



UNIVERSITE DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2018

**THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

**Prévalence du Burnout des médecins généralistes libéraux en activité
dans le Nord et le Pas-de-Calais : étude quantitative descriptive et
recherche des facteurs favorisants.**

Présentée et soutenue publiquement le 11 octobre 2018 à 16h00
au Pôle Formation
Par Gauthier Leman

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Pierre Thomas

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Jean-Marc Lefebvre

Madame le Professeur Sophie Fantoni-Quinton

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Philippe Levisse

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses :
celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Liste des abréviations

AES	Accident d'Exposition au Sang
AP	Accomplissement Personnel
AAPML	Association d'Aide aux Professionnels de santé et Médecins Libéraux
AAPMS	Association d'Aide Professionnelle aux Médecins et Soignants
BOS	Burn Out Syndrom
CARMF	Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France
CDOM	Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins
CNOM	Conseil National de l'Ordre des Médecins
CRAL	Centre de Régulation des Appels Libéraux
DP	Dépersonnalisation
EE	Épuisement Émotionnel
FMC	Formation Médicale Continue
INSEE	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
MBI	Maslach Burnout Inventory
MSU	Maître de Stage Universitaire
TMS	Troubles Musculo-Squelettiques
URPS	Union Régionale des Professionnels de Santé
URSSAF	Union de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales

Table des matières

I. INTRODUCTION.....	8
1. Histoire et définitions du Burnout.....	8
2. Le Maslach Burnout Inventory (MBI).....	9
3. Épidémiologie du BOS en France.....	10
4. Facteurs favorisant reconnus.....	11
5. La personnalité du médecin.....	12
6. Sémiologie du BOS.....	13
7. Prise en charge et reconnaissance.....	14
8. Démographie médicale dans le Nord et le Pas-de-Calais.....	15
9. Objectifs de l'étude	17
II. MÉTHODE.....	18
1. Conception de l'étude.....	18
2. Contexte et population.....	18
3. Le questionnaire.....	19
4. Traitement des données et analyses statistiques.....	20
III. RÉSULTATS.....	22
1. Population.....	22
2. Données descriptives.....	22
3. Données descriptives relatives au BOS.....	29
4. Analyses univariées.....	31
5. Analyses multivariées.....	39

IV. DISCUSSION.....	40
1. Résultats clés et interprétation.....	40
2. Limites.....	44
3. Interprétation, comparaison et généralisation.....	47
4. Ouverture.....	48
V. CONCLUSION.....	50
VI. BIBLIOGRAPHIE.....	52
VII. ANNEXES.....	55

I INTRODUCTION

1. Histoire et définitions du Burnout

On retrouve une notion d'affliction à la suite d'un échec au combat au Moyen Âge, mais ce n'est qu'à partir du XVIII^{ème} siècle qu'apparaît concrètement la notion des méfaits du travail sur la santé.

En effet, en 1768 le Docteur Samuel Auguste Tissot (médecin suisse), décrit les effets des mauvaises conditions de travail sur la santé, et préconise déjà des mesures préventives(1).

Deux siècles plus tard, plusieurs travaux sont réalisés sur le stress au travail, et en 1959, le Dr Claude Veil (psychiatre français), introduit le terme d'«épuisement professionnel », ainsi qu'un ensemble de mesures concrètes de prévention : « éducation du public, hygiène au travail, mesures sociales »(2).

En 1974, Herbert Freudenberger (psychothérapeute américain), établit un lien entre l'investissement du personnel soignant, les résultats thérapeutiques et l'épuisement professionnel. Il introduit alors le terme de « Burn-Out Syndrom »(BOS), qu'il définit comme : un incendie qui détruit de l'intérieur lorsque l'on s'épuise en voulant atteindre un but irréalisable.(3)

En 1981, Christina Maslach (psychologue américaine), définit le BOS comme un syndrome tridimensionnel : « syndrome d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et de réduction de l'accomplissement personnel qui apparaît chez les individus impliqués professionnellement auprès d'autrui »(4). Elle met alors au point une échelle de mesure objective du BOS avec son équipe : le Maslach Burnout Inventory (MBI). Il existe des

adaptations du MBI pour les professions soignantes, enseignantes, et pour la population générale.

Depuis 2005, l'OMS définit le BOS comme « un sentiment de fatigue intense, de perte de contrôle et d'incapacité à aboutir à des résultats concrets au travail ».(5)

Le terme « Burnout Syndrom » issu de la littérature anglophone, se traduit dans la littérature francophone par « Syndrome d'Épuisement Professionnel », mais il est fréquent de retrouver simplement « burnout ».

2. Le Maslach Burnout Inventory (MBI)

Ce test de dépistage standardisé analyse distinctement les trois dimensions du BOS selon Maslach :

- *L'épuisement émotionnel* (EE), qui est le point de départ du processus, marqué par une sensation de vide interne, de frustration, d'irritabilité, d'anxiété, de fatigue et de démotivation.

- *La dépersonnalisation* (DP), qui représente une désadaptation relationnelle, avec cynisme, manque d'empathie, indifférence, et négativisme voire agressivité.

- *La réduction de l'accomplissement personnel* (AP), qui traduit le sentiment d'échec, d'inutilité, de dévalorisation, et d'anhédonie.

Le MBI est reconnu et validé internationalement, ainsi que sa traduction française(6), c'est pourquoi nous l'utiliserons dans cette étude.

Il est composé de 22 questions dont 9 concernent l'Épuisement Émotionnel, 5 la Dépersonnalisation, et 8 l'Accomplissement Personnel.

Chaque question est évaluée de 0 à 6 ce qui permet de mesurer objectivement l'atteinte de chacune des dimensions du BOS selon trois niveaux : bas, modéré ou élevé.

La combinaison de ces résultats tridimensionnels détermine le stade de gravité du BOS : faible (une seule dimension touchée), moyen (deux dimensions), sévère (les trois dimensions sont touchées).

3. Épidémiologie du BOS en France

A l'heure actuelle, il n'existe pas d'étude nationale de prévalence du BOS chez les médecins généralistes. Il existe quelques études à l'échelle régionale ou locale, réalisées soit par des internes dans le cadre d'une thèse, soit à l'initiative des URPS. Les résultats de ces études sont variables d'une région à l'autre.

Ainsi on retrouve par exemple 47,2 % de répondants présentant des signes élevés d'Épuisement Emotionnel en Bourgogne en 2001(7), contre 7,2 % à Tahiti en 2005(8), ou 43,9 % avec un faible Accomplissement Personnel en Poitou-Charente en 2004(9), contre 10,6 % en région Provinces-Alpes-Côte d'Azur en 2007(10).

En 2011, une étude sur les médecins généralistes de la région Nord-Pas-de-Calais mettait en évidence un risque de BOS chez 49,2 % des répondants, dont 6 % avec un score sévère (atteinte tridimensionnelle).(11)

4. Facteurs favorisants reconnus

Au début du XX^{ème} siècle, le Dr Hans Selye met en évidence que le stress est un facteur essentiel d'épuisement. Il propose une interprétation de celui-ci en trois phases, ce qu'il appelle le syndrome général d'adaptation(12) :

- *La phase d'alerte* correspond à la réaction physiologique initiale face à un facteur stressant, puis à la mobilisation des forces de résistance individuelles qui permettent une réaction adaptée.
- *La phase de résistance* correspond à l'adaptation comportementale à la situation de stress. L'impact physiologique est moindre.
- *La phase d'épuisement* correspond à l'incapacité de s'adapter dans la durée, ou de récupérer à la suite de stimuli stressants, conduisant à un effondrement du système adaptatif.

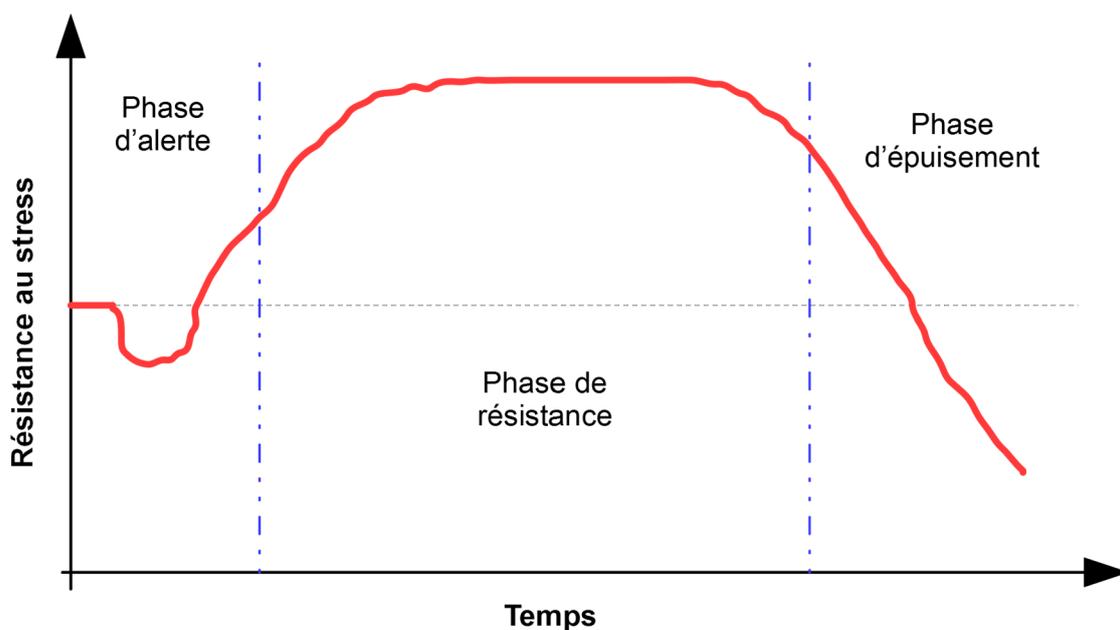


Illustration 1: Les 3 phases du syndrome général d'adaptation selon Selye

Ainsi l'exposition continue aux facteurs de stress de la profession médicale peut induire un épuisement. Ces facteurs sont de différentes natures et propres à chacun.

On retrouve le plus communément dans les études les facteurs suivants: la gestion du temps, les contraintes administratives(13), la responsabilité (qu'elle soit médicale ou judiciaire), la charge de travail(14), l'isolement professionnel(15), mais également la transformation de la relation médecin-patient qui passe d'un modèle de confiance dit « paternaliste » à un modèle plus « consumériste » et revendicateur(17).

L'exposition répétée aux souffrances des patients associée à une certaine limite des connaissances médicales pour y faire face est également fortement corrélée au BOS et au risque suicidaire(17).

Dans la littérature, on ne retrouve pas constamment de lien significatif avec l'âge ou le sexe. Plusieurs études semblent montrer un effet protecteur de la vie maritale sans clairement établir un lien entre le célibat et le BOS(9,18). L'installation en milieu urbain semble également protecteur en terme d'épuisement. Devant la grande variabilité des résultats, on peut affirmer qu'ils sont propres à chaque bassin de vie.

Par ailleurs, la personnalité même du médecin est à risque.

5. La personnalité du médecin

Elle joue un rôle déterminant dans le processus de BOS, et différents auteurs se sont penchés sur les caractéristiques des médecins sans pour autant les considérer comme pathologiques.

- *l'indépendance*(19) : obligation de prendre des décisions seul. Pourtant les réformes de la sécurité sociale dont dépendent les médecins s'immiscent dans leur liberté d'action et de prescription.
- *le « perfectionnisme obsessionnel »*(20) (21): exposition permanente au risque d'erreur et aux aléas thérapeutiques, avec d'un autre côté la volonté d'être infaillible devant la responsabilité médicale, entraînant des difficultés à parler de leurs erreurs et les accepter.
- *un « fantasme d'invulnérabilité »* avec désir de contrôle total refoulé, à l'origine d'un déni de sa propre santé(22).
- *un doute chronique* devant des situations humaines complexes et une relative impuissance pouvant engendrer une frustration et une culpabilité(21). Le but devient inatteignable, ce qui est le premier facteur de BOS observé déjà par Freudenberger(3).

6. Sémiologie du BOS

Le BOS se décrit au travers de *symptômes spécifiques*, tels que décrits plus haut par Maslach (Epuisement Emotionnel, Dépersonnalisation, baisse de l'Accomplissement Personnel), mais également par un faisceau de *symptômes non spécifiques*(23) :

- somatiques: asthénie, insomnies, troubles digestifs ou musculo-squelettiques(24,25), céphalées, vertiges, nausées.
- cognitifs: troubles de la mémoire et de la concentration, altération du jugement.
- émotionnels: irritabilité, pessimisme, troubles relationnels, humeur triste, tensions nerveuses, peurs mal définies, parfois apathie.
- comportementaux: addictions (alcool, tabac, psychotropes), conflits, isolement, agressivité, perte de l'empathie.

- motivationnels: désengagement, baisse de motivation, perte des valeurs du travail, dévalorisation.

Un syndrome dépressif peut survenir, mais il s'accompagne alors d'un ralentissement psychomoteur et d'une humeur dépressive qui s'étend au-delà du contexte professionnel. C'est à la fois une conséquence et un diagnostic différentiel.

Le suicide est la conséquence ultime du BOS (19,26).

7. Prise en charge et reconnaissance

La prise en charge du BOS repose d'abord sur sa prévention grâce à la formation, pour permettre une prise de conscience du risque inhérent à la profession médicale (27).

Ensuite, sur la correction des facteurs de risque reconnus dont le stress et l'isolement. Il est recommandé de participer à des formations, à des groupes d'échanges comme décrits par Balint(28), et toute autre activité permettant de rompre le silence.

Dans les cas plus avancés, une consultation est impérative, soit par un confrère, soit d'emblée par un psychiatre. Celle-ci permet de limiter l'automédication(29), et de rentrer dans un processus d'acceptation des soins.

En France, une ligne téléphonique de soutien dédiée aux professionnels de santé a été créée en région parisienne en 2004 : l'Association d'Aide aux Professionnels de santé et Médecins Libéraux (AAPML), plus récemment rebaptisée Association d'Aide Professionnelle aux Médecins et Soignants (AAPMS). Depuis le 1^{er} Janvier 2018, cette ligne est financée par le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM), et prend les appels venant de toute la France au 0826 000 401.

Le 28 septembre 2017, le premier centre dédié à la prise en charge psychiatrique des professionnels de santé a été ouvert à Louhans en Saône-et-Loire (département 71) avec le soutien de l'ARS. Le 10 mars 2018, un deuxième centre à la Clinique Belle Rive de Villeneuve-lès-Avignon dans le Gard (département 30) a été inauguré dans le cadre du réseau PASS pour « Programme Aide Solidarité Soignant » (avec le soutien du CNOM).

Le BOS n'est pas reconnu comme une maladie professionnelle en France.

A ce jour, aucun critère diagnostique ne figure dans le Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux de référence utilisé en pratique courante de psychiatrie (DSM-5), ni dans la Classification Internationale des Maladies (CIM-10) de l'OMS.

8. Démographie médicale dans le Nord et le Pas-de-Calais

Le Nord et le Pas-de-Calais font face à une transformation de la démographie médicale depuis plusieurs années. L'instauration du numerus clausus en 1971 a limité le nombre d'installations en libéral, entraînant progressivement un rapport de force pour le soignant. Le but initial était l'amélioration de la qualité des soins, et la baisse du coût de la santé(30). Mais il y a eu conjointement un changement de mode d'exercice de la profession libérale : une féminisation avec +8 points entre 2010 et 2018 selon le CNOM(31), la volonté de limiter les gardes avec notamment la disparition de la garde en nuit profonde, la mise en place de gardes rémunérées avec une régulation des appels par le CRAL, la réduction du nombre de jours travaillés, un volume horaire plus limité, une limitation des visites à domicile, la création de cabinets de groupe(32), pour tendre vers un confort proche du salariat en restant libéral et donc indépendant. L'augmentation récente du numerus clausus pour faire face à la pénurie de médecins n'a pas tenu compte de ces

évolutions sociologiques(30). Ainsi on constate une baisse des installations après obtention du DES, une augmentation du salariat, et une perte d'attractivité du secteur libéral selon les rapports du CNOM. De plus, la transformation de l'exercice médical vers un temps médical plus limité permet aux médecins de s'orienter vers les loisirs et la famille. Les choix d'installation se portent donc naturellement vers les villes proposant divers services et infrastructures compatibles avec le temps libre, ce qui accentue la désertification des communes les plus rurales(33). Les MSU de médecine générale sont 321 sur 3563, soit 9 % des médecins libéraux recensés.

Voici un tableau résumant l'impact des variations démographiques de la population générale du Nord et du Pas-de-Calais face à la démographie médicale (selon l'INSEE et le CNOM), et leur impact sur la charge de travail potentielle des médecins.

	Nord	Pas-de-Calais
Population générale 2018	2613874	1475142
Population générale 2010	2576770	1461387
Variation de population générale	1,40 %	0,90 %
Médecins libéraux 2018	2392	1171
Médecins libéraux 2010	2683	1397
Variation du nombre de médecins libéraux	-10,80 %	-16,20 %
nombre d'habitants pour 1 médecin 2018	1093	1260
nombre d'habitant pour 1 médecin 2010	960	1046
Augmentation de la charge de travail par médecin	13,90 %	20,50 %

Illustration 2: Variation de la charge de travail par médecin entre 2010 et 2018

9. Objectifs de l'étude

Face à cette transformation démographique médicale, et l'augmentation de la charge de travail des généralistes de la région, nous pouvons émettre l'hypothèse que la prévalence du BOS est élevée dans le Nord et le Pas-de-Calais et que des facteurs favorisants spécifiques existent.

L'objectif principal est donc de mesurer objectivement la prévalence du BOS dans le Nord et le Pas-de-Calais.

L'objectif secondaire est de mettre en évidence les facteurs favorisants propres à ces deux départements, pour mieux prévenir la survenue de BOS.

II MÉTHODE

1. Conception de l'étude

Il s'agit d'une étude quantitative transversale et descriptive de la population des médecins généralistes du Nord et du Pas-de-Calais.

2. Contexte et population

Le questionnaire anonyme a été envoyé en ligne depuis la plateforme Google Forms à partir de décembre 2017, sur l'adresse mail usuelle des médecins généralistes inscrits sur les listes du CDOM59 et CDOM62 en tant que responsables des secteurs de garde. L'adresse mail usuelle permet de limiter le biais de sélection liée à une messagerie cryptée, et chaque médecin en activité est tenu d'être informatisé et connecté à internet pour télédéclarer ses feuilles de soins à la Sécurité Sociale. Les médecins sont donc tous connectés, et il n'y a pas de biais lié à l'équipement informatique ou la connexion à internet. Les médecins ont été relancés par téléphone, puis par e-mail si nécessaire en mars 2018. Ils étaient chargés de diffuser le questionnaire auprès de leurs confrères, notamment ceux inscrits sur le tableau de garde. Le recueil des données a pris fin le 20 mai 2018. Cette période de recueil entre décembre et mai évite un biais sur l'épuisement en raison du pic épidémique hivernal entre décembre et janvier.

La population cible est constituée de tous les médecins généralistes exerçant une activité libérale ou mixte (libérale et salariée) ; à l'exclusion donc des salariés purs ; exerçant leur

activité dans les départements du Nord ou du Pas-de-Calais (ex-région Nord-Pas-de-Calais). Selon les données du CNOM, il y avait 2392 médecins dans le Nord, et 1171 dans le Pas-de-Calais concernés par cette étude au 1^{er} janvier 2018.

3. Le questionnaire

Le questionnaire se décompose en quatre parties. (annexe 1)

La première s'intéressait aux données démographiques des praticiens interrogés en treize questions.

La deuxième était constituée du Maslach Burnout Inventory dans sa version traduite francophone. Les critères diagnostiques utilisés sont ceux officiellement validés à savoir : un score de 0 à 6 par question, 9 questions concernant l'Épuisement Emotionnel, 5 concernant la Dépersonnalisation et 8 concernant l'Accomplissement Personnel.

- l'Épuisement Emotionnel est dit faible si le score est inférieur à 17, modéré entre 18 et 29, élevé s'il est supérieur à 30.

- la Dépersonnalisation est faible si le score est inférieur à 5, modérée entre 6 et 11, élevée s'il est supérieur à 12.

- l'Accomplissement Personnel est faible si le score est inférieur à 33, modéré entre 34 et 39, élevé s'il est supérieur à 40.

Un Épuisement Emotionnel élevé et/ou une Dépersonnalisation élevée et/ou un Accomplissement Personnel bas signent un BOS selon les critères d'interprétation du MBI(4).

Selon si une, deux ou trois dimensions ont été touchées nous avons interprété le BOS comme étant respectivement de stade faible, moyen ou sévère.

La troisième, constituée de six questions, concernait les activités en dehors des consultations, aussi bien professionnelles que personnelles.

La quatrième et dernière partie en sept questions concernait les connaissances sur le thème du BOS, ainsi que le ressenti personnel face à celui-ci.

4. Traitement des données et analyses statistiques

Compte tenu de la population générale (3563 médecins), notre objectif de réponses minimum était de 347, pour être représentatif en acceptant un risque d'erreur alpha de 5 %. L'envoi des questionnaires s'est fait dans toute la région selon la méthode pré-citée.

Les réponses quantitatives ont été renommées de manière à simplifier leur intégration dans le logiciel statistique. Par exemple 0 pour non et 1 pour oui. Certaines données ont été regroupées afin que les effectifs soient suffisants pour la réalisation des tests statistiques. C'est le cas de la question « 10. Qui gère votre comptabilité ? ». Un score de 0 était attribué en cas de gestion seul, 1 à partir du moment où la réponse impliquait une tierce personne. Pour la question « 36. » concernant la pratique d'activités en dehors des consultations, le même raisonnement a été appliqué avec 0 pour « aucune autre activité » et 1 pour tout type d'activité.

Lorsqu'une question restait sans réponse, ou que la réponse était sans lien avec la question, la réponse n'a pas été intégrée dans les résultats.

Pour l'étude comparative univariée de données qualitatives, nous avons utilisé le test du χ^2 . Quand les effectifs n'étaient pas suffisants, nous avons utilisé un test exact de Fisher. Pour l'étude comparative des données quantitatives, nous avons eu recours au test de Student.

Pour éliminer d'éventuels facteurs de confusion, nous avons intégré les données dans un modèle de régression logistique binaire du logiciel PASW Statistics v.18, et utilisé le test de Wald.

III RÉSULTATS

1. Population

Nous avons obtenus 244 réponses exploitables, sur 3563 médecins ciblés, ce qui représente 6,8 % des médecins généralistes ciblés du Nord et du Pas-de-Calais. On note un taux de réponse de 11,5 % dans le Pas-de-Calais et de 4,6 % dans le Nord.

2. Données descriptives

L'âge

L'âge médian des répondants était de 49,5 ans, avec des valeurs extrêmes allant de 28 à 72 ans.

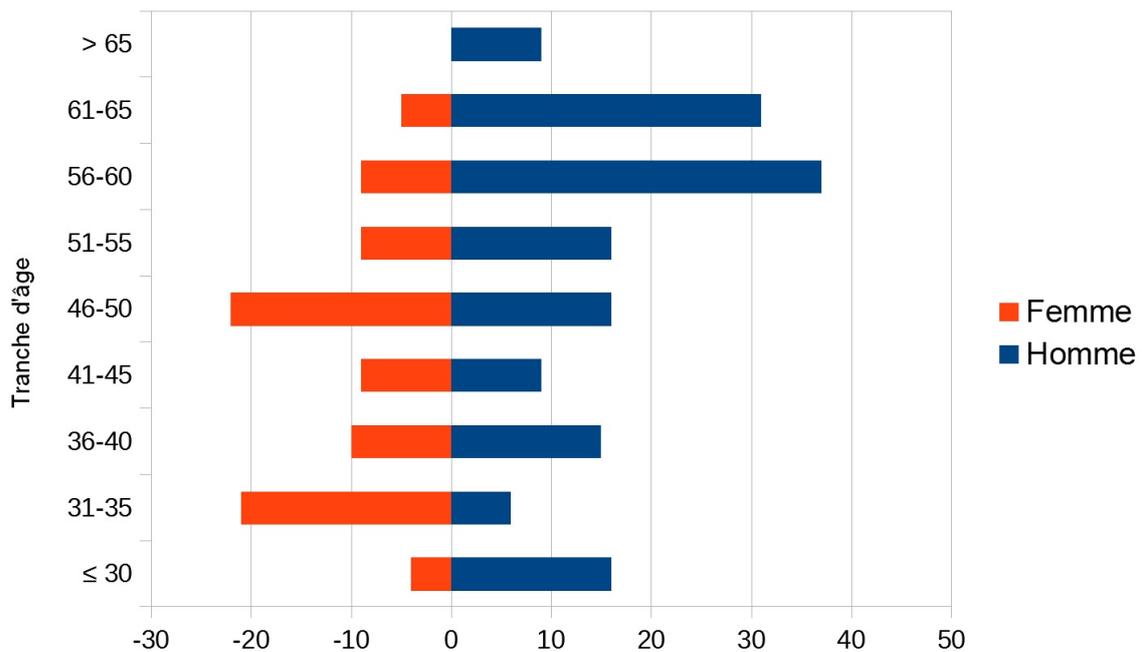


Illustration 3: Répartition des hommes et des femmes selon leur âge

Le sexe

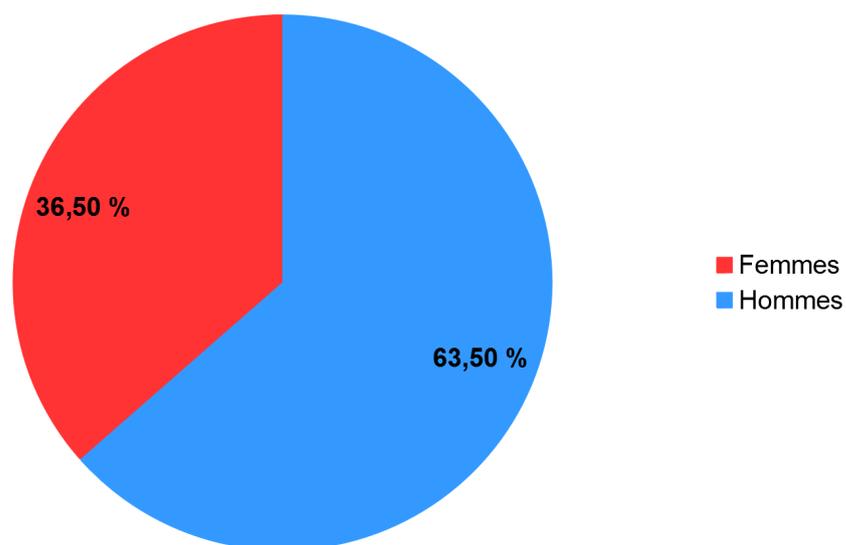


Illustration 4: Répartition des répondants selon leur sexe

On compte 89 femmes et 155 hommes répondant dans cette étude.

Le département d'exercice

135 répondants (soit 55,3 %), exerçaient dans le Pas-de-Calais et 109 (soit 44,7 %), dans le Nord.

Le milieu d'exercice

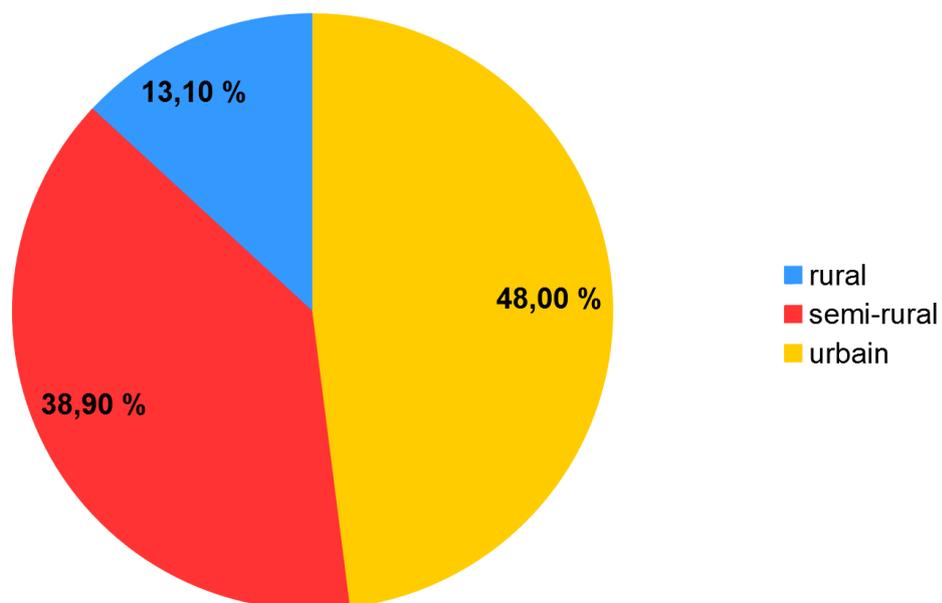


Illustration 5: Répartition selon le milieu d'exercice

Répartition en fonction du milieu d'exercice : rural (>2000 habitants), 32 répondants ; semi-rural (entre 2000 et 10000 habitants), 95 répondants ; urbain (plus de 10000 habitants), 117 répondants.

La situation maritale

31 médecins vivaient seuls (bleu) et 213 en couple (orange) selon la répartition suivante :



Illustration 6: Répartition selon la situation maritale

Enfants à charge

159 sur 244 des médecins interrogés ont un ou plusieurs enfants à charge (soit 65,2 %).

Mode d'exercice

- 88 médecins (soit 36,1 %) exercent la médecine dans un cabinet seul, donc 156 (soit 63,9 %) exercent à plusieurs.

- 63 médecins (soit 25,8 %) n'ont pas de secrétariat, 103 (soit 42,2 %) ont un secrétariat limité à la prise de rendez-vous, et 78 soit (32 %) ont un secrétariat qui gère les rendez-vous et des tâches administratives.

- 206 répondants sur 244 (soit 84,4 %) exercent une activité libérale pure, 38 (soit 15,6 %) ont une activité mixte (libérale et en salariat)

Gestion comptable

49 médecins (soit 20,1 % des répondants), affirment gérer seul l'intégralité de leur comptabilité. 195 (soit 79,9 %) se font aider par leur conjoint, leur secrétaire ou un organisme tiers.

Charge de travail

Les médecins de cette étude ont une médiane de 50 heures de travail libéral hebdomadaire, avec des valeurs extrêmes allant de 7 heures (chez des médecins à activité mixte libéral-salariat) à 80 heures.

La médiane est de 30 patients par jour, avec des valeurs allant de 10 à 65.

Suivi médical

46 médecins sur 244 ont un médecin traitant autre qu'eux mêmes (soit 18,6 %).

Activités en dehors des consultations

46 répondants (soit 18,9 %), n'ont aucune activité professionnelle en dehors des consultations. Parmi les 81,1 % ayant une ou plusieurs activités, la majorité (60,6%) participe à des FMC. Les autres ont des activités ordinales, d'enseignement, de formation universitaire, un engagement associatif ou syndical.

100 répondants sur 244 (soit 41 %), déclarent être Maître de Stage Universitaire (MSU). Au sein de ces MSU 2 % ne déclarent aucune activité autre que les consultations, et 88 % participent aux FMC.

Le temps libre

Les médecins interrogés prennent du temps libre pour partir en vacances, passer du temps en famille, pour leurs loisirs et enfin pour faire du sport, selon cet ordre de priorité. Néanmoins si certains estiment prendre suffisamment de temps, d'autres estiment avoir des difficultés pour en prendre, enfin certains avouent ne pas pouvoir prendre assez de temps.

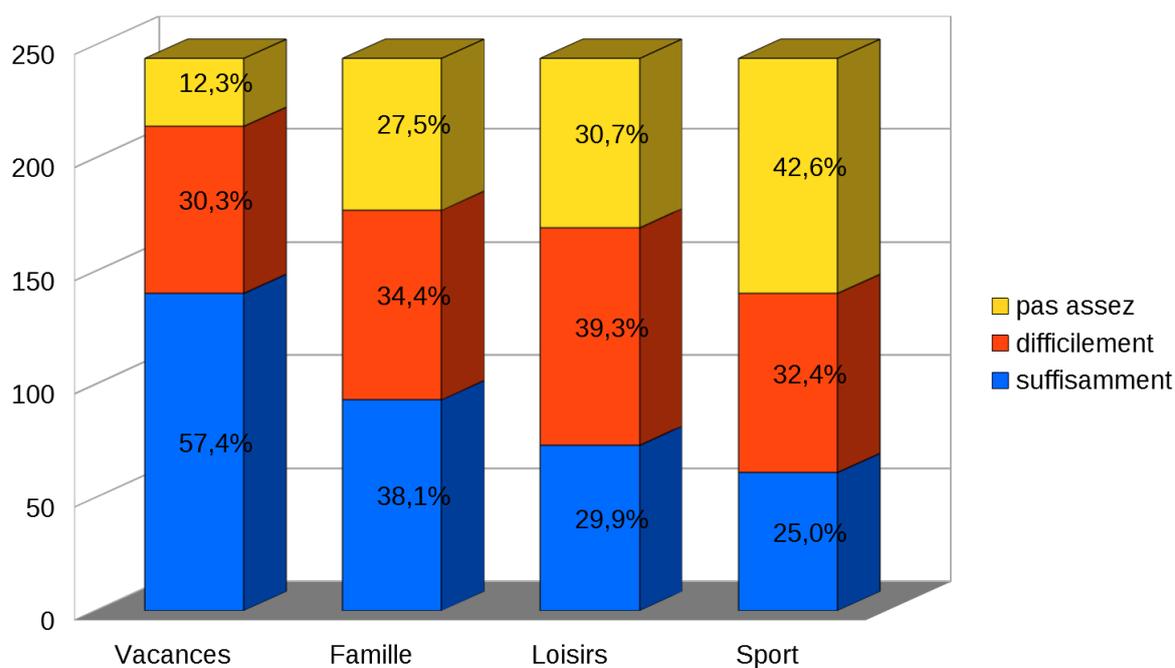


Illustration 7: Ressenti de la prise de temps libre par les médecins

Connaissance/Expérience du BOS

- 140 répondants sur 244 (soit 57,4 %), connaissent un ou plusieurs confrères en burnout.
- 164 (soit 67,2 %) n'ont jamais entendu parler de l'AAPMS.

- 108 médecins sur 222 (soit 48,6 % des réponses valides à cette question), consulteraient s'ils pensaient présenter des signes de burnout. 148 sur 222 (soit 66,7 %), baisseraient leur temps de travail. 118 sur 222 (soit 53,1 %), augmenteraient leur temps de loisir.
- 210 sur 244 (soit 86,1 %), se disent favorables à la création d'une médecine du travail pour les médecins, et 167 sur 226 réponses valides (soit 73,9 %), se disent favorables à la formation et au développement d'un réseau de soins spécifique pour les médecins.
- 126 sur 244 (soit 51,6 %), estiment pouvoir baisser leur activité si leur état de santé le nécessitait vraiment.
- 16 répondants sur les 203 réponses valides (soit 7,9 %), ne croient pas au BOS en tant que pathologie.

3. Données descriptives relatives au BOS

a) Épuisement Émotionnel

Les scores obtenus se répartissent entre 0/54 et 53/54. Le score moyen est de 19,7 ce qui correspond à un Épuisement Émotionnel modéré. La médiane est à 18.

49 sur 244 (soit 20,1 %), ont un score d'Épuisement Émotionnel élevé, traduisant un BOS.

b) Dépersonnalisation

Les résultats s'échelonnent 0 à 29/30. Le score moyen est 10,32 et la médiane est à 9, ce qui correspond à une Dépersonnalisation modérée.

82 sur 244 (soit 33,6 %), ont un score élevé, traduisant un BOS.

c) Accomplissement personnel

Les scores vont de 18 à 48/48, la moyenne est 41,60 et la médiane 43, ce qui correspond à un score modéré. 25 sur 244 (soit 10,2 %), ont un score faible, traduisant un BOS.

d) Burnout

Ainsi d'après les scores obtenus et les règles d'utilisation du MBI, la prévalence du BOS est de 47,5 % dans notre échantillon, soit 116 médecins sur les 244 répondants.

3 médecins ont un degré sévère de BOS (2 hommes et une femme, exerçant en milieu semi-rural, avec une moyenne d'âge de 60,7 ans), 34 ont un degré modéré, et 79 ont un degré faible.

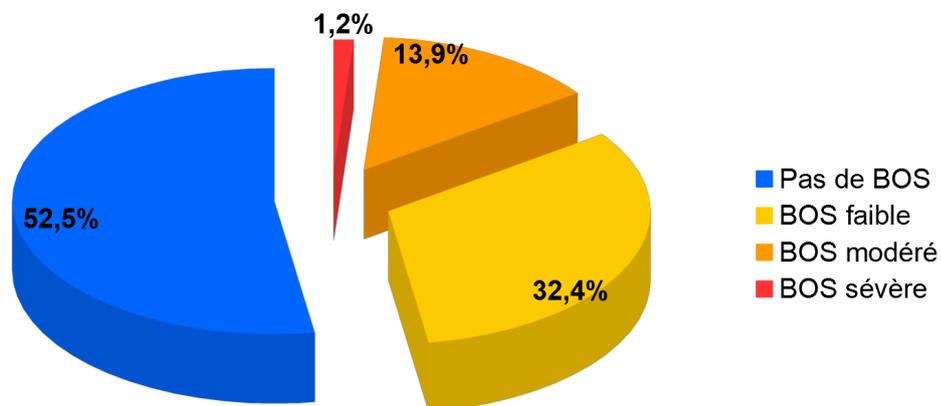


Illustration 8: Répartition des répondants en fonction du degré de BOS

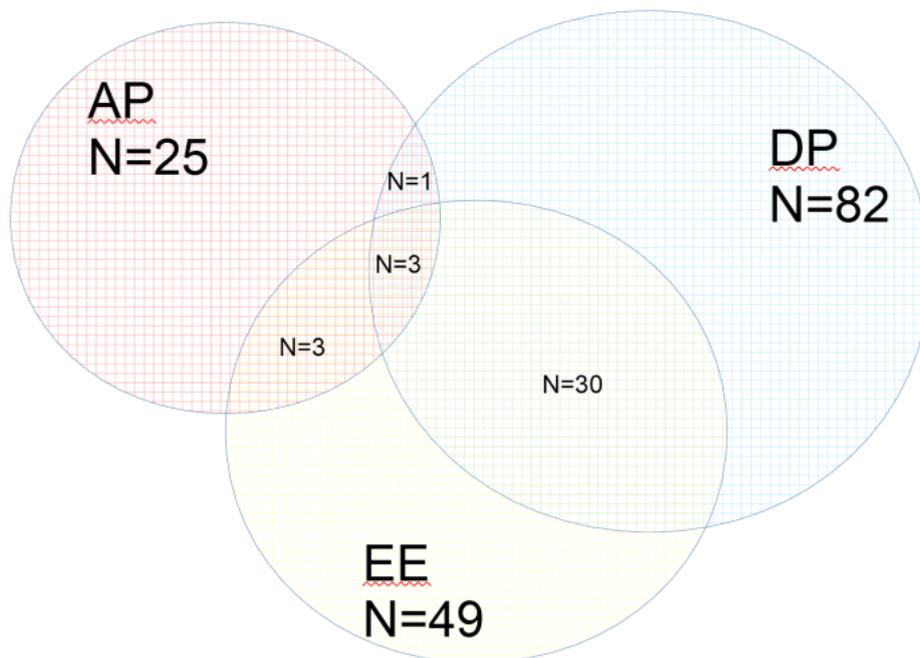


Illustration 9: Répartition tridimensionnelle du BOS et de son degré de sévérité

4. Analyses univariées

Nous avons cherché une différence significative de prévalence du BOS chez les médecins répondants, en fonction des données socio-démographiques et des activités en dehors des consultations.

a) L'âge

La moyenne d'âge des médecins en BOS était de 48,85 ans, et de 48,86 ans pour ceux qui ne l'étaient pas. Le test de Levene ne montre pas d'inégalité de variance significative ($p=0,231$), et le test-t de Student confirme l'égalité des moyennes d'âge des groupes BOS et non BOS ($p=0,04$).

b) Le sexe

	Pas de BOS	BOS	Total
Hommes	81	74	155
	52,30 %	47,70 %	100,00 %
Femmes	47	42	89
	52,80 %	47,20 %	100,00 %
Total	128	116	244
	52,50 %	47,50 %	100,00 %

Illustration 10: Tableau croisé Sexe - BOS

Pour comparer les données qualitatives au BOS, nous avons utilisé le test du χ^2 .

Avec $p=0,93$, on peut affirmer l'absence de lien entre la survenue d'un BOS et le sexe.

c) Le département d'exercice

	Pas de BOS	BOS	Total
Nord	59	50	109
	54,1	45,90 %	100,00 %
Pas de Calais	69	66	135
	51,10 %	48,90 %	100,00 %
Total	128	116	244
	52,50 %	47,50 %	100,00 %

Illustration 11: Tableau croisé Département - BOS

Avec $p=0,64$ on ne peut pas conclure qu'il y a un lien entre le département d'exercice et la survenue d'un BOS.

d) Le milieu d'exercice

	Pas de BOS	BOS	Total
Rural	18	14	32
	56,30 %	43,80 %	100,00 %
semi-rural	45	50	95
	47,40 %	52,60 %	100,00 %
Urbain	65	52	117
	55,60 %	44,40 %	100,00 %
Total	128	116	244
	52,50 %	47,50 %	100,00 %

Illustration 12: Tableau croisé Milieu - BOS

Avec $p=0,445$, on peut affirmer qu'il n'y a pas de lien significatif entre le milieu d'exercice et la prévalence de BOS.

e) La situation maritale

On ne retrouve pas de différence significative entre le taux de BOS chez les médecins célibataires, divorcés, veufs, en concubinage, pacsés ou mariés ($p=0,56$).

Le regroupement des données sous forme « Seuls » (célibataire, divorcé, veuf), et « En couple » (concubinage, pacsé, marié) retrouve un $p=0,62$, donc non significatif.

	Pas de BOS	BOS
Seuls	15	16
	48,40 %	51,60 %
En couple	113	100
	53,10 %	46,90 %

Illustration 13: Tableau croisé Statut marital - BOS

f) Les enfants à charge

	Pas de BOS	BOS	Total
Pas d'enfant à charge	46	39	85
	54,10 %	45,90 %	100,00 %
Enfant(s) à charge	82	77	159
	51,60 %	48,40 %	100,00 %
Total	128	116	244
	52,50 %	47,50 %	100,00 %

Illustration 14: Tableau croisé Enfant - BOS

Avec $p=0,70$, il n'y a pas de lien entre le fait d'avoir des enfants à charge et être en BOS.

g) Le mode d'exercice

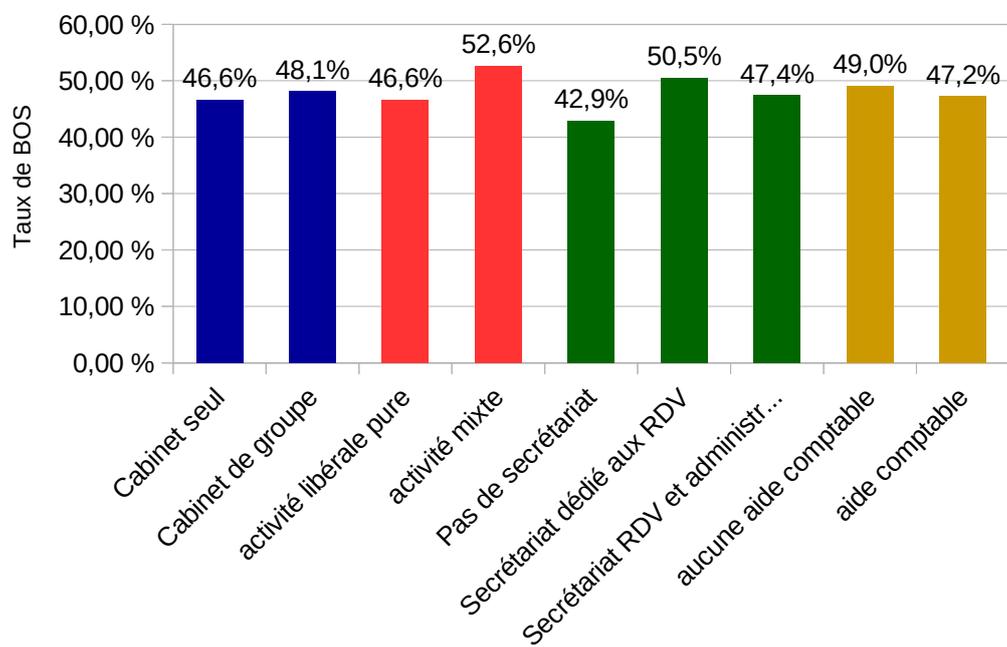


Illustration 15: Taux de BOS en fonction du mode d'exercice

La prévalence du BOS ne change pas, quel que soit le mode d'exercice.

Type de cabinet	p=0,82
Type d'activité	p=0,49
Type de secrétariat	p=0,63
Type d'aide comptable	p=0,82

Illustration 16: p en fonction du mode d'exercice

h) Charge de travail

Le test t de Student ne permet pas de mettre en évidence une différence de prévalence du BOS en fonction du volume horaire moyen ($p=0,47$), ni en fonction du nombre d'actes par jour ($p=0,82$).

i) Le suivi médical du médecin

	Pas de BOS	BOS	
Pas de médecin traitant	53,00 %	47,00 %	n=198
Médecin traitant autre que soi	50,00 %	50,00 %	n=46

Illustration 17: Tableau croisé Suivi - BOS

Il n'y a pas de différence significative de prévalence du BOS entre les médecins suivis par un autre médecin, et les médecins qui se soignent seuls avec $p=0,71$.

j) La participation à des activités en dehors des consultations

	Pas de BOS	BOS	
Aucune activité autre	45,70 %	54,30 %	n=46
Autres activités	54,00 %	46,00 %	n=198

Illustration 18: Tableau croisé Autre activité - BOS

Avec $p=0,31$, il n'y a pas de différence significative de prévalence du BOS entre les médecins qui ont et ceux qui n'ont pas d'activité autre que les consultations (formations, forums, conseil de l'ordre, associations, etc.).

En ce qui concerne plus spécifiquement les MSU, on note une prévalence de BOS plus basse avec $p=0,026$, et un Odds Ratio de 0,56.

	Pas de BOS	BOS	Total
Non MSU	67	77	144
	46,50 %	53,50 %	100,00 %
MSU	61	39	100
	61,00 %	39,00 %	100,00 %

Illustration 19: Tableau croisé MSU - BOS

k) Le temps libre

La prévalence de BOS la plus élevée se trouve chez les médecins ne prenant pas assez de vacances (19 médecins en burnout sur 30 ne prenaient pas assez de vacances soit 63,3%), et est la plus faible chez les médecins consacrant suffisamment de temps à leur famille (35 médecins en burnout sur 93 soit 37,6%).

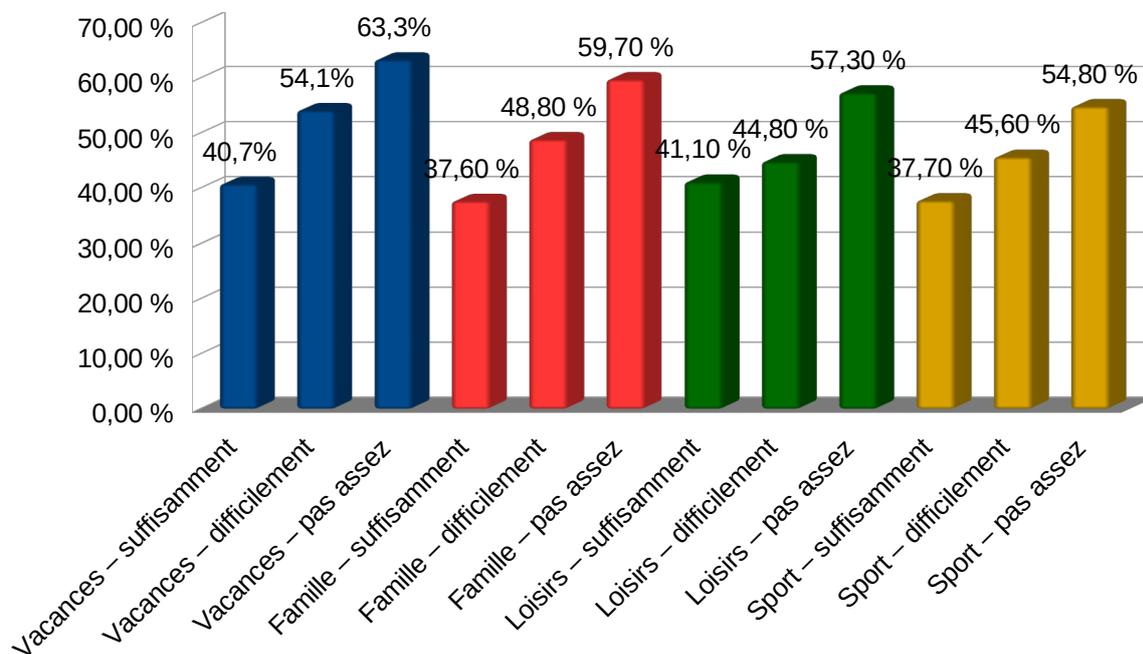


Illustration 20: Prévalence de BOS en fonction du temps libre consacré aux vacances, à la famille, aux loisirs et au sport.

Les tests statistiques retrouvent un lien entre la prévalence de BOS et le manque de temps consacré aux vacances ($p=0,032$), ainsi que le manque de temps consacré à la famille ($p=0,021$). Il n'y a pas de lien significatif établi entre le BOS et le temps consacré aux loisirs ($p=0,111$), ni entre le BOS et le temps consacré au sport ($p=0,096$).

5. Analyses multivariées

L'analyse multivariée ne permet pas de mettre en avant une différence de prévalence de BOS ailleurs que chez les MSU, en éliminant les sources potentielles de confusion entre les différentes variables telles que : l'âge, le sexe, la situation maritale, les enfants à charge, le mode d'exercice, le type d'activité, le milieu d'exercice, la présence d'un secrétariat, d'une aide pour la comptabilité, du volume horaire hebdomadaire, du nombre d'actes par jour, de la participation à des activités professionnelles en dehors des consultations, et le fait d'être MSU.

	Wald	ddl	Sig.
Age	0,069	1	0,793
Sexe	0,161	1	0,688
Vit seul/couple	0,191	1	0,662
Enfants à charge	0,293	1	0,588
Exercice seul/groupe	0,069	1	0,793
Activité libérale ou mixte	1,212	1	0,271
Milieu rural/semi-rural/urbain	2,587	2	0,274
Secrétariat	0,125	1	0,724
Aide comptable	0,099	1	0,753
Volume horaire	0,62	1	0,431
Actes par jour	0,113	1	0,737
Autres activités	0,216	1	0,642
MSU	5,073	1	0,024

Illustration 21: Test paramétrique de Wald et significativité

IV DISCUSSION

1. Résultats clés et interprétation

a) Données descriptives

La prévalence du BOS des médecins répondants est de 116 sur les 244 répondants soit 47,5 %, ce qui représente pratiquement un médecin sur deux. Elle est donc élevée, mais inchangée par rapport à l'étude menée en 2011 dans le Nord et le Pas-de-Calais ($p=0,67$), malgré la constante baisse démographique et l'augmentation de la charge de travail. Elle correspond également aux valeurs moyennes des études régionales. Un médecin sur 5 est épuisé (EE), mais il est intéressant de noter une amplitude extrême des réponses allant d'un score de 0/54 à 53/54 au MBI. Un sur 3 souffre de dépersonnalisation (DP), avec cette fois-ci encore une amplitude de réponse allant de 0/30 à 29/30 au MBI. Les trois quarts sont épanouis (AP élevé) dans leur travail, et il n'y a pas de score nul puisque le score minimum est de 18/48. Cet accomplissement personnel est un facteur protecteur non négligeable, et témoigne de l'engouement à soigner, qui est la «vocation médicale».

Il faut noter que 100 des 244 répondants sont des MSU, et qu'ils sont moins touchés par le BOS. Cela a donc une incidence directe sur la prévalence du BOS de notre échantillon. Plus de 3 médecins sur 4 sont favorables à la mise en place d'un réseau de dépistage du BOS par la médecine du travail et à la création d'un réseau de soins dédié aux médecins. Pourtant, moins de 1/5 déclare une tierce personne comme médecin traitant. Ceci peut souligner un problème de prise de conscience de sa pathologie, comme décrit par Galam(34) et Simon(22). Seuls 48,6 % consulteraient un confrère s'ils se sentaient en

burnout. Ceci montre bien comme décrit plus haut, que la personnalité du médecin rend difficile sa prise en charge : faire le deuil de sa bonne santé, de son « invulnérabilité », de sa toute puissance(22), s'en remettre à une tierce personne et perdre son indépendance(19).

Deux tiers des médecins ne connaissent pas l'AAPMS, qui est pourtant le seul réseau national d'aide aux médecins ayant des difficultés psychologiques dans l'exercice de leur profession.

Cette étude retrouve cette tendance à l'urbanisation de la profession médicale, avec seulement 13,1 % des médecins exerçant en milieu rural, pour 85 % du territoire et 31 % de la population selon l'INSEE.

La majorité des médecins (4/5) ont une activité médicale en dehors des consultations (formations, conseil de l'ordre, milieu associatif, enseignement, groupe de pairs, syndicats), ce qui montre encore cette évolution de la médecine générale qui s'éloigne de sa réputation historique d'isolement. D'ailleurs 2/3 des répondants déclarent travailler en cabinet de groupe.

Il faut également souligner que près de la moitié des médecins répondants avouent qu'ils ne pourraient pas réduire leur activité s'ils étaient en burnout, alors que les deux tiers affirment qu'il faut baisser son activité en cas de burnout. Est-ce lié à un engagement de soins de ses patients ?, ou à des contraintes financières ? (URSSAF, CARMF, Impôts, charges du cabinet, etc.)

b) Analyses univariées

L'âge, le sexe, la situation familiale n'influent pas sur la prévalence de BOS dans cette étude. Nous ne pouvons donc pas l'utiliser comme marqueur de risque.

L'exercice médical lui-même, et son organisation, n'influent pas non plus sur la prévalence du BOS. Ainsi le volume horaire, le nombre d'actes, le confort du secrétariat ou d'une aide comptable, la charge de travail ou l'isolement ne sont pas corrélés au risque de BOS. Nous pouvons donc soulever l'hypothèse qu'un médecin qui établit ses conditions de travail, les établit en fonction de ses besoins et de son rythme. Il n'est donc pas justifié, selon cette étude, de soupçonner un risque de BOS en cas d'exercice isolé ou de charge de travail élevée. Freudenbergger précisait déjà en 1974 qu'il s'agit d'un déséquilibre entre l'effort fourni, et le résultat obtenu.(3)

La majorité des médecins déclare être favorable à un suivi médical spécifique et dédié pour prévenir le BOS dans la profession, mais une faible minorité confie sa santé à un confrère. Ce qui souligne bien là un paradoxe de la personnalité du médecin. D'ailleurs, il n'y a pas moins de BOS chez les médecins suivis par d'autres médecins. On peut se demander si l'épuisement professionnel est évoqué au cours de ces consultations.

Les activités en dehors des consultations semblent protectrices car on note un écart de 8,3 points du taux de BOS entre les médecins n'ayant aucune autre activité et ceux qui diversifient leurs activités médicales. Parmi ces activités on retrouve des formations complémentaires, de l'enseignement universitaire, des fonctions ordinales, des activités syndicales, interventions auprès d'associations, interventions au sein d'un réseau de soins palliatifs, et pratique d'autres formes de médecine (hypnose, acupuncture). Le résultat n'est pas significatif avec $p=0,31$, sûrement par manque d'effectif et donc de puissance. La

littérature souligne tout de même l'intérêt de l'échange entre praticiens comme facteur protecteur, et ces activités sont parfois propices à l'échange(35). D'ailleurs le risque relatif de BOS est deux fois moins élevé chez les MSU avec un Odds Ratio à 0,56. Les MSU échangent sur leur pratique avec les étudiants, avec d'autres confrères, sont souvent plus présents aux FMC (88 % déclarent y participer) et seulement 2 % ne déclarent aucune activité en dehors des consultations.

La prévalence du BOS augmente nettement chez les médecins qui estiment ne pas pouvoir prendre suffisamment de vacances (Odds Ratio à 2,52), et chez les médecins estimant ne pas pouvoir passer suffisamment de temps avec leur famille (Odds Ratio à 2,46), par rapport aux médecins qui estiment prendre assez de temps. En ce qui concerne le temps consacré au sport et aux loisirs, on note une tendance similaire, néanmoins les effectifs ne permettent pas de dégager un résultat significatif par manque de puissance statistique. Il paraît donc juste de dire que les médecins qui prennent suffisamment de temps pour partir en vacances, ou passer du temps avec leur famille, ou pour accueillir des étudiants, sont moins exposés au risque de BOS. Il ne serait pour autant pas judicieux de parler de facteur protecteur, puisqu'il ne s'agit que d'une étude descriptive, et non une étude observationnelle. Dans l'étude réalisée en 2011, il n'y avait pas de lien statistique entre le BOS et le volume de vacances ni le volume de sport. On peut donc émettre l'hypothèse que le volume de temps libre n'est pas déterminant, mais que le ressenti personnel d'avoir pris assez de temps libre l'est. L'organisation du temps de travail et du temps libre est donc propre à chacun.

2. Limites

a) La méthodologie

Concernant le recrutement : l'envoi d'un questionnaire en ligne paraissait à la portée de tous compte tenu d'une informatisation rendue quasiment obligatoire, et donc un bon moyen de diffusion du questionnaire à l'intégralité des médecins. Néanmoins, il n'y a pas d'annuaire contenant les adresses e-mails des médecins ciblés. Les organismes ayant accès à quelques-unes de ces adresses ne peuvent les divulguer par souci de confidentialité. Il a donc fallu recourir aux responsables de secteurs de garde pour diffuser le questionnaire. Force est de constater que le rappel téléphonique a pratiquement doublé le nombre de réponses. La méthode d'envoi d'un questionnaire par e-mail ne semble donc pas aussi pertinente que prévue. Il y a clairement dans cette étude un biais de recrutement avec 41 % de MSU répondant contre 9 % dans le Nord et le Pas-de-Calais. Certaines études ont utilisé le réseau de messagerie cryptée Apycript. S'agissant d'une messagerie à but professionnel pour l'échange d'informations sur les patients, entre professionnels de santé, il paraissait déplacé de s'en servir dans le cadre d'une thèse sur le BOS. Le taux de réponse de l'étude de 2011 réalisée à partir d'envois postaux était de 45,1 % (451 réponses sur 1000 questionnaires envoyés).

Il se crée également un biais de sélection : le médecin qui prend le temps de répondre aux mails et s'investit dans la diffusion d'un questionnaire de thèse auprès de ses confrères est probablement un médecin sensibilisé au burnout, ou investi lui-même dans la recherche et la formation (notamment les MSU). On peut se demander ce qui pousse un médecin à choisir de répondre ou ne pas répondre : est-ce une question de motivation, de

temps, d'intérêt pour le sujet, d'épuisement, de mécanisme de verrouillage inconscient qui vise à se protéger du résultat ? Seuls 11 médecins ont signalé leur désir de recevoir le résultat de cette étude.

En envoyant le mail aux médecins responsables des secteurs de garde, à destination des médecins figurant sur la liste de garde, il y a un biais de sélection qui écarte tous les médecins ne prenant pas ou plus de garde (souvent pour raison de santé justement).

Il a été choisi d'accepter des réponses jusqu'au mois de mai pour limiter le biais lié au pic épidémique hivernal, mais il est probable qu'un recueil prolongé jusqu'à la période estivale de congés annuels ait modifié les résultats. Il y a un biais lié à la période et à la charge de travail.

La taille de l'échantillon limite également la puissance statistique de cette étude, et certains résultats ne sont pas significatifs par manque de puissance.

Le questionnaire a été conçu en tirant profit des limites déjà retrouvées dans d'autres études similaires, cependant certaines questions à réponse libre montrent bien par la diversité des réponses obtenues, qu'il persistait une source de confusion aussi bien dans la compréhension de la question, que dans l'interprétation des réponses elles-mêmes. Les médecins libéraux et salariés ne déclaraient par exemple que leur volume d'activité libérale, pas totale. Certains médecins ont déclarés des activités personnelles au lieu de professionnelles.

b) Le Maslach Burnout Inventory

Bien que reconnu mondialement, validé dans sa traduction francophone, et utilisé dans toutes les études de prévalence actuellement, ce test n'est pas suffisant pour affirmer à lui seul la présence de BOS chez un patient. Il est indispensable de recourir à un entretien spécialisé, avec si besoin recours à d'autres tests de dépistage tels que le Copenhagen Burnout Inventory (annexe 2), le Burnout Measure Short (annexe 3) ou le Oldenburg Burnout Inventory (annexe 4) pour pouvoir conclure à un réel BOS, et limiter le biais cognitif. De plus, même si ce test a été conçu pour les soignants, certaines questions peuvent être déroutantes et obligent le répondant à s'adapter à l'échelle de réponses. Plusieurs médecins ont envoyé un mail jugeant les questions mal posées en ce qui concerne le MBI.

Ensuite, le MBI tente de mesurer des versants psychologiques (épuisement, accomplissement, dépersonnalisation) dans le but de mettre en avant objectivement une défaillance, un trouble pathologique. Les réponses à certaines questions explicites peuvent être influencées par un mécanisme de déni, ou d'autodéfense inconscient, et entraîner un biais de mesure.

Enfin, les tempéraments régionaux propres au Nord et au Pas-de-Calais influent sur le ressenti de la relation de soins. Dans l'étude de Todd et Le Bras(36), il est mis en évidence que selon l'héritage culturel local, les tempéraments diffèrent, et ainsi le fait de soigner un patient n'est pas vécu exactement de la même façon dans le Nord-Pas-de-Calais que dans d'autres régions. Il en est de même pour le ressenti de la fatigue. Ceci influence les scores du MBI et pourrait expliquer une partie des variations interrégionales.

3. Interprétation, comparaison et généralisation

Cette étude ne portant pas sur un échantillon suffisant pour être représentatif de la population étudiée, ses résultats ne sont pas généralisables à l'ensemble des médecins du Nord et du Pas-de-Calais, et doivent être interprétés au sein de l'échantillon. La représentativité est également altérée par la surreprésentation des MSU ($p=0,00$), le déséquilibre du taux de réponse entre le Nord et le Pas-de-Calais, et le manque de femmes dans notre échantillon ($p=0,045$).

Nous pouvons néanmoins comparer cette étude à celle de 2011, et observer une augmentation significative de la Dépersonnalisation, une baisse significative de l'Accomplissement Personnel, mais paradoxalement une baisse des BOS sévères. La prévalence de BOS ainsi que l'Épuisement Emotionnel ne diffèrent pas.

	EE élevé	DP élevée	AP faible	BOS sévère	BOS	effectif
Etude de 2011	18,40 %	26,40 %	29,20 %	6,00 %	49,20 %	451
Etude de 2018	20,10 %	33,60 %	10,20 %	1,20 %	47,50 %	244
significativité	$p=0,65$	$p=0,045$	$p=0,00$	$p=0,003$	$P=0,67$	

S'il est peu pertinent de comparer cette étude avec celle d'autres régions de France, il reste intéressant d'observer les grandes disparités interrégionales, notamment avec les exemples cités en introduction.

	EE élevé	DP élevée	AP faible
Bourgogne 2011	47,20 %	32,80 %	29,20 %
Tahiti 2005	7,20 %	12,50 %	23,20 %
Poitou-Charente 2004	40,30 %	43,70 %	43,90 %
Provence-Alpes-Côte d'Azur 2007	23,00 %	19,60 %	10,60 %
Nord et Pas de Calais 2018	20,10 %	33,60 %	10,20 %

4. Ouverture

Une étude longitudinale, bien que difficilement réalisable en pratique, permettrait d'établir avec certitude l'existence de facteurs de risques et facteurs protecteurs de BOS.

Compte tenu du chiffre élevé de prévalence de BOS et le manque de connaissance des moyens pour s'en prévenir, une information en amont de l'installation (c'est à dire pendant le cursus universitaire) paraît indispensable. Actuellement la prévention des atteintes physiques (contagion, AES, TMS, etc.) est abordée au cours du cursus. La prévention administrative et financière (Responsabilité Civile Professionnelle, assurances complémentaires, etc.) s'apprend généralement en stage universitaire et au cours des formations complémentaires. Mais la prévention du risque psychologique lié à la profession n'est pas abordée. Le même constat ressort d'études sur le suicide des médecins et des internes.

La prise en charge du BOS diffère selon les pays, et la France développe depuis moins d'un an des réseaux de soins dédiés aux professionnels de santé, en s'inspirant de ce qui est fait par exemple en Espagne et au Canada.

La Direction Générale du Travail a publié en 2015 un plan de prévention et de prise en charge du BOS en partenariat avec le ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social, avec l'Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail et avec l'Institut National de Recherche et de Sécurité. Celui-ci ne semble pas du tout adapté à la médecine générale libérale. Pour autant, le BOS ou Syndrome d'Épuisement Professionnel ne figure pas sur les tableaux de maladie professionnelle et ne dispose pas de critères diagnostiques dans le DSM-5 ni dans le CIM-10. En 2015, la loi Rebsamen a permis une avancée dans la reconnaissance des pathologies psychiques liées au travail. Il est désormais possible pour un salarié de

demander une reconnaissance de maladie professionnelle (cerfa n°60-3950) s'il est établi que les symptômes sont essentiellement et directement liés à l'exercice professionnel, et qu'il existe une Incapacité Permanente Partielle d'au moins 25 %. Les conséquences du burnout sont reconnues en tant que maladies, mais pas le burnout qui est un syndrome. En revanche pour un médecin libéral, aucune reconnaissance n'est possible à ce jour.

V CONCLUSION

Cette étude met bien en évidence que la prévalence du BOS est élevée puisqu'elle est de 47,5 %, et que 1,2 % des répondants sont en burnout sévère.

Ensuite, elle montre que le fait d'être MSU, de prendre suffisamment de vacances, et de passer suffisamment de temps avec sa famille est corrélé à une prévalence plus faible de burnout. En revanche, il n'y a pas de facteur prédictif de burnout spécifique lié au mode d'exercice dans cette étude ; même la charge de travail contrairement à ce qui ressort dans la littérature.

Elle rend compte de la complexité de la personnalité du médecin, qui le rend sujet au BOS, et d'autant plus difficile à prendre en soins.

Il ne serait donc pas pertinent de cibler une population spécifique pour faire de la prévention du BOS. Cette prévention doit toucher tous les médecins généralistes, dès leurs études, pour faire prendre conscience du risque d'épuisement, de l'importance du temps libre, et de faire connaître les structures déjà en place pour aider à lutter contre le burnout et ses conséquences, dont l'ultime est le suicide. (Le taux de suicide des médecins en France est 2,4 fois supérieur à la population générale.(27))

Le paradigme médical évolue progressivement vers une reconnaissance de ce syndrome en tant que pathologie, avec la création d'une ligne nationale d'écoute, et la création des deux premiers établissements de soins dédiés aux professionnels de santé. Une reconnaissance en maladie professionnelle est désormais possible après étude en commission pour les salariés.

Il s'est écoulé presque 150 ans entre la découverte des infections liées au soins et la mise en place d'un plan national de lutte contre les infections nosocomiales. L'épuisement professionnel a été mis en avant en 1959 par Claude Veil. Le XXI^{ème} siècle verra peut-être le premier plan national de lutte contre le burnout.

VI BIBLIOGRAPHIE

1. Tissot SAAD. De la santé des gens de lettres. P-F Didot le jeune. 1768
2. Veil C. Les états d'épuisement. Concours médical. 1959;2675-81
3. Freudenberger HJ. Staff Burn-Out. Journal of Social Issues. 1974;30(1):159-65.
4. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. J Organ Behav. 1981;2(2):99-113.
5. Le Galès-Camus C. Allocution de l'Organisation Mondiale de la Santé, La santé en milieu de travail : impact sur la qualité de vie et sur la productivité. Montréal; 2005.
6. Dion G, Tessier R. Validation de la traduction de l'Inventaire d'épuisement professionnel de Maslach et Jackson. Canadian Journal of Behavioural Science 1994;26(2):210-27.
7. Truchot D. Le burn'out des médecins libéraux de Bourgogne : rapport de recherche. Dijon: Union professionnelle des médecins libéraux de Bourgogne; 2001.
8. Chan Lin-Chanteau S. Le burnout des médecins généralistes libéraux de Tahiti. [Thèse de médecine générale]. Université Paris 5 ; 2006.
9. Truchot D. Le burnout des médecins généralistes de Poitou-Charentes. Rapport de recherche pour l'URML Poitou-Charentes; 2004.
10. Dusmesnil H, Saliba-Serre B, Régi J-C, Leopold Y, Verger P. Épuisement professionnel chez les médecins généralistes de ville : prévalence et déterminants. Santé Publique 2009 octobre 1;21(4):355-64.
11. Faille A. Etude 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 [Thèse d'exercice]. Lille : Université du droit et de la santé; 2012.
12. Selye H. Stress sans détresse (French Edition). La Presse; 1974
13. Gleizes M, Razavet A, Vidal M, Delfieu D. Evaluation du stress perçu chez le médecin généraliste et recherche de ses causes en Haute-Garonne et à Paris [Thèse de doctorat]. Université Paul Sabatier et Université Paris Diderot; 2002.
14. El Ouali S, Aspe G. Etude du burnout, ou syndrome d'épuisement professionnel, chez les médecins généralistes libéraux du Cher [Thèse de doctorat]. Tours:Université François-Rabelais; 2006.
15. Barbier D. Le syndrome d'épuisement professionnel du soignant. Presse Médicale. 2004 mars 1;33(6):394-9.
16. Verspieren P. Malade et médecin, partenaires. Études. 2005;Tome 402(1):27-38.

17. McCue JD. The effects of stress on physicians and their medical practice. *New England Journal of Medicine*. 1982 février 25;306(8):458-63.
18. Jarry C. Etude du burnout chez les médecins généralistes d'Indre et Loire. [Thèse de doctorat]. Tours: université de médecine; 2005.
19. Gautier I. Burnout des médecins. Paris: Bulletin du conseil départemental de l'ordre des médecins de la ville de Paris; 2003
20. Chocard AS, Gohier B, Juan F, Goeb JL, Lhuillier JP, Garre JB. Le suicide des médecins. *Revue Française de Psychiatrie et Psychologie Médicale* 2003. p.23-9.
21. Sansone RA, Sansone LA. Physician suicide: a fleeting moment of despair. *Psychiatry Edgmont* 2009 janv;6(1):18-22.
22. Simon W, Lumry GK. Suicide among physician-patients. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 1968 août;147(2):105-12.
23. Lefebvre D. Le burn-out ou l'épuisement professionnel des soignants. *Primary Care*; 2004. p.914-916.
24. Burisch M. Das Burnout-Syndrom, Theorie der inneren Erschöpfung - Zahlreiche Fallbeispiele - Hilfen zur Selbsthilfe. 5^e éd. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag; 2014
25. Cathébras P, Weber J-C, Rousset H, Consoli S. Troubles fonctionnels et somatisation: comment aborder les symptômes médicalement inexplicables. Issy-les-Moulineaux: Masson; 2006.
26. Estry-Behar M, Caillard J-F. Risques professionnels et santé des médecins. Paris: Masson; 2002.
27. Leopold Y. Le suicide des médecins : expression ultime du burn-out ?. (page consultée le 01/03/2018). [en ligne]. <http://slideplayer.fr/slide/2746155/>
28. Balint M. The doctor, his patient and the illness. London: Pitman medical publishing; 1957.
29. Forsythe M, Calnan M, Wall B. Doctors as patients : postal survey examining consultants and general practitioners adherence to guidelines. *British Medical Journal* 1999 septembre;319(7210):605-8.
30. Wallach D. Numerus clausus : Pourquoi la France va manquer de médecins. Springer Science & Business Media 2011; p. 296.
31. Lapeyre N, Robelet M. Les mutations des modes d'organisation du travail au regard de la féminisation. L'expérience des jeunes médecins généralistes. *Sociologies Pratiques* 2007 septembre 1;(14):19-30.

32. Baudier F, Bourgueil Y, Evrard I, Gautier A, Fur PL, Mousquès J. La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009. Paris: Rapport de l'IRDES;1998.
33. Véran O. Des bacs à sable aux déserts médicaux : construction sociale d'un problème public. Les Tribunes de la Santé 2013 juillet 12;(39):77-85.
34. Galam E. Le burnout des médecins libéraux. Le Généraliste 2007;(2400).
35. Colloque du Groupe Pasteur Mutualité 2008 : Vulnérabilité, souffrance du soignant; 2008; Paris, France.
36. Todd E, Le Bras H. Le mystère français. Paris:Seuil; 2013.

VII ANNEXES

Annexe 1 : Le questionnaire

Le Burn Out des médecins généralistes libéraux en exercice dans le Nord et le Pas de Calais.

**Obligatoire*

Première partie :

Données socio-démographiques

1. Quel est votre âge ? (nombre en année) *

2. Quel est votre sexe ? *

Une seule réponse possible.

- Homme
 Femme

3. Quel est votre département d'exercice ? *

Une seule réponse possible.

- Nord
 Pas de Calais

4. Est-ce en milieu : *

Une seule réponse possible.

- rural (<2000 habitants)
 semi-rural (entre 2000 et 10 000 habitants)
 urbain (> 10 000 habitants)

5. Quelle est votre situation maritale ? *

Une seule réponse possible.

- célibataire
 veuf (veuve)
 divorcé(e)
 marié(e)
 pacsé(e)
 en concubinage

6. Avez vous un ou des enfants à charge ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

7. Quel est votre mode d'exercice en libéral ? *

Une seule réponse possible.

- seul
 à plusieurs (association ou cabinet de groupe)

8. Vous exercez une activité : *

Une seule réponse possible.

- libérale pure
 mixte (salarisée et libérale)
 Autre : _____

9. Avez vous un secrétariat ? *

Une seule réponse possible.

- non
 oui, pour la prise des rendez vous uniquement
 oui, pour la prise des rendez vous et les tâches administratives

10. Qui gère votre comptabilité ? *

Une seule réponse possible.

- vous seul
 un expert comptable
 Autre : _____

11. Estimez votre volume horaire moyen hebdomadaire (en heure) *

12. Estimez votre nombre d'acte en moyenne par jour travaillé *

13. Avez vous un médecin traitant ? (autre que vous même) *

Une seule réponse possible.

- oui
 non

Deuxième partie

Evaluation standardisée du risque de burn out grâce à l'utilisation du Maslach Burnout Inventory.

14. Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail *

Une seule réponse possible.

- jamais
- quelques fois par an
- une fois par mois
- quelques fois par mois
- une fois par semaine
- quelques fois par semaine
- chaque jour

15. Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail *

Une seule réponse possible.

- jamais
- quelques fois par an
- une fois par mois
- quelques fois par mois
- une fois par semaine
- quelques fois par semaine
- chaque jour

16. Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail *

Une seule réponse possible.

- jamais
- quelques fois par an
- une fois par mois
- quelques fois par mois
- une fois par semaine
- quelques fois par semaine
- chaque jour

17. Je peux comprendre facilement ce que mes patients ressentent *

Une seule réponse possible.

- jamais
- quelques fois par an
- une fois par mois
- quelques fois par mois
- une fois par semaine
- quelques fois par semaine
- chaque jour

18. Je sens que je m'occupe de certains patients de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets *

Une seule réponse possible.

- jamais
- quelques fois par an
- une fois par mois
- quelques fois par mois
- une fois par semaine
- quelques fois par semaine
- chaque jour

19. Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort *

Une seule réponse possible.

- jamais
- quelques fois par an
- une fois par mois
- quelques fois par mois
- une fois par semaine
- quelques fois par semaine
- chaque jour

20. Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes patients *

Une seule réponse possible.

- jamais
- quelques fois par an
- une fois par mois
- quelques fois par mois
- une fois par semaine
- quelques fois par semaine
- chaque jour

21. Je sens que je craque à cause de mon travail *

Une seule réponse possible.

- jamais
- quelques fois par an
- une fois par mois
- quelques fois par mois
- une fois par semaine
- quelques fois par semaine
- chaque jour

22. J'ai l'impression, à travers mon travail, d'avoir une influence positive sur les gens *

Une seule réponse possible.

- jamais
- quelques fois par an
- une fois par mois
- quelques fois par mois
- une fois par semaine
- quelques fois par semaine
- chaque jour

23. Je suis devenu(e) plus sensible aux gens depuis que j'ai ce travail *

Une seule réponse possible.

- jamais
- quelques fois par an
- une fois par mois
- quelques fois par mois
- une fois par semaine
- quelques fois par semaine
- chaque jour

24. Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement *

Une seule réponse possible.

- jamais
- quelques fois par an
- une fois par mois
- quelques fois par mois
- une fois par semaine
- quelques fois par semaine
- chaque jour

25. Je me sens plein(e) d'énergie *

Une seule réponse possible.

- jamais
- quelques fois par an
- une fois par mois
- quelques fois par mois
- une fois par semaine
- quelques fois par semaine
- chaque jour

26. Je me sens frustré(e) par mon travail *

Une seule réponse possible.

- jamais
- quelques fois par an
- une fois par mois
- quelques fois par mois
- une fois par semaine
- quelques fois par semaine
- chaque jour

27. Je sens que je travaille "trop dur" dans mon travail *

Une seule réponse possible.

- jamais
- quelques fois par an
- une fois par mois
- quelques fois par mois
- une fois par semaine
- quelques fois par semaine
- chaque jour

28. Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes patients *

Une seule réponse possible.

- jamais
- quelques fois par an
- une fois par mois
- quelques fois par mois
- une fois par semaine
- quelques fois par semaine
- chaque jour

29. Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop *

Une seule réponse possible.

- jamais
- quelques fois par an
- une fois par mois
- quelques fois par mois
- une fois par semaine
- quelques fois par semaine
- chaque jour

30. J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes patients *

Une seule réponse possible.

- jamais
- quelques fois par an
- une fois par mois
- quelques fois par mois
- une fois par semaine
- quelques fois par semaine
- chaque jour

31. Je me sens ragaillard(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes patients *

Une seule réponse possible.

- jamais
- quelques fois par an
- une fois par mois
- quelques fois par mois
- une fois par semaine
- quelques fois par semaine
- chaque jour

32. J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail *

Une seule réponse possible.

- jamais
- quelques fois par an
- une fois par mois
- quelques fois par mois
- une fois par semaine
- quelques fois par semaine
- chaque jour

33. Je me sens au bout du rouleau *

Une seule réponse possible.

- jamais
- quelques fois par an
- une fois par mois
- quelques fois par mois
- une fois par semaine
- quelques fois par semaine
- chaque jour

34. Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement *

Une seule réponse possible.

- jamais
- quelques fois par an
- une fois par mois
- quelques fois par mois
- une fois par semaine
- quelques fois par semaine
- chaque jour

35. J'ai l'impression que mes patients me rendent responsable de certains de leurs problèmes *

Une seule réponse possible.

- jamais
- quelques fois par an
- une fois par mois
- quelques fois par mois
- une fois par semaine
- quelques fois par semaine
- chaque jour

Troisième partie :

Activités en dehors des consultations :

36. Vous participez à : *

Plusieurs réponses possibles.

- des FMC
- des groupes de pairs, d'échange de pratique ou groupes de parole type Balint
- aucune autre activité
- Autre : _____

37. Etes vous maître de stage universitaire ? *

Une seule réponse possible.

- oui
- non

38. En ce qui concerne les vacances, vous estimez : *

Une seule réponse possible.

- prendre suffisamment de vacances, dès que cela est possible et nécessaire
- avoir des difficultés pour prendre autant de vacances que vous le désireriez
- ne pas pouvoir prendre assez de vacances

39. En ce qui concerne votre famille et votre vie privé, vous estimez : *

Une seule réponse possible.

- consacrer suffisamment de temps à votre vie de famille et vie privée
 avoir des difficultés pour consacrer du temps à votre vie de famille et vie privée
 ne pas pouvoir consacrer assez de temps à votre vie de famille et vie privée

40. En ce qui concerne vos activités sportives, vous estimez : *

Une seule réponse possible.

- pratiquer suffisamment d'activités physiques et sportives
 avoir des difficultés pour consacrer du temps aux activités physiques et sportives
 ne pas pouvoir consacrer assez de temps aux activités physiques et sportives

41. En ce qui concerne vos loisirs, vous estimez : *

Une seule réponse possible.

- consacrer suffisamment de temps à vos loisirs
 avoir des difficultés pour consacrer du temps à vos loisirs
 ne pas pouvoir consacrer assez de temps à vos loisirs

Quatrième partie

Le burnout et vous :

42. Connaissez vous des confrères libéraux en burnout ? *

Une seule réponse possible.

- non
 oui, au moins un
 oui, plusieurs

43. Avez vous entendu parler de l'AAPML ? (Association d'Aide aux Professionnels de santé et Médecins Libéraux) *

Une seule réponse possible.

- oui
 non

44. Que feriez vous si vous présentiez des signes de burnout ?

Plusieurs réponses possibles.

- consultation d'un confrère
 consultation d'un psychiatre
 consultation d'un psychologue
 diminution du temps de travail
 augmentation du temps de loisir

45. Pensez vous qu'il faille développer en France une formation et un réseau de soins spécifique pour la prise en charge du burnout des médecins ? *

Une seule réponse possible.

- oui
 non
 Autre : _____

46. Pensez vous que ; comme dans certains pays ; les médecins français devraient bénéficier d'un suivi médical régulier à titre préventif ? (Médecine du travail) *

Une seule réponse possible.

- oui
 non

47. Actuellement, pensez vous pouvoir cesser totalement ou partiellement votre activité pour des raisons de santé si un problème survenait ? *

Une seule réponse possible.

- oui
 non

48. Croyez vous au burnout en tant que pathologie ? *

Une seule réponse possible.

- oui
 non

Fourni par
 Google Forms

Annexe 2 : Le Copenhagen Burnout Inventory

Questionnaire

Le sens du mot « client » selon votre activité, exemples :

Si vous faites partie du corps médical : patient

Si vous êtes travailleur social : bénéficiaires

Si vous êtes professeur : élèves et parents d'élèves

Si vous êtes formateur : stagiaires

N°	Question	Jamais / Presque jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Tout le temps
1	Je suis fatigué(e)					
2	Je suis physiquement épuisé(e)					
3	Je suis émotionnellement épuisé(e)					
4	Je me dis que je n'en peux plus					
5	Je me sens vidé(e)					
6	Je me sens faible et susceptible de tomber malade					
10	Je me sens vidé(e) à la fin d'une journée de travail					
11	En me levant, je me sens déjà épuisé(e) à l'idée d'une autre journée de travail ...					
12	Chaque heure de travail me paraît éprouvante ...					
13	Je manque d'énergie dans les activités de loisir avec ma famille et mes amis ...					
18	Travailler avec mes clients me fatigue ...					
19	Je me demande combien de temps je tiendrai encore dans ce travail avec les clients ...					

N°	Question	Très faible	Faible	Moyen	Elevé	Très élevé
7	Mon travail est émotionnellement épuisant à un degré					
8	Mon travail m'épuise à un degré					
9	Mon travail me frustre à un degré					
14	Travailler avec mes clients m'est difficile à un degré ...					
15	Travailler avec mes clients est frustrant à un degré ...					
16	Travailler avec mes clients m'épuise à un degré					
17	Considérant ce que je donne à mes clients, leur retour me déçoit à un degré ...					

Vos résultats - compter vos points

Jamais ou presque jamais / Très faible	0 point
Rarement / Faible	1 point
Parfois / Moyen	2 points
Souvent / Elevé	3 points
Tout le temps / Très élevé	4 points

Dimension 1 - Épuisement personnel

Interprétation

Questions n°1-2-3-4-5-6

Pas d'inquiétude (Score inférieur à 13)

Vous ne semblez présenter que peu ou pas de symptômes d'épuisement personnel.

Vigilance (Score compris entre 13 et 17)

Un ou plusieurs symptômes d'épuisement personnel paraissent préoccupants

Alerte (Score supérieur à 17)

Vous êtes physiquement et psychiquement épuisé(e)

Des facteurs indépendants de votre activité professionnelle peuvent être à l'origine de votre état de fatigue physique et mentale.

Dimension 2 - Épuisement professionnel

Interprétation

Questions 7-8-9-10-11-12-13

Pas d'inquiétude (Score inférieur à 15)

Vous ne semblez présenter que peu ou pas de symptômes d'épuisement professionnel.

Vigilance (Score compris entre 15 et 19)

Un ou plusieurs symptômes d'épuisement professionnel paraissent préoccupants.

Alerte (Score supérieur à 19)

Votre travail semble vous épuiser physiquement et mentalement

Dimension 3 - Épuisement relationnel

Interprétation

Questions 14-15-16-17-18-19

Pas d'inquiétude (Score inférieur à 13)

Vous ne semblez présenter que peu ou pas de symptômes d'épuisement dans la relation avec vos clients.

Vigilance (Score compris entre 13 et 17)

Un ou plusieurs symptômes d'épuisement relationnel paraissent préoccupants.

Alerte (Score supérieur à 17)

Les relations professionnelles avec vos clients vous épuisent physiquement et mentalement.

Annexe 3 : Le Burnout Measure Short

Nous vous proposons d'entourer le chiffre correspondant le mieux à votre sentiment afin de répondre à la question posée.

- 1 : jamais ;
- 2 : presque jamais ;
- 3 : rarement ;
- 4 : parfois ;
- 5 : souvent ;
- 6 : très souvent ;
- 7 : toujours.

En pensant à votre travail, globalement...

	Jamais	Presque jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

Annexe 4 : Le Oldenburg Burnout Inventory

Ces propositions reflètent-elles la façon dont vous vous sentez lorsque vous êtes au travail ? Répondez en entourant le numéro correspondant à votre choix (une seule réponse par question) 1. Pas du tout d'accord 2. Pas d'accord 3. D'accord 4. Tout à fait d'accord	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
	1. Je trouve toujours des aspects nouveaux et intéressants dans mon travail.	1	2	3
2. Certains jours, je me sens fatigué(e) avant même d'arriver au travail.	1	2	3	4
3. Cela arrive de plus en plus souvent que je parle de mon travail de façon négative.	1	2	3	4
4. Il me faut plus de temps qu'avant pour me relaxer et me sentir bien après le travail.	1	2	3	4
5. Je supporte très bien les pressions de mon travail.	1	2	3	4
6. Ces derniers temps, j'ai tendance à moins réfléchir au travail et à faire mon boulot de façon automatique.	1	2	3	4
7. Pour moi, mon boulot est un défi positif.	1	2	3	4
8. Quand je travaille, je me sens souvent épuisé(e) émotionnellement.	1	2	3	4
9. Avec le temps, on peut se désintéresser de ce genre de boulot.	1	2	3	4
10. Après le boulot, j'ai suffisamment d'énergie pour mes activités de loisir.	1	2	3	4
11. Parfois, je suis dégoûté(e) de ce que je fais au travail.	1	2	3	4
12. Après le boulot, je me sens fatigué(e) et las(se).	1	2	3	4
13. Ceci est le seul genre de job que je m'imagine faire.	1	2	3	4
14. En général, je suis capable de gérer efficacement la charge de travail.	1	2	3	4
15. Je me sens de plus en plus impliqué(e) dans mon travail.	1	2	3	4
16. Quand je travaille, je me sens généralement plein(e) d'énergie.	1	2	3	4

Items à inverser

1. Je trouve toujours des aspects nouveaux et intéressants dans mon travail.	DIS1	R
2. Certains jours, je me sens fatigué(e) avant même d'arriver au travail.	EX1	
3. Cela arrive de plus en plus souvent que je parle de mon travail de façon négative.	DIS2	
4. Il me faut plus de temps qu'avant pour me relaxer et me sentir bien après le travail.	EX2	
5. Je supporte très bien les pressions de mon travail.	EX3	R
6. Ces derniers temps, j'ai tendance à moins réfléchir au travail et à faire mon boulot de façon automatique.	DIS3	
7. Pour moi, mon boulot est un défi positif.	DIS4	R
8. Quand je travaille, je me sens souvent épuisé(e) émotionnellement.	EX4	
9. Avec le temps, on peut se désintéresser de ce genre de boulot.	DIS5	
10. Après le boulot, j'ai suffisamment d'énergie pour mes activités de loisir.	EX5	R
11. Parfois, je suis dégoûté(e) de ce que je fais au travail.	DIS6	
12. Après le boulot, je me sens fatigué(e) et las(se).	EX6	
13. Ceci est le seul genre de job que je m'imagine faire.	DIS7	R
14. En général, je suis capable de gérer efficacement la charge de travail.	EX7	R
15. Je me sens de plus en plus impliqué(e) dans mon travail.	DIS8	R
16. Quand je travaille, je me sens généralement plein(e) d'énergie.	EX8	R

Calcul et interprétation des scores

Après inversion des items 1, 5, 7, 10, 13, 14, 15 et 16 (voir tableau ci-dessus), il convient de calculer des scores globaux pour le désengagement (8 items), l'épuisement émotionnel (8 items) et le burnout global (16 items). En d'autres termes, il s'agit, pour chaque personne ayant rempli l'échelle, d'effectuer la somme des réponses fournies sur chaque dimension.

Etant donné que chaque item présente quatre possibilités de réponse (1, 2, 3 ou 4), on obtient ainsi un score compris :

- Entre 8 et 32 pour la dimension « Epuisement » ;
- Entre 8 et 32 pour la dimension « Désengagement » ;
- Entre 16 et 64 pour le burnout global.

Le tableau ci-dessous indique comment il convient d'interpréter les scores ainsi obtenus par chaque personne.

		Scores de :		
		Désengagement	Epuisement	Burnout global
	Score faible	Moins de 14	Moins de 15	Moins de 30
	Score moyen	Entre 14 et 23	Entre 15 et 23	Entre 30 et 45
	Score élevé	Plus de 23	Plus de 23	Plus de 45

Les scores faibles (= niveaux de désengagement, d'épuisement ou de burnout faibles) doivent être interprétés positivement, tandis que les scores élevés (= niveaux de désengagement, d'épuisement ou de burnout élevés) doivent être interprétés négativement.

AUTEUR : Nom : LEMAN Prénom : Gauthier

Date de Soutenance : 11 octobre 2018

Titre de la thèse : Prévalence du Burnout des médecins généralistes libéraux en activité dans le Nord et le Pas-de-Calais : étude quantitative descriptive et recherche des facteurs favorisants.

Thèse – Médecine – Lille 2018

Cadre de classement : Médecine générale

DES + spécialité : Médecine générale

Mots-clés : Syndrome d'épuisement professionnel, médecine générale, prévalence, burnout.

Résumé : ***Introduction*** L'épuisement professionnel est décrit dans la littérature depuis le XVIII^{ème} siècle. En 1981, un outil de mesure objectif du BOS est mis au point et validé par Maslach : le Maslach Burnout Inventory (MBI). Depuis, cet outil est constamment utilisé dans les études pour mesurer la prévalence du BOS. La démographie des médecins généralistes du Nord et du Pas-de-Calais a évolué ces dernières années, avec une augmentation de la charge de travail par médecin et une évolution du mode d'exercice. Cet étude a pour but de mesurer la prévalence du BOS dans cette population et d'en déterminer les facteurs favorisants. L'hypothèse est que cette prévalence est élevée. ***Méthode*** Nous avons réalisé une étude quantitative transversale et descriptive auprès des médecins généralistes libéraux ou libéraux et salariés de la région Nord et Pas-de-Calais, grâce à l'envoi par mail d'un questionnaire en ligne. La prévalence de BOS a été déterminée à l'aide du MBI dans sa version francophone. Nous avons ensuite recherché une corrélation entre la présence de BOS et les données socio-démographiques et personnelles. ***Résultats*** 244 réponses ont été obtenues et exploitées. La prévalence de BOS était de 47,5 %, et significativement inférieure chez : les MSU 39 % (p=0,026), les médecins prenant assez de vacances 40,7 % (p=0,032) et ceux passant assez de temps avec leur famille 37,6 % (p=0,021). ***Discussion*** Le BOS concerne presque un médecin sur deux, avec une baisse significative chez les MSU et chez les médecins estimant prendre assez de temps pour partir en vacances ou pour leur famille. Si l'étude établit un lien significatif avec ces trois activités, il ne serait pas prudent de conclure qu'il s'agit de facteurs protecteurs puisqu'il ne s'agit que d'une étude observationnelle. Néanmoins ce lien est concordant avec la littérature. Par ailleurs, il n'a pas été mis en évidence d'autres liens significatifs, ce qui montre bien qu'il n'y a pas de facteurs prédisposant au BOS dans la population étudiée. Par manque d'effectif, l'échantillon n'est pas représentatif de la population et nous ne pouvons pas généraliser ces résultats. ***Conclusion*** La prévalence du BOS est élevée dans notre échantillon. Cette étude ne permet pas de dégager des facteurs de risques spécifiques. La prévention concerne donc l'ensemble des praticiens, quel que soit leur mode d'exercice, leur sexe ou leur âge.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Pierre Thomas

Asseseurs : Monsieur le Professeur Jean-Marc Lefebvre

Madame le Professeur Sophie Fantoni-Quinton

Monsieur le Docteur Philippe Levisse