires

b) Agressivité

- Imputation de la situation aux autres et au « système »
- Reproches adressés à autrui
- Minimisation de sa propre part
- Impatience
- Humeur maussade
- Intolérance inaptitude au compromis
- Irritabilité
- Négativité
- Colère et ressentiment
- Disposition défensive voire paranoïde
- Méfiance
- Conflits fréquents avec autrui

4- Démobilisation

a) Diminution de l'efficacité cognitive

- Troubles de la concentration et de la mémoire
- Inaptitude aux tâches complexes
- Inexactitude
- Désorganisation
- Indécision

b) Démotivation

- Perte de la capacité d'initiative
- Perte de la productivité

- Grâce du zèle
- c) Perte de créativité**
- Moindre fantaisie
- Résistance au changement de toute nature

5- Superficialité

a) De la vie émotionnelle

- Superficialité des réactions émotionnelles
- Indifférence

b) De la vie sociale

- Amoindrissement de la sympathie ressentie ou exagération du lien à certaines personnes
- Evitement des contacts informels
- Recherche de contacts plus intéressants
- Evitement des conversations relatives à son propre travail
- Excentricité
- Recentrage de la préoccupation sur soi-même
- Solitude

c) De la vie spirituelle

- Abandon des hobbies
- Désintérêt
- Ennui

6- Réactions psychosomatiques

- Affaiblissement immunitaire
- Troubles du sommeil
- Cauchemars
- Troubles sexuels
- Rougeissements
- Palpitations
- Sentiment d'oppression thoracique
- Respiration courte
- Accélération du pouls
- Hypertension artérielle
- Tensions musculaires
- Mal de dos
- Migraines tics

- Dérèglements digestifs
- Nausées
- Ulcères gastro-duodénaux
- Prise ou perte de poids
- Modification des habitudes alimentaires
- Augmentation de la consommation d'alcool, de café, de tabac ou d'autres drogues

7- Désespoir

- Rapports négatifs à la vie
- Nihilisme, perte de sens
- Idées suicidaires
- Désespoir existentiel

Annexes 2 : échelle MBI-HSS

Jamais	Quelques fois par an	Une fois par mois	Quelques fois par mois	Une fois par semaine	Quelques fois par semaine	Chaque jour	
1-Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2-Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3-Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4-Je peux comprendre facilement ce que mes patients/clients/élèves ressentent	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5-Je sens que je m'occupe de certains patients/clients/élèves de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6-Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7-Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes patients/clients/élèves	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8-Je sens que je craque à cause de mon travail	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9-J'ai l'impression, à travers mon travail, d'avoir une influence positive sur les gens	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10-Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11-Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12-Je me sens plein(e) d'énergie	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

13-Je me sens frustré(e) par mon travail	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14-Je sens que je travaille « trop dur » dans mon travail	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15-Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes patients/clients/élèves	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16-Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17-J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes patients/clients/élèves	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18-Je me sens ragaillardi(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes patients/clients/élèves	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19-J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20-Je me sens au bout du rouleau	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21-Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22-J'ai l'impression que mes patients/clients/élèves me rendent responsable de certains de leurs problèmes	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Total épuisement professionnel				<input type="text" value="0"/>			
Total dépersonnalisation				<input type="text" value="0"/>			
Total accomplissement personnel				<input type="text" value="0"/>			

RESULTATS:

Le MBI explore trois versants: l'épuisement, la dépersonnalisation, l'accomplissement personnel

Épuisement professionnel : questions 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20

-total inférieur à 17: burn out bas

-total compris entre 18 et 29: burn out modéré

-total supérieur à 30: burn out élevé

Dépersonnalisation : questions 5, 10, 11, 15, 22

-total inférieur à 5: burn out bas

-total compris entre 6 et 11: burn out modéré

-total supérieur à 12: burn out élevé

Accomplissement personnel : questions 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21

-total supérieur à 40: burn out bas

-total compris entre 34 et 39: burn out modéré

-total inférieur à 33: burn out élevé

Un score élevé aux deux premières échelles et un score faible à la dernière signe un épuisement professionnel

Annexe 3 : Guide d'entretien de l'étude

<u>question principale</u>	<u>questions de relance</u>
1- qu'est ce qui vous a amené à venir travailler sur le Havre ?	êtes vous originaire de la région? avez-vous fait vos stages sur le Havre ? votre conjoint travail-il ici ?
2- Pensez-vous qu'il y aie des risques pour votre santé à travailler dans la région havraise ?	santé physique ? santé mentale ? pensez-vous qu'il y a eu un impact sur votre vie sociale depuis la fin de votre internat ?
3- Que pensez-vous de la difficulté pour un jeune généraliste de s'installer sur la ragion havraise ?	somme de travail importante ? difficulté à orienter les patients ? difficulté à trouver des collaborateurs ? système de garde ?
4- Comment vous soignez-vous ?	qui allez-vous voir si besoin de soin ? qui vous oriente dans le parcours de soin ? êtes-vous votre propre médecin traitant ? est-ce que vous vous automédiquez ? avez-vous eu recours à la prescription d'anxyolitique ? ATD ? fumez-vous ? Consommation d'alcool depuis la fin de l'internat ?
6- Comment organisez-vous votre vie perso/pro actuellement pour limiter l'épuisement professionnel ?	y-a-t-il eu des changements depuis le début de votre travail de généraliste ? avez-vous des rempalçants ? Fixes ? Ponctuels ? prenez vous des vacances ? Combien ? faites-vous parti d'un groupe de paires ? FMC ? travaillez-vous en groupe ? diversifiez vous votre activité ? avez-vous des loisirs ? Sport ? / Qu'est ce qui vous fait du bien quand vous êtes stressé ? À quelle fréquence ? avez-vous dû arrêter des loisirs ? D'autre envisagés? comment organisez-vous votre vie de famille quel est la place de votre conjoint/enfant ?
5- Savez-vous ce qu'est l'épuisement professionnel ?	ramenez-vous du travail à la maison ? l'avez-vous déjà ressentit? y-a-t-il eu des facteurs prédictifs ? y-a-t-il eu des facteurs protecteurs ?
7- Avez-vous déjà entendu parler de la méditation en pleine conscience ?	en avez-vous déjà fait ? si oui/non pourquoi ? savez-vous qu'il existe plusieurs structures permettant de l'exercer sur le Havre et sa région ? êtes-vous intéressez ? serait-il intéressant d'organiser des initiations via FMC ? que pensez-vous des pratiques de l'hypnose ? Acupuncture ? Sophrologie ? Reflexiologie plantaire ? Etc...
8- Avez-vous déjà entendu parler de la supervision ?	en avez-vous déjà fait ? si oui/non pourquoi ? êtes-vous intéressez ? et les groupes Balint ?
9- Comme faites-vous pour trouver un bon équilibre vie pro/vie perso	y-a-t-il des modification à entreprendre ? avez-vous des envies à l'avenir ? quelles mesures souhaitez-vous entreprendre ? Pensez-vous qu'être MSU peut vous protéger du stress ? allez-vous modifier votre activité/organisation ? y-a-t-il des choses que vous souhaitez mettre en place ? souhaitez-vous être aidé pour mettre en place des changements ? souhaitez-vous découvrir la méditation? La supervision ?
11- discussions personnelles	

Résumé

Introduction : L'épuisement professionnel est une pathologie fréquente chez les médecins généralistes. En 2018, il touchait 43,3% des médecins généralistes haut-normands. L'isolement est l'un des facteurs de risque prévalents de l'épuisement professionnel des médecins.

Le Havre-Sein-Métropole est particulièrement concerné par la diminution de la démographie médicale.

Il existe des méthodes de prévention pour prévenir l'épuisement professionnel. On retrouve la méditation en pleine conscience et les groupes de supervision type Balint, dont l'efficacité est retrouvée dans la littérature.

Les médecins généralistes du Havre-Seine-Métropole, peu nombreux, sont à risque accru d'épuisement professionnel, il est intéressant de connaître leurs méthodes de prévention.

L'objectif de cette étude était de recueillir les méthodes utilisées par de jeunes médecins généralistes exerçant au Havre-Seine-Métropole. Les objectifs secondaires étaient de les interroger sur leurs raisons d'une installation dans cette zone et de recueillir leurs intérêts sur les principales méthodes de prévention de l'épuisement professionnel retrouvés dans la littérature.

Méthodes : Nous avons réalisé une étude qualitative semi-dirigée entre le 15/01/2020 et le 28/05/2020. Les critères d'inclusion étaient d'exercer exclusivement dans la région du Havre-Seine-Métropole, d'avoir fini son internat depuis moins de 10 ans et d'avoir plus de 50% de son activité en tant que médecin généraliste. Les entretiens étaient enregistrés sur dictaphone et codés avec le logiciel Nvivo®. Cette étude est classée hors catégorie de la loi Jardé. Un accord de la CNIL a été obtenu.

Résultats : Afin de se prémunir de l'épuisement professionnel, les participants ont mis en place des mesures organisationnelles comme l'attractivité du cabinet, la cohésion entre collègues ou la gestion de leur emploi du temps par la réduction du temps de travail. Les méthodes personnelles s'articulent par la mise en place de loisirs pérennes et l'existence d'un noyau social fort. Les échanges confraternels semblent nécessaires avec notamment la participation aux groupes de pairs. Les méthodes de relaxation sont peu utilisées.

Discussions : Les méthodes mises en place s'articulent autour des méthodes organisationnelles et personnelles.

La limitation du temps de travail est un des facteurs principaux, cependant le cadre légal ne permet pas de limiter la responsabilité médicale du médecin en son absence. Ceci restreint la possibilité de mettre en place cette mesure. Le remplaçant en médecine générale prend une place importante dans le soutien du médecin installé. Il a un rôle pilier pour permettre au médecin de se libérer du temps en favorisant la permanence de soins.

En dehors des mesures personnelles, les méthodes reconnues comme efficaces dans la littérature ne semblent pas attirer les jeunes généralistes. On remarque que les groupes de pairs se développent mais pas la méditation en pleine conscience. Il existe un manque de sensibilisation dès la formation initiale du médecin et durant son parcours professionnel. Une des pistes à développer est de débiter la sensibilisation à la prévention de l'épuisement professionnel tôt dans les études.

Mots clefs : Epuisement professionnel – Prévention – Médecin généraliste – Méthodes