



HAL
open science

**L'apport de la pratique de l'hypnose en cabinet de
médecine générale sur le risque de burn-out du médecin
généraliste : étude quantitative sur les médecins
généralistes français**

Chloé Deboislorey

► **To cite this version:**

Chloé Deboislorey. L'apport de la pratique de l'hypnose en cabinet de médecine générale sur le risque de burn-out du médecin généraliste : étude quantitative sur les médecins généralistes français. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-03586908

HAL Id: dumas-03586908

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03586908>

Submitted on 24 Feb 2022

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.



UNIVERSITE DE BORDEAUX – U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Thèse pour l'obtention du diplôme d'État en médecine

2022 - Thèse numéro 07

DEBOISLOREY Chloé

Née le 16 décembre 1992 à Granville

Présentée et soutenue publiquement le 4 février 2022

L'apport de la pratique de l'hypnose en cabinet de médecine générale sur le risque de burn-out du médecin généraliste

Étude quantitative sur les médecins généralistes français

Directeurs de thèse :

Madame le Docteur Anne Calcagni et Monsieur le Professeur Louis Lohlé-Tart

Président du jury :

Monsieur le Professeur François Sztark

Membres du jury :

Monsieur le Professeur William Durieux
Madame le Docteur Sylvie Colombani-Claudet
Monsieur le Docteur Fabrice Lakdja
Monsieur le Professeur François Tison

REMERCIEMENTS

Tout d'abord aux Docteurs Anne Calcagni et Louis Lohlé-Tart, qui m'accompagnent maintenant depuis plusieurs années à travers ce sujet et qui m'ont apporté une aide non négligeable lors de la direction de ce travail, je vous remercie pour votre patience infinie et pour vos précieux conseils.

À Monsieur le Professeur François Sztark, je vous remercie pour l'honneur que vous me faites en acceptant de présider ce jury.

À Madame le Docteur Sylvie Colombani, un grand merci pour votre enseignement lors du diplôme inter-universitaire d'hypnose mais aussi d'avoir accepté de participer à ce jury.

À Monsieur le Professeur William Durieux, merci pour votre disponibilité et pour votre aide dans la correction de ce travail, et plus généralement pour vos enseignements au cours de mon internat.

À Monsieur le Docteur Fabrice Lakdja, merci pour votre bienveillance et pour votre intérêt pour mon travail qui vous a conduit à accepter de participer à ce jury.

À Monsieur le Professeur François Tison, je vous remercie d'avoir accepté de participer à ce jury.

Ce travail est dédié,

A mes parents, sans qui, bien évidemment, rien n'aurait été possible, et qui m'ont apporté le soutien et l'amour nécessaires tout au long de ces longues années, même dans les périodes les plus difficiles. Merci maman pour la dernière relecture !

A mes grands-parents et à mes oncles, qui ont toujours été là pour croire en moi et pour me gâter (trop) !

A Paul, mon compagnon, qui a supporté toutes mes pérégrinations lors de mon internat sans broncher, qui ne m'a jamais laissé tomber dans les moments les plus compliqués, et qui m'a rassurée (et supportée) tout au long de ce travail.

À Anchie, Marion, Robert, merci d'avoir rendu ces années d'études plus folles (les spectacles de danse contemporaine, les révisions en cabinet d'architecture, les cosmos, et tout le reste ...), merci pour votre bonne humeur, mais aussi pour votre humour parfois incompris !

À Elodie et Pierre, merci de m'avoir accompagné pendant l'internat, que ce soit dans les maisons sans chauffage mais avec araignées, pour répondre à mes messages de panique, ou juste pour boire un verre, merci d'avoir été là, et de toujours l'être !

À tous mes amis, de Granville ou d'ailleurs, merci pour tous les bons moments passés ensemble, et surtout pour ceux à venir !

Je voudrais également remercier

Les médecins ayant participé à cette étude, pour m'avoir donné un peu de leur temps dans une période difficile.

Tous les enseignants de la faculté de Caen et de celle de Bordeaux, et toutes les équipes hospitalières et médecins libéraux que j'ai pu croiser au cours de mes études, pour avoir permis ma formation médicale et pour m'avoir donné goût à cette profession au fil des années.

SOMMAIRE

SOMMAIRE	p. 4
INTRODUCTION	p. 6
<u>Partie I : PREREQUIS</u>	p. 9
I – INTRODUCTION A L’HYPNOSE	p. 10
A) Définitions	
B) Quelques notions de neurophysiologie	
C) Applications de l’hypnose en médecine	
D) Les modalités pratiques de l’hypnose	
II –A PROPOS DU BURN-OUT	p. 16
A) Définitions	
B) Épidémiologie	
C) Le burn-out des médecins généralistes	
D) Similitudes avec les études existantes	
<u>Partie II : MATERIEL ET METHODE</u>	p. 21
I – METHODE	p. 22
A) Type d’étude	
B) Le questionnaire	
C) Le Maslach Burnout Inventory (MBI)	
II – LA POPULATION	p. 25
A) Critères de sélection	
B) Le recrutement	
III – RECUEIL DE DONNEES	p. 27
A) Modalités de recueil	
B) Calcul des scores au questionnaire MBI	
C) Organisation des réponses et codage	
IV – EXPLOITATION DES RESULTATS	p. 30

Partie III – RESULTATS **p. 32**

I – CARACTERISTIQUES DE L’ECHANTILLON p. 33

- A) Éléments démographiques
- B) Organisation du cabinet
- C) Données concernant la pratique de l’hypnose
- D) Comparaison des deux sous-populations

II – RESULTATS CONCERNANT LE RISQUE DE BURN-OUT. p. 37

- A) Comparaison entre les groupes « hypnose » et « non-hypnose »
- B) Représentation des trois dimensions du MBI
- C) Facteurs pouvant affecter le burn-out
 - a. Modalités démographiques
 - b. Modalités d’organisation du cabinet

Partie IV – DISCUSSION **p. 44**

I – DISCUSSION DES RESULTATS p. 46

- A) Profil de la population étudiée
 - a. Données démographiques
 - b. Organisation du cabinet
 - c. Profil des médecins généralistes pratiquant l’hypnose interrogés
- B) Données concernant le risque de burn-out
 - a. Risque global de burn-out comparé dans les populations « hypnose » et « non-hypnose »
 - b. Discussion à propos des trois dimensions du MBI
 - c. Les facteurs pouvant influencer le risque de burn-out

II – LIMITES DE L’ETUDE p. 54

- A) Biais de sélection
- B) Biais liés au sujet d’étude

CONCLUSION **p. 57**

BIBLIOGRAPHIE **p. 58**

ANNEXES **p. 63**

INTRODUCTION

Le burn-out, ou « syndrome d'épuisement professionnel » en français, est caractérisé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme étant « *un syndrome conceptualisé résultant d'un stress chronique au travail qui n'a pas été correctement géré. Trois dimensions le caractérisent : le sentiment de manque d'énergie ou d'épuisement, le retrait vis-à-vis du travail ou des sentiments de négativisme ou de cynisme liés au travail et d'une perte d'efficacité professionnelle* » (1).

Il a été décrit pour la première fois dans les années 70 par le Dr Hervé Freudenberger (2), néanmoins il souffre toujours d'une absence de définition propre, n'apparaissant pas en tant que pathologie reconnue à part entière dans les classifications DSM-5 et CIM-11 (3).

Depuis, ce syndrome apparaît de plus en plus dans le paysage médiatique français, de par son ampleur actuelle, qui fait de lui un problème de santé publique majeur.

Il peut d'abord toucher toute personne « travailleuse » dans un milieu comportant de nombreux facteurs de stress chroniques, comme en atteste l'étude de 2012 de Khireddine et al. sur la souffrance psychique en lien avec le travail qui rapporte un taux de prévalence de 7% de burn-out parmi les troubles psychiques en lien avec le travail (4).

Néanmoins il touche de façon aggravative le milieu soignant du fait de conditions d'exercice toujours plus difficiles, en partie dues à une démographie médicale inégale sur le territoire, et plus spécifiquement les médecins généralistes exerçant en cabinet, qui sont très touchés par cette pathologie.

Sa prévalence est d'ailleurs trois fois plus importante que dans les autres professions (5). Une méta-analyse de mars 2018 qui a regroupé trente-trois études pour un échantillon de 9667 médecins, a retrouvé une prévalence de burn-out chez les médecins généralistes de 48% dont 5% en burn-out sévère (5). Ces chiffres élevés parlent d'eux même montrant l'étendue du problème.

L'hypnose est aujourd'hui devenue un moyen thérapeutique de plus en plus utilisé en médecine, avec diverses indications comme les douleurs chroniques ou les pathologies anxiodépressives, en se plaçant comme méthode complémentaire aux thérapeutiques médicamenteuses usuelles. L'histoire de cette pratique est longue, avec ses premières traces

dans l'Antiquité, mais c'est surtout dans les années 1980 que l'hypnose contemporaine est née portée notamment par Milton H. Erickson, psychiatre et psychologue américain, qui la définissait comme « *un état de conscience dans lequel vous présentez à votre sujet une communication avec une compréhension et des idées, afin de lui permettre d'utiliser cette compréhension et ces idées à l'intérieur de son propre répertoire d'apprentissage* » (6).

Elle est également définie plus tard par M. Kérouac comme « *un état et/ou processus de conscience modifiée, produit par une induction directe, indirecte ou contextuelle, (...), caractérisé par une élévation de la suggestibilité et qui produit à son tour certains phénomènes sensoriels et perceptuels. Cet état, que certains auteurs appellent « la transe », est un état naturel que l'on peut vivre tous les jours (...)* » évoquant par exemple ces moments où, en voiture, sur un trajet habituel et connu, une personne arrive à destination sans aucun souvenir du trajet, qui a été réalisé par automatisme, et dans un état de probable transe hypnotique sans en avoir conscience.

De par ses modalités pratiques dans sa forme conventionnelle (position confortable, environnement calme et propice à la relaxation, voix d'accompagnement enveloppante et rassurante...), il apparaît que l'hypnose entraîne un bien-être d'abord chez le patient, mais aussi chez l'hypnothérapeute chevronné puisqu'ayant été formé au non-jugement et à l'acceptation inconditionnelle de la personne telle qu'elle est. Plutôt que l'enjeu classique de nécessité de « faire et réussir pour », c'est la nécessité d'établir une alliance thérapeutique avec pour base fondamentale la ratification du savoir être et savoir-faire du sujet qui prévaut en hypnose. La notion d'« équipe soignante » où soignant et patient se réapproprient chacun leurs propres responsabilités permet de retrouver un regard plus serein face à la gestion de la pathologie.

Cet état de fait a pu être observé par exemple dans un service de grands brûlés au centre hospitalier Vaudois, en Suisse, où une étude avait été réalisée en 2013 et avait démontré une diminution significative de la prévalence du risque de burn-out dans l'équipe médicale et paramédicale du fait d'une pratique régulière de l'hypnose (7).

Armée de mon Diplôme Interuniversitaire d'hypnose clinique et thérapeutique, et me destinant à une pratique de la médecine générale en ambulatoire, ces observations m'ont donc naturellement incitée à approfondir le sujet, et ont donc inspiré mon sujet d'étude, me paraissant trop peu exploité, à savoir : les effets de la pratique de l'hypnose dans la prévention du burn-out chez les médecins généralistes français.

PARTIE I – PREREQUIS

I – INTRODUCTION A L’HYPNOSE

A) Définitions

L'hypnose a de multiples définitions, modifiées au fur et à mesure des siècles où nous pouvons la retrouver, de l'Antiquité avec ses premières traces en Égypte, en passant par Franz Anton Mesmer au 18ème siècle et sa théorie du magnétisme animal, jusqu'aux premières applications médicales avec Paul Broca en 1859 dans la lignée des travaux de Charcot et Freud, et enfin Erickson signant le début de l'ère de l'hypnose contemporaine.

Si nous devons n'en retenir que quelques-unes, ce serait probablement, en premier lieu, celle d'Erickson en 1980 (6) :

« C'est un état de conscience dans lequel vous présentez à votre sujet une communication avec une compréhension et des idées, afin de lui permettre d'utiliser cette compréhension et ces idées à l'intérieur de son propre répertoire d'apprentissage. »

En d'autres termes, l'hypnose n'est qu'un moyen via lequel le thérapeute apprend au sujet à accéder à ses propres compétences et ses capacités de changement. C'est une relation fondée sur une communication particulière qui permet au thérapeute d'aider le sujet à se mettre lui-même dans un état modifié de conscience, afin de lui faire accéder à « ce qu'il est capable de faire pour lui-même ». (8)

B) Quelques notions de neurophysiologie

Cet « état modifié de conscience », appelé également « transe hypnotique », a une physiologie bien particulière. Comme le définissait François Roustang c'est un état de « veille paradoxale », c'est un état qui associe à la fois les traits caractéristiques de l'état de veille (vigilance du sujet accrue), et ceux du sommeil paradoxal. Selon lui, l'hypnose serait donc « le symétrique, à l'état de veille, du sommeil paradoxal » (9).

Ceci a d'ailleurs été largement étudié pour mettre en évidence les mécanismes physiologiques de l'hypnose.

Sur le plan des activations cérébrales spécifiques en hypnose, des recherches ont permis, grâce à des études en imagerie cérébrale (PET-Scan et IRM, Imagerie par Résonance Magnétique, fonctionnelle) de démontrer l'activation cérébrale particulière lors de l'état hypnotique en comparaison avec l'état de veille, les composantes du sommeil, la méditation et les hallucinations visuelles pathologiques de la schizophrénie (10, 11).

Des comparaisons ont également été réalisées entre les techniques hypnotiques basées sur la reviviscence de souvenirs agréables et des exercices d'imagerie mentale au repos, les yeux fermés, et ont permis de mettre en évidence la sollicitation importante sous hypnose des aires visuelle (cortex occipital), sensorielle (cortex pariétal) et motrices (cortex pré-central), comme si, lors de cet exercice d'hypnose, le sujet voyait, sentait et bougeait réellement (12).

Afin de distinguer l'état hypnotique du sommeil, des études neurologiques basées sur la comparaison d'électroencéphalogrammes ont permis de démontrer l'absence de tracé propre au sommeil pendant une séance d'hypnose.

C) Applications de l'hypnose en médecine

Toutes ces considérations et études autour de l'hypnose permettent de crédibiliser la technique, et d'éloigner l'image de l'hypnose de spectacle, qui n'a de rapport avec l'hypnose Ericksonienne que son nom. En effet, depuis une trentaine d'années, l'hypnose prend peu à peu sa place dans la médecine moderne, grâce à des champs d'application qui s'élargissent de plus en plus et en font un outil thérapeutique à part entière.

Dans ses applications actuelles, l'une des plus fréquentes mais surtout la plus documentée est son utilisation dans le cadre de la prise en charge de la douleur. La perception de la douleur dépend de quatre composantes : sensori-discriminative, affective et émotionnelle, cognitive, et comportementale (13). L'hypnose permet dans ce cadre d'agir sur la composante affective (le caractère désagréable de la sensation douloureuse), et sensorielle (intensité de la perception douloureuse).

Ce postulat a d'ailleurs pu être démontré grâce à la neuro-imagerie avec une corrélation entre l'effet antalgique de l'hypnose et une augmentation de la modulation fonctionnelle entre le lieu de l'encodage de la composante émotionnelle de la douleur : le cortex cingulaire antérieur, et un large réseau neuronal de structures corticales et sous corticales, en charge des perceptions sensorielles et émotionnelles de la stimulation nociceptive (14).

De ce fait, l'hypnose est un outil de choix dans la prise en charge des douleurs chroniques, avec la possibilité de modifier la perception douloureuse des patients et en leur permettant de jouer sur l'intensité perçue de leur douleur.

L'hypnose est également utilisée dans les soins palliatifs, outre du fait de son efficacité hypno-analgésique, pour la gestion du stress et le soulagement des autres symptômes inhérents à la fin de vie.

Dans ses applications diverses, nous pouvons aussi souligner son apport en pédiatrie, notamment lors des soins douloureux aigus, mais aussi en dentaire avec son application en complément de l'anesthésie et de l'analgésie conventionnelles. Il a été démontré dans des études que l'utilisation de l'hypnose dans ce domaine permettait une diminution des complications au cours de l'intervention notamment les saignements ou les douleurs (15), mais également une diminution de la consommation d'antalgiques au décours de l'intervention (16).

Il existe évidemment bien d'autres utilisations possibles de l'hypnose, notamment dans le cadre de la psychiatrie, non détaillées dans ce travail.

D) Les modalités pratiques de l'hypnose – Trame d'une séance d'hypnose conventionnelle

Du fait d'une utilisation très variée comme nous venons de le voir, l'hypnose revêt donc différentes formes opérationnelles, en fonction du contexte et du sujet. Nous pouvons grossièrement décrire ses différentes formes telles que :

– L'hypnose formelle, qui suit une trame bien précise que nous verrons plus loin, dans le cadre d'une consultation dédiée, et qui représente un mélange de suggestions directes et indirectes.

– L'hypnose conversationnelle, qui utilise les mêmes techniques que l'hypnose formelle mais sans suivre de trame précise, sans que ce soit formalisé et/ou perçu ni par le patient ni par le soignant, en réalisant des suggestions permissives s'adressant à l'inconscient au fil de la conversation.

– L'hypnose dans le cadre de l'urgence : plus directive.

– L'auto-hypnose : méthode incontournable à mettre entre les mains de nos patients dans les situations de soins chroniques, en continuité avec les séances d'hypnose plus conventionnelles en vue de son autonomisation dans la pratique du soin.

L'utilisation de l'une ou l'autre de ces techniques dépend du contexte, et toutes peuvent être utilisées pour un même patient, selon ses demandes, et surtout ses ressources. Il suffit d'observer la situation et notre interlocuteur, l'observation étant un autre principe fondamental en hypnose car à la base de toutes nos interactions avec le patient.

Nous ne pouvons conclure ces prérequis concernant l'hypnose sans explorer la séance d'hypnose conventionnelle en elle-même, permettant une compréhension de son mécanisme et de ses effets.

L'hypnothérapie commence tout d'abord par un entretien avec le patient, débutant toute prise en charge en hypnose. C'est la première étape de la séance ayant une importance capitale dans la suite du soin. Cet entretien est crucial de par les informations qu'il donne, permettant de faire émerger les problématiques et par rapport à celles-ci les buts du patient, ses demandes, ses ressources, recueillir des informations personnelles notamment sur ses valeurs, que nous pourrions utiliser lors de la séance (comme ses phobies ou encore un lieu de relaxation déjà trouvé) mais aussi il permet d'observer le patient et de s'immerger progressivement dans le contexte de soin.

Pour rassurer celui-ci, il n'est pas véniel au contraire d'établir le cadre éthique et de garantir l'usage d'un langage propre et conforme à la déontologie du respect de la souveraineté du patient car c'est la première étape vers le rapport de confiance et donc de l'alliance thérapeutique. De même ce rapport de confiance exige une installation particulière avant la séance il veillera à proposer une position confortable et surtout le praticien devra établir avec le sujet une juste distance de façon à créer une « bulle thérapeutique commune » tout en préservant leurs deux propres ; tout cela afin de débiter dans les meilleures conditions.

La suite de la séance se fait selon plusieurs étapes dont les limites sont floues. En effet la séance étant dépendante des réactions du sujet et exigeant donc une adaptation constante de l'hypnothérapeute par le biais d'une observation fine du sujet, leur chronologie et leur nombre peut varier.

- 1) **L'induction** : elle permet au sujet de rompre progressivement avec le monde extérieur et l'état de veille classique par le biais d'une focalisation interne en jouant sur ses perceptions sensorielles. C'est l'étape de la défocalisation du « réel » pour le recentrage vers l'intériorité du sujet.
- 2) **La dissociation** : le patient étant maintenant focalisé sur son intériorité, le guide introduit un propos à visée dissociative du « corps » afin de suggérer une stabulation libre de la pensée. Cela permet alors d'introduire l'étape suivante.

- 3) **L'exploration métaphorique de la pensée** par une plongée dans l'imaginaire passé, présent et/ou futur en utilisant toute la sensorialité de celui-ci afin de trouver les ressources nécessaires pour amorcer un changement. Cette étape peut aussi consister en de simples suggestions de relaxation ou de narration de contes.

- 4) **L'Ancrage et les suggestions post-hypnotiques** : L'ancrage représente le moyen par lequel le patient pourra retrouver l'état hypnotique lors des séances ultérieures qu'elles soient accompagnées ou en auto-hypnose. Il peut être un ancrage corporel : c'est à dire une introduction dans le corps lui-même de l'idée de la ressource précédemment élaborée. Il peut être un ancrage temporel et là prend le nom de suggestion post hypnotique : c'est à dire une projection dans le futur de ladite ressource afin de la rendre visuellement ou conceptuellement disponible lors de l'état de veille.

- 5) **Dé-hypnotisation**, ou retour dans « l'ici et maintenant » : Le soignant raccompagne le patient en réassociant le corps et l'esprit afin qu'il retrouve son état de conscience ordinaire. A noter que des abréactions peuvent à ce moment s'exprimer, et qu'il convient au soignant de les ratifier et de les accompagner.

Au travers de ses modalités pratiques dans sa forme conventionnelle (position confortable, environnement calme et propice à la relaxation, voix d'accompagnement), il apparaît que l'hypnose entraîne un bien-être et une certaine relaxation. Cette détente est apportée au patient, mais il est à noter également que le soignant bénéficie de ce même environnement.

Ce constat m'a donc menée à m'interroger sur l'apport de la pratique de l'hypnose par les soignants dans la prévention de leur propre risque de burn-out. En effet, se plonger dans l'usage d'une telle méthode induit chez le praticien une vision alternative du soin et il y découvrira des postulats et des prérequis qui lui permettront de développer une bien- « veillance » et une bien- « actance » chez autrui ce qui peut être une bonne façon d'apprendre à prendre aussi soin de lui.

II) A PROPOS DU BURN-OUT

A) Définitions

Le burn-out, ou syndrome d'épuisement professionnel en français, a plusieurs définitions. La première nous vient du Dr Hervé Freudenberger, psychiatre et psychanalyste américain dans les années 70, qui pour la première fois observa ce syndrome chez des bénévoles travaillant dans un centre pour toxicomanes. Expérimentant lui-même ce phénomène, il consigna les douze phases par lesquelles il passa et à partir de cette description, proposa que cet état soit un déséquilibre entre le désir d'aider autrui et ce que cela apporte à la personne qui aide. Il subordonne donc à ce moment le burn-out à la réalisation de soi (2)(17).

Cet historique a été relaté dans une étude retraçant l'étude du burn-out par Maslach et Schaufeli, auteurs très prolifiques dans ce domaine. C'est d'ailleurs à partir des études de Maslach et Jackson que le burn-out est passé d'une expérience personnelle à une pathologie mesurable. En 1976, ils décrivent ce syndrome selon trois dimensions : l'**épuisement émotionnel** ou fatigue psychologique, accompagné de multiples symptômes physiques aspécifiques, peu ou non améliorés par le repos ; la **dépersonnalisation**, ou perte d'intérêt vis-à-vis des patients, relégués à une simple pathologie et non plus considérés comme des individus ; et enfin la **diminution de l'accomplissement personnel**, sensation d'échec personnel ; cela à partir de 200 interviews non directives réalisées auprès de personnes travaillant avec des populations en grande détresse (travailleurs sociaux, avocats commis d'office, infirmiers en psychiatrie, psychiatres et psychologues) (17).

C'est à partir de cela qu'ils créent le Maslach Burnout Inventory, échelle de mesure du burn-out avec de multiples déclinaisons en fonction des catégories professionnelles interrogées mais aussi de ses différentes traductions (18). Cette échelle reste la plus utilisée encore à ce jour, notamment dans le cadre des études scientifiques avec plus de 90 % des nombreux articles sur le sujet l'utilisant en 2016. La version originale, dite version pour les personnes engagées dans les services d'aide aux personnes, comporte 22 questions : 9

questions sur l'épuisement émotionnel, 5 questions sur la dépersonnalisation et 8 sur le sentiment de perte d'accomplissement personnel. Chaque item fait l'objet d'une réponse sur une échelle de Likert à 7 degrés, graduée de jamais (cotée 0) à chaque jour (cotée 6). Les scores de chacune des dimensions sont additionnés pour produire trois scores (18).

Cette échelle sera étudiée plus longuement dans la partie matérielle et méthode de notre étude car nous avons également utilisé une version dérivée, son application sur le personnel médical ayant été déjà validée dans une étude de 1986 (19).

Concernant ses définitions récentes, la notion de burn-out a été très récemment incluse dans la dernière version de la Classification Internationale des Maladies (depuis mai 2019 dans la CIM-11) (20). Il n'y est pas défini comme une pathologie en tant que telle mais comme un « facteur influant sur l'état de santé ou sur les motifs de recours aux services de santé ». Sa définition dans cet ouvrage est « *un syndrome conceptualisé comme résultant d'un stress chronique au travail qui n'a pas été correctement géré. Il est caractérisé par trois dimensions : le sentiment de manque d'énergie ou d'épuisement, le retrait vis-à-vis du travail ou des sentiments de négativisme ou de cynisme liés au travail et une perte d'efficacité professionnelle.* » Il est à noter cependant qu'il n'apparaît toujours pas dans la dernière version du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5) (21).

Par ailleurs, l'OMS propose également une définition du burn-out comme étant « *un sentiment de fatigue intense, de perte de contrôle et d'incapacité à aboutir à des résultats concrets au travail* ».

Selon le psychiatre Dr Dominique Barbier, le syndrome d'épuisement professionnel du soignant (SEPS), s'installe insidieusement en quatre étapes. Tout d'abord une **phase d'enthousiasme idéaliste** vis-à-vis du travail, avec un surinvestissement, des ambitions et objectifs professionnels élevés. Puis vient la **phase de stagnation inefficace** avec un désinvestissement progressif, une déception vis-à-vis du surinvestissement qui paraît maintenant contre-productif, et une altération de sa santé. Ensuite, nous avons la **phase de frustration**, avec une impression de ne pouvoir y arriver, une baisse de la qualité et de la quantité de travail. Et finalement la **phase d'apathie et de démoralisation** avec recherche d'une position de sécurité, dominée par une perte de tout intérêt pour son travail et son

entourage (22).

Il s'avère que malgré l'impossibilité de diagnostiquer le burn-out selon des critères spécifiques, le diagnostic est principalement contextuel, avec l'expression de symptômes de dépression accompagnés de facteurs de stress et plaintes importantes liés aux conditions de travail.

Il concerne bien évidemment les soignants, mais plus généralement, comme nous avons pu le voir dans l'historique de la pathologie, toute personne travaillant dans un milieu avec de nombreux facteurs de stress chroniques, avec une relation d'aide à autrui, comme par exemple : les personnels de police, pénitentiaires, les enseignants ou même les aidants d'un proche malade.

B) Épidémiologie

Sur le plan de l'épidémiologie, dans la population générale, le réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles (RNV3P), a réalisé un recueil de données de 2001 à 2009 auprès de 31 centres de consultation de pathologies professionnelles (CCPP), et 9 services de santé au travail, et a retrouvé près de 22%, soit 10574 signalements sur les 47768 pathologies liées au travail, de troubles psychopathologiques liés au travail (allant du trouble anxieux à l'épisode dépressif caractérisé) (23).

Dans une étude de 2012 de Khireddine et al. sur la souffrance psychique en lien avec le travail portant sur les données du Programme MCP, Santé publique France, on retrouvait une part de 7% de burn-out parmi les troubles psychiques en lien avec le travail, incidence en augmentation (4).

On peut également se dire que ces chiffres sont sous-estimés, les personnes concernées ne consultant pas toujours la médecine du travail ou leur médecin généraliste pour de tels troubles, même si le sujet s'est largement démocratisé avec une médiatisation toujours plus importante ces dernières années.

C) *Le burn-out des médecins généralistes*

Chez les médecins généralistes, de multiples études y ont été consacrées. La plus récente, et donc présentant un intérêt accru, est une revue de la littérature et méta-analyse datant de 2019 et concernant les médecins généralistes français. Les chiffres sont apparemment effarants car, en effet, après analyse de 37 études regroupant 15 183 médecins français, il a été démontré que 49% des médecins interrogés étaient en burn-out dont 5% en burn-out sévère se basant également sur l'échelle MBI (5).

D'autres études viennent également étayer ce diagnostic (24), certaines concernant les internes en médecine générale français retrouvant la même tendance (25) ou mettant en lien les questions de démographies médicales actuelles avec ce syndrome (26).

Concernant les facteurs pouvant influencer le risque de burn-out, nous retrouvons un large panel de facteurs de risque significatifs dans la revue de la littérature précédemment citée (24) : « *Les facteurs intrinsèques étaient la relation avec les patients, l'incertitude des soins, les relations avec ses confrères, la charge de travail qualitative et la satisfaction vis à vis du travail. Les facteurs extrinsèques étaient : la charge de travail quantitative, le nombre de gardes, la zone de densité médicale, le déséquilibre vie privée/professionnelle, l'absence de formation continue et de travail universitaire, l'organisation et lieu de pratique, l'aspect financier, les problèmes judiciaires, les contraintes administratives, le temps consacré aux loisirs et aux vacances, le nombre d'heures de sommeil* ». Ces mêmes facteurs étaient également cités dans l'étude de 2004 concernant le risque de burn-out des médecins généralistes français (27), où la question des facteurs de risque avait été directement demandée aux interrogés via des questions ouvertes, et où on retrouvait la charge de travail élevée, le poids du travail administratif, les conflits avec les organismes sociaux ou les difficultés relationnelles avec les patients et leur famille.

L'étude concernant le risque de burn-out des médecins généralistes du Gers (28), retrouvait des facteurs de risque significativement liés au risque de burn-out non retrouvés dans les autres études, qui étaient le célibat, l'absence de diversification de l'activité et un nombre d'années d'exercice entre 10 et 20 ans qui augmentait le risque de dépersonnalisation.

C'est dans ce contexte relativement sombre, que l'apport de l'hypnose peut être

évoqué. D'une manière purement personnelle, cette sensation de bien-être transmise au patient semble également ressentie par le soignant lors des séances. Mais il a également été décrit dans des articles, telle cette publication de la Revue Médicale Suisse de 2013, réalisée auprès des soignants de l'unité des grands brûlés du CHU Vaudois en Suisse, qui démontrait, outre l'effet bénéfique de l'hypnose sur les patients de l'unité, un bénéfice certain sur le stress de l'équipe soignante du fait de la présence de l'hypnothérapeute dans le service (7).

D) Similitudes avec les études existantes

Lors de la réalisation de la bibliographie de cette thèse, il s'est avéré qu'il existait déjà de nombreuses études concernant l'incidence, et les facteurs favorisant le burn-out des soignants, qu'il s'agisse de personnels hospitaliers, libéraux, médicaux ou paramédicaux.

Leur méthodologie était similaire avec l'utilisation d'un questionnaire envoyé directement aux interrogés (que ce soit par envoi postal (27, 28 et 29), ou remis en mains propres pour les personnels hospitaliers ou les internes en stage (30)) et l'évaluation du risque de burn-out grâce au Maslach Burnout Inventory (MBI). Ces études retrouvaient des résultats comparables que ce soit dans le taux de réponses, ou les incidences de burn-out. Ceci nous a donc poussé à suivre le même protocole.

PARTIE II – MATERIEL ET METHODE

I – METHODE

L'objectif principal de cette étude est de déterminer si la pratique de l'hypnose en cabinet de médecine générale permet de diminuer le risque de burn-out chez le praticien, le présumé étant que cette formation permette l'acquisition de ressources personnelles pouvant diminuer le risque. Les objectifs secondaires sont une meilleure connaissance de la démographie et des caractéristiques des médecins généralistes pratiquant l'hypnose, mais aussi d'avoir de nouvelles informations concernant le burn-out des soignants, outre des données d'incidence, notamment la présence de co-facteurs pouvant augmenter ce risque tels que l'amplitude horaire ou des données concernant l'organisation du cabinet.

A) Type d'étude

Cette étude est une enquête quantitative par recueil de données grâce à des questionnaires envoyés à des médecins généralistes de toute la France pratiquant ou non l'hypnose.

Vue l'importance de l'échantillon de population interrogé, il semblait que l'étude quantitative avait sa légitimité même si nous devons accepter de la faire avec quelques biais. En effet, les questionnaires « postaux » (c'est-à-dire remplis par l'interviewé lui-même et non par un intervieweur posant une question oralement) sont particulièrement appropriés pour les traitements statistiques si l'on prend soin de libeller les questions de manière à limiter les possibilités d'interprétation. Il n'en va pas de même des questions semi-ouvertes ou ouvertes demandant un développement sous forme de texte, dont l'interprétation est souvent rendue très délicate par l'absence d'interaction. De plus, ce genre d'étude n'avait encore jamais été réalisée afin de faire le lien entre pratique de l'hypnose et l'incidence du burn-out chez des médecins généralistes.

Il apparait également que le fait que l'étude soit comparative entre les médecins pratiquant l'hypnose (simplifions les par MGH) et ceux ne la pratiquant pas (simplifions les par MG) nécessitait des données homogènes et numériques afin de permettre une analyse statistique adéquate.

B) Le questionnaire

Ce questionnaire a été construit en trois parties comprenant un addendum pour les destinataires pratiquant l'hypnose.

La première partie recueille principalement des données d'ordre démographique, utiles pour analyser la comparabilité des deux groupes.

La deuxième concerne l'organisation du cabinet, notamment sur le plan de l'infrastructure, du lieu d'exercice, des renseignements concernant les horaires réalisés, l'exercice le samedi ou la réalisation de gardes. Elle renseigne également la pratique d'une activité tierce, notamment l'hypnose.

Pour les médecins pratiquant l'hypnose, dans cette partie est également renseignée leurs modalités de pratique, leur type de formation en hypnose, le nombre de séances réalisées mensuellement mais aussi une zone de commentaire libre afin d'exprimer l'apport de l'hypnose à leur pratique médicale.

La troisième et dernière partie concerne le dépistage du risque de burn-out selon une trame adaptée du questionnaire déclaratif du Maslach Burnout Inventory.

C) Le Maslach Burnout Inventory (MBI)

Comme expliqué auparavant dans la partie théorique, le Maslach Burnout Inventory ou MBI, est un questionnaire permettant le dépistage du risque de burn-out chez le soignant. Il semblait intéressant afin d'augmenter la force de l'étude d'utiliser une échelle validée afin de réaliser cette enquête, même s'il est à noter que ce questionnaire n'est pas diagnostique mais uniquement déclaratif et à but de dépistage, le burn-out n'ayant pas encore de définition propre comme rappelé précédemment.

Du fait que certaines questions paraissaient redondantes, s'intéressant aux mêmes dimensions émotionnelles, et le questionnaire étant déjà relativement long, il apparaissait que cela aurait pu limiter l'adhésion des sujets à l'enquête. Celui-ci a donc été allégé, et certains items ont été reformulés. De plus, l'ordre des questions a été modifié avec un rassemblement des items selon les trois dimensions du burn-out explorées que sont le syndrome d'épuisement professionnel, l'accomplissement personnel et la dépersonnalisation. Le calcul des scores a été conservé et adapté selon une règle de trois suite à la suppression de certains items.

II – LA POPULATION

La population questionnée devait être la plus importante possible afin d'obtenir une force d'étude suffisante pour répondre à notre hypothèse de départ. Le recrutement a donc été le plus exhaustif possible tant du côté MG que MGH pour que l'analyse de ces deux populations puisse offrir des différences statistiquement significatives.

A) Critères de sélection

Afin d'obtenir un échantillon assez grand pour obtenir une force statistique suffisante, il a été décidé que l'enquête porterait sur les médecins généralistes français, départements d'outre-mer inclus.

Les critères de sélection étaient donc la pratique actuelle de la médecine générale en cabinet libéral au moins partiellement, en France, et bien entendu l'accord de principe pour participer à l'étude.

Les critères d'exclusion étaient donc le fait d'être actuellement à la retraite ou la pratique exclusive de la médecine générale à l'étranger, en structure hospitalière ou dans des structures type maisons de retraite ou EHPAD.

B) Le recrutement

Concernant les médecins MG, la diffusion du questionnaire a été réalisée grâce à l'aide de certains conseils départementaux de l'ordre des médecins qui ont diffusé par courrier électronique le questionnaire. Tous les conseils départementaux français ont été contactés mais certains ont refusé la diffusion et d'autres n'ont pas donné suite à la demande. Certains ont accepté mais en diffusant le questionnaire uniquement sur leur site internet. Afin d'obtenir un nombre de réponses le plus important possible, une diffusion a également été réalisée via le contact des Unions Régionales des Professionnels de Santé - Médecins Libéraux (URPS ML ou URML).

Concernant les médecins pratiquant l'hypnose soit MGH, les contacts ont été obtenus via les sites internet de la Société Française d'Hypnose, le site « hypnose-ericksonienne.org », les pages jaunes, le site Doctolib et des contacts personnels obtenus lors de mon Diplôme Inter universitaire d'hypnose réalisée à la faculté de Bordeaux. Chaque praticien a été contacté par téléphone afin d'expliquer l'étude, d'obtenir leur accord de participation et de récupérer leur adresse électronique afin de leur envoyer par la suite le questionnaire.

III – RECUEIL DES DONNEES

A) Modalités de recueil

Afin de permettre une interface lisible et simple et de faciliter l'accès au questionnaire à tous les médecins généralistes interrogés, il a été décidé d'utiliser la plateforme GoogleForm pour l'hébergement et le recueil des réponses au questionnaire.

Un lien vers le questionnaire a donc été envoyé par courrier électronique soit via les structures tels que les conseils départementaux ou les URPS ML pour les MG, ou directement après contact téléphonique pour les MGH.

L'utilisation de cette plateforme a également permis de rendre complètement anonymes les questionnaires car aucune inscription préalable n'était nécessaire, ni le recueil d'informations telles que les contacts téléphoniques ou l'adresse mail.

Le recueil s'est fait sur deux questionnaires distincts pour les deux groupes de populations interrogées mais il s'est avéré que certains médecins pratiquant l'hypnose ont pu accéder au questionnaire concernant les médecins généralistes ne pratiquant pas. Certains m'ont contacté directement par courrier électronique avant de soumettre leur réponse et j'ai donc pu leur transmettre directement le lien vers le questionnaire les concernant, pour les autres, ils ont pu renseigner leur pratique de l'hypnose dans la rubrique du questionnaire concernant les activités tierces, et leurs réponses ont donc pu être exploitées dans le groupe des médecins pratiquant l'hypnose malgré l'absence de réponse sur les modalités de pratique de l'hypnose en cabinet de médecine générale.

Le recueil de réponses a débuté le 13 octobre 2020 pour les MG et le 9 novembre 2020 pour les MGH. Les questionnaires ont été clôturés le 21 décembre 2020 du fait d'une stabilité du nombre de réponses recueillies.

Tandis que la diffusion des questionnaires MG a permis une augmentation progressive et régulière du nombre de questionnaires reçus (diffusions par les différents organismes entre le 9 et le 25 novembre 2020), le recueil pour les MGH a nécessité une relance par courrier

électronique à la date du 22 octobre 2020, ce qui a permis de récupérer cinq réponses supplémentaires au questionnaire, de 24 à 29 réponses au total.

Il s'est avéré également qu'il y avait certains doublons de réponses probablement dus à une mauvaise manipulation au moment de soumettre le questionnaire, ces réponses ont donc été supprimées lors des analyses, notamment deux questionnaires dans le groupe des praticiens en hypnose.

B) Calcul des scores au questionnaire MBI

Comme expliqué précédemment, le questionnaire MBI a été adapté pour le travail de cette thèse avec élimination de certains items redondants et donc un nouveau système de calcul des scores a dû être mis en place.

La partie concernant l'épuisement professionnel (SEP) contenait initialement 9 questions avec un score anormal si supérieur ou égal à 27. Cette dernière a été ramenée à 6 questions et donc le seuil anormal a été recalculé grâce à la règle de trois : supérieur ou égal à 18.

Celle concernant l'accomplissement personnel (AP) comportait initialement 8 questions avec un score seuil inférieur ou égal à 33. Elle a été ramenée à 6 questions avec un nouveau seuil calculé à 25.

Enfin, la partie concernant la dépersonnalisation (DP) contenait 5 questions avec un score total anormal si supérieur ou égal à 10. Cela a été ramené à 4 questions avec un score seuil à 8.

Le calcul a été effectué individuellement pour chaque répondant.

C) Organisation des réponses et codage

Les réponses numériques ont été, après recueil, regroupées dans un tableur Excel, organisé selon le numéro de réponse au questionnaire afin de pouvoir retrouver les données si besoin, de manière verticale, et horizontalement selon tous les items des trois parties du questionnaire.

Un codage a été réalisé par la suite afin d'homogénéiser les réponses au questionnaire. Les treize premières colonnes du tableur étaient communes aux deux groupes avec respectivement : le numéro de ligne, le numéro de questionnaire, le sexe (1 : féminin, 2 : masculin), l'âge, le nombre d'années d'exercice de la médecine générale, le lieu d'exercice (1 : Rural, 2 : Urbain, 3 : Semi-rural ou semi-urbain), l'exercice sur rendez-vous (1 : Oui, 0 : Non, 2 : Mixte), la présence d'un secrétariat (1 : Oui, 0 : Non), le nombre d'heures travaillées de manière hebdomadaire, le nombre de samedi travaillé mensuellement (de 0 à 4), le nombre de garde réalisé annuellement (de 0 à 365), le nombre de semaines de congé annuel, l'existence d'une autre activité au cabinet ou salariat (excepté l'hypnose) (1 : Oui, 0 : Non).

Pour les personnes interrogées pratiquant l'hypnose (MGH), les trois colonnes suivantes concernaient leur modalité de pratique : le nombre d'années de pratique de l'hypnose, leur mode de formation (1 : Diplôme Universitaire, 2 : Formation privée, 3 : les deux) et le nombre de consultations mensuelles d'hypnose.

Les quatre dernières colonnes concernaient les résultats au MBI avec la première colonne correspondant au score calculé pour la section concernant le syndrome d'épuisement professionnel (SEP), la deuxième celui concernant l'accomplissement personnel (AP), la troisième celui concernant la dépersonnalisation (SP) et la dernière correspondant à un risque global : 0 égal à absence de risque, aucun score anormal dans les trois sections, 1 égal à risque faible, c'est-à-dire un score anormal sur les trois, 2 égal à risque modéré c'est-à-dire deux scores anormaux sur les trois, et enfin 3 égal à haut risque avec trois scores anormaux dans les trois sections explorées.

IV – EXPLOITATION DES RESULTATS

Le logiciel retenu pour l'exploitation est SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), créé dans les années 60 à l'université de Chicago et, plus tard, développé par une société privée dédiée à ce seul logiciel (SPSS Inc.), du fait de ses fonctionnalités d'ensemble et d'une interface extrêmement intuitive. La version utilisée ici est la version 13, datant de 2004-2005.

Concernant les éléments démographiques, les données quantitatives ont été exploitées dans des tableaux de fréquence, ce qui a permis l'établissement d'histogrammes, que nous avons pu comparer aux données existantes provenant de l'Atlas de démographie médicale en France du Conseil National de l'Ordre des Médecins de 2020.

Les deux sous populations d'étude, c'est-à-dire le groupe de médecins pratiquant l'hypnose et ceux ne la pratiquant pas, ont pu être comparées grâce au test du Khi Carré.

Pour les données concernant l'organisation du cabinet et les différentes modalités d'exercice, nous avons également utilisé des tableaux de fréquences pour les données quantitatives, et nous avons réalisé un tableau croisé pour comparer les différences d'organisation entre les hommes et les femmes grâce au Khi-Carré.

Les données spécifiques à la pratique de l'hypnose ont été exploitées de la même manière.

Pour exploiter les données concernant l'incidence du burn-out dans la population étudiée, nous avons tout d'abord réalisé des études statistiques sur l'échantillon complet. Les premiers tests ont permis la réalisation de tableaux de fréquence afin de calculer le risque global de burn-out dans la population générale mais en distinguant le risque fort de burn-out (c'est-à-dire un score pathologique dans chaque dimension étudiée : syndrome d'épuisement professionnel, accomplissement personnel et dépersonnalisation), le risque modéré (un score pathologique dans au moins deux des dimensions étudiées) et le risque faible (un score pathologique dans au moins une dimension).

Suite à cette première analyse, nous avons décidé de réaliser un test du Khi Carré entre les populations hypnose et non hypnose afin de rechercher une différence de risque **global** du burn-out (Risque nul c'est-à-dire aucun score pathologique dans les trois dimensions du burn-out versus au moins un score pathologique dans n'importe quelle dimension).

Nous avons ensuite décidé de comparer les occurrences de score pathologique dans chacune des dimensions du MBI en fonction de différents facteurs, que ce soit certaines données démographiques comme l'âge ou le sexe, ou des données concernant l'organisation du cabinet et la charge de travail. Pour ce faire, nous avons utilisé le test de Kolmogorov-Smirnov, peu utilisé habituellement mais s'adaptant aux contraintes liées à notre échantillon du fait de ses limites moins contraignantes que les autres tests adaptés aux analyses de données ordinales.

PARTIE III – RESULTATS

I – CARACTERISTIQUES DE L’ECHANTILLON

A) Éléments démographiques

Notre échantillon total sur cette étude est composé de 359 personnes au total, 321 personnes dans le groupe « non-hypnose » et 38 dans le groupe « hypnose » (11 personnes ayant été « récupérées » depuis le questionnaire des MG).

Concernant l’âge des personnes interrogées, il allait de 28 ans pour la plus jeune à 73 ans pour la plus âgée, avec une moyenne d’âge de 46,43 ans et une médiane à 45 ans. 42 % de la population avait moins de 40 ans dont 37,4 % entre 30 et 40 ans, 15,3 % avait entre 41 et 50 ans, 24 % de la population avait un âge compris entre 51 et 60 ans et 15% avait plus de 60 ans.

Pour la population du groupe « non-hypnose », les âges extrêmes étaient les mêmes que ceux de la population générale, de 28 à 73 ans, avec une moyenne d’âge et une médiane comparable, respectivement à 45,64 ans et 43 ans.

Pour le groupe « hypnose », les âges allaient de 31 à 68 ans avec une moyenne d’âge plus élevée à 53,16 ans et une médiane à 58 ans.

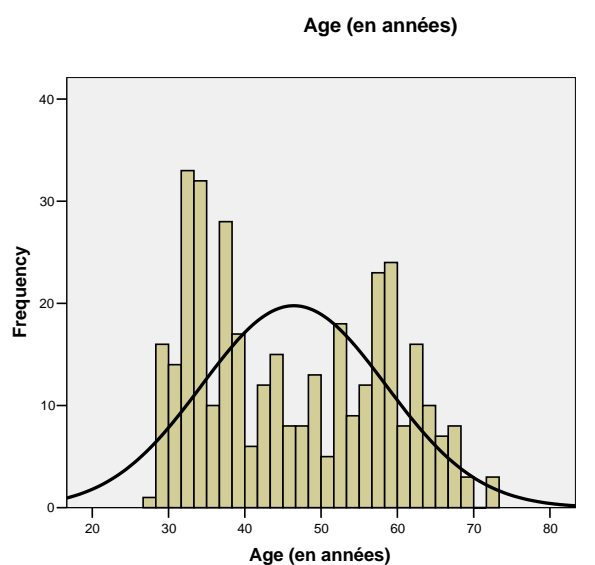


Figure 1 - Histogramme de l’âge de la population d’étude

Concernant le sexe des personnes interrogées, nous retrouvions au total 205 femmes, 153 hommes et une personne de sexe indéterminé, nous retrouvions donc une proportion de 57,1 % de femmes et 42,6% d'hommes. Dans le groupe « non-hypnose », nous retrouvions 186 femmes et 134 hommes, et pour le groupe « hypnose », la proportion était de 50% de femmes et d'homme avec 19 femmes et 19 hommes.

	Femme	Homme	Indeterminé	Total
Hypnose	19	19	0	38
Non-Hypnose	186	134	1	321
Total	205	153	1	359

Figure 2 – Distribution selon le sexe entre les groupes « hypnose » et « non-hypnose »

B) Organisation du cabinet

Le nombre d'années d'exercice a suivi logiquement les courbes des âges. Il était de 1 à 48 ans pour le groupe « non-hypnose » avec une médiane entre 13 et 14 ans, et de 2 à 40 ans pour le groupe « hypnose » avec une médiane plus élevée entre 27 et 28 ans.

Concernant le nombre d'heures de travail par semaine, sur les 359 personnes interrogées au total, il variait de 8 à 80 heures par semaine avec une moyenne à 43,75 heures.

Pour le travail le samedi, il allait logiquement de 0 samedi par mois à 4 samedis par mois et la moyenne était à 1,31.

Le nombre de semaines de congé annuel allait de 0 à 20 semaines par an avec une moyenne à 6,48.

Pour finir, concernant le nombre de gardes réalisées annuellement, il allait de 0 à 150 gardes par an. 38,2% de la population totale ne réalisait pas de garde et la médiane était entre 3 et 4 gardes par an. 90% de la population interrogées réalisait moins de 40 gardes par an.

En comparant les différences organisationnelles entre les femmes et les hommes, il est apparu une différence significative dans les modalités temps de travail, semaines de congé annuel, travail le samedi et réalisations de gardes , avec des résultats inférieurs pour les femmes dans toutes les modalités en comparaison avec les résultats des personnes de sexe masculin (Test de khi carré : $p = 0,000$ concernant le nombres d'heures travaillées par semaine, $p = 0,012$ pour le nombre de gardes, $p = 0,014$ pour le nombre de semaines de congé annuel et $p = 0,044$ concernant le travail le samedi).

C) Données concernant la pratique de l'hypnose

Sur les 38 personnes dans le groupe « hypnose », seules 27 personnes ont pu être interrogées sur leurs modalités de pratique de l'hypnose car les 11 autres personnes ont répondu au questionnaire destiné aux praticiens « non-hypnose ».

Sur ces 27 personnes interrogées, nous retrouvons une part de 70,4% ayant eu une formation universitaire (Diplôme Universitaire ou DU), 18,5% étaient passés par une formation privée et 11,1% avaient fait les deux.

Les années de pratiques allaient de 2 à 25 ans avec une moyenne à 11,29 ans et une médiane entre 9 et 10 ans.

Concernant le nombre de consultations mensuelles, elles allaient de 0 à 140 consultations d'hypnose par mois, avec une moyenne de 28 consultations mensuelles et une médiane à 15.

D) Comparaison des deux sous-populations

La comparabilité des deux sous-échantillons, hypnose et non hypnose a pu être réalisée grâce au test de Kolmogorov-Smirnov, notamment sur les facteurs organisationnels du cabinet, données qui allaient être testées dans leur capacité à influencer sur le risque de burn-out.

Les modalités testées selon l'appartenance au groupe « hypnose » ou « non-hypnose » ont été le nombre d'heures de travail hebdomadaire ($p = 0,339$), le nombre de semaines de congé annuel ($p = 0,997$) et le nombre de samedi travaillés par mois ($p = 0,679$), pour lesquelles il n'a été retrouvé aucune différence significative entre les deux groupes. L'unique modalité où a été retrouvée une différence significative entre les deux groupes est le nombre de gardes annuelles avec un p égal à $0,010$ en faveur des MGH.

II – RESULTATS CONCERNANT LE RISQUE DE BURN-OUT

A) Comparaison entre les groupes Hypnose et Non Hypnose

L'exploitation des résultats concernant le cœur du sujet de thèse, c'est-à-dire la comparaison entre le risque de burn-out selon les deux sous-échantillons de la population : groupe hypnose et non hypnose, a été tout d'abord de réaliser un test de Kolmogorov-Smirnov afin de comparer les scores des deux populations dans les trois dimensions du MBI (Épuisement professionnel, accomplissement personnel et dépersonnalisation) et sur le risque global dichotomisé déterminé comme allant de 0 à 3, le score 0 étant une absence de risque avec absence de score pathologique dans les 3 dimensions, le score 1 étant un risque faible avec un score pathologique dans au moins une dimension, le score 2 ou risque modéré : score pathologique dans deux dimensions sur trois et enfin le score 3 ou risque fort avec un score pathologique dans les trois dimensions.

Cette étude n'a pas montré de différence significative, que ce soit dans les trois dimensions séparément ou sur le risque global.

En effet, nous retrouvons pour la dimension SEP (syndrome d'épuisement professionnel) un p égal à 0,310, pour la dimension AP (Accomplissement personnel) p égal à 0,474, pour la dimension DP (dépersonnalisation) p égal à 0,246 et enfin pour le score global : p égal à 0,253.

	Pourcentage	Groupe "non hypnose"	Groupe "hypnose"
Syndrome d'épuisement professionnel	<i>Scores pathologiques</i>	21,80%	5,30%
	<i>Scores normaux</i>	78,20%	94,70%
Accomplissement personnel	<i>Scores pathologiques</i>	1,90%	5,30%
	<i>Scores normaux</i>	98,10%	94,70%
Dépersonnalisation	<i>Scores pathologiques</i>	28%	7,90%
	<i>Scores normaux</i>	72%	92,10%

		Echelle SEP (scores détaillés)	Echelle AP (scores détaillés)	Echelle DP (scores détaillés)	Score global d'exposition au risque de burn-out (MBI)
Most Extreme Differences	Absolute	0,165	0,145	0,176	0,174
	Positive	0,031	0,145	0,011	0
	Negative	-0,165	-0,035	-0,176	-0,174
Kolmogorov-Smirnov Z		0,964	0,844	1,024	1,016
Asymp. Sig. (2-tailed)		0,31	0,474	0,246	0,253
a Grouping Variable: Appartenance ou non au groupe "hypnose"					

Figure 3 – Test de Kolmogorov-Smirnov comparant les groupes « hypnose » et « non-hypnose » versus les différentes dimensions SEP/AP/DP et le risque global

La proportion quasi inexistante de personnes avec un risque global fort de burn-out, c'est-à-dire un score égal à trois : 1 personne dans le groupe « non-hypnose » et aucune dans le groupe « hypnose », nous a obligé à regrouper les scores globaux afin de réaliser un test du Khi-Carré, qui aurait été sinon invalidé. Ce regroupement de scores est d'ailleurs la méthode d'analyse utilisée habituellement dans les études traitant du risque de burn-out. Cela consiste à déterminer le seuil de risque de burn-out à au moins un score pathologique dans une des trois dimensions du MBI, donc un risque déterminé comme présent si le risque global comme décrit ci-dessus était égal à 1, 2 ou 3, en opposition avec une absence de risque, c'est-à-dire un risque global à zéro : aucun score pathologique dans les trois dimensions du test MBI.

Cette approche nous a permis de tester notre hypothèse grâce à un test de Khi Carré, nous avons donc pu réaliser un tableau croisé comparant les populations « hypnose » versus « non-hypnose » selon un risque nul ou un risque présent (risque 1 à 3).

Ceci nous a permis de trouver une différence significative entre les deux groupes avec un risque plus élevé dans la population « non-hypnose » que dans la population « hypnose » ($p = 0,026$). Nous retrouvons dans le groupe « hypnose », 9 personnes avec un risque allant de 1 à 3 soit 23,7% du sous-échantillon, et 132 personnes dans le groupe « non-hypnose » soit 41,1% de la population.

			Risque		Total
			Absent	Présent	
Appartenance ou non au groupe "hypnose"	Groupe "non hypnose"	Count	189	132	321
		% within Appartenance ou non au groupe "hypnose"	58,90%	41,10%	100,00%
		% within Risque1	86,70%	93,60%	89,40%
		% of Total	52,60%	36,80%	89,40%
	Groupe "hypnose"	Count	29	9	38
		% within Appartenance ou non au groupe "hypnose"	76,30%	23,70%	100,00%
		% within Risque1	10,60%	6,40%	13,30%
		% of Total	8,10%	2,50%	10,60%
Total	Count	218	141	359	
	% within Appartenance ou non au groupe "hypnose"	60,70%	39,30%	100,00%	
	% within Risque1	100,00%	100,00%	100,00%	
	% of Total	60,70%	39,30%	100,00%	

Figure 4 – Test du Khi Carré entre les groupes « hypnose » et « non-hypnose » en fonction d'un risque absent ou présent

B) Représentation des trois dimensions du MBI

Un tableau de fréquence a été réalisé pour détailler la distribution des scores dans les trois dimensions du MBI dans la population générale (populations « hypnose » et « non-hypnose » réunies). Ce tableau nous a permis de voir que la dimension la plus affectée par un score pathologique était tout d'abord la dépersonnalisation avec une occurrence de 26,7% de scores pathologiques dans la population générale, puis le syndrome d'épuisement professionnel avec 20,1% de la population avec un score pathologique, puis enfin largement derrière, l'accomplissement personnel pour lequel n'était retrouvé que 2,2% de scores pathologiques dans la population générale.

C) Les facteurs pouvant affecter le risque de burn-out

a. Modalités démographiques

Nous avons tout d'abord voulu savoir si le sexe était un facteur influençant le risque de burn-out, comme pour la comparaison entre les groupes « hypnose » et « non-hypnose ».

Nous avons donc tout d'abord testé les différentes dimensions du MBI en fonction du sexe grâce à un test de Kolmogorov-Smirnov. Nous avons retrouvé une différence significative entre les scores obtenus pour le syndrome d'épuisement professionnel ($p = 0,029$) avec un score supérieur dans le groupe des femmes. Concernant les dimensions de dépersonnalisation et d'accomplissement personnel, la différence entre les deux groupes n'était pas significative (respectivement $p = 0,317$ et $p = 0,815$).

Nous avons ensuite voulu tester cette modalité selon le principe de risque global, opposant les deux sexes à la présence d'un risque nul ou d'un risque de 1 à 3. Ceci ne nous a pas permis de retrouver une différence significative entre les deux groupes, avec un p retrouvé à 0,393. Nous retrouvons 38,5% de la population féminine avec au moins un score pathologique, soit 79 femmes, et 40,5% de la population masculine soit 62 hommes.

			Risque		Total
			Absent	Présent	
Sexe	Féminin	Count	126	79	205
		% incluant Sexe	61,50%	38,50%	100,00%
		% incluant Risque	58,10%	56,00%	57,30%
		% du Total	35,10%	22,10%	57,30%
	Masculin	Count	91	62	153
		% incluant Sexe	59,50%	40,50%	100,00%
		% incluant Risque	41,90%	44,00%	42,70%
		% du Total	25,40%	17,30%	42,70%
Total	Count	217	141	358	
	% incluant Sexe	60,60%	39,40%	100,00%	
	% incluant Risque	100,00%	100,00%	100,00%	
	% du Total	60,60%	39,40%	100,00%	

Figure 5 - Test du Khi Carré entre les femmes et les hommes en fonction d'un risque absent ou présent

Concernant l'âge, nous avons comparé les scores dans les trois dimensions du MBI (SEP, AP et DP) entre trois groupes d'âge : moins de 40 ans, de 41 à 51 ans puis plus de 52 ans, afin de réaliser un test de comparaison des moyennes. Ce dernier ne nous a révélé aucune différence significative dans les trois dimensions avec $p = 0,692$ pour le syndrome d'épuisement professionnel, $p = 0,383$ pour l'accomplissement personnel et $p = 0,140$ pour la dépersonnalisation.

Classes d'âges		Echelle SEP (scores détaillés)	Echelle AP (scores détaillés)	Echelle DP (scores détaillés)
jusque 40 ans	Moyenne	11,22	33,54	5,96
	Nombre	151	151	151
	Médiane	10	35	5
41 à 51 ans	Moyenne	12,01	34,12	4,63
	Nombre	67	67	67
	Médiane	10	35	3
52 ans et +	Moyenne	11,06	33,62	5,71
	Nombre	141	141	141
	Médiane	9	35	3
Total	Moyenne	11,31	33,68	5,61
	Nombre	359	359	359
	Médiane	10	35	4

			Somme du carré des écart types	Différence	Carrés des moyennes	Fréquence	Significativité
Echelle SEP (scores détaillés) vs classes d'âge	Between Groups	(Combined)	43,097	2	21,548	0,368	0,692
	Within Groups		20855,199	356	58,582		
	Total		20898,295	358			
Echelle AP (scores détaillés) vs classes d'âge	Between Groups	(Combined)	16,489	2	8,245	0,962	0,383
	Within Groups		3049,672	356	8,566		
	Total		3066,162	358			
Echelle DP (scores détaillés) vs classes d'âge	Between Groups	(Combined)	84,67	2	42,335	1,975	0,14
	Within Groups		7632,511	356	21,44		
	Total		7717,181	358			

Figure 6 – Test de comparaison de moyenne classes d'âge versus SEP/AP/DP

b. Modalités d'organisation du cabinet

Les quatre modalités retenues comme pouvant avoir un effet sur le risque burn-out car représentant la charge de travail du médecin généraliste étaient le nombre d'heures de travail hebdomadaires, le nombre de garde annuelles, le nombre de semaines de congé annuel et le nombre de samedi travaillés mensuellement.

Le risque global de burn-out (c'est-à-dire un risque nul versus un risque allant de 1 à 3) a donc été testé en fonction de ces quatre données dans la population générale selon un test de Kolmogorov-Smirnov.

Aucune des quatre modalités n'a montré une différence statistiquement significative, avec un p à 0,141 pour le nombre d'heures de travail hebdomadaires, à 0,386 pour le nombre de gardes annuelles, à 0,998 pour le nombre de semaine de congé et à 0,698 pour le nombre de samedi travaillé mensuellement.

Concernant les modalités organisationnelles que sont la présence ou non d'un secrétariat, le travail sur rendez-vous ou non ainsi que le lieu d'exercice, un test du khi-carré a été réalisé.

Concernant la présence d'un secrétariat, nous n'avons pas retrouvé de différence significative en fonction de la présence ou non d'un risque de burn-out ($p = 0,156$). Il en a été de même concernant le lieu d'exercice : rural, urbain ou semi-rural ($p = 0,647$).

En ce qui concerne le travail sur rendez-vous ou non, le test du khi-carré n'était pas valide du fait de la très faible proportion de personnes interrogées ne travaillant pas sur rendez-vous (5 personnes n'exerçant pas sur rendez-vous dans la population totale).

		Risque		Total
		Absent	Présent	
Dispose d'un secrétariat	Non	33	30	63
	Oui	185	111	296
Total		218	141	359

		Risque		Total
		Absent	Présent	
Exercice sur rendez-vous	Non	2	3	5
	Oui	205	130	335
	Mixte	11	8	19
Total		218	141	359

		Risque		Total
		Absent	Présent	
Lieu d'exercice	Rural	89	61	150
	Urbain	90	60	150
	Semi-rural	39	20	59
Total		218	141	359

Figure 7 – Tableaux croisés Modalités d'exercice (Présence d'un secrétariat/Exercice sur rendez-vous/Lieu d'exercice) selon Risque de burn-out Absent ou Présent

PARTIE IV – DISCUSSION

Au départ cette étude partait d'un constat qui est que le burn-out chez les médecins généralistes devenait à ce jour un enjeu de santé publique, et que la situation devenant critique une interrogation s'imposait : y avait-il des manières de s'en protéger ?

L'utilité de l'hypnose paraissait pertinente au vu des quelques données déjà présentes sur le sujet (7), et donc le postulat de départ était que la pratique de l'hypnose en cabinet de médecine générale permettait, pour le médecin généraliste la pratiquant, de diminuer son risque de burn-out.

Cette étude avait comme objectif premier de confirmer cette hypothèse, mais aussi d'apporter plus d'informations concernant les facteurs influençant le risque de burn-out des médecins généralistes.

Cette étude n'a pu répondre que partiellement à ces questions, et des biais inhérents à sa réalisation peuvent l'expliquer ; cependant elle a également poussé la réflexion sur des pistes à explorer dans le cadre de recherches à venir.

I – DISCUSSION DES RESULTATS

A) Profil de la population interrogée

a. Données démographiques

La population interrogée a tenté de correspondre le plus fidèlement possible à la population des médecins généralistes français. Pour ce faire, nous avons comparé les données recueillies dans cette étude avec l'atlas de la démographie médicale en France en date du 1^{er} janvier 2020 produit par le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) (31).

Notre population générale comportait 359 médecins généralistes, provenant de toute la France du fait des modalités de recrutement énoncées plus haut. Ce n'est évidemment qu'un faible échantillon en comparaison avec le nombre de médecins généralistes français qui était évalué à 86 102 médecins généralistes au 1^{er} janvier 2020. Néanmoins, cette population générale était suffisante pour permettre la majorité des analyses statistiques nous permettant de répondre à nos objectifs d'étude.

Le problème a principalement été le recrutement des médecins généralistes pratiquant l'hypnose, les critères d'inclusion nous empêchant d'interroger des personnes ayant une activité non exclusivement libérale, et la pratique de l'hypnose semblant demeurer encore marginale en médecine générale. De plus, l'absence d'annuaire unique référençant ces praticiens a rajouté à la complexité du recrutement pour cette sous-population. Le nombre de médecins généralistes pratiquant l'hypnose n'a donc été que de 38 personnes, ce qui nous a limité dans l'analyse des résultats, ce qui sera détaillé plus tard dans les critiques de cette étude.

Concernant l'âge des participants, là encore, une différence avec la population médicale française a été mise en lumière. La moyenne retrouvée dans notre échantillon n'était pas si éloignée de celle des médecins généralistes français (46,43 ans versus 50,1 ans), mais le problème est apparu dans la courbe des âges. En effet, dans la population générale des médecins généralistes français, et toujours selon l'atlas de la démographie médicale en

France du CNOM, la pyramide des âges montre une part importante de médecins âgés de plus de 60 ans, représentant 26% des médecins en exercice régulier, contre 15% dans notre étude. Cette dernière (CNOM) montrait également une forme se rapprochant d'une courbe quasi normale (gaussienne mais décalée vers les âges supérieurs) avec la majorité des médecins se situant dans la tranche d'âge des 40-60 ans, représentant 49,98 % de la population, et une plus faible partie ayant moins de 40 ans, soit 24,49 %, quasiment à égalité avec les médecins de plus de 60 ans, représentant 26% des médecins en exercice régulier comme dit précédemment. Tandis que dans notre étude, les histogrammes concernant l'âge retrouvaient deux pics de concentration de population : entre 30 et 40 ans (37,4 %) et entre 51 et 60 ans (24 %), laissant presque vacante la tranche d'âge des 41-50 ans (15,3%) pourtant largement représentée dans les données du CNOM comme cela est visible sur les courbes présentées plus bas (Figures 1 et 2).

Cette différence démographique importante sera discutée dans la section concernant la critique de la méthodologie plus bas, car en effet, elle a mis en lumière un biais de sélection dans la population interrogée, montrant qu'une part importante des médecins généralistes français n'a pas été atteinte dans le recrutement dans notre étude.

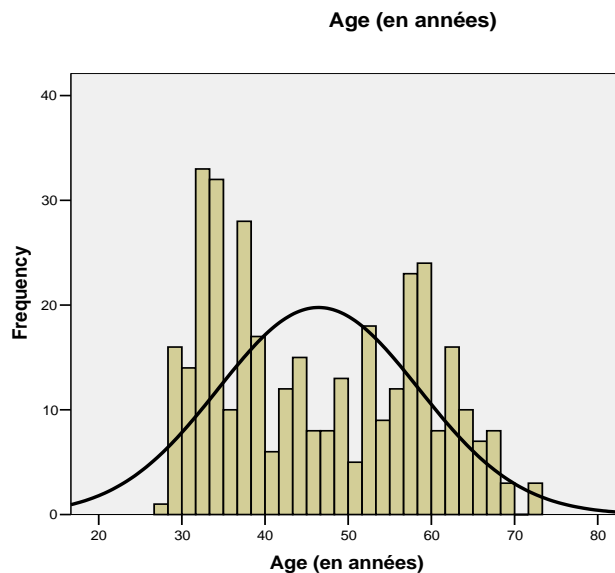


Figure 1 - Histogramme de l'âge de la population d'étude

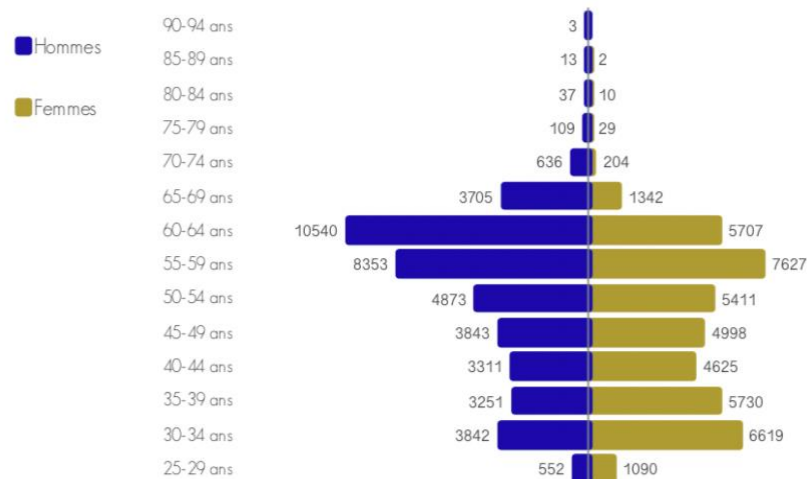


Figure 8 - Pyramide des âges des médecins généralistes en activité régulière en 2020 – Issu de l’atlas de la démographie médicale en France – Situation au 1^{er} janvier 2020 – CNOM (30)

Concernant les ratios hommes/femmes de la population interrogée dans cette étude, ils suivaient la même tendance que dans la population générale des médecins généralistes français mais avec un trait plus appuyé dans notre étude avec un pourcentage de femme plus important dans notre échantillon (57,1%), en comparaison avec la part de femmes dans la population générale qui était à 50,4%.

b. Organisation du cabinet

Concernant l’organisation du cabinet, toutes les données recueillies n’ont pu être comparées avec les résultats en population générale. La comparaison avec quelques modalités a pu être réalisée grâce à une étude menée de 2007 à 2009 sur 1901 médecins généralistes français à l’initiative de la Direction de la recherche, des études, de l’évaluation et des statistiques (DREES) du ministère de la Santé, de la Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé (FNORS), des unions régionales des médecins libéraux

(URML), des observatoires régionaux de la santé (ORS) et des unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM) de cinq régions françaises (Basse-Normandie, Bourgogne, Bretagne, Pays de la Loire, Provence-Alpes-Côte d'Azur) permettant un observatoire notamment des conditions d'exercice en médecine générale (32) mais aussi une étude préliminaire à cette étude, plus précise, réalisée sur les médecins généralistes de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA) datant de 2005 (33).

Sur le plan du nombre d'heures de travail hebdomadaire des médecins généralistes interrogés, les données étaient très variables avec une amplitude importante allant de 8 à 80 heures de travail hebdomadaire. La moyenne retrouvée dans notre étude était de 43,75 heures, un chiffre inférieur à ceux retrouvés dans les deux études citées précédemment. En effet, dans l'étude réalisée en région PACA, nous retrouvions une moyenne plus élevée pour les hommes à 56,23 heures, que pour les femmes (45,51 heures).

Concernant le nombre de semaines de congé annuel, il était plus élevé dans notre étude que dans l'étude que nous avons pris pour référence, avec 6,48 semaines de vacances annuelles en moyenne contre 4,5 dans l'étude réalisée auprès des médecins généralistes de PACA.

Il faut garder à l'esprit que ces données étaient totalement subjectives puisqu'auto-déclarées et de fait non vérifiables, néanmoins, tous ces chiffres sont le reflet de la charge de travail importante des médecins généralistes français.

c. Profil des médecins généralistes pratiquant l'hypnose interrogés

Les médecins généralistes pratiquant l'hypnose interrogés dans notre étude ne représentaient qu'une minorité de l'échantillon total (38 personnes sur les 359). Ceci montre bien à quel point cette pratique reste encore marginale, ce qui peut être expliqué par le manque d'information ou de formation dans les études médicales, malgré les bénéfices déjà prouvés scientifiquement.

Ce groupe avait une moyenne d'âge plus élevée que celle retrouvée dans le groupe « non-hypnose » (respectivement 53,16 ans et 45,64 ans), et il montrait une parité parfaite entre le nombre d'hommes et de femmes (19 hommes et 19 femmes).

La moyenne d'âge plus élevée peut être expliquée par l'hypothèse que la formation à l'hypnose apparaît plus tard dans la vie des médecins généralistes, probablement plusieurs années après leur installation.

Au vu du nombre de consultations mensuelles d'hypnose réalisées par les médecins interrogés, les pratiques semblaient diverses, certains médecins en faisant probablement une activité exclusive (140 consultations dédiées à l'hypnose par mois à l'extrême) et d'autres ayant la formation, se considérant donc comme hypnothérapeutes car ayant répondu au questionnaire, mais ne l'appliquant pas par des séances formelles mais ayant plutôt intégré les principes de l'hypnose à leur activité courante en cabinet libéral de médecine générale (zéro consultation mensuelle au plus faible). La médiane était de 15 consultations mensuelles, représentant probablement la part de médecins complétant leur pratique des soins courants de médecine générale par des consultations formelles d'hypnose pour des indications particulières.

B) Données concernant le risque de burn-out

- a. Risque global de burn-out comparé dans les populations « hypnose » et « non-hypnose »

L'étude des résultats permettant de tester notre hypothèse de départ, à savoir que la pratique de l'hypnose en cabinet de médecine générale réduisait le risque de burn-out, a été plutôt décevante et a amené à de nouvelles interrogations.

En effet, sur le plan méthodologique, nous avons décidé au départ de prendre en compte le risque de burn-out selon plusieurs grades : le risque faible, modéré ou risque fort, en ne prenant en compte que les personnes ayant un risque fort comme potentiellement victimes de burn-out. Or, la faible proportion de personnes ayant eu des scores révélant un risque important de burn-out (donc ayant eu un score pathologique dans les trois dimensions du questionnaire MBI), nous a empêché d'utiliser ce facteur dans notre comparaison entre les groupes « hypnose » et « non-hypnose », nous retrouvions une **seule** personne avec ce résultat, appartenant au groupe « non-hypnose » sur les 359 personnes interrogées au total ce qui rendait invalide tout test statistique.

Nous avons donc décidé de globaliser le risque en prenant en compte les risques faibles, modéré et fort et en l'opposant à l'absence de risque, ce qui nous a permis d'élargir le nombre de personnes dans les deux groupes et de réaliser des analyses statistiques adaptées.

Cette nouvelle méthodologie nous a permis de démontrer une différence significative entre les deux populations, et donc de démontrer que le risque de burn-out même modéré était plus important dans le groupe des médecins généralistes ne pratiquant pas l'hypnose que dans celui des praticiens d'hypnose.

Le pourcentage de personnes à risque de burn-out était également relativement similaire à celui retrouvé dans les autres études traitant du risque de burn-out des médecins généralistes, en effet, dans notre étude, nous avons trouvé que 41,1% des médecins interrogés dans le groupe « non-hypnose » était à risque de burn-out, ce qui se rapproche des 48% retrouvés dans la méta-analyse de 2018, déjà citée au début de cette thèse (5).

Même s'il est rassurant de retrouver des résultats concordants avec les autres études traitant de ce sujet, aussi inquiétants ces chiffres soient-ils, cela met en lumière également des doutes quant à la méthodologie utilisée dans ces études, comme dans la nôtre, et nous reviendrons sur ce point dans la partie traitant des limites de l'étude.

b. Discussion à propos des trois dimensions du Maslach Burnout Inventory

Lors de l'analyse de la fréquence des scores pathologiques dans les trois dimensions du MBI de la population générale, nous avons remarqué que nous retrouvions en majorité des personnes ayant un score pathologique dans la dimension dépersonnalisation (26,7 %). Ce résultat était suivi de près par le syndrome d'épuisement professionnel avec 20,1% de la population concernée par un score pathologique, et nous ne retrouvions qu'un très faible pourcentage de personnes avec un score pathologique dans la dimension de l'accomplissement personnel (2,2%).

La dépersonnalisation peut être définie par une absence d'empathie, le fait de ne pas se sentir concerné par les problématiques énoncées par ses patients, ou encore de considérer ses patients comme des objets, et non plus des personnes. Grâce à cette étude, nous pouvons faire l'hypothèse que cela pourrait être la première marche vers le burn-out, un premier

mécanisme de déni de l'autre comme première défense avant même de ressentir les effets de l'épuisement professionnel.

L'hypnose prenant ses racines dans la communication avec l'autre et se nourrissant de l'alliance thérapeutique forgée dans la relation soignant - soigné, peut-être cette pratique peut-elle permettre de se protéger de ce sentiment et donc réduire le dérapage vers le burn-out comme si la pratique de l'hypnose rendait moins cynique à l'égard de ses propres patients en général.

En enrayant le processus qui apparaît comme le début d'un cercle vicieux pour le médecin, (son manque d'intérêt concernant le patient conduisant à un manque d'intérêt et une perte totale de motivation dans son travail), elle peut prévenir un épuisement inéluctable et une perte totale de sentiment d'accomplissement personnel, traduisant un risque de burn-out sévère.

c. Les facteurs pouvant influencer le risque de burn-out

Un objectif secondaire de cette étude était l'existence d'autres facteurs intervenant dans le risque de burn-out. Nous avons donc décidé d'intégrer à notre questionnaire des interrogations à propos de l'organisation du cabinet et de la charge de travail des médecins interrogés.

Concernant tout d'abord les questions d'ordre démographiques, certains résultats ont suscité notre attention. En effet, nous retrouvons plus de score pathologique dans la dimension du syndrome d'épuisement professionnel chez les femmes que chez les hommes, et ce de manière significative. Or, nous retrouvons une charge de travail inférieure chez les femmes lorsque nous avons comparé les différents facteurs évaluant la charge de travail : nombre d'heures de travail hebdomadaires, semaines de congé annuel, travail le samedi et réalisation de gardes.

Ces résultats peuvent soumettre l'idée que le syndrome d'épuisement professionnel, et plus largement le risque de burn-out, ne peut pas s'arrêter aux conditions de travail, mais trouve également son terreau dans la vie personnelle des médecins. En effet, le fait que les femmes travaillent moins que les hommes peut être expliqué potentiellement par la charge inhérente aux femmes dans la vie quotidienne, qu'elle soit physique ou mentale (gestion du

ménage, charge liée aux enfants etc.), ce qui se rajoute à la charge liée au travail et à la prise en charge des patients, et donc les rendent plus vulnérables à la fatigue puis à l'épuisement.

Lors de l'étude du risque de burn-out en fonction de différentes tranches d'âge (40 ans et moins, de 41 à 51 ans et 52 ans et plus), nous n'avons pas retrouvé de différence significative. Ceci réfute donc l'hypothèse d'un effet générationnel dans le risque de burn-out.

L'étude des facteurs organisationnels et de leur potentiel effet sur le risque de burn-out des médecins généralistes a été plutôt décevante.

En effet, notre hypothèse de départ était que la charge de travail importante était un facteur de risque indiscutable de burn-out, ce qui fait que les professions médicales y sont très exposées. Néanmoins, dans cette étude, nous n'avons retrouvé aucun facteur ayant un effet significatif sur le risque de burn-out, que ce soit dans la charge de travail (heures de travail hebdomadaire, semaines de congé, nombre de gardes réalisées annuellement ou travail le samedi) ou dans l'organisation du cabinet (présence d'un secrétariat ou non, lieu d'exercice et travail sur rendez-vous ou non).

Ce résultat est d'ailleurs également retrouvé dans d'autres études traitant de ce sujet, notamment la méta-analyse de 2018 de Kansoun et al. (4) où il n'avait pas été retrouvé de relation positive significative entre le risque de burn-out et le temps de travail hebdomadaire et la réalisation de gardes annuellement. Néanmoins, toujours dans cette étude, les facteurs apparaissant comme ayant un effet sur le risque de burn-out étaient plus du domaine relationnel avec un lien significatif entre le burn-out et des facteurs comme une mauvaise ambiance au travail, des relations conflictuelles avec des collègues ou l'exposition à de l'agressivité que ce soit de la part des collègues ou des patients.

Ceci reste donc à explorer dans de nouvelles études, car la connaissance des facteurs conduisant au burn-out reste le meilleur moyen de lutter afin de prévenir ce risque.

II – LIMITES DE L'ETUDE

Cette étude a démontré de nombreuses failles, que ce soit dans le recrutement des personnes interrogées ou dans l'analyse des résultats. Néanmoins, ces limites sont autant de pistes à prendre en compte pour les études ultérieures concernant le burn-out des soignants.

A) Biais de sélection

La première problématique a été la sélection des sujets, en effet, cette dernière a été fastidieuse, avec un nombre de répondants très faibles par rapport au nombre de personnes à qui le questionnaire a été soumis. La distribution des questionnaires s'est voulue le plus large possible avec les diffusions via les Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins (CDOM) et les Unions Régionales des Professionnels de Santé - Médecins Libéraux (URML). Néanmoins, nous avons essuyé beaucoup de refus dans certaines régions, la diffusion n'a donc pas pu être aussi homogène que possible dans le territoire français.

La disparité du nombre de répondants dans les groupes « hypnose » et « non-hypnose » a causé également un déséquilibre important mais prévisible au vu de la faible part de médecins généralistes pratiquant l'hypnose et l'absence d'annuaire spécifique à cette spécialité.

Il nous est apparu également que le profil des répondants dans notre étude n'était pas similaire à celui retrouvé dans la population des médecins généralistes français et donc à celui attendu. En effet, la majorité des médecins généralistes français se situe dans la tranche d'âge des 40 à 60 ans avec une courbe se rapprochant d'une courbe gaussienne même si aplatie et déplacée vers les âges élevés, or dans notre étude, nous retrouvons une courbe entre 40 et 60 ans en forme de U, avec une sous-représentation de la tranche d'âge des médecins de 40 à 50 ans, courbes disponibles ci-dessus (figures 1 et 2).

Cela signifie qu'une part importante des médecins généralistes n'ont pas répondu et il est légitime de se demander pourquoi.

Ceci incite fort à penser que nous n'avons pu mettre le doigt que sur la partie émergée de l'iceberg concernant ce fameux risque de burn-out, et en suivant ce raisonnement, que cette part importante de la population des médecins généralistes français qui nous a échappée est celle la plus « occupée » à faire autre chose donc logiquement à risque plus élevé de burn-out.

A la lumière de ce raisonnement il est logique de penser que nos résultats souffrent probablement de sous-estimation du fait d'un biais de recrutement.

Ce biais, se retrouve fort probablement dans d'autres études concernant le sujet du burn-out, et incite, de fait, à remettre en question la méthodologie de ce genre d'étude. La faible proportion de médecins généralistes en risque sévère de burn-out (5% dans la méta-analyse de Kansoun and al. 2018 – (5)) ne serait-elle pas uniquement due à la manière de les recruter dans les études ? Un médecin généraliste en burn-out, déjà débordé par le travail administratif dans son cabinet, ayant perdu son empathie et se sentant déjà épuisé moralement et physiquement, est-il le plus enclin à répondre à un questionnaire anonyme reçu par courrier électronique ?

Ceci expliquerait donc pourquoi les chiffres concernant le risque fort de burn-out semblent plus importants lorsque les recrutements se font directement sur place ou via des entretiens personnalisés, et donc pourquoi nous n'avons retrouvé qu'une proportion très faible de patients avec un risque sévère de burn-out.

Ce biais méthodologique est un point important de notre travail, car remettant en cause les études sur le burn-out de manière générale, et il permet d'ouvrir la réflexion à d'autres solutions méthodologiques afin d'obtenir des résultats correspondants vraiment à la réalité du burn-out des MG et de donner la parole à cette population invisible dans les études.

B) Biais liés au sujet d'étude

Une des difficultés retrouvées dans cette étude a concerné directement le sujet d'étude ainsi que la méthodologie utilisée encore une fois. En effet, les questions composant le Maslach Burnout Inventory touchent à la sphère intime et de nombreux biais peuvent en découler.

En effet, un des premiers est un biais de désirabilité, car la subjectivité des questions fait qu'inconsciemment, le répondant voudra toujours paraître sous un jour meilleur qu'il n'est, et le fait de demander des réponses en toute sincérité peut relever de l'illusion. De nombreux facteurs, conscients ou inconscients, peuvent influencer les réponses. Un même répondant pourrait donner des réponses différentes selon qu'il rentre de vacances et est donc dans de bonnes dispositions, ou qu'il finisse une semaine éreintante, ayant dû gérer de nombreux problèmes.

De plus, il est à noter également que la crise sanitaire due au SARS-COV-2 est apparue au milieu de la diffusion des questionnaires aux médecins généralistes ne pratiquant pas l'hypnose. Cette situation sanitaire exceptionnelle a totalement modifié l'organisation des cabinets et la charge de travail des médecins généralistes, ce qui a donc probablement biaisé certaines réponses au questionnaire.

Outre ce biais lié aux répondants, la problématique en lien avec le sujet d'étude concerne directement la définition du burn-out. En effet, comme expliqué brièvement dans la partie concernant les prérequis du burn-out, il n'existe toujours pas de critères diagnostiques officiels pour cette pathologie. Elle apparaît dans le CIM-11 publiée par l'OMS en mai 2019 comme étant « un trouble lié au travail » et non comme un diagnostic propre. Du fait de l'absence de définition propre, le burn-out ne figure même pas dans le dernier Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5). (20) (21)

Un article écrit par un spécialiste sur la question du burn-out, le professeur Lode Godderis, pointe la difficulté diagnostic de ce trouble car il existe de nombreuses caractéristiques communes au burn-out et au trouble dépressif, et la dépression peut être une conséquence du burn-out, ce qui rend le diagnostic différentiel complexe (3).

Pour le moment, il n'existe que l'anamnèse précise recueillie en consultation pour diagnostiquer le burn-out, le questionnaire MBI comme utilisé dans cette étude n'étant qu'un instrument déclaratif et non diagnostique.

Ceci rajoute donc une difficulté supplémentaire dans la méthodologie des études traitant du burn-out comme celle réalisée ici.

CONCLUSION

Cette étude nous a permis de répondre partiellement à nos objectifs mais a également soulevé des questions dont nous n'avions pas conscience au départ.

Nos résultats ont corroboré en partie notre hypothèse de départ à savoir que la pratique de l'hypnose permettait en effet de réduire le glissement vers le burn-out du médecin généraliste la pratiquant, ne pouvant pas conclure formellement à une réduction du risque au sens propre. Néanmoins, ces résultats sont en demi-teintes car nous avons mis à jour de nombreux biais. Comme décrit précédemment, la population d'étude n'était pas totalement représentative de la population des médecins généralistes français. De plus, le nombre de participants dans le groupe « hypnose » n'était pas suffisant, ce qui nous a limité dans certaines analyses et réduit de ce fait la force de l'étude.

Nous n'avons pas retrouvé d'autres facteurs influençant le risque de burn-out, notamment dans les questions de charge de travail ou d'organisation du cabinet.

Par ailleurs, cette thèse nous a permis de mettre en lumière certains biais inhérents à la méthodologie ainsi qu'au sujet en lui-même qu'est le risque de burn-out.

Des études ultérieures pourraient être faites sur la base d'entretiens personnalisés, après la diffusion d'un questionnaire de dépistage, afin de diagnostiquer au mieux les burn-out. Néanmoins, il apparaît que cette méthodologie empêche des études de grande envergure et promet d'être fastidieuse.

La méthode de recueil des données est également à incriminer, du fait de l'absence d'une grande part de la population pouvant être au cœur du risque du burn-out.

Pour finir, la force de l'hypnose n'est plus à démontrer quand il s'agit de ses bénéfices dans la prise en charge du patient, mais il apparaît également que sa pratique met le médecin en situation de ressources pour affronter son stress. Ces arguments supplémentaires nous exhortent donc à la recommander vivement et, je l'espère, pousseront de nouveaux médecins à se former.

BIBLIOGRAPHIE

1. OMS. (Consulté le 26/09/2019). Dans la Classification internationale des maladies, le burn-out, ou épuisement professionnel, est considéré comme un « phénomène lié au travail », [en ligne]. http://www.who.int/mental_health/evidence/burn-out/fr/
2. Freudenberger H. L'épuisement professionnel : la Brûlure interne. Québec : Gaétan Morin Éditeur. 1987.
3. Godderis L, Mediquality. (consulté le 20/10/2021). Comment distinguer burnout et dépression ? (Commentaires d'un spécialiste du burnout) [en ligne]. <https://www.mediquality.net/be-fr/medical/article/24132435/comment-distinguer-burnout-et-depression-commentaires-d-un-specialiste-du-burnout>
4. Khireddine I, Lemaître A, Homeire J, Plaine J, Garras L, Riol MC, *et al.* La souffrance psychique en lien avec le travail chez les salariés actifs en France entre 2007 et 2012, à partir du programme MCP. Bull Epidemiol Hebd. 2015 ; (23) : 431-438.
5. Kansoun Z, Boyer L, Hodgkinson M, Villes V, Lançon C, Fond G. Burnout in French physicians : A systematic review and meta-analysis. Journal of Affective Disorders. 2019 Mar 1 ; 246 : 132–147.
6. Erickson M. H., Rossi E., Hypnotherapy. New York, Irvington. 1980.
7. Bertholet O, Davadant M, Cromec I, Berger MM. Impact sur le personnel soignant de l'utilisation de l'hypnose chez les brûlés. Rev Med Suisse. 2013 ; volume 9 : 1646-1649.
8. Tenenbaum S. L'hypnose Ericksonienne : un sommeil qui éveille. Paris. InterEditions. 2012.

9. Roustang F. Qu'est-ce que l'hypnose ? Paris. Éditions Minuit. 2003.
10. Rainville P, Hofbauer RK, Paus T, Duncan GH, Bushnell MC, Price DD. Cerebral mechanisms of hypnotic induction and suggestion. *J Cogn Neurosci*. 1999 Jan;11(1):110–125.
11. Rainville P, Price DD. Hypnosis phenomenology and the neurobiology of consciousness. *Int J Clin Exp Hypn*. 2003 Apr;51(2):105–129.
12. Maquet P, Faymonville ME, Degueldre C, Delfiore G, Franck G, Luxen A, et al. Functional neuroanatomy of hypnotic state. *Biol Psychiatry*. 1999 Feb 1;45(3):327–333.
13. Melzack R, Wall PD. Pain Mechanisms: A New Theory. *Science*. 1965 Nov 19;150(3699):971–979.
14. Faymonville M-E, Roediger L, Del Fiore G, Delgueldre C, Phillips C, Lamy M, et al. Increased cerebral functional connectivity underlying the antinociceptive effects of hypnosis. *Brain Res Cogn Brain Res*. 2003 Jul;17(2):255–262.
15. Abdeshahi SK, Hashemipour MA, Mesgarzadeh V, Shahidi Payam A, Halaj Monfared A. Effect of hypnosis on induction of local anaesthesia, pain perception, control of haemorrhage and anxiety during extraction of third molars: a case-control study. *J Craniomaxillofac Surg*. 2013 Jun;41(4):310–315.
16. Enqvist B, Fischer K. Preoperative hypnotic techniques reduce consumption of analgesics after surgical removal of third mandibular molars: a brief communication. *Int J Clin Exp Hypn*. 1997 Apr;45(2):102–108.

17. Kovess-Masfety V, Saunder L. Le burnout : historique, mesures et controverses. Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement. 2017 Feb 1;78(1):16–23.
18. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. Journal of Organizational Behavior. 1981;2(2):99–113.
19. Rafferty JP, Lemkau JP, Purdy RR, Rudisill JR. Validity of the Maslach Burnout Inventory for family practice physicians. J Clin Psychol. 1986;42(3):488–492.
20. WHO. (Consulté le 20/10/2021). ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics, version révisée de mai 2021, QD85 – Burnout, [en ligne]. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/129180281>
21. American Psychiatric Association, Crocq MA, Guelfi JD, Boyer P, Pull CB, Pull MC. DSM-5 - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 5^{ème} édition, Elsevier Masson, 2015 Jun.
22. Barbier D. Le syndrome d'épuisement professionnel du soignant. La Presse Médicale. 2004 ;33(6):394–399.
23. Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation de l'environnement et du travail. (consulté le 3/07/2020). Réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles. Rapport scientifique. Maisons-Alfort : ANSES ; 2011. [en ligne]. <https://www.anses.fr/fr/system/files/RNV3P-Ra-Septembre2011.pdf>
24. Casin G. Syndrome d'épuisement des médecins généralistes français : revue de la littérature. Thèse d'exercice de médecine générale : Université Toulouse III - Paul Sabatier : 2016 ; 1505.

25. Galam E, Komly V, Le Tourneur A, Jund J. Burnout among French GPs in training: a cross-sectional study. *Br J Gen Pract.* 2013 Mar;63(608):217-224.
26. Picquendar G, Guedon A, Moulinet F, Schuers M. Influence of medical shortage on GP burnout: a cross-sectional study. *Fam Pract.* 2019;36(3):291–296.
27. Cathébras P, Begon A, Laporte S, Bois C, Truchot D. Épuisement professionnel chez les médecins généralistes. *La Presse Médicale.* 2004 Dec 1;33(22)1569-1574.
28. Nguyen-Genou C. Le burn-out des médecins généralistes des Alpes-maritimes : étude sur 226 questionnaires. Thèse d'exercice de médecine générale : Université de Nice-Sophia Antipolis, Faculté de Médecine ; 2006 ; 359428.
29. Bontoux E. Prévalence et facteurs de risque du burnout chez les médecins généralistes du Gers ; Thèse d'exercice de médecine générale : Université Toulouse III - Paul Sabatier ; 2016 ; TOU31111.
30. Barbarin B. Syndrome d'épuisement professionnel des soignants chez les internes de médecine générale : enquête transversale à la Faculté de Nantes en 2008. Thèse d'exercice de médecine générale : Université de Nantes : Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales ; 2009 ; 09NANT008M.
31. Bouet P, Gerard-Varet JF. Atlas de la démographie médicale en France – Situation au 1^{er} janvier 2020. Conseil National de l'Ordre des Médecins 2020 ; 65-89.
32. Paraponaris A, Ventelou B, Verger P, Desprès P, Aubry C, Colin C, et al. La médecine générale vue par les médecins généralistes libéraux. *Revue française des affaires sociales.* 2011 Dec 16;(2):29–47.

33. Ventelou B, Paraponaris A, Sebbah R, Aulagnier M, Protopopescu C, Gourheux J-C, et al. Un observatoire des pratiques en médecine générale : l'expérience menée en région Provence-Alpes-Côte-d'Azur. *Revue française des affaires sociales*. 2005;(1):127–160.

ANNEXES

Questionnaire soumis aux médecins généralistes interrogés

La partie concernant la pratique de l'hypnose n'a été soumise qu'aux médecins généralistes pratiquant l'hypnose.

I) CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES

1) Quel âge avez-vous ?

.....

2) Sexe :

.....

II) CARACTERISTIQUES DE L'ACTIVITE PROFESSIONNELLE :

3) Nombre d'années d'exercice :

.....

4) Travaillez-vous sur rendez-vous ?

- OUI
- NON

5) Avez-vous une personne chargée du secrétariat ?

- OUI
- NON

6) Nombre d'heures travaillées en moyenne par semaine :

.....

7) Travaillez-vous le samedi ?

- OUI
- NON

8) Si oui, en moyenne combien de samedi travaillez-vous par mois ?

.....

9) Réalisez-vous des gardes et/ou astreintes ?

- OUI
- NON

10) Si oui, combien en réalisez-vous en moyenne par an ?

.....

11) Combien de semaines de vacances prenez-vous en moyenne par an ?

.....

12) Dans le cadre de votre exercice, avez-vous d'autres activités que les consultations habituelles de médecine générale ? (Acupuncture, sexologie, ostéopathie, médecine du sport, activité salariale autre ?)

- OUI
- NON

13) Si oui, quelles sont-elles ?

.....

**III) QUESTIONS CONCERNANT LA PRATIQUE DE L'HYPNOSE :
(ne concernant que les médecins généralistes interrogés
pratiquant l'hypnose en cabinet)**

14) Depuis combien de temps pratiquez-vous l'hypnose ?

.....

15) Comment vous êtes-vous formé à l'hypnose ?

- Diplôme universitaire
- Formation privée
- Autre :

16) *En moyenne, combien de consultations d'hypnose réalisez-vous par mois ?*

.....

17) *Qu'est-ce que l'hypnose vous apporte dans votre pratique de médecin généraliste ?
(Vous pouvez donner des mots ou idées clés, ou bien développer vos idées)*

.....

IV) LES QUESTIONS SUIVANTES S'INTERESSENT A L'IMPACT DE VOTRE CHARGE DE TRAVAIL SELON TROIS AXES : L'EPUISEMENT PROFESSIONNEL, LA DEPERSONNALISATION ET L'ACCOMPLISSEMENT PERSONNEL (Adaptées du Maslach Burnout Inventory)

A) Questions évaluant le syndrome d'épuisement professionnel

18) *Vous sentez-vous émotionnellement vidé(e) par votre travail ?*

- Jamais
- Quelques fois par an
- Une fois par mois
- Quelques fois par mois
- Une fois par semaine
- Quelques fois par semaine
- Chaque jour

19) *Vous sentez-vous à bout à la fin d'une journée de travail ?*

- Jamais
- Quelques fois par an
- Une fois par mois
- Quelques fois par mois
- Une fois par semaine
- Quelques fois par semaine
- Chaque jour

20) *Vous sentez-vous fatigué(e) lorsque vous vous levez le matin et que vous devez affronter une nouvelle journée de travail ?*

- Jamais
- Quelques fois par an
- Une fois par mois
- Quelques fois par mois
- Une fois par semaine
- Quelques fois par semaine
- Chaque jour

21) *Le fait de travailler avec des gens tout au long de la journée vous demande-t-il beaucoup d'efforts ?*

- Jamais
- Quelques fois par an
- Une fois par mois
- Quelques fois par mois
- Une fois par semaine
- Quelques fois par semaine
- Chaque jour

22) Sentez-vous que vous craquez à cause de votre travail ?

- Jamais
- Quelques fois par an
- Une fois par mois
- Quelques fois par mois
- Une fois par semaine
- Quelques fois par semaine
- Chaque jour

23) Vous sentez-vous frustré(e) par votre travail ?

- Jamais
- Quelques fois par an
- Une fois par mois
- Quelques fois par mois
- Une fois par semaine
- Quelques fois par semaine
- Chaque jour

B) Questions évaluant l'accomplissement personnel

24) Pouvez-vous facilement comprendre ce que vos patients ressentent ?

- Jamais
- Quelques fois par an
- Une fois par mois
- Quelques fois par mois
- Une fois par semaine
- Quelques fois par semaine
- Chaque jour

25) Vous sentez-vous efficace pour régler les problèmes de vos patients ?

- Jamais
- Quelques fois par an
- Une fois par mois
- Quelques fois par mois
- Une fois par semaine
- Quelques fois par semaine
- Chaque jour

26) Avez-vous l'impression d'avoir, à travers votre travail, une influence positive sur les gens ?

- Jamais
- Quelques fois par an
- Une fois par mois
- Quelques fois par mois
- Une fois par semaine
- Quelques fois par semaine
- Chaque jour

27) Arrivez-vous à créer une atmosphère détendue avec vos patients ?

- Jamais
- Quelques fois par an
- Une fois par mois
- Quelques fois par mois
- Une fois par semaine
- Quelques fois par semaine
- Chaque jour

28) Ressentez-vous que vous avez accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans votre travail ?

- Jamais
- Quelques fois par an
- Une fois par mois
- Quelques fois par mois
- Une fois par semaine
- Quelques fois par semaine
- Chaque jour

29) Dans votre travail, traitez-vous les problèmes d'ordre émotionnel calmement ?

- Jamais
- Quelques fois par an
- Une fois par mois
- Quelques fois par mois
- Une fois par semaine
- Quelques fois par semaine
- Chaque jour

C) Questions explorant la dépersonnalisation

30) Sentez-vous que vous vous occupez de certains patients de façon impersonnelle, comme s'ils étaient des objets ?

- Jamais
- Quelques fois par an
- Une fois par mois
- Quelques fois par mois
- Une fois par semaine
- Quelques fois par semaine
- Chaque jour

31) Craignez-vous que ce travail vous endurecisse émotionnellement ?

- Jamais
- Quelques fois par an
- Une fois par mois
- Quelques fois par mois
- Une fois par semaine
- Quelques fois par semaine
- Chaque jour

32) Sentez-vous que vous ne vous souciez pas vraiment de ce qui arrive à certains de vos patients ?

- Jamais
- Quelques fois par an
- Une fois par mois
- Quelques fois par mois
- Une fois par semaine
- Quelques fois par semaine
- Chaque jour

33) Avez-vous l'impression que certains de vos patients vous rendent responsables de certains de leurs problèmes ?

- Jamais
- Quelques fois par an
- Une fois par mois
- Quelques fois par mois
- Une fois par semaine
- Quelques fois par semaine
- Chaque jour

SERMENT D'HIPPOCRATE :

Au moment d'être admise 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 leurs 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.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue 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 déshonorée et méprisée si j'y manque.

RESUME :

C'est un fait aujourd'hui que le burn-out chez le médecin est un problème de santé publique, et qu'au vu du contexte d'exercice actuel, il devenait difficile de s'en protéger.

Forte de mon expérience en hypnose via la réalisation du diplôme interuniversitaire (DIU) de l'Université de Bordeaux, il m'a semblé que cette pratique pouvait apparaître comme une solution pour se prémunir du burn-out chez le médecin généraliste.

Peu d'études s'étaient lancées sur le sujet, néanmoins, ses fondements concernant la relation soignant-soigné, ainsi que sa capacité à ouvrir de nouvelles possibilités dans le soin, m'apparaissaient primordiaux afin de faire reculer ce point de rupture chez le soignant.

Nous nous sommes donc lancés dans cette étude comparative auprès de 359 médecins généralistes français, pratiquant ou non l'hypnose, via un questionnaire adapté du Maslach Burnout Inventory, afin d'essayer de démontrer que la pratique de l'hypnose en cabinet de médecine générale permettait de réduire le risque de burn-out chez le soignant.

Cette étude nous a principalement permis de mettre en lumière de nombreux biais, notamment méthodologiques, communs aux études traitant de ce sujet. Mais, malgré ces réserves, nous avons tout de même démontré que la pratique de l'hypnose était une solution pour réduire la marche vers le burn-out.

Cette étude nous a principalement conforté dans l'idée que l'hypnose restait un outil non négligeable dans la pratique courante de la médecine générale ambulatoire, et me permet ce jour de vous en parler afin de, peut-être, convaincre certains d'entre vous de sauter le pas.

The contribution of the practice of hypnosis in a general medicine on the risk of burnout in general practitioners

It is a fact today that burnout in physicians is a public health problem, and that given the current practice environment, it was becoming difficult to protect yourself from it.

Based on my experience in hypnosis through the completion of the university diploma from the University of Bordeaux, it appeared to me that this practice could appear as a solution to protect against burnout in general practitioner.

Few studies had been launched on the subject, however, its foundations concerning the caregiver-patient relationship, as well as its ability to open up new possibilities in care, seemed to me to be essential in order to reduce this breaking point of the practitioner.

We therefore embarked on this comparative study with 359 French general practitioners, whether or not practicing hypnosis, with a questionnaire adapted from the Maslach Burnout Inventory, in order to try to demonstrate that the practice of hypnosis in general practice could reduce the risk of burnout in the caregiver.

This study mainly enabled us to highlight on numerous biases, particularly methodological ones, common to studies dealing with this subject. But, despite these reservations, we have however shown that the practice of hypnosis is a solution to reduce the march towards burnout.

This study has mainly confirmed us in the idea that hypnosis remains a significant tool in the current practice of general medicine, and allows me today to talk to you about it in order, perhaps, to convince some of them to lead the way.

DISCIPLINE : Sciences de la vie et de la santé

MOTS-CLES : Burnout – Hypnose – Médecin généraliste

*Collège Santé de l'Université de Bordeaux
Département de Médecine Générale
Université de Bordeaux - Campus Carreire
146 Rue Léo Saignat – 33000 Bordeaux*