UNIVERSITÉ DU DROIT ET DE LA SANTÉ – LILLE 2

FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

ANNÉE 2011 – 2012

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT

DE DOCTEUR EN MÉDECINE

ÉTUDE DESCRIPTIVE DE LA POPULATION DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES LIBÉRAUX DU NORD-PAS-DE-CALAIS ET PRÉVALENCE DU BURN OUT

RÉALISÉE À PARTIR DE L'ENVOI DE 1000 QUESTIONNAIRES

Présentée et soutenue publiquement le 21 mai 2012

Par Aurélien Faille

Jury

Président :	**Monsieur le Professeur Raymond Glantenet**
Assesseurs :	**Madame le Professeur Annie Sobaszek**
	Monsieur le Professeur Guillaume Vaiva
Directeur de thèse :	**Madame le Docteur Alexandra Salembier**

1. SOMMAIRE

1. SOMMAIRE..... ..1

2. GLOSSAIRE.....3

3. INTRODUCTION.....4

4. À PROPOS DU BURN-OUT.....6

4.1. Historique.....6
4.2. Définition du Burnout syndrome.....8
4.3. Démographie médicale nationale et régionale.....11
4.3.1. Densité médicale..... 11
4.3.2. Féminisation de la profession..... 13
4.3.3. Activité salariée et libérale.....14
4.3.4. Activté régulière, nouveaux inscrits et départs à la retraite.....15
4.3.5. Les remplaçants..... 16
4.3.6. Lieu et âge d'installation.....16
4.3.7. Âge moyen des médecins.....17
4.4. Prévalence de l'épuisement professionnel.....18
4.5. Le stress et les causes du Burnout..... 20
4.5.1. Le syndrome général d'adaptation..... 20
4.5.2. Les causes organisationnelles..... 22
4.5.3. Les causes interindividuelles.....23
4.5.4. Les causes intra-individuelles.....26
4.6. Les conséquences de l'épuisement professionnel..... 29
4.6.1. Physiques et psychiques..... 29
4.6.2. Modifications comportementales ou "coping".....30
4.6.3. Conséquences financières et démographiques.....31
4.6.4. Conséquences préventives.....31
4.7. Burnout sans frontières..... 33
4.8. Les objectifs de l'étude..... 36

5. POPULATION ET MÉTHODE.....37

5.1. Présentation de l'étude..... 37
5.2. Population étudiée et échantillonnage.....37
5.2.1. Description de la population « mère »..... 37
5.2.2. Présentation de la population « cible »..... 39
5.2.3. Représentativité de la population « cible »..... 40
5.3. Méthode de recueil et outils.....40
5.3.1. L'envoi et le recueil.....40
5.3.2. Le "Maslach Burnout Inventory".....41
5.3.3. Le questionnaire..... 42
5.4. Informatisation des données..... 43
5.5. L'outil statistique..... 43

6. RÉSULTATS ET ANALYSE....44

6.1. Participation....44
6.2. Caractéristiques des répondants....44
6.2.1. Statistiques descriptives....44
6.2.1.1. Critères sociodémographiques....44
6.2.1.2. Organisation professionnelle....47
6.2.1.3. Activités extra-professionnelles....52
6.2.2. Analyses statistiques bivariées....55
6.3. Représentativité de la population répondante....57
6.4. Résultats du "Maslach Burnout Inventory"....58
6.4.1. Scores tridimensionnels du "Maslach Burnout Inventory"....58
6.4.2. Prévalence du Burnout au sein des répondants....60
6.4.3. Niveau de Burnout au sein des répondants....61
6.5. Description de la population en Burnout....63

7. DISCUSSION....65

7.1. Points forts de l'étude....65
7.2. Les limites du matériel....66
7.2.1. Le "Maslach Burnout Inventory - Human Service Survey" (MBI-HSS)....66
7.2.2. Le questionnaire....66
7.3. Les limites méthodologiques....68
7.3.1. Le recrutement....68
7.3.2. Le biais de non-réponse....69
7.4. Les extrapolations statistiques....69
7.5. Les signaux d'alarme....70
7.6. Quelques pistes préventives....71
7.7. Ouvertures....73

8. CONCLUSION....75

9. ANNEXES ET BIBLIOGRAPHIE....76

Bibliographie....76
Annexe 1 : Questionnaire....84
Annexe 2 : Table du Khi 2....91
Annexe 3 : Le test du Khi 2....92
Annexe 4 : Quelques commentaires....93

2. GLOSSAIRE

AAPML : Association d'Aide Professionnelle aux Médecins Libéraux

AP : Accomplissement Personnel

ARS : Agence Régionale de Santé

BOS : "Burn Out Syndrom"

Ddl : Degré de liberté

DP : Dépersonnalisation

DSM : "Diagnostic and Statistical Manual" (*of mental disorders)*

EE : Épuisement Émotionnel

FMC : Formation Médicale Continue

IC : Intervalle de Confiance

IMG : Interne de Médecine Générale

INSEE : Institut National de la Statistiques et des Études Économiques

MBI : "Maslach Burnout Inventory"

MBI-HSS : "Maslach Burnout Inventory - Human Service Survey"

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ORS : Observatoire Régional de Santé

PACA : Provence Alpes Côte d'Azur

PAIMM : Programme d'Attention Intégral aux Médecins Malades

QCM : Question à Choix Multiples

QCS : Question à Choix Simple

QROC : Question à Réponse Ouverte et Courte

SEP : Syndrome d'épuisement professionnel

SFMG : Société Française de Médecine Générale

URPS : Union Régional des Professionnels de Santé

3. INTRODUCTION

Le climat social actuel place le travail au centre des préoccupations de tout individu. La sécurité financière qu'il représente, la valorisation et l'épanouissement personnel que l'on est en droit d'attendre sont à nuancer par le stress résultant des impératifs qu'il implique. L'augmentation des plaintes médicopsychologiques liées au stress professionnel a amené la société à s'interroger sur les conséquences du travail sur la santé et sur les mécanismes responsables de l'épuisement professionnel.

C'est ce phénomène complexe appliqué à la médecine générale qui est à l'origine de cette étude dont l'intérêt n'a cessé de croître depuis mes premiers remplacements médicaux. En effet, j'ai quitté la faculté non sans une certaine exaltation de pouvoir mettre en pratique les connaissances empiriques inculquées jusqu'alors. Je m'attendais ainsi, dès mes premiers pas d'exercice, à trouver des professionnels de santé épanouis, animés par cette flamme caractéristique des passionnés. Quelle ne fut pas ma surprise d'entendre, par les confidences de mes maîtres, que cette flamme pouvait également consumer de façon insidieuse tout ce qui fait habituellement notre envie de soigner.

Les années de théorie, de pratique hospitalo-universitaire nécessaire à l'exercice médical sont autant d'armes indispensables afin de gérer au mieux la plupart des motifs de consultations de médecine générale. À l'inverse, ce cursus n'aborde que très peu les symptômes d'alarme menant à l'épuisement professionnel ni les stratégies à mettre en place afin de s'en prémunir. L'une des raisons peut être due au fait, en plus du caractère inavouable lié aux impératifs culturels de notre profession, qu'il implique pour une partie des mécanismes personnels et donc très divers de préservation et de défense.

Les études récentes menées depuis une dizaine d'années dans différentes régions françaises m'ont amené à cette interrogation : ce phénomène affecte-t-il les médecins généralistes de notre région et dans quelle proportion ? Il m'apparaît pour cela utile de rappeler le concept de Burn-Out ainsi que ses origines, ses définitions, causes et conséquences tant individuelles que collectives. C'est dans ce contexte, à travers une évaluation de critères sociodémographiques et organisationnels, qu'une évaluation de la prévalence de ce phénomène a été proposée aux médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais.

4. À PROPOS DU BURN OUT

4.1 Historique

On retrouve les premiers écrits sur des évènements désignés comme « épreuve » ou « affliction » à la fin du Moyen Âge, que l'on peut rapprocher de la notion de stress actuel. Le Burnout s'étend volontiers aux notions d'efforts, de contraintes, d'attaques ou d'invasions.

Dès 1768, le Dr Samuel Tissot énonce les méfaits de l'acharnement au travail sur la santé[(1)]. Il souligne le premier l'influence des conditions de travail sur le comportement et la santé. Il propose déjà une attitude hygiéniste et préventive.

Différents auteurs tels que Hans Selye en 1936[(2)], et Walter Bradford Cannon[(3)] en 1942 prolongent la réflexion en définissant la physiopathologie du stress en particulier chez les infirmières. Selon le modèle de Selye, le stress n'est pas nécessairement négatif. Il correspond à la réponse non spécifique du corps à un stimulus qu'il nomme syndrome général d'adaptation. Ainsi, une perturbation soudaine de « l'homéostasie » induit une réaction d'alarme, qui aboutit à une phase de résistance traduisant l'adaptation du corps à l'élément stressant. Cette phase évolue, une fois l'énergie d'adaptation consumée, vers la phase d'épuisement si le stimulus se prolonge. Ce concept sera repris plus loin en détail.

C'est Claude Veil en 1959 qui cite le premier le terme d'épuisement professionnel en développant cette notion de façon scientifique et en proposant lui aussi des mesures de prévention : « *Il est le fruit de la rencontre d'un individu et d'une situation. L'un et l'autre sont complexes, et l'on doit se garder des simplifications abusives. [...] La prévention de l'état d'épuisement tient en trois termes : éducation du public, hygiène du travail, mesures sociales* »[(4)].

Il faut attendre 1974 avec le psychiatre et psychothérapeute américain Herbert Freudenberger pour voir apparaître une description clinique de l'épuisement professionnel qu'il désigne par le "Burn Out Syndrom" (« B.O.S »). C'est à partir de constatations symptomatiques, présentées par le personnel soignant très investi, évoluant au sein de centre pour toxicomanes, les "*free clinics"*, qu'il propose une définition. Il correspondrait à la perte de motivation d'un soignant pour son travail, surtout quand sa forte implication n'a pas produit les résultats escomptés[5]. « *Je me suis rendu compte que les gens sont parfois victimes d'incendie, tout comme les immeubles. Sous la tension produite par la vie dans notre monde complexe, leurs ressources internes en viennent à se consumer comme sous l'action des flammes, ne laissant qu'un vide immense à l'intérieur, même si l'enveloppe externe semble plus ou moins intacte* »[6].

Cette description met l'accent principalement sur les facteurs comportementaux individuels. D'autres études sont menées parallèlement par Christina Malasch qui centre plutôt ses recherches sur l'impact de l'environnement au travail en particulier chez les soignants et les avocats. À partir d'enquêtes et d'entretiens débutés en 1980, un syndrome tridimensionnel s'esquisse progressivement. En augmentant la taille des échantillons de population testés, elle mène avec Kathy Kelly, Ayala Pines et Susan Jackson, un programme de recherche psychométrique dont les résultats aboutiront à la définition d'une échelle de mesure valide : le "*Maslach Burnout Inventory*"[7]. Cette validité de l'échelle en traduction française est confirmée par Dion et Tessier en 1994[8]. Elle intègre ce phénomène dans le cadre de désordres psychosociaux caractéristiques des professions « aidantes ».

Si l'on considère les études de Cary Cherniss[9] menées entre 1974 et 1976, on élargit le domaine de population potentiellement exposée à l'ensemble des travailleurs. En effet, l'épuisement professionnel nait selon lui du déséquilibre entre les ressources de l'individu (personnelles ou organisationnelles) et les exigences du travail.

Il introduit en 1980 la notion d'orientation de carrière. On distingue le carriériste, l'artisan, l'individualiste et le militant. À chaque identité professionnelle correspondent une priorité et des objectifs différents qui seront détaillés plus loin.

De nos jours, le terme anglo-saxon de burnout est utilisé également dans l'industrie aérospatiale où il désigne la désintégration par surchauffe des machines à court de carburant.

Ce phénomène semble transculturel puisqu'il est décrit également en Asie et particulièrement au Japon sous le terme de « *Karoshi* » dont la traduction littérale est « mort par le travail ». Cette entité clinique est reconnue dans ce pays comme maladie professionnelle depuis 1988, quelle que soit la catégorie socioprofessionnelle du travailleur.

4.2 Définition du Burnout

Dans notre étude nous parlerons indifféremment de Syndrome d'Épuisement Professionnel (SEP) et de Burn-Out Syndrome (BOS).

Plusieurs définitions sont actuellement admises et sont la plupart complémentaires. Selon l'OMS, l'épuisement professionnel correspond à « un sentiment de fatigue intense, de perte de contrôle et d'incapacité à aboutir à des résultats concrets au travail »[(10)].

Selon Freudenberger et Richelson, le burnout correspond à « *un état de fatigue chronique, de dépression et de frustration apporté par la dévotion à une cause, un mode de vie, ou une relation, qui échoue à produire les récompenses attendues et conduit en fin de compte à diminuer l'implication et l'accomplissement du travail* »[(11)].

Pour cette étude, nous retiendrons la définition de Christina Maslach : « *Le Burnout est un syndrome d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et de réduction de l'accomplissement personnel qui apparait chez les individus impliqués professionnellement auprès d'autrui* »[8].

L'épuisement émotionnel fait référence à l'assèchement de la sphère affective, à la notion de vide interne et de frustration devant ce ressenti. L'irritabilité, les troubles du sommeil, l'anxiété sont les premières conséquences cliniques de cet état. Cette dimension représente le point de départ du processus.

La dépersonnalisation est quant à elle un mécanisme adaptatif de la relation à l'autre. Elle est à distinguer du trouble dissociatif décrit en psychiatrie dans le DSM IV, établissant la perception d'être étranger à soi même. Elle consiste à ôter tout caractère affectif à la relation interpersonnelle, de soin dans notre cas. Ainsi, le cynisme, le manque d'empathie, le détachement constituent autant de barrières protectrices mises en place pour tenter de limiter le tarissement des ressources internes. En effet, cette distance permet de lever certaines pressions liées au caractère humain de la relation de soin et tente de la rendre moins pénible.

La réduction de l'accomplissement personnel apparaît, à la fois comme une conséquence intrinsèque des deux dimensions précédentes, mais aussi comme une source de stress supplémentaire[12]. Elle signe la perte de motivation et le ressenti d'inutilité. Cette dévalorisation est plus ou moins nuancée selon les caractéristiques individuelles sous-jacentes du soignant, elle se caractérise par un désinvestissement au travail qui, par le biais d'erreur ou d'omission, peut venir renforcer le sentiment d'incompétence.

Selon Yeor Etzion, cet épuisement est pernicieux car il modifie de façon asymptomatique le comportement dont le contraste n'est visible que sur de longues périodes : « *Pour moi, le burnout provient d'inadaptations continues, rarement reconnaissables, et pour la plupart déniées entre les caractéristiques de l'individu et celles de l'environnement. Ces inadaptations sont la source d'un processus d'érosion psychologique lent et caché. À la différence des autres phénomènes stressants, les minitresseurs liés aux inadaptations ne causent pas d'alarme et sont rarement sujets à des efforts adaptatifs ("coping") pour y faire face. Ainsi, le processus d'érosion peut continuer longtemps sans être détecté* »[13].

« *La maladie de l'idéal et de la relation provoque une sournoise hémorragie d'estime »,* écrit le Dr Isabelle Gautier en évoquant le burnout dans le bulletin mensuel du conseil départemental de l'ordre des médecins de la ville de Paris en 2003[14]. Éric Galam[15] décrit quant à lui le burnout comme une « pathologie de la relation d'aide », on imagine dès lors qu'elle puisse atteindre d'autres professions non médicales.

Martin Winckler écrira dans " La maladie de Sachs "[16] « *La médecine est une maladie qui frappe tous les médecins de manière inégale. Certains en tirent des bénéfices durables. D'autres décident un jour de rendre leur blouse parce que c'est la seule possibilité de guérir – au prix de certaines cicatrices. Qu'on le veuille ou non, on est toujours médecin. Mais on est pas tenu de le faire payer aux autres, et on est pas non plus obligé d'en crever »*. On retrouve toute la dualité de ce métier de soin qui peut blesser et faire souffrir celui qui le pratique.

Ainsi, l'épuisement professionnel se développe, pour une partie, sur des inégalités ou déséquilibres perçus entre travail fourni et récompense attendue. L'environnement joue également un rôle important. L'environnement de travail bien sûr, les caractéristiques organisationnelles, mais aussi les composantes démographiques de la région, du bassin de vie et la situation d'exercice qui peuvent parfois renforcer le sentiment d'isolement et de vulnérabilité face aux contraintes diverses de la profession.

4.3 Démographie médicale nationale et régionale

Cette étude a été réalisée sur la population des médecins généralistes de la région Nord-Pas-de-Calais. Avec 324 habitants par kilomètre carré, il s'agit de la seconde région la plus élevée en densité de population après l'Île-de-France. Avant de considérer les difficultés éventuelles rencontrées dans le cadre de l'exercice médical, il nous apparait utile de préciser la situation actuelle, nationale et régionale en terme d'offre de soins et de démographie médicale. Nous essaierons de retracer l'évolution dans le temps des différentes variables étudiées.

4.3.1 Densité médicale

En France :

— **En 2008**, la Picardie est la région connaissant la densité médicale la plus basse, la région PACA est celle comptant le plus de médecins[17]. Dans une enquête de 2010[18], les flux migratoires ont été plus particulièrement étudiés. En effet, il a été démontré que le nombre de médecins étrangers en activité régulière a augmenté de 20,6 % depuis 2007. Ceux-ci sont originaires de Roumanie, de Belgique, d'Algérie et d'Allemagne. Il s'avère qu'ils s'installeraient davantage dans les déserts médicaux. D'après un rapport de l'ORS du Nord-Pas-de-Calais, à l'échelle nationale, le nombre de médecins généralistes est resté relativement stable. Il a augmenté de 735 depuis 2005[19].

— **En 2010**, la région PACA et l'Île-de-France arrivent en tête de la densité médicale, surpopulation médicale qui contraste avec les régions Midi-Pyrénées et Picardie[20].

— **En 2011**, 23 % des nouveaux médecins (généralistes et spécialistes) ont choisi l'exercice libéral en milieu rural[21].

Dans la région Nord-Pas-de-Calais :

— **En 2003**, les médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais représentaient 6,6 % des médecins généralistes français. Il existe un excédent de médecins sur la métropole lilloise avec une densité supérieure de médecins généralistes dans le Nord. Si l'on compare la répartition de la population à celle des médecins généralistes au niveau départemental, on constate que 60 % de la population vit dans le Nord et dispose de 68 % des médecins généralistes de la région. Parallèlement, le département du Pas-de-Calais ne peut offrir que 32 % de médecins généralistes au 40 % de la population régionale qui y réside. Ainsi, la densité médicale est de 1 médecin pour 580 patients dans le Nord. Elle chute à 1 médecin pour 687 patients dans le Pas-de-Calais, soit un peu plus de 100 patients supplémentaires par médecin[(22)].

— **En 2009**, les médecins généralistes de la région ne représentent plus que 5,5 % des généralistes français[(23)]. On constate une seconde fois une disparité entre les deux départements (94,6 généralistes pour 100 000 habitants dans le Nord contre 86,9 pour 100 000 habitants dans le Pas-de-Calais). D'après l'ORS de la région Nord-Pas-de-Calais, le nombre total de médecins généralistes a diminué de 30 entre 2005 et 2008 dans la région**.**

— **Au 1er janvier 2011**, le Nord-Pas-de-Calais faisait partie des 9 régions où les diminutions d'effectifs étaient les plus marquées. La densité correspondait à 278 médecins (généralistes et spécialistes) pour 100 000 habitants contre une moyenne nationale à 306,7 pour 100 000 habitants[(24)].

— **Au 1er juin 2011**, l'atlas observe toujours une différence de densité entre les deux départements. En effet, 66,1 % des généralistes exercent dans le Nord et 33,9 % exercent dans le Pas-de-Calais. La densité régionale observée de médecins généralistes était de 141 pour 100 000 habitants contre 147 pour 100 000 habitants en France. Nous sommes donc en déficit par rapport à la moyenne nationale. L'étude montre également que pour 38 % des bassins de vie, où la densité médicale est déjà faible, la moyenne d'âge plus élevée des médecins expose ces zones à une baisse conséquente de l'offre de soins dans les 5 ans[(25)].

Il est à noter que la région réussit, la plupart du temps, à garder les jeunes médecins formés dans leur faculté. En effet, sur les nouveaux inscrits à l'ordre, 79 % étaient diplômés de la faculté de Lille. L'estimation des départs à la retraite à 5 ans dans la région est similaire à l'estimation nationale.

En résumé : Nous constatons qu'il existe une baisse constante de la démographie des généralistes dans notre région. De plus, la densité moyenne de médecins dans la région est toujours inférieure à la densité nationale. En plus d'une population sous-représentée, nous constatons que le Pas-de-Calais est plus touché que le Nord et que la situation s'aggrave en raison du vieillissement des médecins dans les bassins de vie.

4.3.2 Féminisation de la profession

En France :

— **En 2003**, nous constatons que les femmes représentaient 36.8 % des médecins en France. Elles représentaient 31,3 % de l'ensemble des médecins de la région. Nous constatons là encore une différence entre le Nord et le Pas de Calais avec respectivement 32,5 % et 28,9 %[26].

— **En 2008**, elles représentent 54 % des médecins nouvellement inscrits à l'ordre[27].

Dans la région :

— **En 2009**, les femmes représentent 22 % des médecins de la région avec toujours cette disparité entre le Nord et le Pas de Calais[28].

— **En 2011**[29], 34 % des généralistes étaient des femmes. Elles représentaient près de la moitié des nouveaux libéraux. La disparité entre les deux départements s'observe toujours[25].

En résumé, la part des femmes dans la démographie médicale est croissante. Elle a augmenté de presque 20 % en 5 ans. Le département du Nord attire davantage les femmes que le Pas-de-Calais.

4.3.3 Activité salariée et libérale

En France :

— En 2008, 10 % des nouveaux inscrits se sont installés en libéral alors que 66 % ont choisi l'activité de salarié[30].

— En 2010[20], on observe des disparités importantes entre les régions : les médecins généralistes libéraux représentaient 58,7 % de la totalité de l'effectif libéral, chiffre en baisse par rapport à 2003 où ils représentaient 68,9 %[26]. On observe une baisse particulièrement en Lorraine, en Bourgogne et dans la région centre.

— En novembre 2010, le pourcentage de nouveaux inscrits, spécialistes et généralistes, choisissant l'activité libérale est toujours inférieur à 10 % (8,6 %). Le choix du milieu salarié est nettement privilégié (66,8 %)[31].

— En 2011, le pourcentage de nouveaux inscrits s'installant en libéral et en secteur salarié est sensiblement plus important, respectivement, 9.4 % et 70 %[32].

Dans la région :

— En 2003, 68,9 % des généralistes de France exerçaient en libéral[26]. La région rapporte des chiffres plus élevés. (70,3 % pour le Nord, 71,6 % pour le Pas-de-Calais)

— Six ans plus tard, on observe une baisse de 5 % de l'activité libérale des généralistes[33]. Nous retrouvons 66 % de salariés chez les nouveaux inscrits.

— En 2011, 63,5 % des généralistes du Nord et 62,5 % des généralistes du Pas-de-Calais exercent en libéral. On ne retrouve qu'une moyenne de 31,3 % d'activité salariée. On constate en revanche une augmentation d'une activité dite mixte[34].

En résumé, on observe une diminution du choix de l'activité libérale dans notre région, délaissée pour une activité salariale. En 2011, le choix d'une activité mixte se généralise. Cette tendance se retrouve au niveau national.

4.3.4 Activité régulière, nouveaux inscrits et départ à la retraite

En France :

— En 2008, 3,4 % des médecins français partaient à la retraite alors que seul 1,2 % entraient en activité[17].

— En 2010[20], on observe une augmentation des départs pour la moitié des régions françaises. Les régions PACA et Bourgogne sont les plus touchées par le vieillissement des médecins avec respectivement 18,5 et 16,7 % des médecins retraités inscrits au conseil de l'ordre.

Toujours en 2010, on recensait 6,6 % des médecins partant à la retraite contre 1,8 % seulement de nouveaux médecins en activité. Il est également observé que la part de médecins retraités conservant une activité est de 17 %, soit une hausse de 37 % par rapport à 2009[35].

— Début 2011, cette tendance se confirme et s'accentue[21] avec 2,5 % des médecins qui entrent en activité pour 11,2 % qui partent à la retraite, soit une augmentation de près de 5 points des départs pour une augmentation de 0,7 point des entrants. De plus, 45 % des généralistes dévissent leur plaque avant l'âge de la retraite après 20 ans d'exercice libéral. Pour plus de la moitié d'entre eux, le choix se porte sur le salariat. Des charges administratives et financières trop lourdes ainsi qu'une incompatibilité entre leur vie professionnelle et privée semblent être les plus grandes causes d'arrêt de l'exercice. En 31 ans, les actifs ont augmenté de 92,9 % alors que les retraités ont, eux, augmenté de 613 %[36].

— Fin 2011, on recensait 13,9 % de départ en retraite, soit une hausse de 2,7 % par rapport au début de l'année[37].

D'après l'ORS, de 2008 à 2011 à l'échelle nationale, plus de 4300 médecins généralistes se définissent comme susceptibles de prendre leur retraite à 5 ans, soit une augmentation potentielle de 4,4 %. Dans la région Nord-Pas-de-Calais, la proportion est la même[19].

4.3.5 Les remplaçants

En France :

Leur nombre connaît une augmentation exponentielle depuis 2006 dont la majorité sont des femmes.

— En 2010[38], les remplaçants représentaient 23,9 % des nouveaux inscrits (dont 66 % de femmes et une moyenne d'âge de 30 ans) et 4,5 % des médecins en activité, soit une hausse de 9,1 % en 3 ans.

Dans la région :

— En 2009, ils représentaient 26 % des nouveaux inscrits, soit une majoration de 364 % en 20 ans. Les effectifs ont grossi de 11 % en 1 an. La proportion de remplaçants est un peu plus importante dans le Nord (6 %) par rapport au Pas-de-Calais (5 %)[33].

— Au 1er juin 2011, ils représentaient 35,4 % des nouveaux inscrits, soit une augmentation de près de 10 % en 2 ans et 3,5 % des médecins en activité, score proche des chiffres nationaux[39].

En résumé : le nombre de remplaçants ne cesse de croître depuis 1980 avec une augmentation de 600 % en 30 ans[40].

4.3.6 Lieu et âge d'installation

En France :

— En 2010[20], l'âge moyen de première installation est de 34 ans avec deux exceptions représentées par la Corse (40 ans) et le Centre (37 ans).

Dans la région :

— En 2005, 83,9 % des médecins généralistes exercent en milieu urbain[22].

— **En 2009**, l'âge moyen d'installation est de 33 à 34 ans ce qui correspond à la moyenne nationale de 34,7 ans[35].

— **En 2011**, l'âge moyen restait sensiblement le même (33 ans). Il est à noter que la majorité des nouveaux inscrits sont restés dans leur région de formation et que 20 % d'entre eux se sont installés en milieu rural[41].

En résumé : Les jeunes médecins s'installent 5 ans après l'obtention de leur diplôme. Ils s'installent en majorité en zone urbaine. Il n'y a pas eu d'évolution flagrante depuis 8 ans.

4.3.7 Âge moyen des médecins

En France :

— **En 2005**, l'âge moyen était de 47,8 ans. En 2009, il est passé à 49,1 ans[19].

— **En 2010**[42], 58 % des médecins, spécialistes et généralistes confondus, ont plus de 50 ans. La moyenne d'âge des remplaçants est de 44 ans[43].

— **En 2011**[44], ce chiffre est passé à 51,4 ans.

On constate également que l'âge des libéraux est plus élevé en zone de faible densité [45].

Dans la région :

— **En 2003**[26], la moyenne d'âge des médecins était de 46,1 ans en rapport avec les chiffres nationaux. Les plus de 50 ans étaient 40 à 50 % plus nombreux que les moins de 40 ans. Cette tendance s'accentuait à l'échelle nationale avec un effectif de médecins de plus de 50 ans qui était 80 % plus important que celui des moins de 40 ans.

Les jeunes médecins exerçaient essentiellement dans le cœur des Flandres et la métropole. Les plus âgés étaient plus volontiers installés dans les anciens bassins miniers et le Calaisis.

— **En 2005**, l'âge moyen des généralistes était de 47,1 ans. En 2008, il passait à 48.6[19].

— **En 2009**, l'âge moyen est passé à 51 ans et 37 % des médecins ont plus de 55 ans[46].

— **En 2011**, l'âge moyen est de 50 ans. Les moins de 45 ans représentent 20 % des médecins et les plus de 60 ans, 19 %. Les médecins du Pas-de-Calais sont plus âgés que ceux du Nord (51 ans contre 49 ans)[25].

En résumé : nous assistons sans surprise à un vieillissement des médecins généralistes (tout comme la population générale). Ces chiffres se confondent avec ceux de la métropole.

4.4 Prévalence de l'épuisement professionnel

Depuis plus de dix ans, les études sur le burnout des médecins, en particulier des généralistes, se multiplient et identifie un taux préoccupant d'épuisement avec une prévalence variable entre 20 et 50%. Nous allons donc reprendre plus en détail les chiffres en distinguant le pourcentage dans chacune des trois composantes du BOS (***Tableau n° 1***).

Pour ces treize études, l'outil utilisé est identique. Il s'agit du MBI-HSS. Néanmoins, les effectifs diffèrent en terme de taille et donc de représentativité. De plus, les modes de recrutement et les périodes durant lesquelles ont été effectuées ces études limitent les possibilités de comparaison.

La proportion moyenne des médecins ayant obtenu un score d'épuisement émotionnel élevé sur ces 13 études est de 27,7 %. Pour la dépersonnalisation, elle est de 31,3 % et de 29,6 % pour le faible accomplissement personnel. L'effectif moyen des études était de 304 médecins. Si l'on ne considère cette fois que les dix études concernant les médecins généralistes, on retrouve un taux moyen d'épuisement émotionnel à **25,5 %**, la dépersonnalisation et le faible accomplissement personnel étant respectivement de **27,9 et 28 %**. L'effectif moyen est alors de **294 médecins**.

On peut remarquer que l'étude ayant révélé le taux de dépersonnalisation le plus haut (50%) concernait les internes en médecine générale d'Ile de France en 2009.

Tableau n°1: Les différentes études françaises

	EE élevé	DP élevée	AP faible
2001 : Bourgogne[47] N= 394 Spécialistes et généralistes libéraux	**47,2 %**	32,8 %	29,2 %
2002 : Dinan[48] N=88 Généralistes	22,7 %	35,2 %	39,8 %
2003 : Champagne-Ardenne[49] N= 408 Spécialistes et généralistes libéraux	42,3 %	44,5 %	37,4 %
2003 : Loire[50] N= 307 Généralistes	26 %	30 %	19 %
2004 : Poitou-Charente[51] N= 515 Généralistes	40,3 %	43,7 %	**43,9 %**
2004 : Rhône-Alpes[52] N=189 Généralistes	25 %	24 %	42 %
2005 : Indre et Loire[53] N= 496 Généralistes	25 %	29 %	25 %
2005 : Cher[54] N=127 Généralistes	25,2 %	33,1 %	29,1 %
2005 : Tahiti[55] N=57 Généralistes	7,2 %	12,5 %	23,2 %
2007 : Provences-Alpes-Côte d'Azur[56] N=511 Généralistes	23 %	19,6 %	10,6 %
2007 : Réseau sentinelles métropole et Corse[57] N= 221 Généralistes	27,1 %	32,6 %	27,1 %
2009 : Ile de France[58] N=205 Interne de médecine générale	16 %	**50 %**	34 %
2010 : Franche-Comté[59] N=428 Généralistes	33,6 %	19,4 %	20,2 %

EE : Epuisement Emotionel
DP : Dépersonnalisation
AP : Accomplissement Personnel

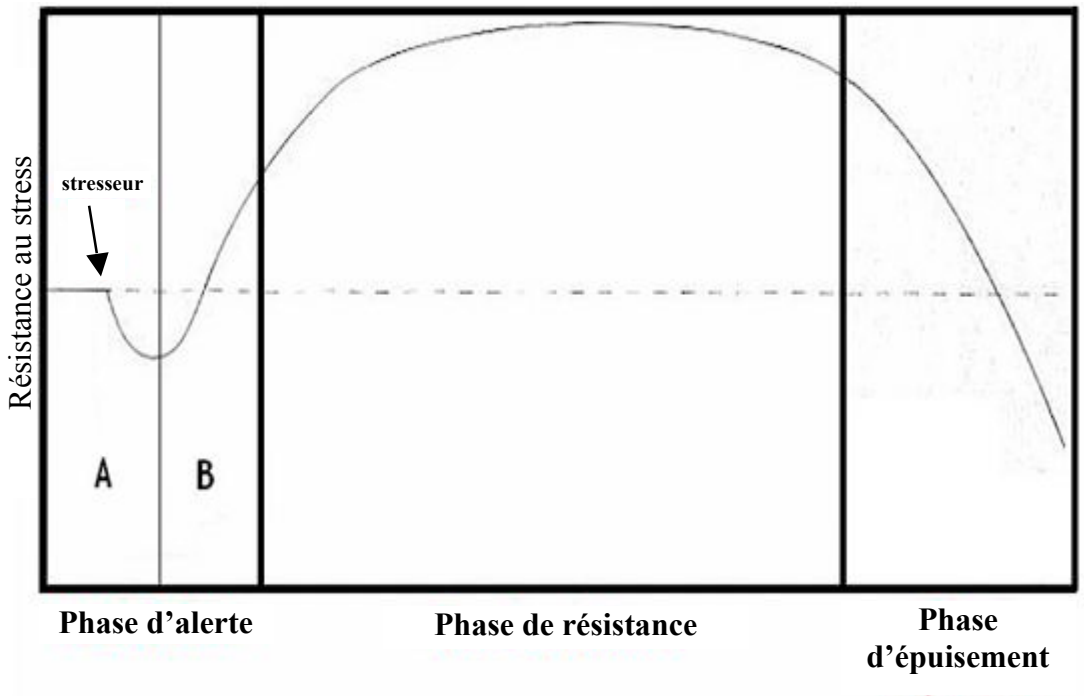
4.5 Le stress et les causes du BOS

L'épuisement professionnel semble résulter d'une succession d'états de stress. Les causes de stress sont donc en relation avec celles du BOS. On peut définir le stress comme une succession de réponses non spécifiques de l'organisme à un stimulus perturbant l'homéostasie.

4.5.1 Le syndrome général d'adaptation

De nombreuses approches ont été formulées, biologiques et psychologiques. Celle de Hans Selye parait adaptée aux conditions d'exercice vécues par le médecin généraliste. Il définit ainsi dans les années 50 le syndrome général d'adaptation[60] à un stimulus en fonction du temps d'exposition. Cet état peut être transitoire ou prolongé, mettant dans ce cas à l'épreuve les « réserves » adaptatives variables d'un individu à l'autre.

Figure n°1 : Le syndrome général d'adaptation



A : Phase de Choc

B : Phase de contre-choc

Sur la figure 1 apparaissent trois phases :

— La première correspond à une phase d'**alerte**, physiologique et sensorielle, qui fait suite à la survenue de l'événement stressant. Elle se décompose en une période de choc qui correspond à un état de sidération, suivie d'une reprise de contrôle, essentiellement par mécanismes physiologiques automatiques (augmentation de la fréquence cardiaque, de la pression artérielle, décharge adrénergique). Cette période « contre-choc » est commune à de nombreuses espèces. C'est l'adaptation qui introduit la phase de résistance.

— La deuxième phase est une phase de **résistance**. Elle représente l'endurance du sujet dans sa lutte contre le stresseur permanent. L'importance des mécanismes adaptatifs physiologiques est moindre, laissant la place à des techniques de modifications comportementales. Cette phase est très variable selon l'individu. Néanmoins, quelques soient les mécanismes de protection mis en place et donc quelque soit l'individu, ils sont limités. Si l'exposition au stimulus stressant épuise toutes les adaptations comportementales, le sujet aboutit à la phase d'épuisement.

— La dernière phase correspond à un **épuisement** représenté par l'effondrement des mécanismes adaptatifs de défense qui s'apparenterait au BOS[61].

Contrairement à l'épuisement professionnel qui lui est toujours péjoratif, le stress peut s'avérer positif et nécessaire afin de faire face à des situations critiques, ce que Hans Selye[60] appelle « l'eustress » en opposition aux évènements stressants nocifs ou « détresses ». C'est donc plutôt l'accumulation dans le temps de « détresse » qui amène à une usure des ressources défensives. On peut dès lors imaginer que les techniques de relaxation proposées dans la gestion du stress ponctuel ne seront pas suffisantes une fois l'épuisement professionnel installé. Plusieurs facteurs favorisants une situation stressante et, à plus long terme, l'épuisement professionnel, ont été défini lors d'études antérieures et peuvent être classées en causes organisationnelles, interindividuelles et intra-individuelles.

4.5.2 Les causes organisationnelles

Elles sont inhérentes à l'environnement du médecin généraliste et à ses conditions d'exercice. La démographie médicale actuelle reflète le déséquilibre entre l'offre de soins et la demande toujours plus importante de la population. Cette situation a un impact direct sur le volume horaire et la charge de travail que le médecin estime légitimes de proposer. L'activité libérale offre une chance formidable de moduler son activité, mais sous-tend d'avoir repérer au préalable les évènements stressants qui nous sont propres.

— **Le contrôle du temps**

Il apparait qu'un médecin ayant la perception du contrôle de son emploi du temps et donc de sa charge de travail diminue son risque d'épuisement professionnel. Ainsi, même en cas d'activité importante ou routinière, l'impact négatif sur la perception qualitative de son travail est moindre. Le ressenti de contrôle temporel est un mécanisme adaptatif des plus efficace[62]. À l'inverse, la perte de maitrise du temps est vécue comme particulièrement stressante, nécessitant toujours plus de ressources afin d'en récupérer le contrôle. Il peut s'agir de demandes multiples sur une même consultation, des patients polypathologiques, des consultations urgentes non prévues par définition. Ce contrôle peut être facilité par exemple par des périodes « tampons » dans la journée sur un planning de consultations sur rendez-vous. La perception de surcharge de travail vient du déséquilibre entre l'excédent d'activité imprévu par rapport aux limites que l'on s'était initialement fixées.

— **L'environnement de travail**

Bien entendu, travailler dans un cadre agréable, fonctionnel, à l'image de sa pratique médicale est un atout considérable. L'outil informatique, la présence d'un secrétariat sur place ou à distance sont autant d'outils ou d'armes supplémentaires considérés par les jeunes médecins comme indispensable afin de pallier à d'éventuels évènements stressants (appels téléphoniques multiples pendant les consultations, pertes de documents ou de dossiers sur support papier).

Ces outils peuvent à l'inverse se révéler particulièrement stressants pour d'autres médecins, car source de panne pour l'ordinateur ou erreur de « filtrage » du secrétariat. Considérons simplement le médecin remplaçant, projeté dans un environnement par définition impersonnel, soumis aux évènements stressants cités plus haut, auxquels se rajoutent la difficulté à trouver le matériel, à accéder à la table d'examen faute de place, à trouver tel ou tel document tout en essayant de maintenir un objectif médical adapté au motif de consultation. On perçoit dès lors l'importance de ce cadre protecteur.

4.5.3 Les causes interindividuelles

— Le patient singulier et exigeant

Chaque consultation est unique. Elle sollicite les connaissances scientifiques du médecin, mais aussi sa capacité d'écoute, une adaptation de ses propos à la compréhension du patient. Certains messages, en particulier de prévention, peuvent être vécus comme un jugement non constructif des habitudes de vie s'ils ne sont pas délivrés avec diplomatie.

Tous ces mécanismes relationnels nécessaires au bon déroulement d'une consultation consomment progressivement les réserves émotionnelles du praticien. L'assèchement affectif amène une perte d'empathie et très vite une dépersonnalisation protectrice. Le patient reçoit alors des informations brutes sans explications, a le sentiment de ne pas être écouté ni compris et chacun ressort insatisfait de cet échange.

Il semble que l'exigence croissante des patients émane d'une certaine démystification de l'identité même du médecin qu'il considère comme un « interlocuteur technique et scientifique du moment » pour reprendre les propos de Cordier et Dreifuss-Netter[(63)].

— L’iniquité

Un sentiment équitable de service rendu peut parfois être perçu comme déséquilibré. Il confronte deux projections de consultation idéales, celle du médecin qui estime avoir apporté l’information suffisante, l’orientation de soins ou le service plus général de prévention, avec celle du patient qui imaginait sa consultation autrement, axée sur sa priorité. Il s’agit par exemple du médecin qui s’efforce de revoir les règles hygiénodiététiques et le traitement du patient diabétique déséquilibré, alors que ce dernier consultait pour un rhume.

Selon la théorie de Truchot, le médecin est inconsciemment en quête de « récompense » correspondant aux investissements fournis. Ces récompenses ne correspondent pas exclusivement au salaire, mais se traduisent également par la reconnaissance, l’expérience acquise et la satisfaction personnelle. Si le médecin se définit comme sous-bénéficiaire en réponse aux investissements en énergie, en temps passé, en fatigue accumulée, son score d’épuisement professionnel apparait plus élevé[(64)].

— L’accessibilité du savoir

Notre société évolue et le rapport aux soins se modifie progressivement. Les sollicitations des patients de plus en plus informés par les multiples outils médiatiques devenus très accessibles nourrissent le sentiment d’inconfort vécu par le médecin. Il se retrouve confronté à des patients qui disposent de connaissances brutes, parfois non adaptées à leur pathologie. Il voit se déplacer le partage du « savoir », dont il était le seul détenteur et qu’il prodiguait habituellement à sens unique, vers un débat où chaque décision doit être argumentée. La perte de la toute-puissance du médecin, de « celui qui sait », est bénéfique car elle rééquilibre le rapport de soin et vient faire participer davantage le patient aux décisions le concernant. Pour certains médecins, volontiers paternaliste, cette remise en cause de leur autorité peut être perturbante.

— Le spectre pénal

La multiplicité des plaintes menées devant les tribunaux amène le médecin à intégrer dans sa consultation, une « prophylaxie défensive » dans le cas où le respect des recommandations de bonnes pratiques nécessiterait d'être expliqué devant un juge. La problématique d'une consommation du « soin » de la part des patients implique une mise en avant du statut d'usagers de droit et représente une source de stress pour plus de 30 % des médecins bretons interrogés lors d'une étude en 2003[65].

— L'agressivité

Le vécu ou ressenti agressif est un partenaire nocif, malheureusement de plus en plus familier de l'activité du médecin généraliste. Il témoigne d'une augmentation réelle des incivilités et agressions. Ainsi, 518 incidents ont été comptabilisés en 2006[66] par l'observatoire pour la sécurité des médecins. Elles surviennent majoritairement au cabinet médical. Les généralistes sont les plus concernés avec 61 % des cas. Pour 14 %, il s'agissait d'agression physique, 39 % d'agressions verbales, 29 % de vol ou tentative de vol, de vandalisme pour 10 % des cas. Les motifs évoqués sont le temps d'attente trop long pour 12 % des cas et le refus de prescription pour 5 %. En 2010, le nombre d'incidents répertoriés[67] était de 920 soit une augmentation de 77 % en quatre ans.

— Les charges administratives et contraintes financières

C'est une des préoccupations particulièrement fréquentes évoquées par les médecins interrogés et sources incontestables de stress. Le médecin est à la tête d'une microentreprise et doit s'improviser gestionnaire, parfois comptable en plus de son activité médicale. De plus, une baisse d'activité, une interruption pour raison médicale avec une prise en charge des indemnités journalières retardées (91e jour) en cas d'incapacité prolongée peuvent facilement déstabiliser un équilibre financier parfois précaire ***(Annexe 4, p.93)***.

Les démarches administratives correspondent quant à elles à un excédent d'activité, perçu comme de plus en plus pesant. L'étude menée en 2003, auprès de 1316 médecins généralistes et spécialistes, pointait les contraintes administratives comme étant génératrices de stress pour plus d'un médecin sur deux[65]. En plus d'être chronophages, elles sont réalisées en dehors du temps de consultations et empiètent inexorablement sur le temps privé ou de repos.

— En privé

Il est fréquent que l'activité du médecin empiète sur la vie personnelle du praticien. Nous l'avons vu pour les démarches administratives.

Il arrive que ces sollicitations soient plus intrusives, comme des appels nocturnes ou pendant les jours fériés. Le volume horaire de l'activité médicale, en moyenne de 57,5 heures par semaine[68], laisse moins de place à la vie conjugale ou à l'éducation des enfants.

4.5.4 Les Causes intra-individuelles

— La personnalité face au travail

Elle est primordiale dans la façon même d'aborder un évènement potentiellement stressant. Prenons l'exemple de la consultation urgente au cabinet. Là où certains verront un nouveau challenge à relever, d'autres ressentiront une menace dans leur organisation par perte de contrôle du temps par exemple.

Cherniss[9] a défini en 1980 quatre orientations de carrière adaptées aux soignants selon l'axe prioritaire privilégié entre sphère professionnelle versus sphère privée d'une part et bénéfice personnel versus bénéfices aux autres d'autre part. Il s'agit d'une autoévaluation du profil idéal de carrière que chaque professionnel tendrait à atteindre.

- **Le Militant** ou activiste qui cherche à amener un changement social et à améliorer la situation de ses patients. Être médecin représentant plus un engagement qu'un emploi.
- **Le Carriériste** qui recherche avant tout les responsabilités, la sécurité financière, la reconnaissance sociale et le prestige.
- **L'Artisan** pour qui le travail est avant tout une occasion d'exercer son savoir-faire ou de le développer au cours de nouvelles expériences.
- **L'individualiste** qui va privilégier sa vie personnelle, la pratique de son art représentant surtout un bon moyen de gagner sa vie.

Dans une étude menée en 2003 par Truchot[49] auprès des médecins libéraux de Champagne-Ardenne, on constate que les Artisans sont sensiblement protégés de l'épuisement émotionnel, les militants jouissent d'un accomplissement personnel plus élevé que dans les autres orientations, les carriéristes seraient les plus épuisés émotionnellement et les individualistes les plus affectés par les 3 dimensions simultanément. Il s'agit d'une appréciation à un instant « t » d'un profil de carrière, il est probable que ce choix d'orientation évolue selon le nombre d'années d'exercice. Il apparait d'ailleurs selon cette étude que les jeunes médecins libéraux se sentent pour 43,6 % d'entre eux dans une orientation individualiste.

— **Les « lieux de contrôle » ou LOC ("Locus Of Contrôle")**

Il s'agit d'un concept psychologique développé par Rotter[69] en 1954 qui consiste à définir la croyance de ce qui conditionne les évènements de vie pour l'individu. Celui qui croit en ses performances, en ses capacités, aura plutôt un locus interne. Celui qui place les facteurs extérieurs, indépendants de sa volonté, comme influant le cours des choses aura un locus externe. Ainsi, la défaite lors d'une épreuve donnée pourra être le résultat d'un manque de travail pour l'individu ayant un locus interne, ou un manque de chance pour celui qui aura un locus externe.

Il est établi que le locus de contrôle intervient de façon importante dans la définition de notre personnalité[70]. On peut nuancer ce concept par le fait que le locus de contrôle peut être adapté selon l'issue favorable ou défavorable d'une épreuve. Ainsi, si l'épreuve se solde par une réussite, elle sera volontiers due aux efforts personnels et de persévérance mise en oeuvre. Si l'on rencontre l'échec, la tendance ira plutôt vers la prépondérance de l'incontrôlable (malchance, hasard). Les personnes ayant un locus interne sont moins exposées au burnout[71].

— Une personnalité « médicale »

Les traits de personnalité varient nécessairement d'un individu à l'autre, mais certains sont majoritairement retrouvés dans la profession médicale. Le médecin travaille seul et décide seul, le plus souvent par habitude[14]. Cette condition induit une réticence marquée à déléguer d'éventuels problèmes ou des charges administratives, à son secrétariat par exemple. La difficulté à repérer ses sentiments, à les exprimer et les canaliser définit l'alexithymie, trait de personnalité qui apparait également plus fréquemment chez les médecins[72]. Cette incapacité d'expression des émotions semble favoriser les troubles psychosomatiques, neurologiques et psychiatriques tels que les addictions, les syndromes dépressifs ou troubles de la personnalité[72]. Les examens répétés, la culture de la compétition, du numérus clausus à l'internat, conditionne dès ses études le médecin à développer un perfectionnisme obsessionnel ***(Annexe 4, p.93)***. Cela se traduit par une exigence poussée en terme de disponibilité pour les patients et une autocritique sévère de sa pratique, surtout en cas d'erreurs. Ce trait de personnalité est très lié aux notions de culpabilité et de doute perpétuel, également plus développées chez les médecins[72]. Le besoin de maîtriser tout événement, associé à un sentiment d'invulnérabilité, place le médecin en situation de déni vis-à-vis de sa fatigue, de sa douleur et le conduisent à mépriser les signaux d'alarme[73]. Ces caractéristiques sont susceptibles d'intensifier un stress chronique favorisant l'épuisement professionnel.

4.6 Les Conséquences de l'épuisement professionnel

Si l'on considère l'épuisement professionnel comme une association à des niveaux élevés d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et de faible accomplissement personnel, les éléments cliniques ou comportementaux en résultant peuvent être multiples.

4.6.1 Conséquences physiques et psychiques

Chaque individu, nous l'avons vu aura une réponse au stress qui lui sera propre, mais une fois ses capacités défensives épuisées, certains troubles semblent être plus communément retrouvés bien qu'aucun cadre nosologique ne soit actuellement défini pour ce syndrome.

Les troubles du sommeil et l'asthénie chronique sont les plus souvent rapportés[74]. Ils sont fréquemment associés à des douleurs musculosquelettiques essentiellement des dorsalgies[75]. Les troubles digestifs fonctionnels atypiques avec troubles dyspeptiques, spasmes digestifs et épigastralgies sont également cités[76]. Il a été observé des déficits immunitaires pouvant occasionner une symptomatologie particulière à type de rhinite chronique[77]. La fréquence cardiaque de repos est significativement plus élevée chez les patients souffrant d'épuisement professionnel par rapport à un groupe contrôle[78], leur taux de cholestérol serait plus élevé, tout comme la fréquence des anomalies électrocardiographiques[79]. Le risque de développer une pathologie athéromateuse[80] ou un diabète de type 2[81] serait également supérieur à la moyenne.

L'irritabilité, le détachement, le cynisme sont à la fois symptômes et définitions de ce syndrome et sont par conséquent difficiles à étudier en tant que conséquences.

Le syndrome dépressif est une des conséquences de l'épuisement professionnel. Il associe un ralentissement psychomoteur non retrouvé dans le burnout à une notion de dépréciation qui s'étend au-delà de la simple sphère professionnelle. Le suicide peut correspondre à l'expression ultime de l'épuisement professionnel [14] ; [82].

Il est établi que le médecin est plus exposé au suicide que la population générale[83]. L'étude menée en 2003 par le Dr Leopold[84] confirme cette tendance avec une incidence du suicide de 14 % sur les décès répertoriés sur 5 ans des médecins de 26 départements. L'incidence du suicide dans la population générale en 1999 était de 5,6 %.

4.6.2 Modifications comportementales ou "coping"

Afin de faire face au stress, chacun développe des stratégies qui lui sont propres, défini par sa culture, son environnement, son vécu.

Certains trouveront ainsi, dans les substances psychoactives, une anesthésie temporaire du ressenti de faible accomplissement personnel, une euphorie transitoire pour contrer l'assèchement des ressources émotionnelles. D'autres vont volontairement augmenter leur charge de travail, jusqu'à développer une addiction au travail[85], peut-être à la recherche d'un épuisement physique qui justifierait alors leur volonté de reconversion.

— Les comportements addictifs

Ils sont généralement très marqués car évoluant depuis longtemps parfois même depuis les études médicales. Le déni de cette dépendance est légion, l'accepter serait une brèche dans la faille narcissique du médecin à qui n'a pas le droit de trébucher. On peut citer les substances les plus répandues comme l'alcool ou le tabac, mais aussi les médicaments psychotropes, d'autant plus utilisés qu'ils sont accessibles en autoprescription. Le recours à ces substances diminue la perception de conditions de travail pénibles[48].

Un lien significatif entre épuisement émotionnel et consommation d'alcool a été établi auprès de médecins français en 2006[86]. Ces comportements sont-ils une conséquence de l'état d'épuisement professionnel ou participent-ils à consumer les ressources internes plus rapidement ?

— **Impact sur la qualité des soins**

Le médecin épuisé, ne percevant plus le patient comme une personne, mais un potentiel stresseur supplémentaire, peut avoir tendance à céder aux différentes requêtes des patients, biologiques, radiologiques, là où auparavant l'absence d'indication l'aurait conduit à les refuser. Le désinvestissement peut amener à des omissions d'information sur tel ou tel thérapeutique, amenant potentiellement des erreurs et incidents médico-légaux, sans que la compétence ou la connaissance du médecin ne soit remise en cause.

4.6.3 Conséquences financières et démographiques

Une étude menée chez les médecins généralistes de Poitou-Charente en 2004[87] constate que chez plus de 30 % des médecins en burnout élevé, la volonté d'arrêter leur activité est formulée. La première raison motivant ce désir de reconversion était l'organisation du travail pour 85,8 % d'entre eux avec une charge de travail perçu trop élevé.

Selon les chiffres avancés par la Carmf en 2008, 41,6 % des médecins en invalidité définitive le sont pour des affections psychiatriques[88] contre 28,1 % pour les salariés du régime général de l'assurance maladie. On ne peut raisonnablement incriminer l'épuisement professionnel comme seul responsable de ce contraste, mais on peut supposer qu'il influe.

4.6.4 Des conséquences préventives

Depuis les premières études en 2001, jusqu'aux dernières réalisées à l'échelle nationale, plusieurs moyens de prévention ont été proposés. Ils sont inspirés pour une partie des résultats faisant état de facteurs favorisants du burnout. Nous l'avons vu, la participation de causes intra-individuelles limite la mise en place de mesures généralisées peu adaptées au cas par cas. Ainsi, la relaxation préventive permet de limiter l'impact nocif des récurrences stressantes.

La psychothérapie peut être conseillée par un confrère ou entreprise spontanément par le médecin, encore faut-il en avoir conscience ou admettre cet état. Il est établi qu'elle améliore la reconnaissance et l'acceptation de l'état d'épuisement professionnel[89]. Ces mesures sont bien entendu à encourager. Citons certaines mesures dont la participation ou la connaissance de leur existence a été évaluée dans notre questionnaire.

— **La Formation Médicale Continue (FMC)**

Dans la mesure où elle permet de confronter les connaissances du praticien aux dernières recommandations ou avancées scientifiques, elle limite le stress générer par le sentiment de perte ou de manque de connaissances. On peut donc supposer qu'elle entretient le sentiment d'accomplissement personnel

— **Association d'Aide Professionnelle aux Médecins Libéraux**

Il s'agit d'une structure d'accueil téléphonique anonyme mise en place initialement en 2005 pour les médecins de la région parisienne, étendue depuis 2008 à la région PACA. Elle est constituée de psychologues cliniciens formés au soutien et à l'accompagnement téléphonique. Elle est disponible 24 h/24 mais reste peu connue. Il n'existe pas à ce jour de structure équivalente dans notre région.

— **Les groupes de pairs et Groupe Balint**

Ils constituent des expériences d'échanges afin de confronter sa pratique à celles de ses collègues ou d'exposer ses difficultés face à certaines situations. Le groupe de pairs peut constituer un moyen de rompre l'isolement et participe à l'enrichissement des expériences professionnelles. Il est constitué de 5 à 12 médecins du même exercice, sans notion hiérarchique et permet une réflexion sur sa pratique professionnelle. Au même titre que la FMC, ils tendent à renforcer l'accomplissement personnel[90]. Ils sont apparus en 1987 en France sous l'impulsion de la SFMG.

Les groupes Balint sont issus de l'expérience de Michael Balint, médecin et psychanalyste hongrois. Composés de 8 à 12 médecins et animés par un psychologue ou psychiatre, ils visent à développer les capacités psychothérapeutiques de chaque soignant. Le but était de fournir non pas des solutions médicales aux situations évoquées, mais des interprétations psychanalytiques aux comportements de soins. Il introduit la notion de médicament-médecin, le comportement du soignant pouvant déjà être thérapeutique. Ces groupes amènent une réflexion plus introspective sur la pratique de chaque médecin et soulèvent les failles éventuelles à corriger. Ils améliorent la capacité d'écoute et semblent limiter l'épuisement professionnel [(91)].

4.7 Burnout sans frontières

Quels que soient les pays étudiés, les résultats du "Maslach Burnout Inventory" (MBI) des soignants donnent des scores de burnout préoccupants. Cependant, Schaufeli et Van Dierendonck ont montré qu'il existe des variabilités culturelles des scores de MBI[(92)] ce qui impose la prudence dans la comparaison des scores entre différents pays.

— **En Suisse**

Une étude réalisée en 2004 évaluant la prévalence du BOS sur une population de 3000 médecins de premier recours, retrouve un taux de satisfaction élevé (69%) avec peu de médecins touchés par les idéations suicidaires (5%)[(93)]. Néanmoins un médecin sur cinq atteint des scores élevés de Burnout et un médecin sur trois des scores élevés dans l'épuisement émotionnel (EE) et la dépersonnalisation (DP). Elle retrouve également une consommation d'antidépresseur supérieure à celle de la population générale (7 % des médecins contre 5 % de la population). La consommation d'alcool est supérieure à celle de la population générale suisse. Cette étude montre également que pour 72 % des médecins les conditions de pratique se sont détériorées. Un médecin sur cinq choisirait une autre spécialité et un médecin sur 5 changerait de profession. Moins d'un tiers des médecins sont optimistes pour l'avenir.

— **Aux USA**

Une étude concernant 2200 étudiants en médecine, sur sept facultés différentes, montrait que 50 % étaient en BOS et 11 % ont eu des pensées suicidaires au cours de l'année précédant le questionnaire[94]. Cette étude montre également que le taux de suicide chez les médecins hommes est supérieur de 40 % à celui de la moyenne des hommes et de 130 % supérieur à celui de la population féminine générale. Bien que le lien causal entre burnout et suicide ne soit pas établi, il soulève l'interrogation.

— **Au Québec**

Une enquête de 2010[95] retrouve une augmentation linéaire de demandes d'aide de la part des médecins entre 1999 et 2010. L'âge moyen des demandeurs est de 44,5 ans. Elle montre également que les résidents en médecine générale sont 2 fois plus en difficulté que leurs homologues spécialistes. Les femmes sont représentées majoritairement. Les régions rurales sont plus touchées que les régions urbaines et ceci avec une variation dans le temps plus importante.

Dans une autre étude menée en 2008, on constate que les jeunes ophtalmologistes sont touchés par le BOS. On leur demande de travailler plus vite et de façon plus intense. Les sources de stress rapportées sont le nombre de patients en attente, le défaut de reconnaissance des efforts fournis. Elle révèle que les médecins, comme ceux du reste du monde, ont été entraînés à refouler les ennuis, à ne pas se plaindre et à redoubler d'ardeur en cas de difficulté[96].

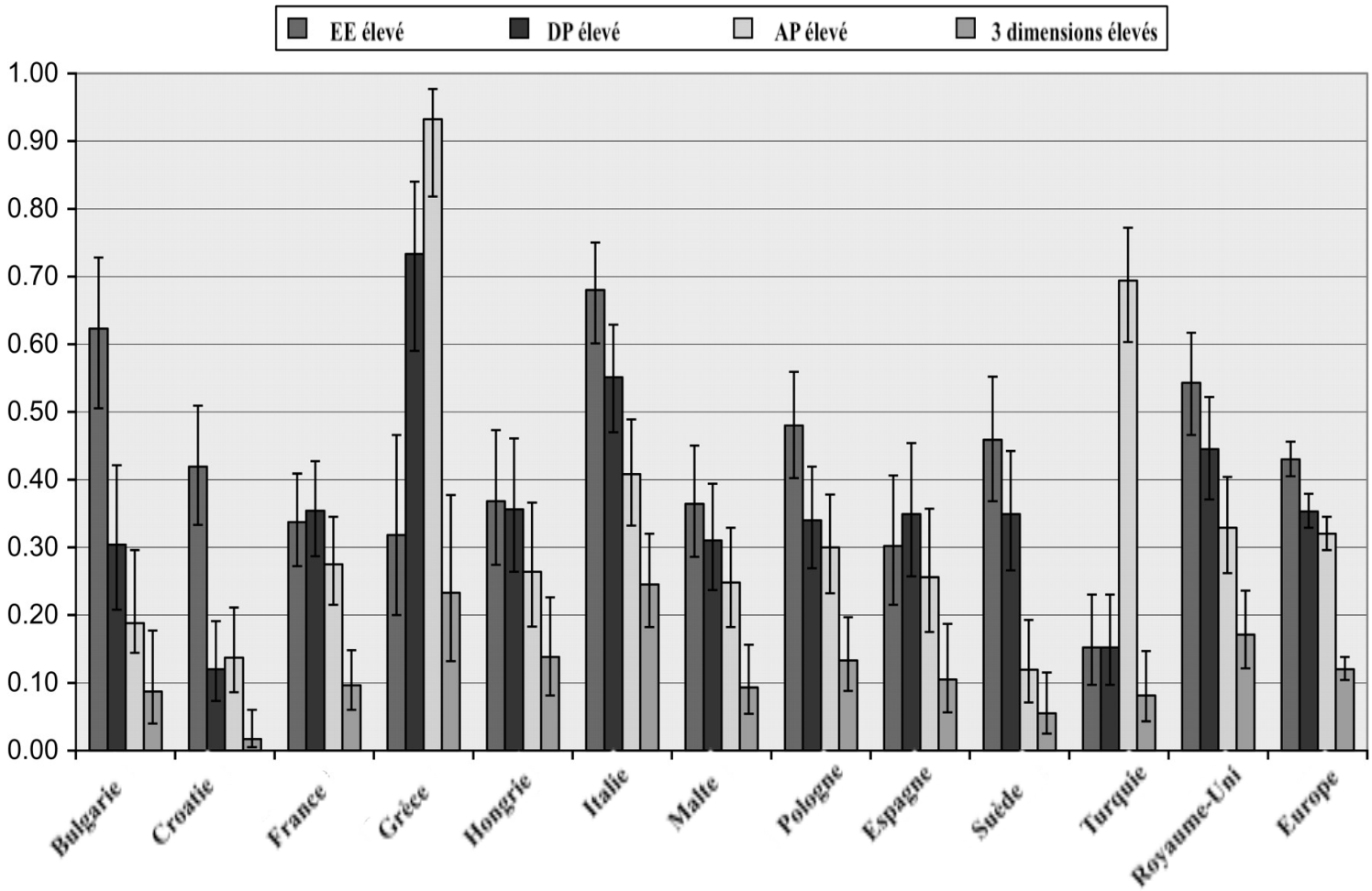
À travers un Programme d'Aide aux Médecins du Québec (PAMQ), les médecins québécois peuvent trouver une prise en charge adaptée en cas d'addictions, de troubles psychiques, mais aussi des conseils personnalisés.

— **En Espagne par le Programme d'Aide Intégral aux Médecins Malades (PAIMM)**

Il s'agit d'un programme qui permet d'apporter au médecin un soutien psychothérapeutique adapté soit en ambulatoire soit en intégrant une unité clinique. Les intervenants sont des professionnels formés spécifiquement à la prise en charge des médecins. Il propose également une assistance juridique, sociale et une aide à la réinsertion professionnelle. Ainsi, la clinique Galatea est composée de 22 lits et 15 places d'hôpital de jour. Située à Barcelone, les intervenants travaillent en coopération avec des professionnels référents basés dans toute l'Espagne. Ce maillage facilite le suivi du médecin malade et son retour précoce sur le lieu d'exercice.

— **En Europe**

Figure n°2 : Le Burnout en Europe



EE : **É**puisement **É**motionnel **DP** : **Dép**ersonnalisation **AP** : **A**ccomplissement **P**ersonnel

Une étude Britannique réalisée en 2008 auprès 3500 médecins généralistes de 12 pays européens[97], a permis, à partir des scores obtenus avec l'échelle MBI-HSS, d'établir un comparatif ***(Figure 2)*** :

- 43 % avaient un niveau élevé d'épuisement émotionnel, 35 % de dépersonnalisation et 39 % un sentiment de faible accomplissement personnel.
- 12 % des médecins interrogés avaient des scores élevés dans les trois dimensions.
- 32,4 % des médecins interrogés avaient l'intention de changer de métier.

Ces résultats définissent une tendance générale, des taux de réponse très inégaux entre les pays et la taille insuffisante de l'échantillon sont des biais non négligeables. De fortes disparités apparaissent entre les pays pour une sous-échelle, sans correspondance automatique avec le niveau de Burn Out élevé. En effet, une proportion conséquente de médecins turques souffrait d'un faible accomplissement personnel sans pour autant présenter une forte prévalence de Burnout complet. Par ailleurs, les médecins européens les plus affectés par l'épuisement professionnel selon cette étude sont les généralistes grecs qui souffrent à la fois d'un faible accomplissement personnel et de haut score de dépersonnalisation. Les médecins les plus épuisés émotionnellement sont les médecins italiens.

4.8 Objectifs de l'étude

Après avoir détaillé les différentes composantes du BOS et établi les informations connues à ce jour sur le sujet, nous allons tenter de définir la prévalence du burnout des médecins généralistes libéraux du Nord-Pas-de-Calais à l'aide d'un questionnaire ciblé. Nous confronterons les résultats aux études existantes à travers la répartition des scores des médecins répondants dans ses trois dimensions. En rapprochant secondairement les caractéristiques sociodémographiques et organisationnelles des médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais, nous tenterons de dégager un profil type du médecin en burnout.

5. POPULATION ET MÉTHODE

5.1 Présentation de l'étude

Il s'agit d'une étude épidémiologique transversale descriptive concernant les modalités d'exercice et la prévalence de l'épuisement professionnel des médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais.

5.2 Population étudiée et échantillonnage

Les critères d'inclusion sont les médecins généralistes libéraux sans orientation particulière exerçant dans la région Nord-Pas-de-Calais au 1er janvier 2010 et inscrits sur le répertoire des pages jaunes.

Les critères d'exclusion sont les médecins généralistes salariés, à orientation particulière (homéopathes, acuponcteur…), les médecins généralistes non installés en cabinet (remplaçants ou hospitaliers) et les médecins d'une autre spécialité que la médecine générale.

5.2.1 Description de la population « mère »

Au total, le nombre de médecins généralistes selon les critères d'inclusion au 1er janvier 2010 est de 3785. Ces médecins ont tout d'abord été répertoriés et classés selon le sexe, le département d'exercice et le zonage en six aires urbaines d'après la commune d'exercice spécifiée dans les pages jaunes et rapprochés des données INSEE[98]. Ces six zones ont ensuite été regroupées en 3 secteurs « urbain », « semi-urbain » et « rural » définissant l'une des caractéristiques de la population « cible ».

Ainsi la zone 1 (pôle urbain) et la zone 2 (monopolarisée ou couronne périurbaine) définissent le secteur urbain, la zone 3 (multipolarisée) et la zone 4 (pôle d'emploi de l'espace rural) définissent le secteur semi-urbain. Pour finir, les zones 5 (couronne d'un pôle d'emploi de l'espace rural) et 6 (espace à dominante rurale) définissent le secteur rural.

Le sexe a été établi en fonction du prénom inscrit dans les pages jaunes. Les médecins dont le prénom était non informatif (mixte ou non renseignés) ont été contactés directement.

Dans cette population « cible », 64 % des médecins généralistes exercent dans le département du Nord, 36 % dans le Pas de Calais. La part des femmes sur la population des médecins généralistes est de 19,3 % dans le Nord et de 17,5 % dans le Pas-de-Calais.

La répartition géographique sectorisée pour le département du Nord est la suivante :

— 92 % des médecins sont installés en secteur « urbain » dont 19,1 % sont des femmes.

— 6 % sont en secteur « semi-urbain ». Sur cette population, 20 % sont des femmes.

— 2 % sont en secteur « rural ». Sur cette population, 23,4 % sont des femmes.

Dans le département du Pas de Calais :

— 83,7 % des médecins sont installés en secteur « Urbain » dont 18,2 % sont des femmes.

— 12,7 % sont en secteur « semi-urbain ». Sur cette population, 15 % sont des femmes.

— 3,6 % sont en secteur « rural ». Sur cette population, 10,2 % sont de femmes.

5.2.2 Présentation de la population « cible »

L'effectif élevé de cette population « mère » a imposé, sur le plan logistique, la constitution d'une population « cible » d'effectif plus réduit. L'objectif principal est de définir la prévalence du BOS dans la population des médecins généralistes dans la région Nord-Pas-de-Calais.

Ainsi, on estime la prévalence du BOS (au moins l'un des scores élevé) dans cette population à 35 % en se basant sur la dernière étude en date réalisée sur le sujet en 2010 en Franche-Comté[59].

Si l'on considère la méthode suivante afin d'évaluer l'effectif optimal de cette population « cible » à constituer en fonction de la prévalence estimée du BOS :

$$n = \frac{t^2 \text{ x } p(1-p)}{e^2}$$

où n = taille de l'échantillon optimal

t = niveau de confiance (1,96 pour un taux de confiance à 95 %)

p = la proportion estimée de la population présentant la caractéristique estimée (ici = 0,35)

e = la marge d'erreur (traditionnellement fixée à 5 %)

La taille optimale de l'échantillon doit être de 350.

Par ailleurs, le taux de réponse pour ce type d'étude, toujours dans cette population, est estimé à 40 %, soit un échantillon optimal de 875 personnes. Enfin, on ajoute 15 % de marge de sécurité pour les réponses non exploitables ou incomplètes soit **977 questionnaires**. Nous avons donc opté pour un effectif de 1000 pour la population « cible ». Cette population « cible » a été constituée, à partir de la population « mère », après randomisation et vérification de la significativité selon les critères de sexe, de département d'exercice et de secteur d'activité. La randomisation a été effectuée à l'aide du logiciel SAS, version 9.2 [SAS Institute Inc., Cary, NC 27513 USA].

5.2.3 Représentativité de la population « cible »

			Population « cible » N (fréquence)	Population « mère » N (fréquence)
NORD	Urbain	Hommes	483 (0,483)	1802 (0,476)
		Femmes	112 (0,112)	428 (0,113)
	Semi-urbain	Hommes	32 (0,32)	120 (0,032)
		Femmes	6 (0,006)	30 (0,008)
	Rural	Hommes	12 (0,012)	37 (0,010)
		Femmes	3 (0,003)	11 (0,003)
PAS-DE-CALAIS	Urbain	Hommes	237 (0,237)	928 (0,245)
		Femmes	64 (0,064)	207 (0,055)
	Semi-urbain	Hommes	35 (0,035)	147 (0,039)
		Femmes	6 (0,006)	26 (0,007)
	Rural	Hommes	9 (0,009)	44 (0,012)
		Femmes	1 (0,001)	5 (0,001)
Total			1000	3785

Selon le test de cohérence du Khi 2 : p = 4,0488 ***(Annexe 3, p.92)***

La valeur limite du Khi2 (à 11 degrés de liberté et au risque α: 0.05) est de 19,68. ***(Annexe 2, p.91)***

L'échantillon est donc représentatif de la population.

5.3 Méthode de recueil et outils

L'étude statistique est issue des données recueillies après retour des questionnaires envoyés par voie postale aux 1000 médecins généralistes de la population « cible ».

5.3.1 L'envoi et le recueil

Le choix de la voie postale a été privilégié. Il s'agit d'un envoi unique réalisé à la fin du mois de mai 2011 avec retour des questionnaires exploitables jusqu'en septembre. Chaque médecin s'est vu attribuer un numéro unique de 1 à 1000 afin de garantir par la suite son anonymat.

Chaque enveloppe envoyée comprenait un document de quatre feuilles recto/verso ***(Annexe 1, p.84-90)*** et une enveloppe timbrée pour le retour, afin d'améliorer le taux de réponse. Sur chaque enveloppe-retour figurait le n° unique afin de justifier de l'existence du répondant.

La première page est une page de présentation, sur laquelle figure le sujet principal du questionnaire, l'année de réalisation du test et précise que ce travail s'inscrit dans le cadre d'un travail de Thèse en Médecine générale. La seconde page correspond à une brève introduction décrivant le déroulement de l'étude et les questionnaires. Ces questionnaires sont distincts.

Le premier permet d'établir un profil de B.O.S à partir de l'échelle MBI.

Le second questionnaire recueille des données sociodémographiques, organisationnelles et propose une évaluation subjective du profil psychologique du soignant à travers 20 critères.

Ces derniers sont classés en critères modifiables et non modifiables. La dernière page précise, à travers un ressenti subjectif, l'agressivité perçue dans l'exercice quotidien. Le feuillet se termine par l'évaluation de la connaissance ou non d'une structure d'aide existante : l'AAPML (Association d'Aide Professionnelle aux Médecins Libéraux) ainsi que par une question ouverte sur d'éventuels commentaires.

5.3.2 Le "Maslach Burnout Inventory"

Il s'agit ici de la version du Maslach Burnout Inventory (MBI) adapté aux soignants ou MBI-HSS ("Human Services Survey"). Cette mesure formée de trois sous-échelles est validée sur le plan statistique en traduction française mais sur une population québécoise[8]. Cet auto-questionnaire ***(Annexe 1, p85-86)*** est composé de 22 items assortis d'une cotation en 7 points (entre 0=jamais et 6=plusieurs fois par jour), évaluant la fréquence à laquelle le soignant a ressenti l'expérience, le sentiment ou l'émotion en question.

Ces items permettent pour neuf d'entre eux d'établir un score **d'épuisement émotionnel** (chiffré de 0 à 54), cinq autres items distincts définissent le score de **dépersonnalisation** (chiffré de 0 à 30) et les huit derniers, celui de l'**accomplissement personnel** (chiffré de 0 à 48).

Évaluation sur la base du MBI ("*Malasch Burnout inventory*") appréciant trois dimensions :

- L'épuisement émotionnel chiffré de 0 à 54 *(items 1,2,3,6,8,13,14,16,20)*
  - ✓ Total ≤ à 17 ➔ degré de burn-out bas
  - ✓ 18 ≤ Total ≤ 29 ➔ degré de burn-out modéré
  - ✓ Total ≥ 30 ➔ degré de burn-out élevé

- La Dépersonnalisation de la relation médecin-patient chiffré de 0 à 30 *(items 5,10,11,15,22)*
  - ✓ Total ≤ 5 ➔ degré de burn-out bas
  - ✓ 6 ≤ Total ≤ 11 ➔ degré de burn-out modéré
  - ✓ Total ≥ 12 ➔ degré de burn-out élevé

- L'accomplissement personnel chiffré de 0 à 48 *(items 4,7,9,12,17,18,19,21)*
  - ✓ Total ≥ à 40 ➔ degré de burn-out bas
  - ✓ 34 ≤ Total ≤ 39 ➔ degré de burn-out modéré
  - ✓ Total ≤ 33 ➔ degré de burn-out élevé.

Ainsi, l'échelle MBI ne permet pas d'obtenir un score global de burnout, mais une évaluation précise des trois dimensions qui le constitue. En effet, toutes les études qui ont étudié la validité du MBI ont confirmé qu'une structure à trois dimensions correspondait mieux aux données qu'une structure à deux ou à une seule dimension[99]. De plus, il est montré que l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation sont corrélés positivement. Les études divergent en ce qui concerne la corrélation négative de l'accomplissement personnel avec les deux autres dimensions[100].

5.3.3 Le questionnaire

Ce questionnaire comprend deux parties ***(Annexe 1, p.87-90)***. La première s'intéresse aux critères non modifiables permettant d'établir une description sociodémographique du répondant. Ces éléments, au nombre de huit, sont par définition fixes, non modifiables. La deuxième partie concerne les critères modifiables. Ils correspondent à des éléments organisationnels et d'autoévaluation en terme de profil psychologique en particulier sur l'orientation de carrière et le ressenti agressif. Ils sont au nombre de 13.

La dernière question fait office de conclusion concernant la connaissance de l'AAPML.

Afin de faciliter l'exploitation statistique des informations, les questions ont été formulées sous la forme de 18 questions à choix simple, 2 questions à choix multiples (Question 6 et 18), 2 questions ouvertes concernant l'âge et l'année d'installation et une question à réponse ouverte et courte.

5.4 Informatisation des données

Le recueil des données a été optimisé afin de faciliter l'analyse statistique. En effet, chaque variable a été transformée selon des modalités précises. Ainsi, quatre tableurs ont été nécessaires à l'analyse statistique, le premier concernant la description des variables. Les variables binaires, telles que le sexe ou le département d'exercice, étaient chiffrées « 0 » ou « 1 ». Les variables quantitatives continues telles que l'âge ou la durée d'exercice avaient une correspondance en années. Les variables qualitatives ou qualitatives ordonnées, plus complexes, étaient chiffrées selon des modalités précisées dans un second tableur. Le troisième tableur précise les effectifs de médecins répondants selon leur sexe, leur département et leur bassin d'exercice. Enfin, le quatrième tableur intégrait les réponses transformées et chiffrées selon les modalités précédentes.

5.5 L'outil statistique

Les données ont été analysées par le logiciel statistique « R » version 2.14.1. La représentativité de l'échantillon répondant par rapport à la population « cible » a été vérifiée à l'aide du test de cohérence du Khi 2. La prévalence de l'épuisement professionnel et les variables descriptives ont été calculées avec un intervalle de confiance de 0,95. Les liaisons statistiques ont été étudiées par des croisements bivariés avec l'aide du test d'indépendance du Khi 2. Si les conditions d'utilisation de ce test n'étaient pas remplies, on optait pour le test exact de Fisher.

6. RÉSULTATS ET ANALYSE

6.1 Participation

Sur les 1000 médecins interrogés, nous avons reçu 451 questionnaires exploitables, soit un taux de réponse de 45,1 %. Cela représente 11,4 % de la population régionale des médecins généralistes, puisqu'au 1er juin 2011 on comptait 3954 médecins généralistes libéraux dans le Nord-Pas-de-Calais[45].

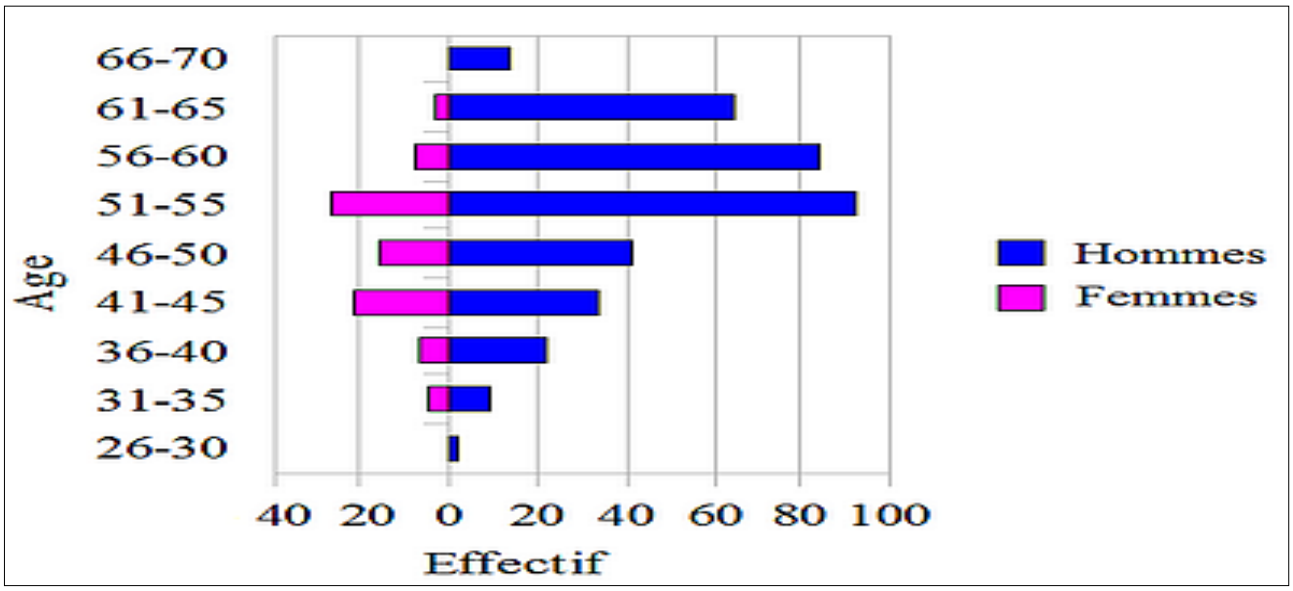
6.2 Caractéristiques des répondants

6.2.1 Statistiques descriptives

6.2.1.1 Critères sociodémographiques

L'âge et le sexe

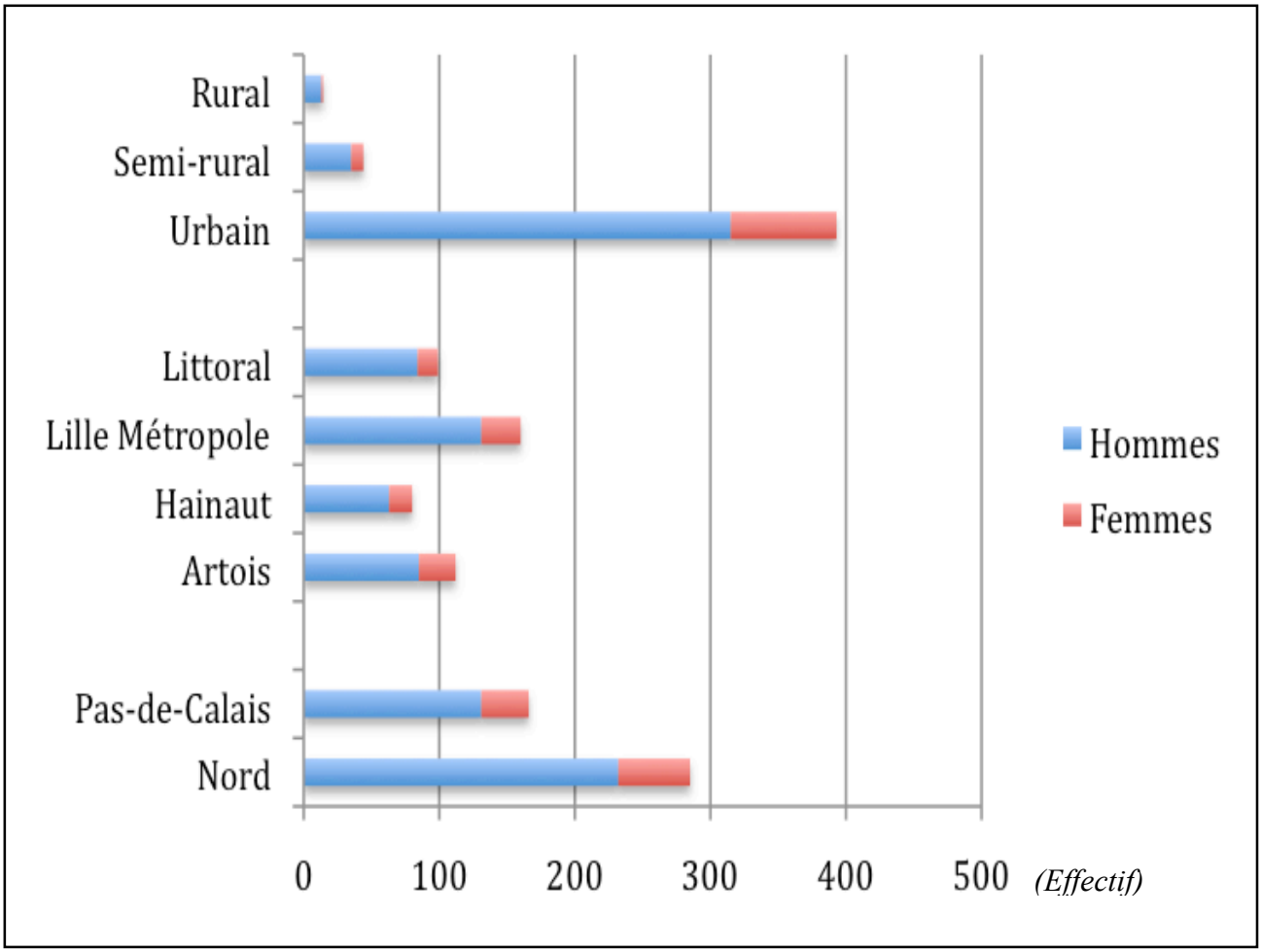
Figure n° 3 : Pyramide des âges



- Les médecins répondants étaient des hommes pour 80,5 % (n=363).
- Les femmes représentaient donc 19,5% des répondants avec un effectif de 88.
- L'âge moyen était de 52 ans. Le plus jeune avait 29 ans, le plus âgé avait 68 ans, la médiane était de 53 ans.

La répartition géographique :

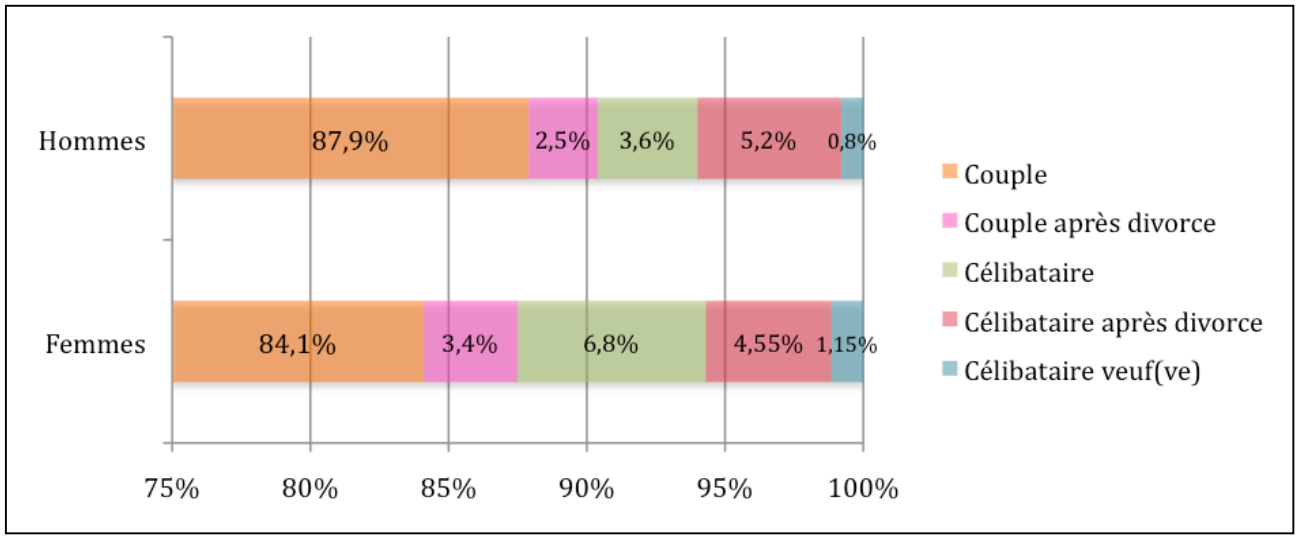
Figure n° 4 : Situation géographique



- L'activité était très largement urbaine (n=393 ; 87,1 %).
- Si l'on s'intéresse à une répartition en « Bassin d'exercice », la majorité exerçait dans la métropole lilloise (n=160 ; 35,5 %).
- La majorité des médecins répondants exerçait dans le Nord (n=285 ; 63,2 %).
- La répartition est proportionnelle entre les 2 sexes sur ces 3 critères géographiques.

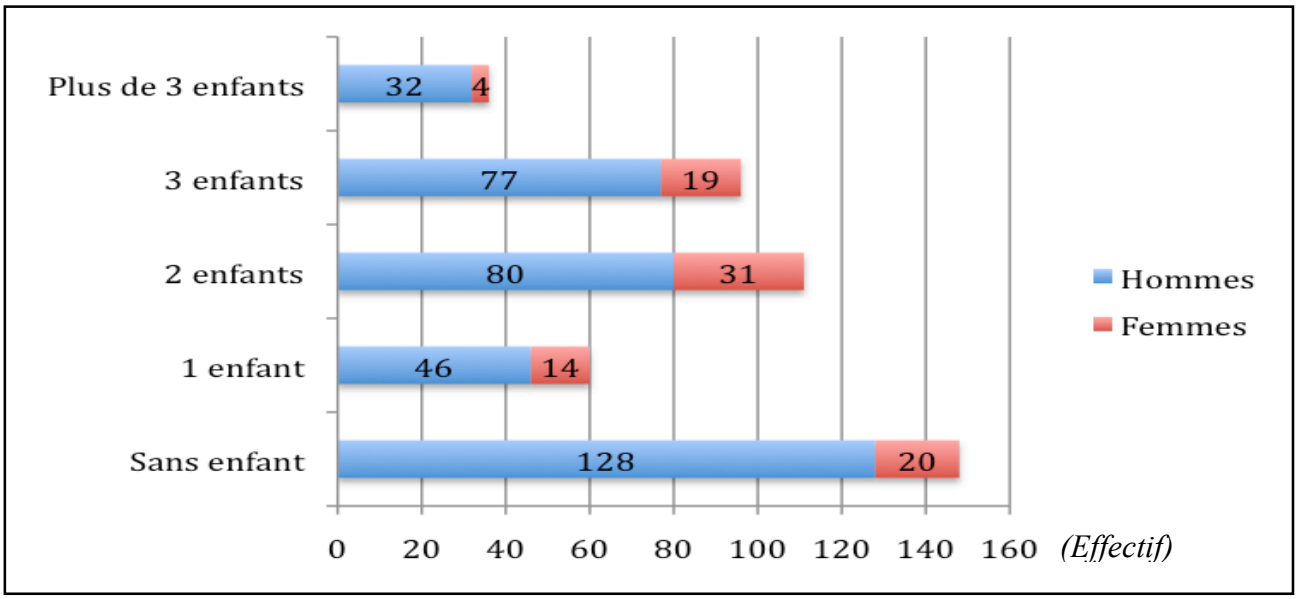
Vie personnelle :

Figure n° 5 : Répartition selon le sexe de la situation de couple



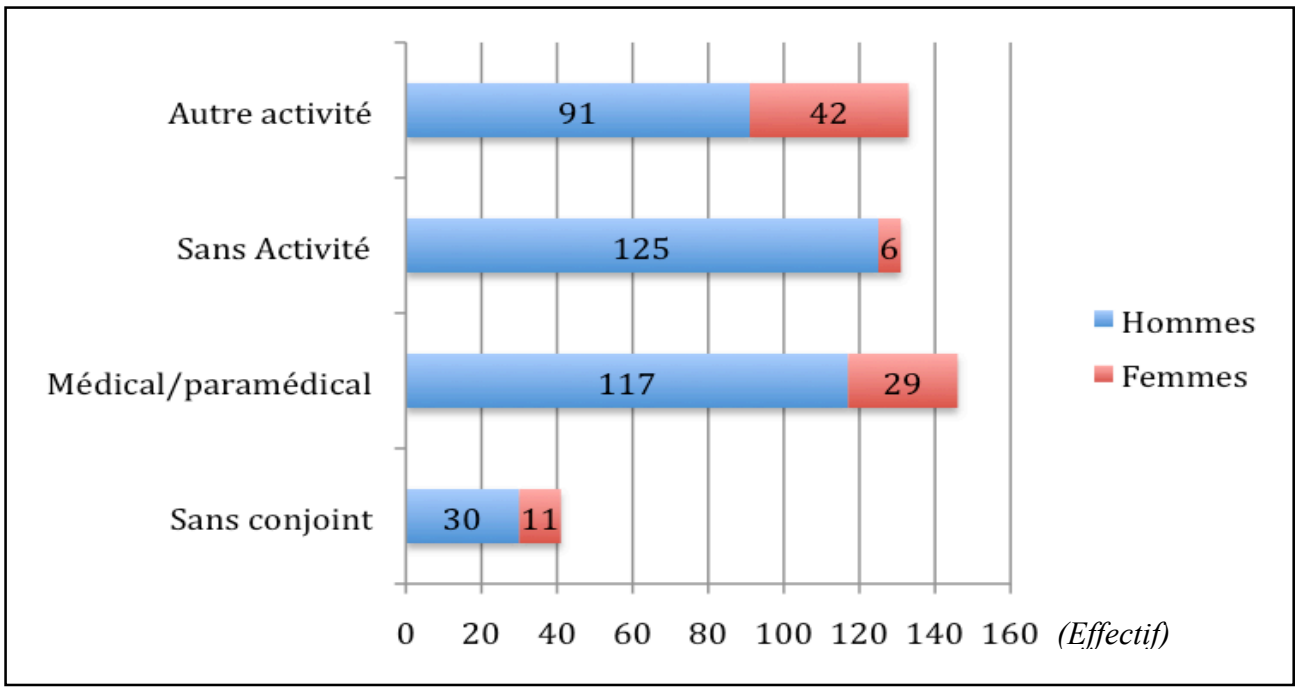
Les médecins répondants vivaient très largement en couple (n=410 ; 90,9 %). Sur la figure 5, on constate que la proportion de femmes célibataires est plus importante que chez les hommes dans notre échantillon. La proportion des divorces est équivalente entre les deux sexes (7,7 % chez les hommes et 7,9 % chez les femmes).

Figure n° 6 : Nombre d'enfants par médecin répondant



- Les médecins répondants avaient au moins un enfant pour 67,2 % d'entre eux (n=303), et plus de la moitié en avait au moins 2 (n=243 ; 53,9 %).

Figure n° 7 : Activité du conjoint

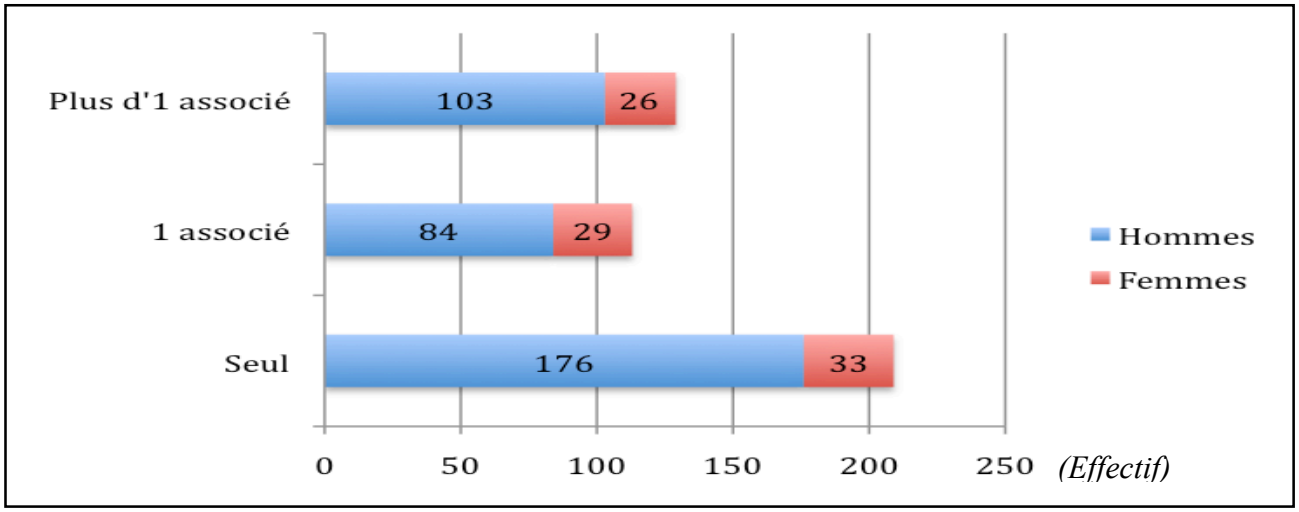


- Figure n° 7, on constate qu'environ un tiers des médecins de notre effectif avait un conjoint travaillant dans le domaine médical ou paramédical (n=146 ; 32,4 %), et quasiment un autre tiers avait un conjoint inactif (n=131 ; 29 %).
- Par ailleurs, 47,7% des médecins femmes (n=42) avaient un conjoint ayant une autre activité que le soin, alors que pour la majorité des médecins hommes (n=125 ; 34,4%), les conjointes étaient sans activité.

6.2.1.2 Organisation professionnelle :

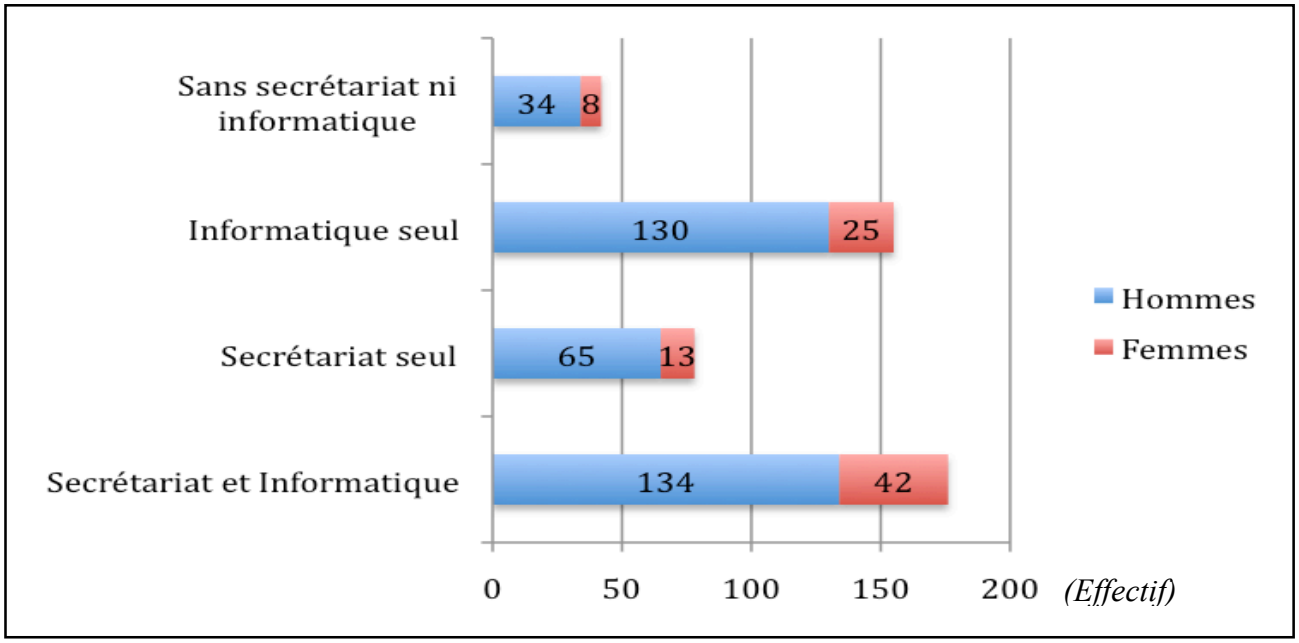
- La durée d'installation moyenne des répondants était de 22,4 ans.
- La répartition allait de 0 à 42 ans d'ancienneté.
- La médiane était de 24 ans.

Figure n° 8 : Exercice en association



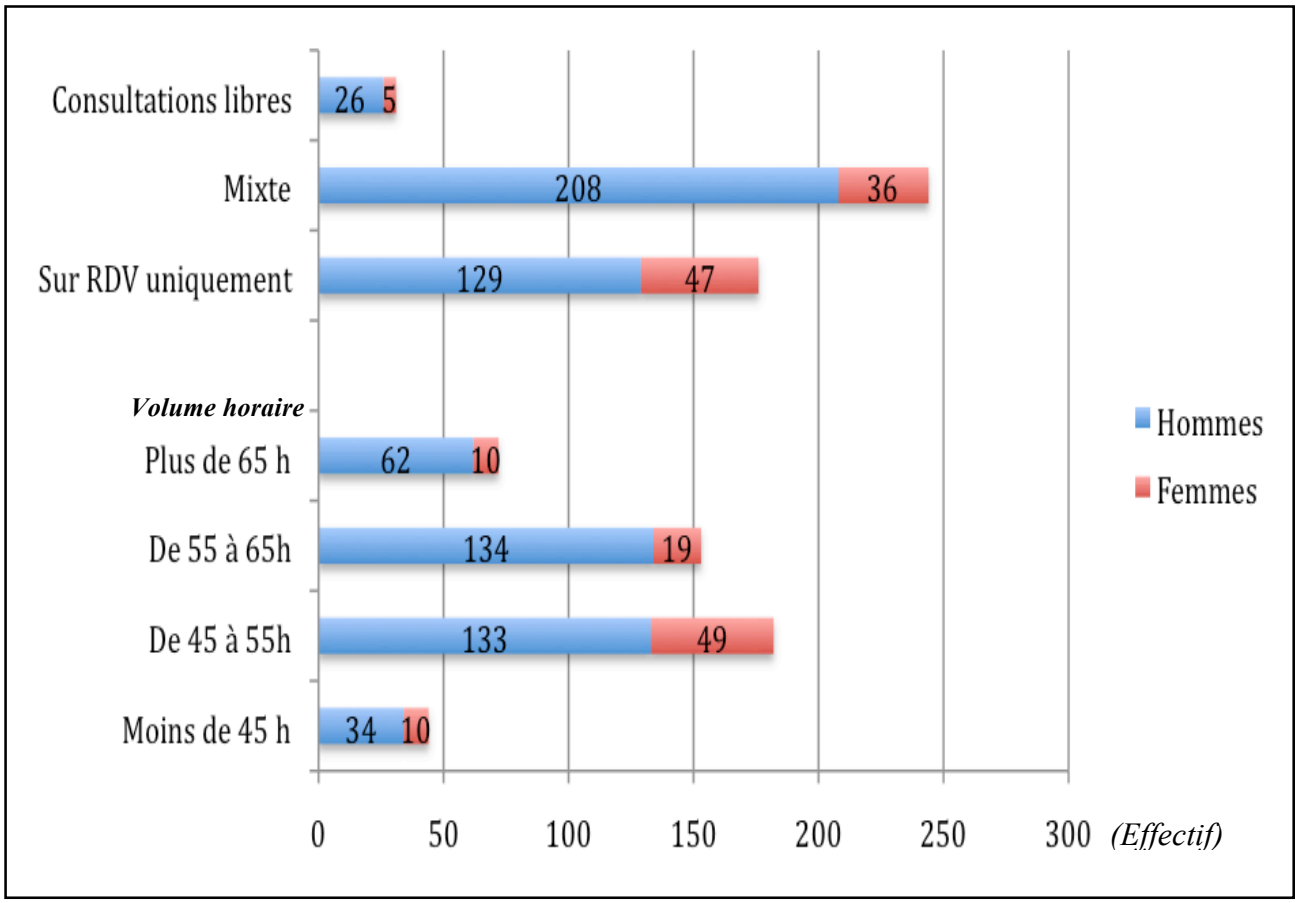
- L'activité de groupe était choisie par 53,7 % (n=142) des répondants, avec une répartition proche entre les cabinets de 2 médecins (n=113) et ceux à 3 au moins (n=129).
- La moyenne nationale en 2007 des médecins exerçant en cabinet de groupe est de 43,7 %[(101)].

Figure n° 9 : Environnement de travail



- L'informatique était présente dans la plupart des cabinets (n=331 ; 73,4 %), et 43,7 % (n=197) des médecins répondants n'avaient pas de secrétariat. Cependant, seuls 9,3 % des répondants n'avaient ni informatique ni secrétariat, et près de 40 % jouissaient des deux.

Figure n° 10 : Mode de consultations et volume horaire de travail hebdomadaire

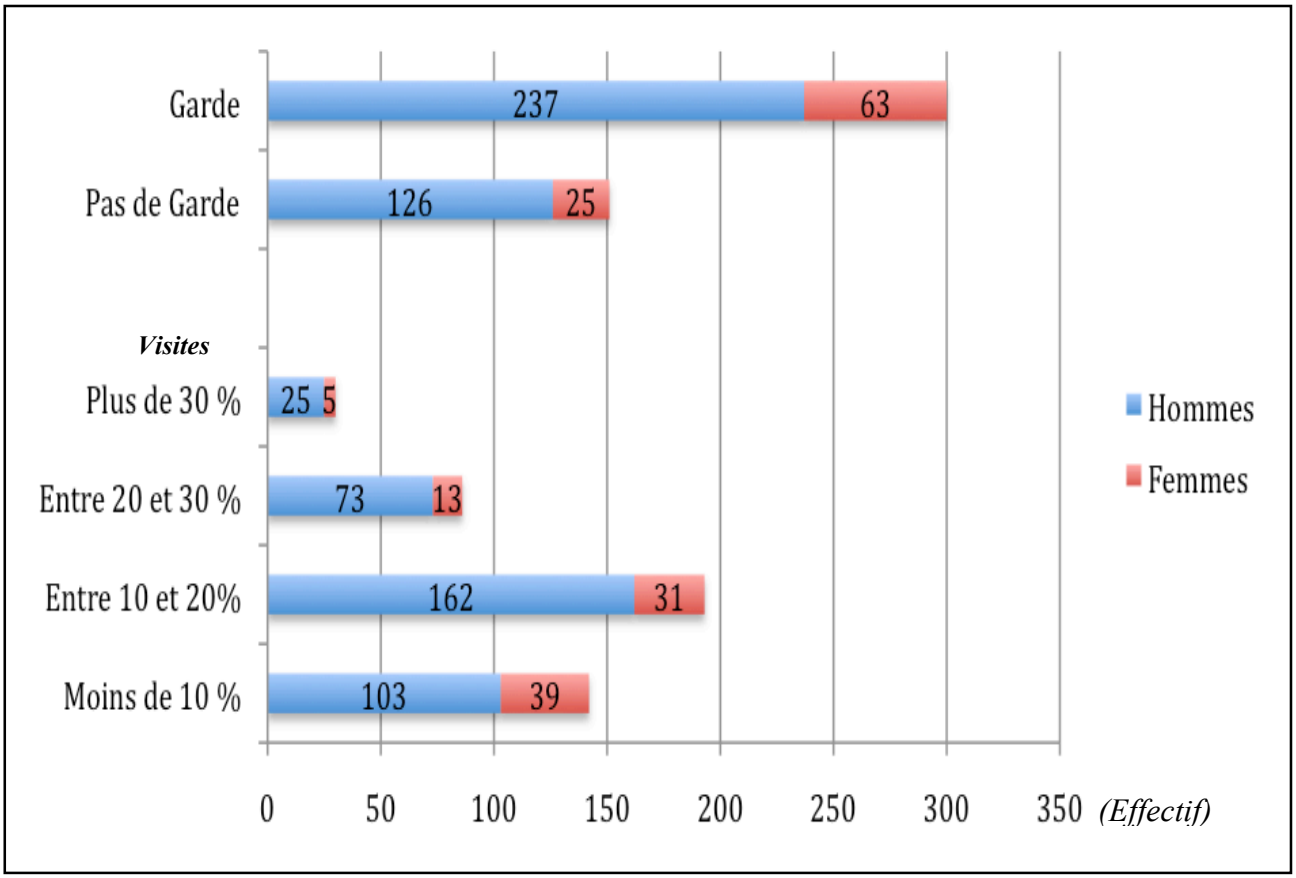


- La durée de travail hebdomadaire était estimée entre 45 et 65 heures pour près de trois médecins sur quatre (n=335 ; 74,3 %), et un médecin sur deux travaillait plus de 55 heures par semaine (n=244 ; 49,9 %). Les femmes travaillaient majoritairement entre 45 et 55 heures par semaine.

- Le mode de consultations libres exclusif n'était pratiqué que par 6,9 % des médecins répondants (n=31), alors que la majorité recevait à la fois en consultations libres et sur rendez-vous (n=244 ; 54,1 %).

- Les femmes médecins privilégient majoritairement les consultations sur rendez-vous uniquement alors que les hommes optent plus fréquemment pour une activité mixte.

Figure n° 11 : Part des visites et participation au tour de garde



- Une majorité de médecins répondants participait au « tour de garde » (n=300 ; 66,5 %).
- La part des visites dans l'activité était estimée à moins de 20 % pour près de trois médecins sur quatre (n=335 ; 74,3 %).

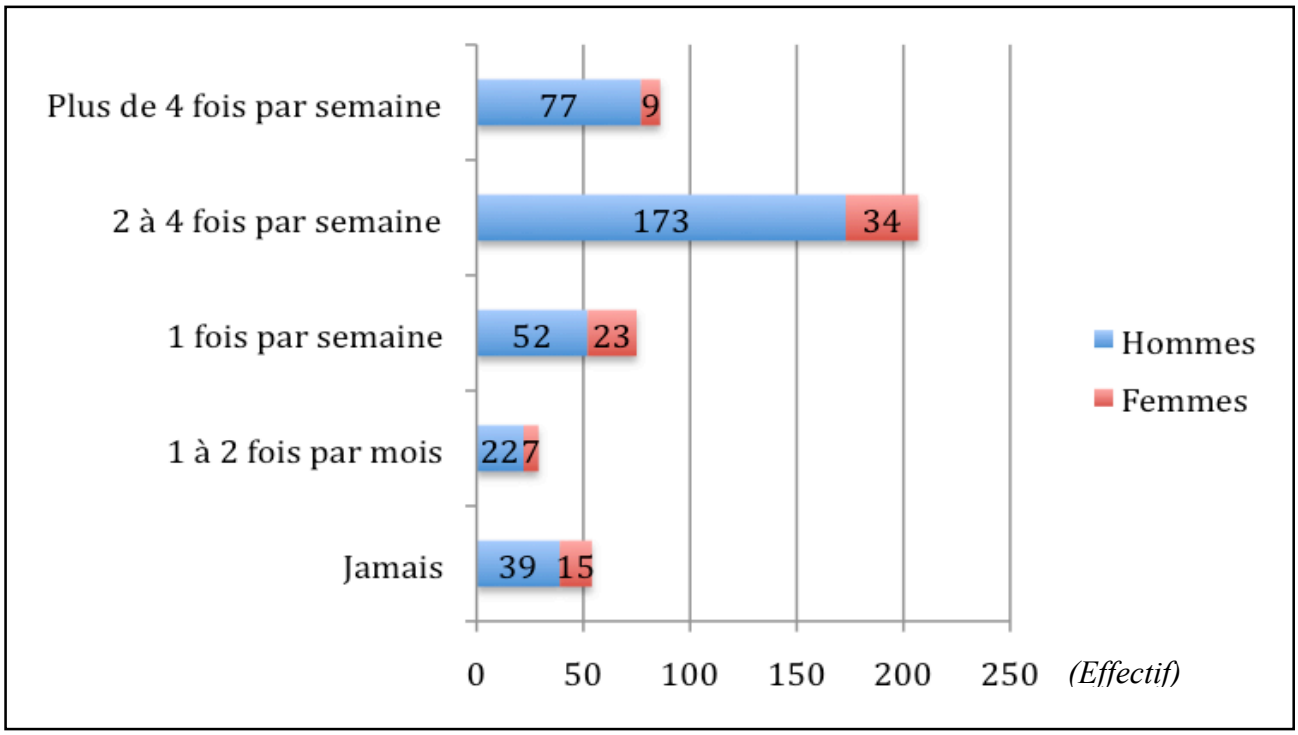
Formation et autres activités professionnelles :

- Près de 3/4 des médecins (n=332 ; 73,6 %) avouaient ne pas suivre de formation médicale continue (FMC).

- Seuls 7,5 % d'entre eux participaient à un groupe de pairs (n=34) et 1,1 % participaient à un groupe Balint (n=5).

- Bien que l'activité des médecins répondants était majoritairement libérale exclusive, une petite proportion avait une activité mixte (n=49 ; 10,8 %). Il pouvait s'agir de médecins coordonnateurs d'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, de maîtres de stages (Enseignant Clinicien Ambulatoire), certains étaient aussi médecins régulateurs, d'autres travaillaient à la commission médicale du permis de conduire ou encore au conseil de l'ordre.

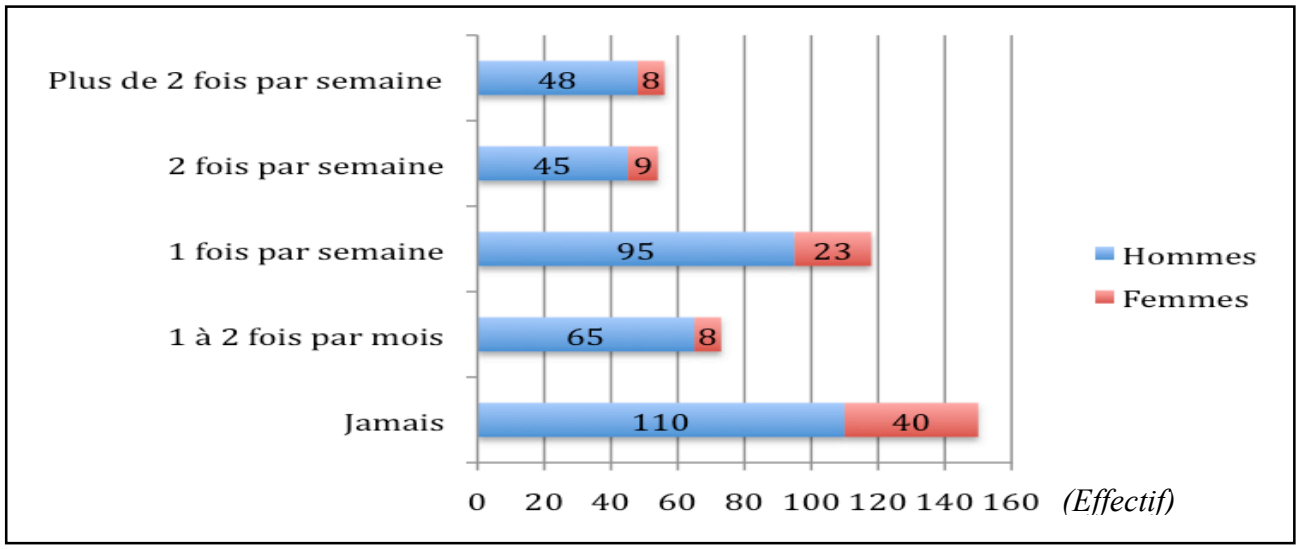
Figure 12 : Fréquence hebdomadaire de réception des visiteurs médicaux



- Nous avons également cherché à connaître la fréquence de visites des représentants de laboratoires. La ***figure 12*** montre que 81,6 % des répondants recevaient un visiteur médical plus d'une fois par semaine (n=368). Le temps octroyer au visiteur médical peut s'apparenter à un moment d'empathie diriger vers le médecin et, bien que l'intérêt commercial altère la sincérité de l'échange, peut donc constituer un réel moment de détente.

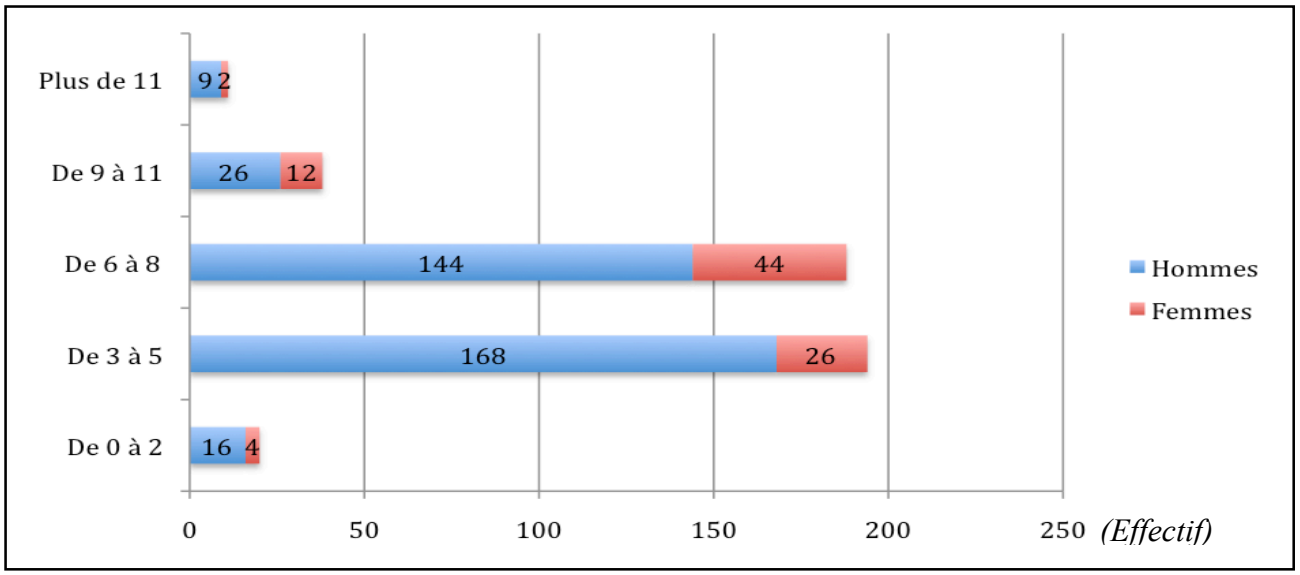
6.2.1.3 Activités extraprofessionnelles :

Figure n° 13 : Fréquence de l'activité physique :



- La moitié des répondants déclaraient faire du sport au moins une fois par semaine (n=228 ; 50,5 %), alors qu'un tiers déclaraient ne jamais en faire (n=150 ; 33,3 %). La majorité des hommes (n= 188 ; 51,7 %) pratiquaient le sport au moins une fois par semaine alors que plus de 54 % des femmes le pratiquaient moins d'une fois par semaine (n=48 ; 54,5 %).

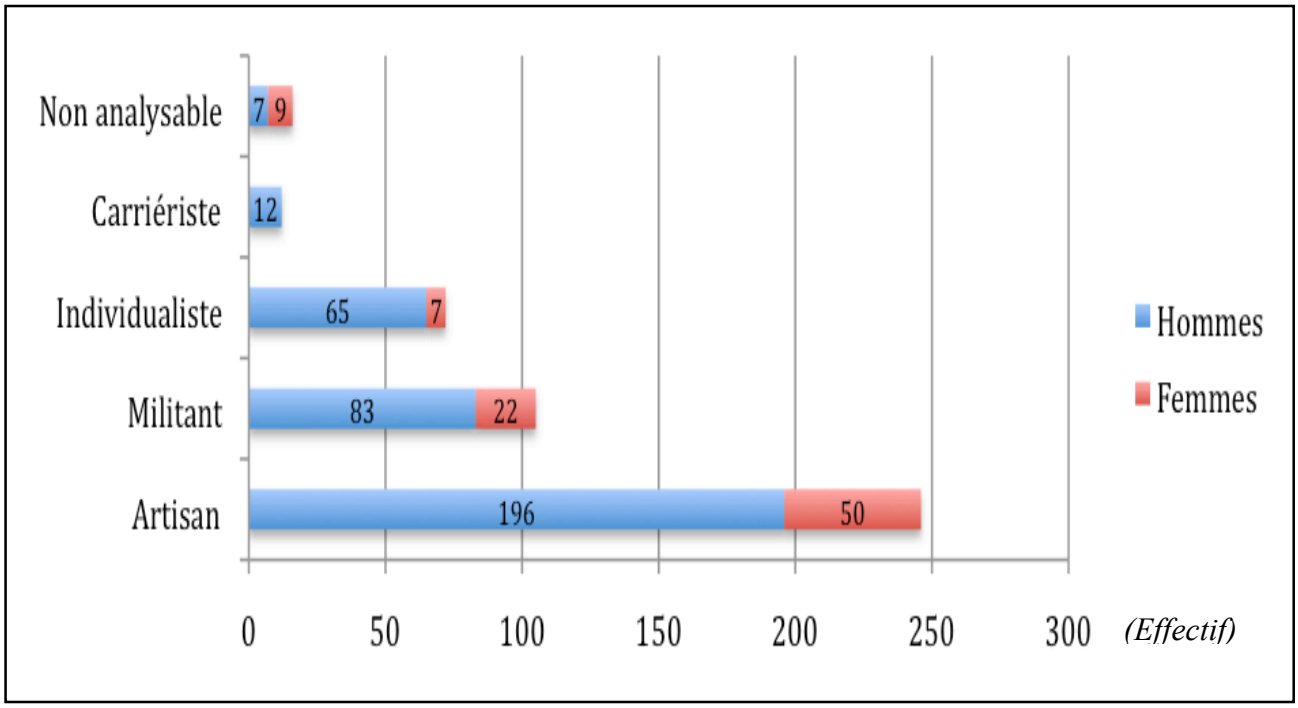
Figure n° 14 : Nombre de semaines de vacances par an et par médecin répondant



- Une grande majorité de médecins prenaient entre 3 et 8 semaines de vacances par an (n=382 ; 84,7 %). Environ 66 % des femmes médecins prenaient au moins 6 semaines par an contre 49,3 % chez les hommes.

Autres statistiques descriptives :

Figure n° 15 : Répartition selon l'orientation de carrière



M=Militant ; C=Carriériste ; A=Artisan ; I=Individualiste

Si plusieurs réponses données=NA (Non Analysable)

- Concernant les orientations de carrière, on constatait une majorité d'Artisans (n=246 ; 56,5 %), puis en effectif décroissant, les militants, les individualistes et pour finir les carriéristes, qui sont les moins représentés.
- Les données non analysables correspondent aux médecins ayant répondu à plus d'une orientation.
- Plus de 90 % des médecins répondants étaient leur propre médecin traitant (n=409 ; 90,9 %).
- Près d'un tiers des médecins avouait avoir vécu ou ressenti une agressivité (physique ou verbale) de la part du patient au moins une fois par mois (n=142 ; 31,5 % avec 37, 5 % chez les femmes et 30 % chez les hommes).
- Seuls 10,4 % des répondants connaissaient l'Association d'Aide aux Praticiens en Médecine Libérale (AAPML) (n=47).

Tableau n° 2 : Récapitulatif des caractéristiques majoritairement représentées parmi les médecins répondants

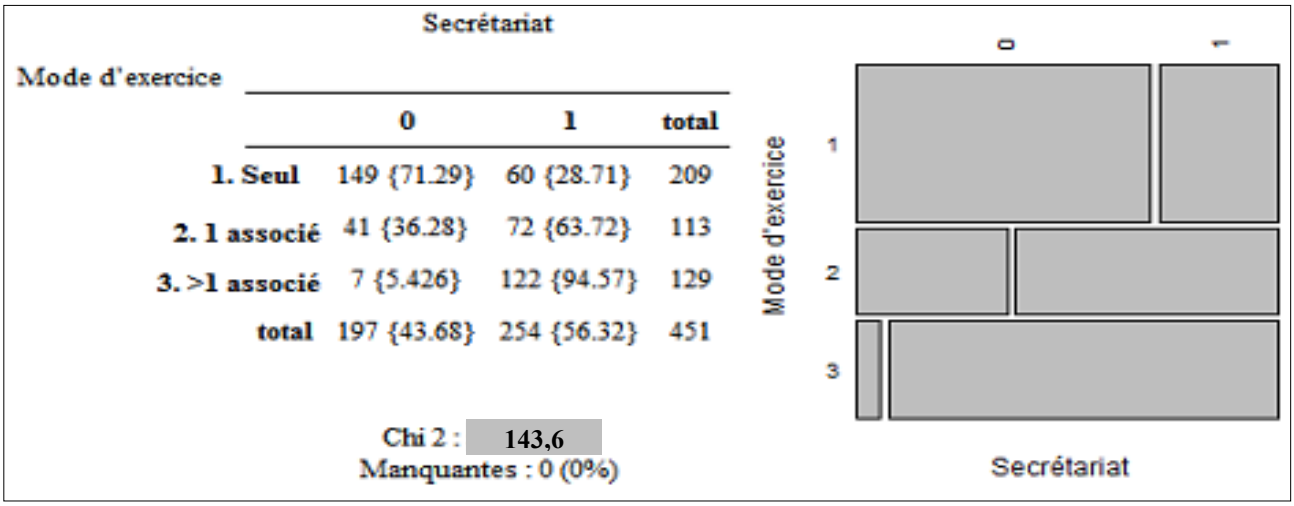
Variables	Pourcentage (effectif) et Moyenne (médiane)
Sexe masculin	80,5 % (n=363)
Âge mûr	52 ans (médiane = 53 ans)
Nordistes	63,2 % (n=285)
Activité urbaine	87,1 % (n=393)
Expérimentés	22,4 ans (médiane = 24 ans)
Travail en cabinet de groupe	53,7 % (n=142)
Informatisé	73,4 % (n=331)
Avec secrétariat	56,3 % (n=254)
Travaillent entre 45 et 65 heures par semaine	74,3 % (n=336)
Travail sur RDV et en consultation libre	54,1 % (n=244)
Moins de 20 % de visites	74,3 % (n=335)
Participent au tour de garde	66,5 % (n=300)
Ne participent pas aux FMC	73,6 % (n=332)
Activité libérale pure	89,2 % (n=402)
Reçoivent les visiteurs médicaux (>1/sem)	81,6 % (n=368)
En couple	90,9 % (n=410)
Parents (au moins 2 enfants)	53,9 % (n=243)
Sportif (au moins 1/sem)	50,5 % (n=228)
Vacances (entre 3 et 8 semaines/an)	84,7 % (n=382)
Se soignent eux-même	90,9 % (n=409)
Se définissent comme Artisans	56,5 % (n=246)
Aucun ressenti agressif	62,1 % (n=280)
Pas connaissance de l'AAPML	89,6 % (n=404)

6.2.2 Analyse statistique bivariée

Certaines variables semblent posséder un lien statistique significatif entre elles. En effet, la présence de l'une augmente la probabilité de rencontrer l'autre. Ces analyses sont uniquement descriptives et n'influencent pas la prévalence du burnout. Le lien statistique a été mis en évidence par le test d'indépendance du Khi 2 ***(Annexe 3, p.92)***. Le risque choisi est de 5 %. L'hypothèse nulle (H_0) correspondait à l'indépendance statistique. Son rejet confirmait le lien. L'indépendance statistique était confirmée si la valeur du Khi2 calculé était inférieur à la valeur limite selon les degrés de liberté et au risque correspondant. Les valeurs limites sont données par la table de distribution du Khi 2 ***(Annexe 2, p.91)***.

<u>Liaison entre le mode d'exercice et l'environnement de travail</u> :

Figure n° 16 : Liaison entre le mode d'exercice et la présence d'un secrétariat

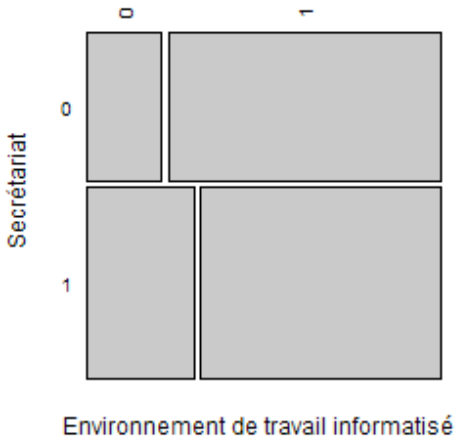


Ici, le Khi 2 calculé est de 143,6. Le Khi 2 théorique au risque 0,05 et à 2 degrés de liberté est de 5,99. L'hypothèse nulle est rejetée. On en déduit que les cabinets de groupe sont statistiquement liés à la présence d'un secrétariat. Cette tendance est linéaire puisqu'à partir de deux associés, il est rare de travailler sans secrétariat. La figure n° 16 matérialise en terme de surface proportionnelle aux effectifs, la présence de l'un ou l'autre des critères. Ainsi, les surfaces des rectangles représentant les effectifs sans secrétariat (colonne 0) se réduisent quand le nombre de médecins du cabinet augmente (lignes 1,2 et 3), en faveur des effectifs avec secrétariat (colonne 1).

Figure n° 17 : Liaison entre présence de l'outil informatique et présence d'un secrétariat

Secrétariat	Informatique 0	Informatique 1	Total
0	42 {21.32}	155 {78.68}	197
1	78 {30.71}	176 {69.29}	254
Total	120 {26.61}	331 {73.39}	451

Chi 2 : **4,89**
Manquantes : 0



La valeur limite du Khi 2 à 1 degré de liberté et au risque 5 % est de 3,84. L'hypothèse nulle est donc rejetée. Il existe un lien statistique entre l'informatique et le secrétariat. Il n'y avait pas de lien statistiquement significatif entre l'utilisation de l'informatique et le nombre d'associés.

<u>Liaison entre le mode d'exercice et le type d'activité</u> :

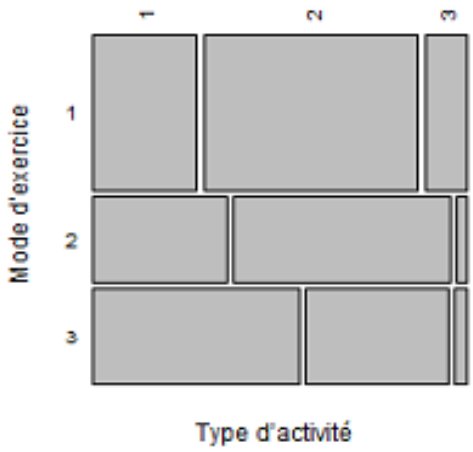
Nous avons également remarqué que les praticiens travaillant en cabinet de groupe avaient une activité sur rendez-vous plus importante que les médecins travaillant seuls.

Figure n° 18 : Liaison entre le mode d'exercice et le type d'activité

Mode d'exercice	1. RDV	2. Mixte	3. Libre	total
1. Seul	60 {28.71}	125 {59.81}	24 {11.48}	209
2. 1 associé	42 {37.17}	68 {60.18}	3 {2.655}	113
3. >1 associé	74 {57.36}	51 {39.53}	4 {3.101}	129
total	176 {39.02}	244 {54.1}	31 {6.874}	451

Type d'activité

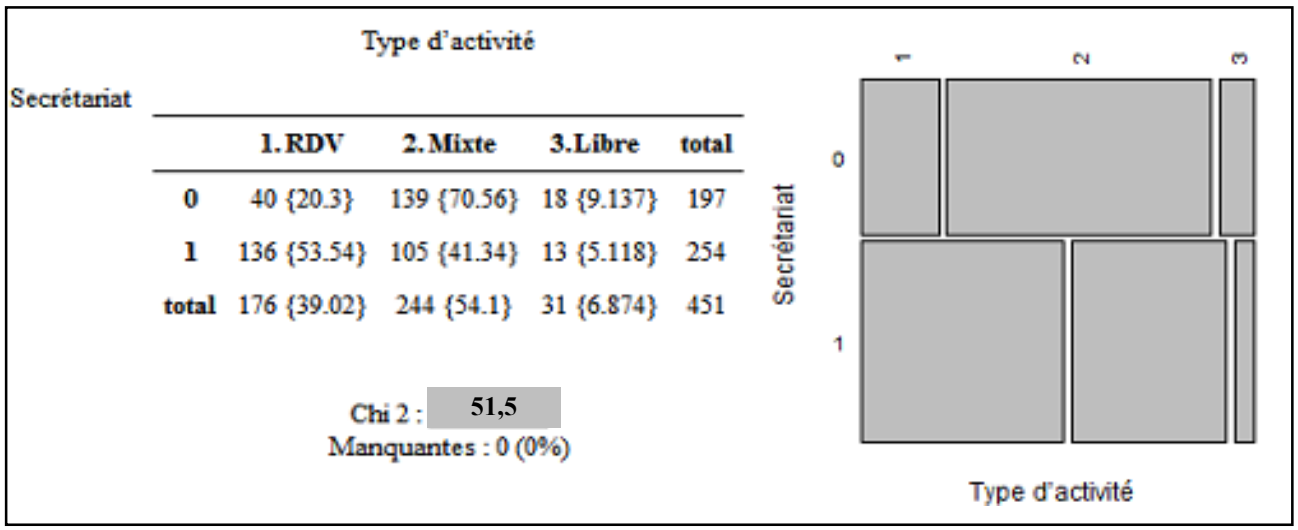
Chi 2 : **36,04**
Manquantes : 0 (0%)



La valeur limite du Khi 2 à 4 degrés de liberté, au risque 5 % est de 9,49. La valeur du Khi 2 est de 36,04. Le lien statistique est confirmé.

Liaison entre le type d'activité et l'utilisation d'un secrétariat

Figure n° 19 : Liaison entre le type d'activité et l'utilisation d'un secrétariat



La valeur limite du Khi 2 à 2 degrés de liberté au risque 5 % est de 5,99. La valeur du Khi 2 est de 51,5. L'hypothèse d'indépendance est rejetée. Il existe un lien statistique entre la présence d'un secrétariat et le type de consultation. Ainsi, les praticiens bénéficiant d'un secrétariat travaillaient majoritairement sur rendez-vous.

6.3 Représentativité de la population répondante

Pour les trois caractéristiques connues lors de l'envoi des questionnaires, il n'y avait pas de différence significative entre la population répondante et l'échantillon interrogé.

Tableau n° 3 : Représentativité de la population répondante

	Répondants	Echantillon	
Femmes	88	192	
Hommes	363	808	**test du khideux, p valeur = 0.889**
Nord	285	648	
PdC	166	352	**test du khideux, p valeur = 0.554**
Artois	112	277	
Hainaut	80	177	
Lille Métropole	160	349	
Littoral	99	197	**test du khideux, p valeur = 0.625**

La valeur limite du Khi 2 à un degré de liberté (sexe et département d'exercice) au risque α de 5 % est de 3,84. La valeur du Khi 2 à trois degrés de liberté (bassin de vie) au risque α de 5 % est de 7,81. Les valeurs calculées ***(Tableau 3, p.57)*** sont inférieures à la valeur théorique, il n'y a donc pas de différence significative entre les populations.

6.4 Résultats du "Maslach Burnout Inventory"

6.4.1 Score tridimensionnel du "Maslach Burnout Inventory"

La moyenne des résultats du MBI pour tous les médecins répondant montrait un niveau de burnout moyen pour chacune des trois dimensions étudiées :

- Niveau d'épuisement émotionnel moyen : entre 18 et 29 (moyenne des répondants = **18,7**)
- Niveau de dépersonnalisation moyen : entre 6 et 11 (moyenne des répondants = **8,3**)
- Niveau d'accomplissement personnel moyen : entre 34 et 39 (moyenne des répondants = **37,1**)

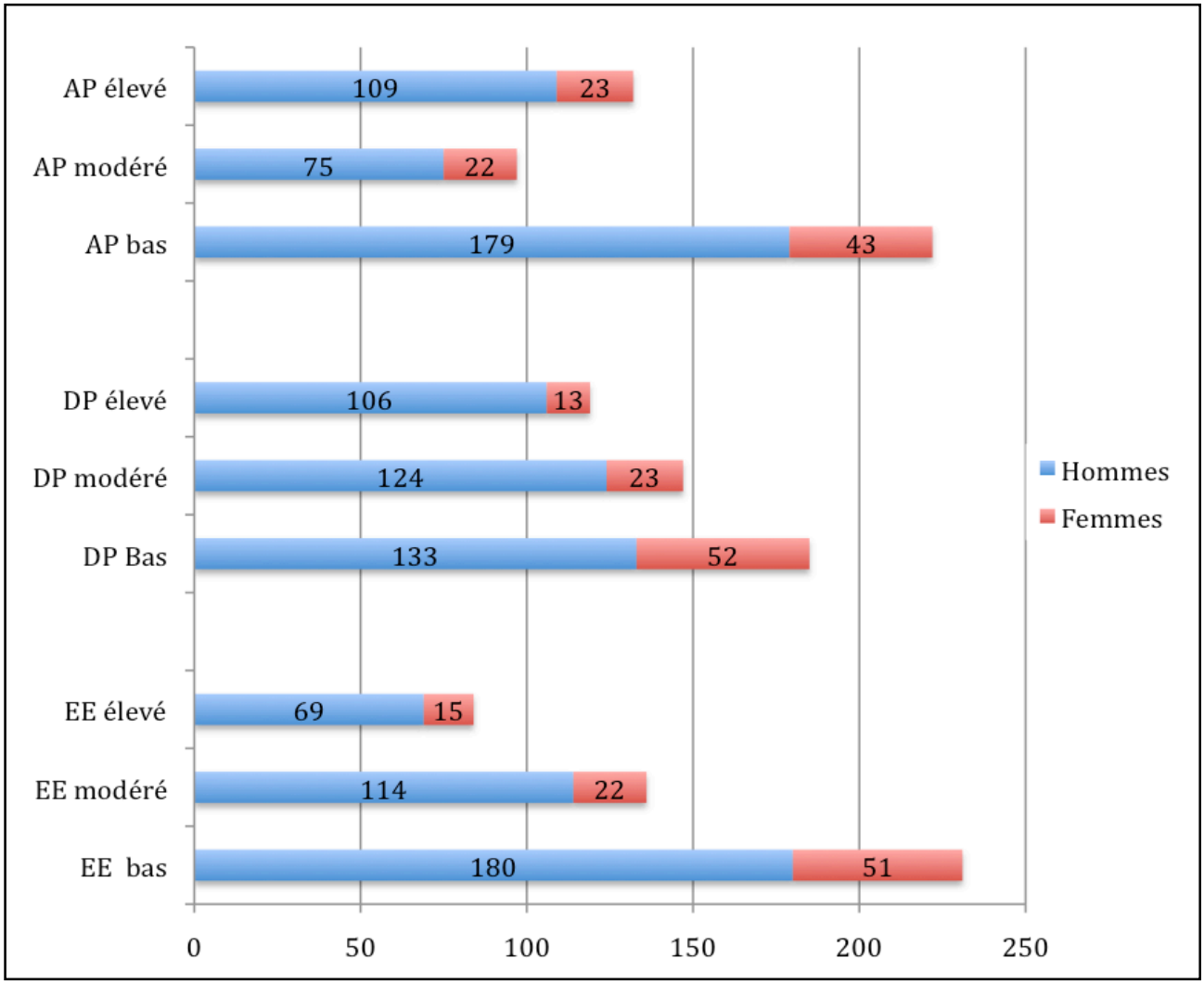
Cependant, en regardant ces chiffres de plus près (***Tableau n° 4***) on s'aperçoit que les médecins épuisés souffraient principalement d'un défaut d'accomplissement personnel : niveau d'accomplissement personnel bas pour 29,3 % d'entre eux (n=132).

Par ailleurs, le niveau d'épuisement émotionnel était bas pour 51,2 % d'entre eux (n=231).

Tableau n°4 : Répartition des effectifs des trois dimensions du BOS en fonction du score MBI.

Score de burnout	EE effectif (%)	DP effectif (%)	AP effectif (%)
Score bas	231 (51,2)	185 (41)	222 (49,2)
Score moyen	136 (30,2)	147 (32,6)	97 (21,5)
Score élevé	84 (18,6)	119 (26,4)	132 (29,3)
Total	451 (100)	451 (100)	451 (100)

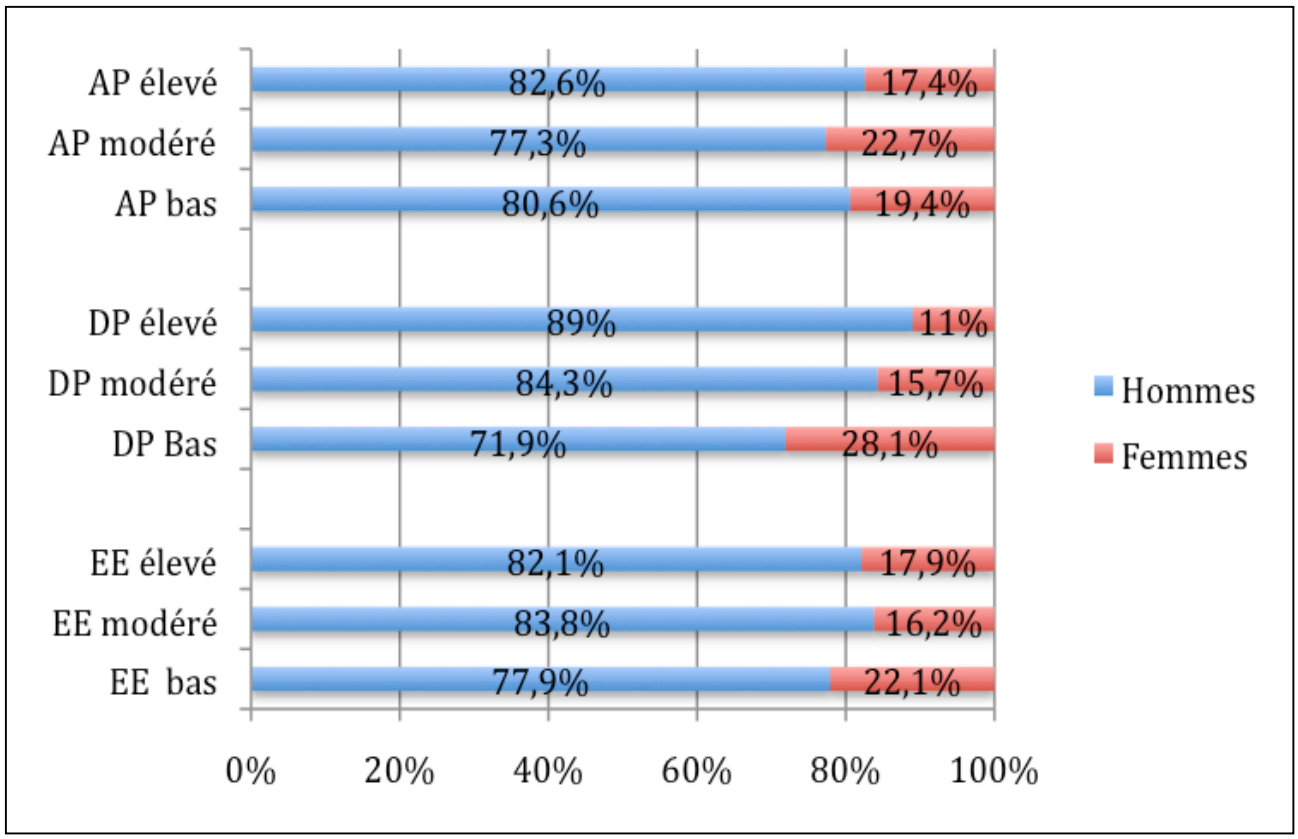
Figure n° 20 : Effectifs des trois dimensions du BOS en fonction du score MBI



EE=Épuisement émotionnel ; DP=Dépersonnalisation ; AP=Accomplissement personnel

On observe (***figure n° 20***) une diminution quasiment linéaire des effectifs inversement proportionnelle à l'augmentation du score d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation. Pour l'accomplissement personnel, il existe un « rebond » de la taille de l'effectif en faveur du score élevé.

Figure n° 21 : Répartition en pourcentage selon le sexe par score obtenu au MBI pour chaque dimension du BOS



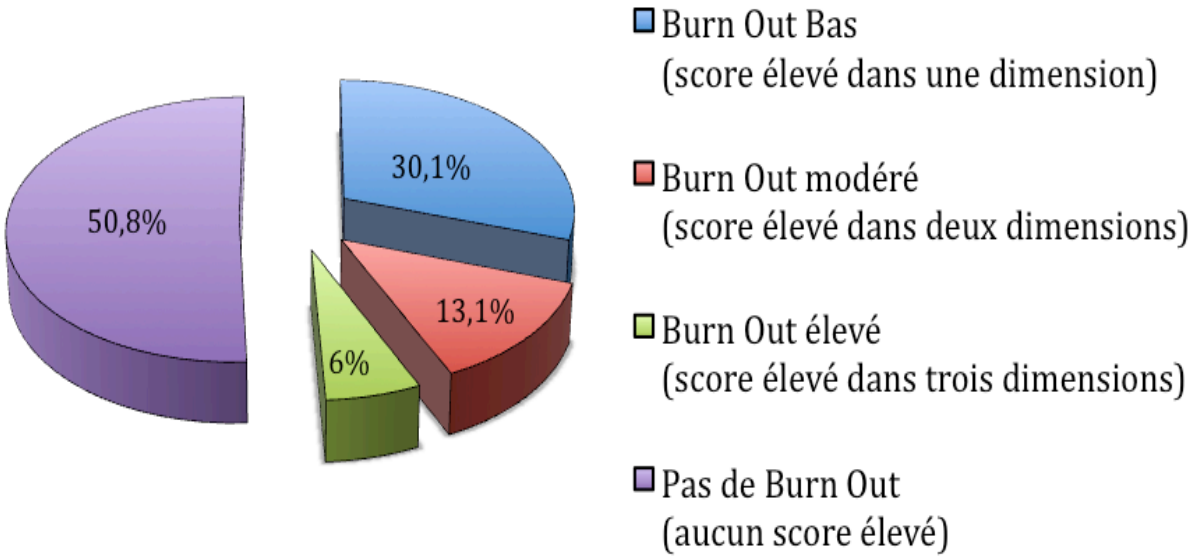
On constate (***figure n° 21***) que la répartition entre les deux sexes est relativement homogène pour l'accomplissement personnel et l'épuisement émotionnel. Par contre, les femmes auraient tendance, dans notre échantillon, à moins « dépersonnaliser » que les hommes. En effet, la proportion de femmes semble diminuer linéairement en faveur des hommes, plus le score de dépersonnalisation augmente. Il s'agit là encore d'une tendance graphique non exploitable statistiquement.

6.4.2 Prévalence du burnout au sein des répondants

La prévalence du burnout a été calculée à partir du nombre de médecins qui présentait un score élevé pour au moins l'une des trois dimensions. Nous avons observé qu'au moment de l'étude, d'après cette définition, **49,2 % des médecins répondants étaient en burnout (n=222).**

6.4.3 Niveau de burnout au sein des répondants

Figure n° 22 : Répartition du niveau de burnout au sein de la population répondante

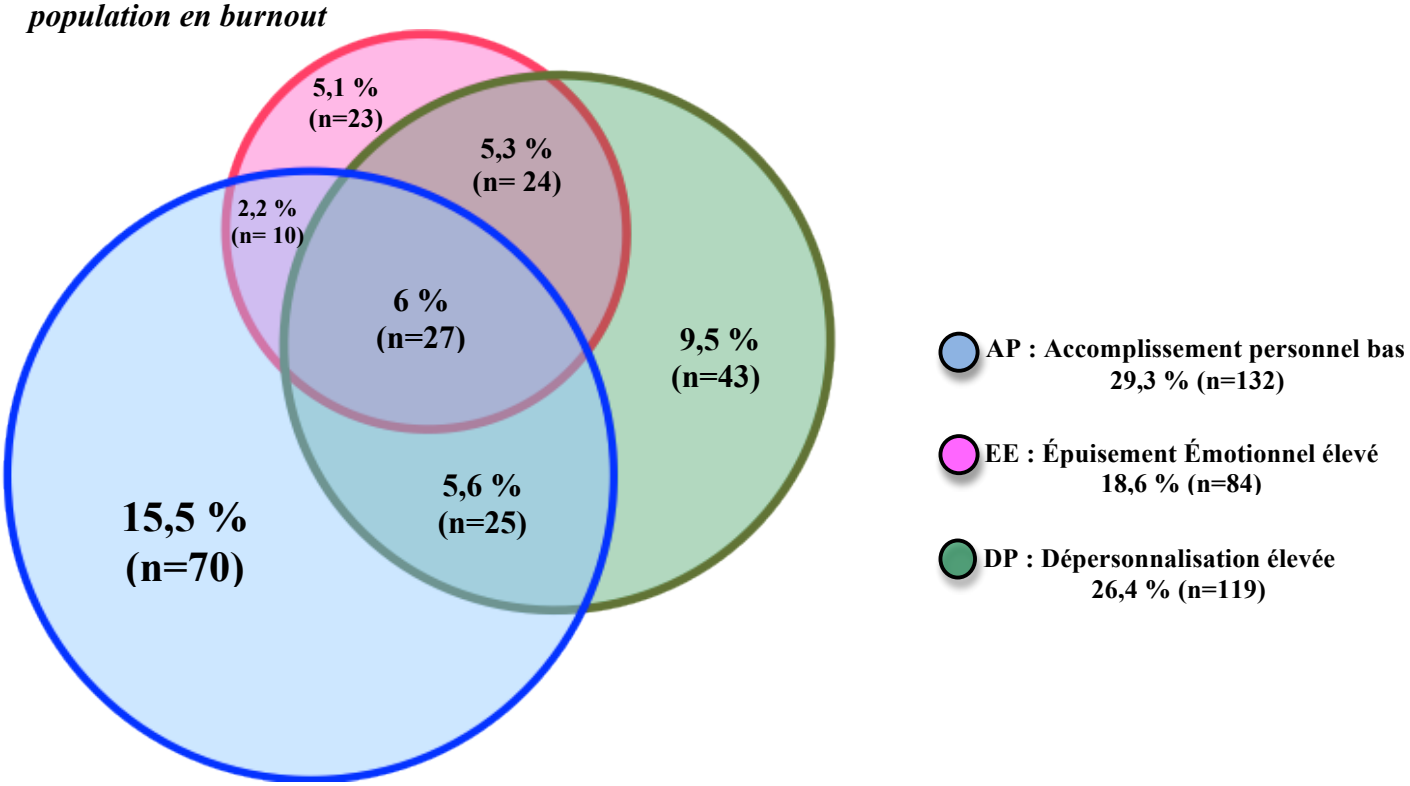


Le niveau de burnout est fonction du nombre de dimensions présentant un score élevé (score pathologique). Si l'on observe la figure 22, on retrouve la prévalence du burnout de 49,2% chez les médecins répondants, répartis en terme d'intensité ou de niveau :

- Seuls **6 % avaient un niveau élevé de burnout** (n=27), c'est-à-dire avec les trois dimensions pathologiques,
- Et **13,1 % avaient un niveau modéré de burnout** (n=59) avec deux dimensions pathologiques,
- Alors que **30,1 % avaient un niveau bas de burnout** (n=136), ne présentant qu'une seule dimension pathologique.

Ainsi, 50,8 % (n=229) des médecins répondants n'étaient pas considérés en burnout, n'ayant obtenu de score élevé dans aucune des trois dimensions. Parmi eux, moins de 20 % (n=89 ; 19,7 %) ont obtenu un score bas dans les 3 dimensions, ce qui pourrait correspondre à l'épanouissement professionnel maximal.

Figure n° 23 : Distribution tridimensionnelle des scores pathologiques du BOS au sein de la population en burnout



Sur ce diagramme n'apparaissent que les effectifs de médecins ayant obtenu au moins un score pathologique sur l'une des trois dimensions. Les surfaces sont à l'échelle de leur représentativité dans l'effectif. Ainsi, 15,5 % des médecins répondants avaient un faible accomplissement personnel sans épuisement émotionnel ni dépersonnalisation élevé.

Il permet de visualiser la proportion des répondants ayant obtenu également 2 ou 3 scores pathologiques représentés par les surfaces superposées. Ainsi, on retrouve les 6 % de répondants ayant obtenu un score pathologique aux trois dimensions et qui définissent le Burn-out élevé. On constate par ailleurs que les médecins de notre échantillon en Burnout sont majoritairement faiblement accomplis avec 29,3 % des répondants.

Ainsi :

- **18,6 % des répondants avaient un score élevé d'épuisement émotionnel**
- **26,4 % avaient un score élevé de dépersonnalisation**
- **29,3 % avaient un score faible d'accomplissement personnel**

Ces résultats sont à rapprocher des taux moyens retrouvés lors des précédentes études.

En effet, la proportion de médecins de l'échantillon ayant obtenu un score d'épuisement émotionnel élevé (18,6 %) est nettement inférieure à la moyenne (25,5 %). La nuance est plus discrète concernant la dépersonnalisation, 26,4 % de médecin avec un score élevé contre 27,9 % sur la moyenne des 10 études. Le nombre de médecins ayant présenté un score faible d'accomplissement personnel était plus important dans notre échantillon (29,3 %), toujours en le comparant à la moyenne des études impliquant les médecins généralistes libéraux (28 %).

6.5 Description de la population en burnout

Tableau n° 5 : Description de la population en burnout

Caractéristiques	Pourcentage au sein des répondants en Burn Out (effectif)	Pourcentage au sein des répondants (effectif)	Prévalence du Burn Out
Hommes	82,4 % (n=183)	80,5 % (n=363)	**50,4 %**
Rural	12,6 % (n=28)	12,9 % (n=58)	48,3 %
Au moins 53 ans	55,8 % (n=124)	50 % (n=225)	**55,1 %**
Installé depuis au moins 24 ans	54,5 % (n=121)	50 % (n=225)	**53,8 %**
Vivant en couple	89,6 % (n=199)	90,9 % (n=410)	48,5 %
Conjoint du domaine médical	32 % (n=71)	32,4 % (n=146)	48,6 %
Travaillent plus de 65 h/sem	14,4 % (n=32)	16 % (n=72)	44,4 %
Exercent seuls	46,4 % (n=103)	46,3 % (n=209)	**49,2 %**
Ni secrétariat, ni informatique	35,1 % (n=78)	39 % (n=176)	44,3 %

Ainsi, les médecins en épuisement professionnel sont majoritairement des hommes, exerçants seuls, âgés d'au moins 53 ans et installés depuis au moins 24 ans. On aurait pu imaginer que le fait d'exercer sans secrétariat ni informatique ou plus de 65 heures par semaines était susceptible de favoriser l'épuisement professionnel. Ces hypothèses n'ont pu être confirmées dans notre échantillon. En effet, ces caractéristiques observées ne sont pas statistiquement significatives. On ne peut donc pas conclure formellement en faveur d'un facteur favorisant de l'une ou l'autre de ces caractéristiques sur le burnout.

7. DISCUSSION

7.1 Points forts de l'étude

Cette étude a donc permis d'établir pour la première fois une prévalence estimée du Burnout syndrome dans la population des médecins généralistes libéraux de la région Nord-Pas-de-Calais. Elle a confirmé la persistance de ce phénomène et pourrait questionner sur l'efficacité des mesures préventives.

Ainsi, le taux de 49,2 % d'épuisement professionnel de notre échantillon représentatif est à rapprocher de la prévalence nationale chez les médecins généralistes, estimée à 51,6 % (57). Les médecins généralistes de la région semblaient moins épuisés émotionnellement, mais plus faiblement accomplis en comparaison aux moyennes de ces dimensions dans les précédentes études. Presque un médecin sur deux présentait un score pathologique sur l'une au moins des trois dimensions composant le burnout. À l'inverse, seuls 19,7 % des médecins répondants ont obtenu des scores bas dans les trois dimensions.

L'importance du phénomène incite à l'élaboration de mesures spécifiques adaptées à la profession de soignant et particulièrement aux médecins généralistes.

Cette étude a permis de constater certaines liaisons statistiques de critères organisationnels. En effet, les médecins disposant d'un secrétariat étaient d'une part le plus souvent informatisés, favorisaient les consultations sur rendez-vous et exerçaient volontiers en groupe. Ces liaisons pourraient être exploitées afin de définir d'éventuels facteurs protecteurs.

7.2 Les limites du matériel

7.2.1 Le "Maslach Burnout Inventory – Human Service Survey"

L'échelle MBI utilisée dans notre étude est adaptée particulièrement aux soignants, mais reste une traduction de l'échelle originale et souffre donc de quelques approximations lexicales énoncées par certains répondants.

Ainsi, répondre en terme de fréquence à certaines questions, par exemple :

« Je peux comprendre facilement ce que mes patients ressentent » nécessite une transformation mentale de l'échelle de fréquence pour ne conserver que l'appréciation d'intensité chiffrée de 0 à 6.

Même si la réalisation de ce test est aisée, il n'en demeure pas moins un questionnaire sondant des appréciations très personnelles du positionnement de la relation de soin. On peut imaginer que l'hypothèse d'un score élevé de burnout se heurte avec un mécanisme adaptatif de déni pour certains répondants. Ainsi, quelques médecins ont rempli en totalité les questions évaluant les critères sociodémographiques, mais n'avaient renseigné que les premières questions de l'échelle MBI. Il est nécessaire de préciser que la validation de cette échelle a été effectuée en traduction française, mais sur une population québécoise[8], potentiellement divergente sur le plan culturel. Une validation de la traduction sur la population française pourrait être à envisager.

7.2.2 Le questionnaire

Le questionnaire a été conçu dans le but d'esquisser le plus fidèlement possible la réalité sociodémographique du médecin répondant, mais aussi ses habitudes d'exercice. Le choix des questions émanait des différentes études existantes se rapportant au burnout. En reprenant les moyennes nationales connues [102] en terme de nombre de semaines de vacances par an, de volume horaire hebdomadaire et de part des visites, les intervalles avaient été proposés de façon équivalente autour de cette moyenne.

Néanmoins, il apparaissait après consultations des différents commentaires que certaines formulations paraissaient inadaptées. En effet, concernant la question 77 portant sur l'activité du conjoint, l'ambiguïté de la proposition « sans » aurait pu provoquer un biais au niveau des répondants. Certains auraient compris « sans activité » ce qui était ici recherché, mais d'autres auraient renseigné l'information « sans conjoint ». Le nombre d'enfants à charge renseigné à la question 8 aurait pu être complété en terme de nombres d'enfants (à charge ou l'ayant été).

Cela permettrait d'expliquer qu'avec une moyenne d'âge des répondants de 52 ans, la majorité des médecins déclaraient avoir au moins deux enfants à charge contre environ 1 enfant en moyenne dans la population générale pour le même âge[103].

Certains commentaires ont fait état de l'absence d'informations collectées sur le plan culturel, artistique ou de loisirs. Ces activités ont été citées dans la proposition « autres » des activités non clinique de la question 18. En raison de leur caractère anecdotique, leur prise en compte statistique n'a pu être réalisée. Ces renseignements auraient pu être inclus dans la question 17 qui ne considérait que les activités sportives.

Seize médecins ont répondu à plusieurs orientations de carrière (question 20), évoquant la complémentarité des réponses proposées. Ils correspondaient aux données non analysables.

Pour finir, les fréquences proposées concernant le ressenti agressif auraient pu être enrichies d'une proposition supplémentaire entre « non » et « plusieurs fois par mois » comme l'ont proposé certains répondants.

Nous aurions pu ajouter de multiples renseignements en particulier concernant les addictions éventuelles, le recours aux psychotropes, le contraste entre l'orientation de carrière en début d'exercice et son évolution au fil du temps, mais cela imposait une logistique plus lourde. De plus, un nombre plus élevé de questions aurait pu décourager certains médecins, diminuer le taux de réponse et donc réduire l'effectif exploitable.

7.3 Les limites méthodologiques

7.3.1 Le recrutement

Le recrutement a été réalisé à partir de la liste fournie par l'annuaire papier des « Pages Jaunes » version 2010. Cette option n'avait pas été privilégiée initialement, mais les instances habituelles ordinales, privées ou à financement public ont refusées de fournir la liste des médecins généralises libéraux de la région, et ce pour des raisons essentiellement de confidentialité sur la diffusion de listes professionnelles. Néanmoins, cette liste ne contient pas les médecins n'ayant pas fait les démarches administratives pour y apparaître (début ou reprise d'activité).

Les données de l'annuaire « Pages Jaunes » n'étant actualisées qu'une fois par an, il est probable que certains médecins ayant cessé leur activité dans l'année aient été intégrés dans la population.

Par ailleurs, la compilation par département puis par communes (en évitant les doublons de médecins exerçant dans plusieurs cabinets), par sexe et enfin la correspondance par communes aux six zones urbaines définies par l'INSEE permet d'expliquer le délai entre la conception du questionnaire et son envoi au mois de juin, période propice aux congés.

D'autre part, le choix de l'envoi postal a été privilégié par rapport au « mailing informatique » afin d'éviter un biais de recrutement concernant les médecins non informatisés. Ce choix souffre du manque d'exactitude lié à l'actualisation unique annuelle des coordonnées postales fournies par l'annuaire. Le choix d'exclure les orientations particulières ou les médecins hospitaliers est d'ordre logistique, mais surtout méthodologique. En effet, les mécanismes de protection mis en place par le médecin exposé varient en fonction de sa personnalité d'une part, mais aussi d'une adaptation éventuelle de son activité. L'orientation particulière en médecine générale pourrait déjà s'apparenter à un mécanisme adaptatif protecteur. La prévalence du Burnout aurait pu être plus faible et constituer un biais. La pratique hospitalière rencontre d'autres contraintes (relationnelles liés au travail en équipe, multiplicité des protocoles...) qui lui sont spécifiques et non superposables à la pratique ambulatoire.

7.3.2 Le biais de non-réponse

Il est probable que l'enveloppe-réponse timbrée incluse lors de l'envoi des questionnaires a contribué à obtenir un taux satisfaisant de répondants (45,1 %). Il s'agissait en effet d'un taux honorable pour ce type d'étude, qui montre l'intérêt de la population questionnée pour cette problématique. Ce taux de réponse aurait pu être amélioré si l'on avait pu programmer au moins une relance postale pour les non-répondants. Les impératifs financiers et le taux satisfaisant de répondants initial nous ont finalement confortés dans notre choix d'envoi unique. Ce taux aurait également pu être amélioré si l'envoi avait été programmé hors vacances scolaires, les mois d'été représentant parfois la seule et unique période de congés du médecin généraliste.

Les chiffres de cette étude sont à nuancer pour une extrapolation statistique à l'ensemble de la population des médecins généralistes de la région. Il est possible que la prévalence du Burnout soit sous-estimée, les médecins les plus épuisés professionnellement ayant potentiellement moins tendance à répondre à ce type de questionnaire, par crainte de stigmatisation. À l'inverse, on peut supposer que, dans un souci de revendication et de reconnaissance de la pénibilité de la profession, les plus concernés aient également majoritairement répondu. La superposition de ces biais pourrait expliquer les variations des précédentes études.

7.4 Les Extrapolations statistiques

Notre étude ne nous permettait pas de définir un profil statistiquement représentatif du médecin en Burnout. Il semblerait que quelques éléments organisationnels, démographiques ou liés à la personnalité aient une tendance protectrice. Une étude multivariée approfondie des liaisons statistiques entre l'absence de burnout et la présence ou non de l'un des critères du questionnaire permettrait éventuellement de le confirmer. Il serait intéressant d'apprécier une éventuelle liaison entre ces mêmes critères et chacune des sous-dimensions du Burnout.

Il a été établi précédemment que l'échantillon de médecins répondants était représentatif de la population étudiée. Si l'on superpose le pourcentage des médecins en Burnout complet de notre étude (6 %) à l'effectif de la population mère (3785), on peut estimer, avec toutes les précautions citées ci-dessus, le nombre de médecins généralistes libéraux de la région en Burnout complet à 227. On peut également imaginer que les médecins actuellement en burnout modéré viennent progressivement accroitre ce taux si des mesures préventives adaptées ne sont pas mises en place. Quelle prise en charge active proposée une fois le stade de burnout déclaré ?

Sur l'exemple catalan, la création, à l'échelle régionale, d'une structure d'hôpital de jour spécifique aux médecins, libéraux et hospitaliers, pourrait être envisagée. Le relais par des psychiatres en ambulatoire intervenant dès le retour sur le lieu d'exercice permettrait d'intégrer plus facilement le soutien à l'exercice professionnel, si celui-ci peut être maintenu.

7.5 Les signaux d'alarme

Ils sont, comme nous l'avons vu, soumis à une variable individuelle et ne peuvent donc être généralisés. C'est le cercle proche, de confrères, d'amis ou familial qui constatera les changements de comportement. D'abord limité à la sphère professionnelle, il peut s'agir de retards de plus en plus conséquents, d'oublis ou d'erreurs inhabituelles. Le devoir d'ingérence cité dans le code de déontologie doit être encouragé. Il ne s'agit pas de stigmatiser un confrère, mais de permettre une prise en charge précoce de troubles du comportement (addictifs ou évoquant une pathologie psychiatrique) inexistants auparavant. Il pourrait être intéressant de mettre en place, à l'image du Vaucluse pour le risque suicidaire, une cellule d'entraide ordinale intervenant de façon ciblée sur constats de signaux d'alarme suscités par un confrère, un délégué médical, ou un membre de la sphère privée.

Une structure d'aide téléphonique, disponible à tout moment, dont l'objectif est en premier lieu l'écoute, mais qui peut devenir un outil de dépistage, serait intéressante à mettre en place au niveau départemental. L'AAPML qui se destinait initialement aux médecins libéraux d'Ile de France tente de se généraliser dans d'autres régions. Seuls 10 % des médecins de notre étude avait connaissance de l'existence d'une telle structure.

7.6 Quelques pistes préventives

Pour que cette étude ne soit pas un énième constat de ce phénomène décrit depuis plus de 10 ans à l'échelle nationale et dénoncé par le Comité permanent des médecins européens, il apparait nécessaire que soient instaurées rapidement certaines mesures préventives.

- La mise à disposition des médecins de l'échelle MBI qui permet une évaluation simple, reproductible pourrait être une mesure primordiale. De nombreux médecins avaient en effet l'intuition d'être en situation d'épuisement sans avoir la possibilité jusqu'alors de s'évaluer faute de connaissance de moyen approprié de dépistage.

D'autre part, l'appel de cotisation de la CARMF ou de l'ordre des médecins pourrait s'accompagner de ce questionnaire. Ce thème est abordé ponctuellement lors des FMC, mais nous avons constaté dans notre étude que plus de 73 % des médecins répondants avouaient ne pas y participer.

- Par ailleurs, les médecins se soignent eux-mêmes pour 90 % d'entre eux. Cette habitude favorise essentiellement des démarches de soins décousues avec ponctuellement des automédications « sauvages ». Le médecin fait volontiers abstraction de symptômes peu spécifiques tels que l'irritabilité, la fatigue nerveuse qu'il rapprochera de l'asthénie fonctionnelle due à sa charge de travail. Le parcours de soin doit être encouragé.

Le suivi médical par un confrère, sensibilisé et formé à dépister les pathologies de la relation d'aide pourrait être envisagé. La création d'une spécialisation dans la prise en charge de ces troubles par l'intermédiaire de formation spécifique permettrait d'augmenter le nombre de médecins sensibilisés à ce type particulier de prise en charge.

- Plus globalement, l'instauration d'un suivi médical préventif obligatoire, à une fréquence définie selon l'âge, permettrait de dépister plus précocement un syndrome d'épuisement professionnel. L'instauration de mesures personnalisées serait alors plus aisée. On peut ainsi imaginer une structure de médecine du travail comme on peut la trouver pour les salariés hospitaliers avec de réelles démarches préventives pour ce syndrome.

Une structure à distance du lieu d'exercice, où les médecins bénéficiant d'un suivi personnalisé croisent d'autres confrères venant s'acquitter de leur visite médicale obligatoire. La stigmatisation du médecin malade en serait par définition très réduite.

- Si l'on considère, l'épuisement professionnel comme étant une pathologie de la relation de soin, et que ce phénomène se développe en pratiquant la médecine générale, ne pouvons-nous pas considérer le burnout comme une maladie professionnelle à part entière ?

La difficulté à l'intégrer dans un tableau clinique qui plus est de maladie professionnelle réside dans la multiplicité des facettes que ce syndrome revêt. En effet, aucun symptôme n'est spécifique et les délais de prise en charge devraient couvrir des périodes particulièrement étendues puisque très variable d'un individu à l'autre. De plus, puisqu'il implique autant les caractéristiques de personnalité individuelle que les conditions de travail, les mesures préventives doivent être nécessairement appliquées au cas par cas.

➢ Il paraitrait nécessaire également d'encourager les formations d'aide à la gestion d'un cabinet médical. Les intervenants pourraient intervenir individuellement à la demande du médecin ou s'intégrer dans le programme de FMC. Les sollicitations du médecin sont suffisamment nombreuses pour que ne viennent s'ajouter les désagréments chronophages dus aux méandres comptables et juridiques parfois complexes de l'administration d'un cabinet.

➢ Devant la recrudescence des agressions physiques et verbales, plus de 30 % dans notre étude, un guide de recommandations en cas d'incident pourrait être édité. En effet, la première réaction après la surprise, est la colère ou l'impulsivité pour certains, ce qui ne fait qu'attiser le conflit naissant. Savoir adopter un comportement adapté dans ces situations pourrait parfois être suffisant pour les désamorcer.

➢ Améliorer la couverture en terme de prévoyance, limiterait le sentiment d'insécurité financière et de vulnérabilité source de stress. L'étude menée en 2007 en Ile de France retrouvait cette préoccupation pour 97 % des médecins interrogés[15]. Le versement dès le premier jour d'indemnités journalières par la CARMF progressivement dégressive associé à une augmentation substantielle de la cotisation annuelle permettrait de couvrir éventuellement ce délai de carence.

7.7 Ouvertures

Les similitudes entre les éléments cliniques décrits pour chacune des dimensions du Burnout et ceux que l'on pourrait constater dans un syndrome dépressif sont nombreuses. On peut citer l'irritabilité, les troubles du sommeil, la dépréciation. Une étude belge[104] a confirmé l'association significative des troubles dépressifs et du Burn-out.

Néanmoins, existe-t-il un lien de causalité entre ces deux entités ? Le Burnout est-il un facteur favorisant de syndrome dépressif sévère avec conjointement augmentation du risque suicidaire, ou une conséquence de troubles de l'humeur sous-jacents évoluant à bas bruit ? Pour finir le Burnout ne peut-il pas s'apparenter à un syndrome dépressif de la sphère professionnel ? Les études faisant étant de lien entre épuisement professionnel, dépression et risque suicidaire restent peu nombreuses, la plupart constatant effectivement une augmentation de leur prévalence respective dans la population médicale. Les liens en terme de causalité ou de facteurs favorisant restent à établir.

« Je ne pouvais comprendre pourquoi, dès l'aube de l'histoire de la médecine, des médecins ont concentré tous leurs efforts sur la reconnaissance de maladies particulières et la découverte de remèdes spécifiques sans prêter aucune attention à quelque chose de beaucoup plus évident : le syndrome du simple fait d'être malade »[(105)].

Hans Selye

« Il n'y a rien de plus ridicule qu'un médecin qui ne meurt pas de vieillesse »

Voltaire

8. CONCLUSION

Ainsi, notre étude a permis de définir pour la première fois la prévalence du Burnout dans la région Nord-Pas-de-Calais chez les médecins généralistes libéraux. Avec un taux de 49,2 % de médecins en burnout, elle confirme l'importance du phénomène qui s'inscrit dans des proportions similaires aux précédentes études. Près de 6 % des médecins interrogés étaient en burnout complet, un peu plus de 13 % présentaient deux dimensions pathologiques et moins de 20 % des médecins ont obtenu un score bas pour les trois dimensions du "Maslach Burnout Inventory"(MBI).

À travers la description sociodémographique et organisationnelle de cette population, nous avons constaté que le Burnout était une réalité dans notre région. De plus, nous avons vu que les médecins épuisés professionnellement étaient majoritairement des hommes vivant en couple, exerçant à la campagne et depuis longtemps bien que ces liens ne soient pas statistiquement significatifs. Il pourrait être intéressant de proposer une étude s'attachant spécifiquement aux facteurs protecteurs afin de proposer des mesures préventives généralistes dans l'attente de prise en charge personnalisée. Par ailleurs, nous avons précisé que ce syndrome impliquait des mécanismes de défense évoluant dans le temps. Il pourrait être intéressant de considérer par une étude longitudinale, les variations de score au sein d'une même population sur une période donnée.

Cette étude m'a conforté dans le désir de pratiquer la médecine générale. Les différents témoignages font état de toute l'humanité que le soin impose et c'est bien ce don de soi qu'il faut apprendre à canaliser. Sur le plan individuel et pour reprendre la formule d'égoïsme altruiste de Selye, cette étude m'a permis d'envisager un peu plus sereinement ce beau métier stressant.

Connaître ses limites, les respecter, savoir s'écouter n'est pas preuve de faiblesse, mais bien une attitude de préservation. Il nous est donné la possibilité de soulager, d'apaiser, parfois de guérir les maux du corps et de l'esprit, mais le prix de cet engagement est une constante réflexion sur ses propres limites.

9. ANNEXES ET BIBLIOGRAPHIE

Bibliographie

1. **Tissot SA**. *De la santé des gens de lettres*. 1768, Lausanne : François Grasset, p. 22-30.
2. **Selye H**. *A syndrom produced by divers noucuous agents*. Nature,1936 ; 2:138.
3. **Cannon W.B**. *Woodoo death. American anthropologist*, 1942, p. 44.
4. **Veil C**. *Les états d'épuisement*. Concours médical, 1959, 6:6, p. 2675.
5. **Freudenberger HJ**. *Staff burnout : Journal of Social Issues*. 1974, Revue n° 30, 1, p. 159-165.
6. **Freudenberger HJ**. *L'épuisement professionnel : « la brûlure interne »*. Éd. G. Morin, 1987, p.142.
7. **Jackson S, Leiter M, Maslach C**. *Maslach Burnout Inventory Manual*. Ed Consulting Psychologist Pr. 1996.
8. **Dion G, Tessier R**. *Validation de la traduction de l'inventaire d'épuisement professionnel de Maslach et Jackson*. Revue canadienne des sciences du comportement, 1994, 26 (2) : 210-227.
9. **Cherniss C**. *Staff Burnout : Job Stress in the Human Services*, 1980, p. 7-54.
10. **Le Galès-Camus C**. Allocution de l'Organisation mondiale de la Santé. *La santé est l'affaire de tous : les arguments économiques en faveur d'une bonne santé en milieu de travail*. Conférence de Montréal, 1er juin 2005. Texte intégral : www.conferencedemontreal.com.
11. **Freudenberger HJ, Richelson G**. *Burnout : The High Cost of High Achievement*. Bantam Books, 1981, p. 173.
12. **Mc Manus IC, Smithers E, Partridge P, Keeling A, Fleming PR**. *A levels and intelligence as predictors of medical careers in UK doctors: 20 year prospective study*. Br Med J. 2003 ; 327 : 139-142.
13. **Etzion Y**. *Managerial criteria of successful small business*. 1966, p.19

14. **Gautier I**. *Burnout des médecins*. Bulletin du Conseil Départemental de l'Ordre des médecins de la ville de Paris. 2003, n° 86.

15. **Galam E**. *Le burnout des médecins libéraux*. Le généraliste. 2007, N°2400.

16. **Winckler M**, *La maladie de Sachs*, Paris : POL, 1998, p.134.

17. **Le Breton-Lerouvillois G, Kahn-Bensaude I**. *Atlas de la démographie médicale en France : Situation au 1er janvier 2008*,CNOM, 2008, p. 13-14

18. **Romestaing P, Le Breton-Lerouvillois G**. CNOM, *Les médecins de nationalités européenne et extra-européenne. Situation au 1er janvier 2010*, p. 13

19. DRESS-DRASS-FINESS : *Démographie médicale dans le Nord-Pas-de-Calais : évolution 2005-2008*. Répertoire ADELI des professions médicales et paramédicales en exercice au 01/01/2005 et 01/01/2008. Traitement Observatoire Régional de la Santé du Nord-Pas-de-Calais. « http://www.orsnpdc.org/donnees-offresoins/213880_1adeli.html » (consulté le 13/10/2011).

20. Atlas régionaux de la démographie française. *Des disparités s'accentuent au niveau local*. CNOM, 13/04/2010.

21. Atlas de la démographie médicale française 2011 : *les jeunes médecins incitent leurs confrères à s'installer en libéral*. CNOM, 14/06/2011.

22. Atlas des professions de santé : situation au 1er janvier 2003, ORS Nord-Pas-de-Calais 2005, p.23

23. **Le Breton-Lerouvillois G, Romestaing P**. Atlas démographique en région Nord-Pas-de-Calais : situation au 1er janvier 2009, CNOM, p. 5.

24. **Le Breton-Lerouvillois G, Romestaing P**. Atlas de la démographie médicale en France : situation au 1er janvier 2011. CNOM, p. 9-15.

25. **Legmann M, Romestaing P**. Démographie médicale déclinée à l'échelle des bassins de vie en région Nord-Pas-de-Calais : situation au 1er juin 2011. CNOM, p.16.

26. Atlas des professionnels de santé : Médecins généralistes, situation au 1er janvier 2003, ORS Nord-Pas-de-Calais 2005, p.24. (www.orsnpdc.org/etudes/medecins-generalistes.pdf)

27. **Le Breton-Lerouvillois G, Kahn-Bensaude I**. Atlas de la démographie médicale en France : Situation au 1er janvier 2008,CNOM, 18/09/2008, p. 18.

28. **Le Breton-Lerouvillois G, Romestaing P**. Atlas démographique en région Nord-Pas-de-Calais : situation au 1er janvier 2009, CNOM, p. 15.

29. **Legmann M, Romestaing P**. Démographie médicale déclinée à l'échelle des bassins de vie en région Nord-Pas-de-Calais : situation au 1er juin 2011. CNOM, p. 28.

30. **Le Breton-Lerouvillois G, Kahn-Bensaude I**. Atlas de la démographie médicale en France : Situation au 1er janvier 2008, CNOM, 18/09/2008, p. 1.

31. **Le Breton-Lerouvillois G, Romestaing P**. CNOM, Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1 er janvier 2010, p. 21.

32. **Le Breton-Lerouvillois G, Romestaing P**. Atlas de la démographie médicale en France : situation au 1er janvier 2011. CNOM, p. 12.

33. **Le Breton-Lerouvillois G, Romestaing P**. Atlas démographique en région Nord-Pas-de-Calais : situation au 1er janvier 2009, CNOM, p. 11.

34. **Legmann M, Romestaing P**. Démographie médicale déclinée à l'échelle des bassins de vie en région Nord-Pas-de-Calais : situation au 1er juin 2011. CNOM, p. 18-19.

35. CNOM. *Atlas de la démographie médicale française*. 23/11/2010.

36. **Le Breton-Lerouvillois G, Romestaing P**. Atlas de la démographie médicale en France : situation au 1er janvier 2011. CNOM, p. 7.

37. **Legmann M, Romestaing P**. Démographie médicale déclinée à l'échelle des bassins de vie en région Nord-Pas-de-Calais : situation au 1er juin 2011. CNOM, p. 15.

38. **Le Breton-Lerouvillois G, Romestaing P**. CNOM, Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1 er janvier 2010, p.21.

39. **Legmann M, Romestaing P**. Démographie médicale déclinée à l'échelle des bassins de vie en région Nord-Pas-de-Calais : situation au 1er juin 2011. CNOM, p. 25.

40. **Le Breton-Lerouvillois G, Romestaing P**. Atlas de la démographie médicale en France : situation au 1er janvier 2011. CNOM, p. 66.

41. **Legmann M, Romestaing P**. Démographie médicale déclinée à l'échelle des bassins de vie en région Nord-Pas-de-Calais : situation au 1er juin 2011. CNOM, p. 32.

42. **Le Breton-Lerouvillois G, Romestaing P**. CNOM, Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1 er janvier 2010, p. 11

43. **Le Breton-Lerouvillois G, Romestaing P**. CNOM, Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1 er janvier 2010, p. 30.

44. **Le Breton-Lerouvillois G, Romestaing P**. Atlas de la démographie médicale en France : situation au 1er janvier 2011. CNOM, p. 3.

45. **Legmann M, Romestaing P**. Démographie médicale déclinée à l'échelle des bassins de vie en région Nord-Pas-de-Calais : situation au 1er juin 2011. CNOM, p. 31.

46. **Le Breton-Lerouvillois G, Romestaing P**. Atlas démographique en région Nord-Pas-de-Calais : situation au 1er janvier 2009, CNOM, p. 16

47. **Truchot D**. *Le burnout des médecins libéraux de Bourgogne*. Rapport de recherche pour l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Bourgogne. 2001.

48. **Robert E**. *L'épuisement professionnel : enquête auprès des médecins de l'arrondissement de Dinan*. Thèse de médecine générale, Université Rennes 1. 2002.

49. **Truchot D**. *Le burnout des médecins libéraux de Champagne-Ardenne*. Rapport de recherche pour l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Champagne Ardennes. 2002.

50. **Begon-Bellet A**. *Le syndrome d'épuisement professionnel ou burnout des médecins généralistes de la Loire*. Thèse de médecine générale, Université Jean Monnet (Saint-Étienne), 2003.

51. **Truchot D**. *Le burnout des médecins généralistes de Poitou-Charentes*. Rapport de recherche pour l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Poitou-Charentes. 2004:99.

52. **Philippon C**. *Syndrome d'épuisement professionnel (Burnout-out) : étude descriptive et recherche de facteurs associés chez 189 médecins généralistes Rhône-Alpins*. Thèse de médecine générale, Université Claude Bernard (Lyon1), 2004.

53. **Jarry C**. *Étude du burnout chez les médecins généralistes d'Indre et Loire*. Thèse de médecine générale. 2003 ;12:52.

54. **Elouali S**. *Etude du burnout ou syndrome d'épuisement professionnel chez les médecins libéraux du Cher*. Thèse de médecine générale. Université de Tours. 2006.

55. **Chan Lin-Chanteau S**. *Le burnout des médecins généralistes libéraux de Tahiti*. Thèse de médecine générale, Université Paris 5. 2006.

56. **Dusmesnil H et al**. *« Épuisement professionnel chez les médecins généralistes de ville : prévalence et déterminants »*, Santé Publique, 2009/4 Vol. 21, p. 355-364.

57. **Vaquin-Villeminey Cl**. *Prévalence du Burnout en médecine générale : Enquête nationale auprès de 221 médecins généralistes du réseau sentinelles*. Thèse de médecine générale. Université René Descartes (Paris 5),2007, p.32.

58. **Pittaco M**. *Les internes sont-ils en burnout ?* Thèse de Médecine. Université Paris Descartes. 2009.

59. **Humbert G**. *L'épuisement professionnel des médecins généralistes : Impact de la charge de travail, des relations avec les patients et du sentiment de perte de statut*. Thèse de médecine Générale Université de Franche-Comté. 2010.

60. **Selye H**. *Stress sans détresse*. Montréal, La Presse, 1974, p.175.

61. **Burke RJ, Richardsen AM**. *Stress, burnout, and health*. Handbook of stress, medicine and health, CRC press, 1996, p. 101-117.

62. **Maslach C, Schaufeli WB., Leiter MP**. *Job Burnout*. Annual Review of Psychology, 2001, 52, 1, p. 397-422.

63. **Cordier A, Dreifuss-Netter F**. Questionnement pour les états généraux de la bioéthique. Comité Consultatif National d'Ethique, 9 octobre 2008.

64. **Truchot D**. Enquête Bulletin Ressources N°1. URML Bourgogne, Janvier 2002.

65. **Levasseur G**. *Les médecins bretons et leur santé*. URML Bretagne, juillet 2003.

66. **Glorion B**. Rapport au conseil national de l'Ordre des médecins. *L'insécurité des médecins, une entrave à l'exercice professionnel*, mai 2001.

67. Bulletin d'information du conseil de l'ordre national des médecins. N° 17. Juin 2011, p. 4.

68. DRESS. Études et résultats. *L'exercice des médecins généralistes libéraux. Panel de médecins sur 5 régions*, 2007 ; 610.

69. **Rotter JB**. *Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement.* Psychological Monograph.1966;80(609)

70. **Maltby J, Day L, Macaskill A**. *Personality, Individual Differences and Intelligence, Pearson Education*. 2007, p. 91-92.

71. **Cohen P**. *Vérités, contre vérités, impact sur la santé.* 2006.

72. **Sansone RA, Sansone LA**. *Physician suicide: a fleeting moment of despair*. Psychiatry. 2009 ; 6 (1) : 18-22.

73. **Chocard AS, Juan F**. *Suicide et tentatives de suicide chez les médecins*. La lettre du psychiatre. 2007, 3 :10-14.

74. **Burisch M**, *Das Burnout-Syndrom : Theorie der inneren Erschöpfung - Zahlreiche Fallbeispiele - Hilfen zur Selbsthilfe*, 2005, p. 99-108.

75. **Shiram A, Schabracq MJ, Winnbust JAM, Cooper CL**. *The effects of work-related stress on health*. Handcook of work and health psycholy. 2nd ed. New York : Wiley ; 2003 : 63-83.

76. **Burke R**. *Projektmanagement. Planung und Kontrolltechniken* Ed. Mitp-Verlag, 2004 p80-85.

77. **Hodgkinson GP, Ford JK**. International Review of Industrial and Organizational Psychology, Ed. Wiley, 2005, vol. 20 p218-222.

78. **Burisch M**. *Das Burnout-Syndrom : Theorie der inneren Erschöpfung - Zahlreiche Fallbeispiele - Hilfen zur Selbsthilfe*, 2005, p. 122-134.

79. **Shirom A**. *Stress and Strain in Organizations* ,Ed J.Wiley, 1998, p204-214.

80. **Hodgkinson GP, Ford JK**. International Review of Industrial and Organizational Psychology, Ed. Wiley, 2005, vol. 20 p225-226.

81. **Harrison M, Shirom A**, *Organizational Diagnosis and Assessment: Bridging Theory and Practice.* Ed. Sage publications, 1998 p. 158.

82. **Estryn-Behar M**. *Risques professionnels et santé des médecins*. Éd. Masson 2002.

83. **Miller NM, McGowen RK**. *The painful truth: Physicians are not invincible*. South Med J. 2000. 93 (10) : 966-973.

84. **Leopold Y**. *Les chiffres du suicide chez les médecins*. Rapport au CNOM. 2003.

85. **Freudenberger HJ**. *Staff Burn-Out*. Journal of social issues, 1974, 30, 1, p. 159- 165.

86. **Cathébras P, Consoli S, Rousset H, Weber JC**. *Troubles fonctionnels et somatisation : Comment aborder les symptômes médicalement inexpliqués*. Ed Masson, 2006, p.17-38.

87. **Zeter C**. *Burnout, conditions de travail et reconversion professionnelle chez les médecins généralistes du Poitou-Charente*. Poitiers, 2004.

88. Informations de la CARMF n° 58, décembre 2010, p. 5.

89. **Canouï P, Mauranges A**. *Le burn out. Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants. De l'analyse aux réponses*. 3e éd. Paris : Masson, 2004, p. 228.

90. **Arnould P, Arnould M, Gavid B**. *Les Groupes de Pairs. Un outil d'évaluation collective des pratiques professionnelles*. La revue du praticien-médecine générale, 2005, 19, 704/705, p. 1019-1020.

91. **Delbrouck M**. *Le burnout du soignant. Le syndrome d'épuisement professionnel*. 1e éd. Bruxelles : De boeck, 2003, p.280.

92. **Schaufeli WB, Van Dierendonck D**. *A cautionary note about the cross-national and clinical validity of cut-off points for the Maslach Burnout Inventory*. Psychol Rep. 1995 Jun. p.1083-1090.

93. **Bovier P, Bouvier M, Goehring C, Kunzi B**. *Santé des médecins de premier recours en suisse*. Primarycare 2004 ; 4:47.

94. **Drybye LN, Thomas MR, Massie SF et al**. *Burnout and Suicidal Ideation among U.S. Medical Students*, Annals of Internal Medicine, 2008 ; 149:334-341.

95. Programme d'aide aux médecins du Québec : rapport statistique, intervention 2009-2010. http://www.pamq.org/Rapport_statistique_PAMQ_2010FINAL (consulté le 20/09/2011).

96. **Viviers S, Lachance L, Maranda M-F, Menard C**. *Burnout, psychological distress and overwork : the cas of Quebec's ophthalmologist.* Can J Ophtalmol 2008 ; 43 : 535-46.

97. **Soler JK et Al**. *Burnout in European family doctors: the EGPRN study*. Family Practice 2008, 25:245-265.

98. INSEE, Cartes thématiques, Statisiques locales : http://www.statistiqueslocales.insee.fr/carto/ESL_CT_cartethematique.asp.

99. **Braunstein JF, Evelyne Pewzner**. *Histoire de la psychologie*. Ed.Colin, 1999, p. 99-105.

100. **M. Lourel, N. Gueguen**. *Une méta-analyse de la mesure du burnout à l'aide de l'instrument MBI.*

101. **Sicart D**. *Les médecins, estimation au 1er janvier 2007.* Séries statistiques, document de travail, n°115, Août-sept 2007, Dress.

102. **Micheau J, Molière E**. *Activité et emploi du temps des médecins libéraux.* DRESS, N°98, Mai 2010, p.10-30.

103. **Jacquot A**. *Des Ménages toujours plus petits-Projection de ménages pour la France métropolitaine à l'horizon 2030.* INSEE Première N°1106, 2006.

104. **Corten Ph**. *Burn-Out : Vérités, contre vérités, impact sur la santé*. 2006, http://www.mieux-etre.org/Burn-Out-Verites-contre-verites.html (consulté le 22/12/2011).

105. **Selye H**. *Du rêve à la découverte*, Éditions de La Presse, 1973, p. 66-68.

Annexe 1

Courrier explicatif joint au questionnaire et introduisant l'étude

Madame,
Monsieur,
Cher(e) Confrère,

Je me permets de solliciter votre attention et donc un peu de votre temps afin de répondre à ces deux questionnaires (durée moyenne de réalisation 10mn) concernant les conditions d'exercice des médecins généralistes dans notre région. En effet dans le cadre d'une thèse de recherche en médecine générale, je me suis intéressé aux facteurs protecteurs du Burn-Out syndrome sur la population des médecins généralistes libéraux du Nord-Pas-de-Calais.

Les médecins généralistes sont en première ligne, investis pleinement dans la prise en charge et la prévention de nombreux domaines de santé publique, mais qu'en est-il de la reconnaissance et de l'anticipation de l'épuisement professionnel dans nos propres rangs.

Le Nord-Pas-de-Calais comptait en 2007 quelques 6700 médecins généralistes avec une incidence estimée au niveau national du Burn-Out syndrome chez les médecins généralistes de 51,6 %(1), il m'apparaît légitime de considérer la correspondance en 2011 de ce phénomène dans notre région et de tenter d'en dégager les mesures de protection à privilégier afin de tenter de s'en prémunir.

Le premier questionnaire correspond au Malasch Burn-Out inventory, outil standardisé de quantification du niveau de Burn-Out, le deuxième questionnaire reprend différents critères, modifiables ou non d'ordre sociodémographique et organisationnel. Bien entendu ces questionnaires sont strictement anonymes.

Je joins à cet envoi une enveloppe timbrée afin de me retourner vos questionnaires (pages 3 à 9), si possible avant la fin du mois de juillet.

Conscient du volume horaire auquel vous êtes astreints, inhérent à l'activité de médecine générale, je vous remercie d'avance pour votre concours.

Aurélien Faille

(1) : Ayant obtenu un haut score sur l'un au mois des trois critères du Maslach Burnout Inventory définissant le Burn Out Syndrome. (Source : Vaquin-Villeminey C, Prévalence du Burnout en médecine générale : Enquête nationale auprès de 221 médecins généralistes du réseau Sentinelle. Mai 2007.)

Le Maslach Burnout Inventory

Pour chaque item merci de choisir entre :

- **0 : Jamais**
- **1 : Quelques fois par an**
- **2 : Une fois par mois.**
- **3 : Plusieurs fois par mois.**
- **4 : Une fois par semaine.**
- **5 : Plusieurs fois par semaine.**
- **6 : Chaque jour.**

	0	1	2	3	4	5	6
1. Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail							
2. Je me sens à bout à la fin de la journée de travail							
3. Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail							
4. Je peux comprendre facilement ce que mes patients ressentent							
5. Je sens que je m'occupe de certains malades de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets.							
6. Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort.							
7. Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes malades.							
8. Je sens que je craque à cause de mon travail.							
9. J'ai l'impression à travers mon travail, d'avoir une influence positive sur les gens.							
10. Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail.							
11. Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement.							
12. Je me sens plein(e) d'énergie.							
13. Je me sens frustré(e) par mon travail.							
14. Je sens que je travaille « trop dur » dans mon travail.							
15. Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes patients.							
16. Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop.							

	0	1	2	3	4	5	6
17. J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes patients.							
18. Je me sens ragaillardi(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes malades.							
19. J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail.							
20. Je me sens au « bout du rouleau ».							
21. Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement.							
22. J'ai l'impression que les patients me rendent responsable de certains de leurs problèmes.							

Pour chaque item merci de choisir entre :

- **0 : Jamais**
- **1 : Quelques fois par an**
- **2 : Une fois par mois.**
- **3 : Plusieurs fois par mois.**
- **4 : Une fois par semaine.**
- **5 : Plusieurs fois par semaine.**
- **6 : Chaque jour.**

Le Questionnaire sera interprété comme suit :

Évaluation sur la base du MBI (*Malasch Burnout inventory*) appréciant trois dimensions :

- L'épuisement émotionnel chiffré de 0 à 54 *(items 1,2,3,6,8,13,14,16,20)*
  - ✓ Total ≤ à 17 ➔ degré de burn-out bas
  - ✓ 18 ≤ Total ≤ 29 ➔ degré de burn-out modéré
  - ✓ Total ≥ 30 ➔ degré de burn-out élevé

- La Dépersonnalisation de la relation médecin-patient chiffré de 0 à 30 *(items 5,10,11,15,22)*
  - ✓ Total ≤ 5 ➔ degré de burn-out bas
  - ✓ 6 ≤ Total ≤ 11 ➔ degré de burn-out modéré
  - ✓ Total ≥ 12 ➔ degré de burn-out élevé

- L'accomplissement personnel chiffré de 0 à 48 *(items 4,7,9,12,17,18,19,21)*
  - ✓ Total ≥ à 40 ➔ degré de burn-out bas
  - ✓ 34 ≤ Total ≤ 39 ➔ degré de burn-out modéré
  - ✓ Total ≤ 33 ➔ degré de burn-out élevé.

Critères Non modifiables

1. ***Âge :*** __ __

2. ***Sexe :*** ☐ H ☐ F

3. ***Département :*** ☐ 59 ☐ 62

4. ***Bassin d'exercice :*** ☐ Artois ☐ Hainaut ☐ Lille Métropole ☐ Littoral

5. ***Année d'installation en cabinet libéral :*** __ __ __ __

6. ***Situation maritale :*** (Plusieurs réponses possibles)

   ☐ Célibataire ☐ Concubinage

   ☐ Marié(e), Remarié, Pacsé(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Veuf, veuve

7. ***Activité du conjoint :*** ☐ 0 (Si célibataire, divorcé(e) ou veuf(ve))

   ☐ Médical, Paramédical ☐ Sans Activité ☐ Autre

8. ***Nombres d'enfants à charge :*** ☐ 0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐ Plus de 3

Critères modifiables

9. ***Exercice :*** ☐ Seul(e) ☐ Associé(e) à 2 ☐ Cabinet de groupe (plus de 2)

10. ***Environnement*** : ☐ Secrétariat informatisé ☐ Secrétariat non informatisé

☐ Informatisé sans secrétariat ☐ Sans secrétariat ni informatique

11. ***Volume horaire hebdomadaire*** : ☐ Moins de 45 h ☐ Entre 45 h et 55

☐ Entre 55 h et 65 h ☐ Plus de 65 h

12. ***Type d'activité*** : ☐ Uniquement sur Rendez-Vous ☐ Mixte

☐ Uniquement en consultations libres

13. ***Participation au tour de Garde*** : ☐ Oui ☐ Non

14. ***Part des visites dans l'activité*** : ☐ Moins de 10 % ☐ De 10 à 20 %

☐ De 20 à 30 % ☐ Plus de 30 %

15. ***Nombres de semaines de vacances par an*** : ☐ 0 à 2 ☐ 3 à 5

☐ 6 à 8 ☐ 9 à 11 ☐ 12 ou plus

16. ***Recevez-vous des visiteurs médicaux*** : ☐ Non ☐ Une à deux fois par mois

☐ Une fois par semaine ☐ Deux à quatre fois par semaine

☐ Plus de quatre fois par semaine

17. ***Activités sportives*** : ☐ Non ☐ Une à deux fois par mois

☐ Une fois par semaine ☐ Deux fois semaine

☐ Plus de deux fois par semaine

18. ***Avez-vous une autre activité que clinique ? :*** ☐ Non ☐ FMC

☐ Groupe de Pairs ☐ Groupe Balint ☐ Autres : Précisez

19. ***Êtes-vous votre propre médecin traitant*** :

☐ Oui
☐ Non c'est un proche confrère qui a ce rôle
☐ Non, c'est un confrère que je connais volontairement peu

20. ***De quelle orientation de carrière vous sentez-vous le plus proche :***

☐ Le Militant. Cherche à amener un changement social et à améliorer la situation de ses patients. Être médecin représentant plus un engagement qu'un emploi.

☐ Le Carriériste. Recherche avant tout les responsabilités, la sécurité financière, la reconnaissance sociale et le prestige.

☐ L'Artisan. Le travail est avant tout une occasion d'exercer son savoir-faire ou de le développer au cours de nouvelles expériences.

☐ L'Individualiste. Privilégie sa vie personnelle, la pratique de son art représentant surtout un bon moyen de gagner sa vie.

Connaissez vous L'AAPML (Association d'Aide Professionnelle aux Médecins Libéraux) :

☐ Oui ☐ Non

Vous êtes-vous senti agressé pendant votre exercice verbalement ou physiquement ces 12 derniers mois ?

☐ Plusieurs fois par jour ☐ Plusieurs fois par semaine
☐ Plusieurs fois par mois ☐ Non

Avez-vous des commentaires sur cette étude ?

Ces questionnaires seront traités anonymement, avec suivi des résultats consultables sur simple demande à l'adresse : a.faille@live.fr

Merci d'avance.

Aurélien Faille

Table du Khi 2

ddl \ α	0,90	0,50	0,30	0,20	0,10	0,05	0,02	0,01	0,001
1	0,0158	0,4549	1,0742	1,6424	2,7055	3,8415	5,4119	6,6349	10,8274
2	0,2107	1,3863	2,4079	3,2189	4,6052	5,9915	7,8241	9,2104	13,8150
3	0,5844	2,3660	3,6649	4,6416	6,2514	7,8147	9,8374	11,3449	16,2660
4	1,0636	3,3567	4,8784	5,9886	7,7794	9,4877	11,6678	13,2767	18,4662
5	1,6103	4,3515	6,0644	7,2893	9,2363	11,0705	13,3882	15,0863	20,5147
6	2,2041	5,3481	7,2311	8,5581	10,6446	12,5916	15,0332	16,8119	22,4575
7	2,8331	6,3458	8,3834	9,8032	12,0170	14,0671	16,6224	18,4753	24,3213
8	3,4895	7,3441	9,5245	11,0301	13,3616	15,5073	18,1682	20,0902	26,1239
9	4,1682	8,3428	10,6564	12,2421	14,6837	16,9190	19,6790	21,6660	27,8767
10	4,8652	9,3418	11,7807	13,4420	15,9872	18,3070	21,1608	23,2093	29,5879
11	5,5778	10,3410	12,8987	14,6314	17,2750	19,6752	22,6179	24,7250	31,2635
12	6,3038	11,3403	14,0111	15,8120	18,5493	21,0261	24,0539	26,2170	32,9092
13	7,0415	12,3398	15,1187	16,9848	19,8119	22,3620	25,4715	27,6882	34,5274
14	7,7895	13,3393	16,2221	18,1508	21,0641	23,6848	26,8727	29,1412	36,1239
15	8,5468	14,3389	17,3217	19,3107	22,3071	24,9958	28,2595	30,5780	37,6978
16	9,3122	15,3385	18,4179	20,4651	23,5418	26,2962	29,6332	31,9999	39,2518
17	10,0852	16,3382	19,5110	21,6146	24,7690	27,5871	30,9950	33,4087	40,7911
18	10,8649	17,3379	20,6014	22,7595	25,9894	28,8693	32,3462	34,8052	42,3119
19	11,6509	18,3376	21,6891	23,9004	27,2036	30,1435	33,6874	36,1908	43,8194
20	12,4426	19,3374	22,7745	25,0375	28,4120	31,4104	35,0196	37,5663	45,3142
21	13,2396	20,3372	23,8578	26,1711	29,6151	32,6706	36,3434	38,9322	46,7963
22	14,0415	21,3370	24,9390	27,3015	30,8133	33,9245	37,6595	40,2894	48,2676
23	14,8480	22,3369	26,0184	28,4288	32,0069	35,1725	38,9683	41,6383	49,7276
24	15,6587	23,3367	27,0960	29,5533	33,1962	36,4150	40,2703	42,9798	51,1790
25	16,4734	24,3366	28,1719	30,6752	34,3816	37,6525	41,5660	44,3140	52,6187
26	17,2919	25,3365	29,2463	31,7946	35,5632	38,8851	42,8558	45,6416	54,0511
27	18,1139	26,3363	30,3193	32,9117	36,7412	40,1133	44,1399	46,9628	55,4751
28	18,9392	27,3362	31,3909	34,0266	37,9159	41,3372	45,4188	48,2782	56,8918
29	19,7677	28,3361	32,4612	35,1394	39,0875	42,5569	46,6926	49,5878	58,3006
30	20,5992	29,3360	33,5302	36,2502	40,2560	43,7730	47,9618	50,8922	59,7022

Annexe 3

Le test du Khi 2 utilisé dans notre étude :

- ***Test d'indépendance du Khi 2***

Il mesure la variation entre une distribution réelle et une distribution théorique. Cette variation est ensuite rapprochée de la table du Khi 2 ***(Annexe 2, p.91)*** selon les degrés de liberté. Dans notre étude, ce test a été utilisé pour l'analyse bivariée.

$$\chi^2 = \sum_{i,j} \frac{(n_{ij} - n^*_{ij})^2}{n^*_{ij}}$$

- $\mathbf{n_{ij}^*}$ est l'effectif théorique que devrait contenir chaque case repérée par la ligne *i* et la colonne *j* si les variables étaient indépendantes
- $\mathbf{n_{ij}^* = (n_{i.} \times n_{.j})/n}$
- n_{ij} est l'effectif contenu dans case repérée par la ligne *i* et la colonne *j*,
- $\boldsymbol{n_i}$ est l'effectif marginal de la ligne *i*,
- $\boldsymbol{n_j}$ est celui de la colonne *j*,
- et $\boldsymbol{n}$ est l'effectif total (la taille de la population).

- ***Test d'adéquation ou d'homogénéité***

Il reprend la même formule que précédemment, mais les effectifs théoriques sont remplacés par les effectifs de la population selon certaines caractéristiques. Ces tests mesurent la variation entre un échantillon et la population afin d'établir sa représentativité.

Ce test a été réalisé dans notre étude afin d'apprécier la représentativité de la population « cible » à la population « mère » et celle des répondants à la population « cible ».

Annexe 4

Quelques commentaires :

- « Bien que nous soyons entraînés à supporter une lourde charge de travail et un stress permanent depuis le début de nos études, je pense que le burnout dépend de la charge de travail en fonction de notre capacité personnelle. Il faut s'adapter. »

- « Je suis devenu un produit de consommation. »

- « Pensez à tenir compte de la pression et des contraintes administratives, et de nos "tutelles" (Ordre, HAS, CPAM, CARMF, URSAFF, Trésor public…) qui sont bien plus des facteurs de stress et d'angoisse, et qui dissuadent l'installation en libéral. »

- « L'épuisement moral est très important dans ma situation, sans pour cela mettre en cause la qualité de mon travail et mon efficacité sur le terrain. Par contre j'aspire la retraite et n'aurait aucun regret sur le fait d'abandonner ce travail et mes patients... »

- « Il me semble que la prise en charge de pathologies lourdes (cancérologie, gériatrie, soins palliatifs, …) en médecine générale peut précipiter le burnout. »

- « Je fais très attention à mon rythme de vie. Je travaille en temps partagé environ 7 demi-journées par semaines, j'ai du temps libre. Je dine avec ma famille tous les soirs à 19 h 30, je sais dire NON. Je gagne moins que la moyenne des médecins, mais c'est un choix pour préserver farouchement ma vie de famille. »

- « Vivement l'arrêt de cette activité rendue stressante par l'incompétence et l'irresponsabilité de certains dirigeants. C'est et cela reste (malgré tout) un des plus beaux métiers. Faites de la médecine, mais pas médecin généraliste (dit) libéral en ville à 23 € (moins les énormes charges) l'acte. »

AUTEUR : FAILLE Aurélien

Date de Soutenance : 21 mai 2012

Titre de la Thèse : Étude descriptive de la population des médecins généralistes libéraux de la région Nord-Pas-de-Calais et prévalence du Burn Out.

Thèse, Médecine, Lille, 2012

Cadre de classement : DES de Médecine Générale

Mots-clés : Prévalence du Burn Out, épuisement professionnel, médecins généralistes, échelle MBI, stress professionnel

RÉSUMÉ :

L'épuisement professionnel chez les médecins est abordé depuis une dizaine d'années en France. Au moins un médecin sur trois serait affecté par ce phénomène selon les études. Les mécanismes favorisant ce phénomène sont multiples et restent mal définis.

Notre objectif est d'établir la prévalence du Burn Out chez les médecins généralistes libéraux de notre région à travers la description des caractéristiques sociodémographiques et organisationnelles de cette population. Nous avons confronté ces résultats aux précédentes études.

Il s'agit d'une étude transversale descriptive menée à partir de l'envoi postal unique de 1000 questionnaires, à un échantillon représentatif des médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais. Chaque courrier comprenait une échelle standardisée d'évaluation de l'épuisement professionnel ou échelle MBI (Malasch BurnOut Inventory), assortie d'un questionnaire définissant les modalités d'exercice et les données sociodémographiques.

Notre étude permet d'établir un état d'épuisement professionnel pour 49,2 % (IC 95 %) des 451 médecins ayant répondu et 6 % des médecins répondants présentaient le syndrome complet de Burn Out. Elle montre également un plus faible accomplissement personnel des médecins de l'échantillon par rapport aux études précédentes. Enfin, les hommes exerçants seuls, âgés de plus de 53 ans et installés depuis au moins 24 ans étaient majoritairement représentés dans la population des médecins en burnout bien que ces critères ne soient pas statistiquement significatifs.

Quelques pistes sont abordées comme la création d'une filière spécifique de soins adaptés aux médecins avec une ouverture souhaitable vers une reconnaissance du burnout en qualité de maladie professionnelle. Une étude plus spécifique des critères protecteurs permettrait éventuellement de dégager des mesures préventives plus efficaces.

Ainsi la prévalence du Burn Out dans notre région confirme les chiffres des précédentes études. Les mesures actuelles mises en place pour enrayer le phénomène semblent insuffisantes ou inadaptées. La prise de conscience de l'importance de ce syndrome doit laisser place à des actions ciblées de dépistage et de prise en charge individuelle dans l'intérêt des médecins et donc des patients.

Composition du Jury :

Président :	**Monsieur le Professeur R. GLANTENET**
Assesseurs :	**Madame le Professeur A. SOBASZEK**
	Monsieur le Professeur G. VAIVA
Directeur de Thèse :	**Madame le Docteur A. SALEMBIER**