

UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
2024 :

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Évaluation de l'épuisement professionnel des médecins généralistes des
Hauts-de-France en 2023 et analyse selon l'exercice en « désert médical »**

Présentée et soutenue publiquement le 11 janvier 2024 à 16h00
au Pôle Formation – salle 2
par **Gabrielle NÉNY - VAN HEDDEGEM**

JURY

Président :

Madame le Professeur Sophie FANTONI-QUINTON

Assesseur :

Monsieur le Docteur Jan BARAN

Directeur de thèse :

Madame le Docteur Marion HENDRICKX

PREFACE

Mes études de médecine ont été marquées par de nombreux questionnements sur la santé mentale des professionnels du milieu médical. J'ai pu vivre ou être témoin à plusieurs reprises de souffrances psychiques chez mes confrères étudiants. Même si beaucoup tolèrent la pression des stages, des concours, ils voient le fait de devenir médecin comme une libération.

Or j'ai pu lire des témoignages de médecins qui semblent épuisés, avec un fort sentiment de manque de reconnaissance. Les années 2022 et 2023 ont en effet été marquées par des grèves de médecins généralistes qui revendiquent une amélioration de leurs conditions de travail.

C'est dans ce contexte que je me suis intéressée à la santé mentale des médecins, et plus précisément à l'épuisement professionnel des médecins généralistes, dans les Hauts-de-France.

LISTE DES ABREVIATIONS

ANEMF : Association Nationale des Étudiants en Médecine de France

ARS : Agence Régionale de Santé

CIER : Comité Interne d'Éthique de la Recherche

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

EP : Épuisement Professionnel

HdF : Hauts-de-France

ISNI : InterSyndicale Nationale des Internes

ISNAR-IMG : InterSyndicale Autonome Représentative des Internes de Médecine
Générale

MBI : Maslach Burnout Inventory

MSU : Maître de stage universitaire

PACA : Provence-Alpes-Côte d'Azur

SAEM : Syndicat Autonome des Enseignants de Médecine

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 : Numerus clausus national en médecine de 1972 à 2020	3
Figure 2 : répartition des âges	12
Figure 3 : Temps de travail hebdomadaire.....	13
Figure 4 : Type de structure d'exercice	13
Figure 5 : Secrétariat	14
Figure 6 : Désert médical.....	15
Figure 7 : Niveau de satisfaction au travail	16
Figure 8 : Échelle Maslach Burnout Inventory	17
Figure 9 : Évaluation de l'épuisement professionnel.....	18
Figure 10 : Échelle Maslach Burnout Inventory et désert médical	19
Figure 11 : Évaluation de l'épuisement professionnel en "désert médical"	20
Figure 12 : Signes d'EP selon exercice ou non en "désert médical"	21
Figure 13 : Épuisement professionnel et niveau de satisfaction au travail	23
Figure 14 : Prévalence des composantes de l'EP selon la région et l'année.....	25

TABLE DES MATIERES

1. INTRODUCTION	1
2. MATERIEL ET METHODE	6
2.1. TYPE D'ENQUETE, POPULATION ETUDIEE, SUPPORT	6
2.2. QUESTIONNAIRE	6
2.3. OBJECTIFS ET CRITERES DE JUGEMENT DE L'ETUDE	7
2.4. PROTOCOLE ET ETHIQUE	8
2.5. DIFFUSION DU QUESTIONNAIRE	9
2.6. NOMBRE DE SUJETS NECESSAIRES, TRAITEMENT ET ANALYSE DES DONNEES	10
3. RESULTATS	12
3.1. POPULATION	12
3.2. SITUATION PROFESSIONNELLE	12
3.3. LIEU D'EXERCICE ET DESERT MEDICAL	14
3.4. LOISIRS, VACANCES	15
3.5. SATISFACTION AU TRAVAIL	16
3.6. ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL	17
3.7. ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL ET DESERT MEDICAL	19
3.8. ÉPUISEMENT ET DONNEES SOCIO-PROFESSIONNELLES	21
3.8.1. Données socio-démographiques	21
3.8.2. Données socio-professionnelles	22
3.8.3. Satisfaction au travail	23
4. DISCUSSION	24
4.1. RESULTATS PRINCIPAUX DE L'ETUDE	24

4.1.1.	Épuisement professionnel	24
4.1.2.	Épuisement professionnel et « désert médical »	26
4.2.	POPULATION ETUDIEE.....	27
4.3.	FACTEURS ET EPUISEMENT PROFESSIONNEL	28
4.3.1.	Facteurs socio-démographiques	28
4.3.2.	Facteurs socio-professionnels.....	30
4.3.3.	Mode et lieu d'exercice	31
4.3.4.	Satisfaction au travail	32
4.4.	LIMITES ET FORCES DE L'ETUDE	33
5.	CONCLUSION	36
6.	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	38

1. INTRODUCTION

En France, on estime qu'un étudiant sur quatre a présenté au moins un trouble mental au cours de l'année. (1) Les étudiants en médecine semblent particulièrement en souffrance. En effet, une enquête nationale menée en 2017 par les associations et syndicats de futurs médecins (ANEMF, ISNI, ISNAR-IMG), montrait déjà une prévalence de 66,2% d'anxiété pathologique et 27,2% de symptômes dépressifs dans les 7 derniers jours (2), et ce phénomène tend à s'aggraver : la même étude réalisée quatre ans plus tard, en 2021, retrouvait 75% d'anxiété et 39% de symptômes dépressifs. Les principaux facteurs de risque mis en avant sont le temps de travail, l'exposition à des violences (physiques, psychologiques, sexuelles...) et les difficultés financières (3).

Le syndrome d'épuisement professionnel, ou burn-out, est défini par Maslach et Jackson comme un processus de dégradation du rapport subjectif au travail, à travers trois dimensions : « un syndrome d'épuisement émotionnel, une dépersonnalisation et une réduction de l'accomplissement personnel qui apparaît chez les individus impliqués professionnellement auprès d'autrui » (4) (5) (6). La présence d'au moins une de ces trois dimensions est très fréquente, mesurée à 67% en 2021 chez les étudiants en médecine, externes et internes (3).

Lorsque l'on voit de tels taux d'épuisement et de souffrance psychique chez les futurs médecins, il convient de se demander dans quel état de santé sont les médecins généralistes. Le Dr Carlier s'est intéressé en 2020 à la santé générale des médecins généralistes dans les Hauts-de-France : 86,9% d'entre eux étaient plutôt voire tout à fait satisfaits de leur état de santé général (7). Qu'en est-il de leur santé mentale ?

En 2009, la société Française de Santé Publique publiait qu'un syndrome complet d'épuisement professionnel était présent chez 1% des médecins généralistes en région PACA (8). Des thèses se sont intéressées à ce syndrome : en Haute-Normandie, en 2016, 4,1% des médecins généralistes présentaient un épuisement professionnel complet (9), alors que dans la Loire, en 2018, il touchait 5% des médecins généralistes libéraux (10). L'épuisement professionnel chez les médecins est bien présent et semble de plus en plus fréquent.

Le *numerus clausus* a été mis en place en France en 1971 avec l'approbation du Syndicat autonome des enseignants de médecine (SAEM) et de la Direction du Budget. Son objectif initial était de réduire le nombre d'étudiants afin de restaurer l'ordre dans les universités et les hôpitaux universitaires, ainsi que de préserver le prestige de la profession médicale. Il y avait aussi un intérêt financier à la mise en place de ce *numerus clausus*, car en 1969, une note de la Direction du Budget explique qu'avec le conventionnement des médecins libéraux et le remboursement des consultations, l'augmentation du nombre de médecins revient à augmenter les dépenses de santé (11). De plus, cette réforme permettait de réguler le nombre de médecins sur le territoire, alors nombreux et soumis à concurrence. A son origine, le *numerus clausus* stabilisait le nombre d'étudiants, avec un peu plus de 9000 étudiants admis chaque année en deuxième année de médecine. Au début des années 80, il a commencé à être appliqué de manière plus stricte avec 6160 admis en 1983, et il s'est renforcé jusqu'à atteindre son nadir en 1993 avec seulement 3 500 places d'admission en deuxième année de médecine. Après plusieurs années restrictives, le *numerus clausus* s'est élargi au cours des années 2000, jusqu'à sa disparition en 2019. Les effets de l'élargissement puis de la suppression de ce *numerus clausus* ne se feront

cependant pas sentir avant 2030. Le graphique ci-dessous, publié par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) en 2021, montre l'évolution du nombre d'étudiants admis en médecine de 1973 à 2020 (12).



Source : Drees, Dossiers de la Drees, n° 76, mars 2021

Figure 1 : Numerus clausus national en médecine de 1972 à 2020

Les effectifs de médecins en activité régulière sur le territoire français ont diminué de 1,3% entre 2010 et 2023. De surcroît, la part de médecins généralistes par rapport aux autres spécialités a diminué de 47,1% en 2010 à 42% en 2023. (13) En parallèle à cette diminution progressive du nombre de médecins généralistes en activité sur le territoire français, la population française a crû, avec un vieillissement de la population. En effet, selon les estimations de l'I.N.S.E.E au 1^{er} janvier 2022, la France comptait 68 millions d'habitants, dont 21,3% de plus de 65 ans (14), contre 51 millions au 1^{er} janvier 1971, dont 12,9% de plus de 65 ans (15). Or la nécessité de soins augmente avec l'âge. La sollicitation des médecins est donc de plus en plus grande. L'année 2020 en particulier, marquée par la crise de la Covid, a demandé un investissement important des professionnels de santé, et notamment des médecins généralistes. (16)

Par ailleurs, la médecine générale en exercice régulier libéral est de moins en moins attractive au fil du temps, contre une augmentation de l'activité salariée et de l'activité intermittente (médecins remplaçants). (13)

On constate donc aujourd'hui, en France, un réel manque de médecins et leur charge de travail tend à augmenter. Le temps de travail étant identifié comme un facteur de risque de souffrance psychique et d'épuisement professionnel chez les étudiants en médecine (3), on peut se demander s'il a un impact chez les médecins.

Les Agences Régionales de Santé identifient les territoires où l'accès aux médecins est le plus préoccupant comme des « déserts médicaux ». Cependant, le « désert médical » n'a pas de définition claire : un territoire peut être identifié comme tel devant un manque de médecins traitants, un manque de toutes spécialités confondues, ou même de l'ensemble des professionnels de santé (infirmiers, kinésithérapeutes etc.), eux aussi affectés par cette pénurie (13). Les ARS s'aident d'un indice d'Accessibilité Potentielle Localisée (APL) au médecin généraliste, calculé par la DREES. Cet indice prend en compte l'activité de chaque praticien, le temps d'accès au médecin et la consommation de soins par classe d'âge. Il s'exprime en nombre de consultations accessibles par an et par habitant (17). Les Hauts-de-France comptent de nombreux territoires qualifiés de « déserts médicaux ». On distingue trois catégories au sein de ces territoires : les Zones d'Intervention Prioritaire (ZIP), où l'accès est le plus difficile (APL bas), les Zones d'Actions Complémentaires (ZAC) et les Zones d'Accompagnement Régional (ZAR). Cette dernière catégorie a été créée spécifiquement par l'ARS des Hauts-de-France pour les zones qui connaissent un niveau de difficulté moindre pourtant bien réel en matière d'accès aux soins. Afin d'inciter les médecins à s'installer sur ces territoires, l'ARS propose une compensation financière et d'autres avantages (18). Mélanie Carlier s'est également interrogé sur

l'influence d'une installation en « désert médical » sur l'état de santé. Selon son étude, l'exercice en désert médical se traduirait par une tendance à travailler davantage et à faire plus de gardes, sans différence sur l'état de santé globale (7). On peut se demander plus spécifiquement si cela a un impact sur l'épuisement professionnel.

Le métier de médecin est en constante évolution. Parallèlement aux progrès des connaissances médicales, les responsabilités des médecins augmentent. Ces avancées, associées à une augmentation des coûts de santé, aboutissent à de plus grandes réglementations sur la pratique. Bien que cela représente un avantage, les difficultés d'adaptation à ces nouvelles exigences et contraintes pourraient expliquer, au moins en partie, une insatisfaction des médecins vis-à-vis de leur pratique. (19,20) Les années 2022 et 2023 ont été marquées par de nombreuses propositions de réformes concernant la médecine de premier recours, et cela a provoqué un mécontentement chez les médecins généralistes. En effet, l'ensemble des syndicats de médecine générale ont appelé à la grève. Parmi les différentes revendications, les médecins généralistes étaient notamment en demande de reconnaissance et de revalorisation financière des consultations. (21) Le sentiment de manque de reconnaissance perçu par les médecins de la part de la société ou de leur patient par rapport à l'investissement fourni peut être responsable d'une détresse psychologique. (22)

L'ensemble de ces constatations conduit à réaliser ce travail sur l'évaluation du syndrome d'épuisement professionnel chez les médecins généralistes, dans les Hauts-de-France, en 2023, en fonction de l'exercice ou non en « désert médical ».

2. MATERIEL ET METHODE

2.1. Type d'enquête, population étudiée, support

Ce travail est une étude quantitative, observationnelle, transversale, réalisée en 2023. La population étudiée est composée de médecins généralistes des Hauts-de-France.

Les critères d'inclusion étaient : être docteur en médecine générale et installé dans les Hauts-de-France. Les critères d'exclusion étaient : exercer de façon exclusive un mode d'exercice particulier comme l'homéopathie, l'ostéopathie, l'acupuncture, etc. ; exercer une activité spécifique exclusive comme l'échographie, la médecine esthétique, la gynécologie, etc.

Le support de l'étude est un questionnaire auto-déclaratif anonyme réalisé sur la plateforme SPHINX, dédiée à la gestion d'enquêtes. Le recueil des données s'est fait uniquement par ce formulaire sécurisé. Celles-ci ont été enregistrées sur le serveur local de l'Institut Catholique de Lille et ne sont accessibles que par l'administrateur.

2.2. Questionnaire

La première partie du questionnaire comprend des questions socio-démographiques et professionnelles à réponses fermées, telles que le sexe, l'âge, la situation familiale et le mode d'exercice. On y retrouve également des questions relatives au lieu d'exercice et notamment si celui-ci est considéré comme « désert médical ». Pour limiter le risque d'erreur, un rappel de définition et une cartographie du zonage réalisé par l'ARS a été intégré au questionnaire. (18)

La deuxième partie du questionnaire est consacrée à l'auto-évaluation de l'épuisement professionnel, via l'échelle Maslach Burnout Inventory (MBI). (23) Ce questionnaire standardisé, mis au point en 1981 par Maslach et Jackson, est le questionnaire validé le plus utilisé aujourd'hui. (6) Il se décline en plusieurs versions selon le type d'emploi des travailleurs. La version utilisée ici est le *MBI-Human Service Survey*, adaptée aux professions d'aide et de soins.

Ce test évalue les trois composantes de l'épuisement professionnel en 22 items :

- 9 items relatifs à l'épuisement émotionnel,
- 5 items relatifs à la dépersonnalisation et au cynisme vis-à-vis du travail,
- 8 items relatifs à l'accomplissement personnel au travail.

Pour chaque item, le répondant doit coter son ressenti sur une échelle allant de 0 (jamais) à 6 (chaque jour). Les données collectées sont adéquates et pertinentes, limitées à ce qui est nécessaire au regard des finalités décrites. Le temps de réponse au questionnaire est estimé à environ 5 minutes.

2.3. Objectifs et critères de jugement de l'étude

L'objectif principal de l'étude est d'évaluer la présence du syndrome d'épuisement professionnel chez les médecins généralistes dans les Hauts-de-France en 2023. Le critère de jugement principal se décline en trois composantes :

- Présence d'un syndrome complet d'épuisement professionnel en cas de score élevé sur les deux premières dimensions de l'échelle de Maslach (épuisement émotionnel, dépersonnalisation) et un score faible sur la troisième (accomplissement personnel).

- Présence d'un épuisement professionnel partiel en cas de score élevé dans l'une ou deux des trois dimensions, ou de score moyen dans les trois dimensions.
- Absence de syndrome d'épuisement professionnel en cas de score faible dans les deux premières dimensions et élevé dans la troisième.

L'objectif secondaire de l'étude est d'évaluer la présence du syndrome d'épuisement professionnel en cas d'exercice en « désert médical ». Le critère de jugement secondaire est en trois composantes, comme décrites ci-dessus, évalué dans la population en situation de travail en « désert médical ».

2.4. Protocole et éthique

Le protocole de recherche a été évalué et validé par le Comité Interne d'Ethique de la Recherche de l'institut catholique de Lille, présidé par le Professeur Maréchaux, le 14 mars 2023. La période d'inclusion a duré 7 mois, de mars à octobre 2023, suivie d'une analyse des données en octobre 2023.

En fin de questionnaire, est évoquée l'association « MOTS », une unité clinique d'écoute, d'assistance et de recherche destinée à venir en aide aux médecins en difficulté, et dédiée avant tout à la prévention et à la prise en charge de l'épuisement professionnel. Un numéro de téléphone vers cette unité accessible en permanence était indiqué pour les médecins qui pouvaient en sentir le besoin.

2.5. Diffusion du questionnaire

L'accès au questionnaire s'est fait par l'intermédiaire d'un lien informatique, accompagné d'un texte explicatif sur le travail de recherche effectué. Il a été envoyé par l'intermédiaire d'une Mail List aux Maîtres de Stage Universitaire (MSU) de la faculté catholique de Lille, début mars 2023. Une relance a été effectuée en juin 2023. Il a également été diffusé par mail, en juin 2023, aux référents locaux et présidents des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) de la région Hauts-de-France, par l'intermédiaire d'une liste de contacts référencée sur le portail d'accompagnement des professionnels de santé (PAPS), avec une demande de diffusion aux médecins généralistes de leurs territoires. Une relance a été effectuée en août 2023.

Le questionnaire a été publié sur l'espace Thèse app' du site internet de l'ordre des médecins du Nord en mai 2023 pour une durée de 3 mois, et sur le site internet du Conseil Départemental de l'ordre des médecins du Pas-de-Calais en juin 2023. Le lien d'accès au questionnaire a également été partagé sur les groupes Facebook suivants : « Les remplaçants boiteux » et « Remplacements en Médecine Générale en Hauts-de-France », en Juin 2023.

Les médecins qui le souhaitent pouvaient transmettre le questionnaire à leurs confrères.

Le choix initial était de diffuser largement le lien du questionnaire par l'intermédiaire de l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS), à tous les médecins généralistes de la région Hauts-de-France. Cependant, afin de bénéficier de leur soutien et de leur diffusion, l'URPS doit prendre part à l'étude et le sujet, le questionnaire et le protocole de thèse doivent être validés par leur comité interne. Ceux-ci sont donc susceptibles d'être modifiés sur leur avis. Le questionnaire et le

protocole de recherche ayant été validé au préalable par le Comité Interne d'Éthique de la Recherche, ceux-ci n'étaient plus modifiables, sans risquer de retarder considérablement le lancement du recueil de données. N'ayant pas pu bénéficier de leur diffusion, le recrutement des sujets a donc été plus limité.

2.6. Nombre de sujets nécessaires, traitement et analyse des données

Le nombre de sujets nécessaires à l'obtention d'un résultat significatif a été calculé à 203, pour une précision de 3%, autour d'un critère de jugement principal évalué à 5% et un risque alpha fixé à 5%.

Les données du questionnaire ont été récupérées et exportées sur un tableur Excel. Elles ont été analysées à l'aide du logiciel SPSS 24.0 (IBM®).

Pour chaque dimension de l'échelle de Maslach, un score catégorisé en trois classes a été calculé : degré bas, modéré ou élevé de la symptomatologie d'épuisement professionnel. Pour l'épuisement émotionnel, le degré bas est défini par un score inférieur ou égal à (\leq) 17, le niveau modéré par un score compris entre 18 et 29, et le niveau élevé par un score supérieur ou égal à (\geq) 30. Pour la dépersonnalisation, les valeurs seuils sont fixées à ≤ 5 , 6-11, ≥ 12 . Pour l'accomplissement personnel, à l'inverse, un score ≤ 33 évoque un faible accomplissement et donc un degré élevé de symptomatologie. Un résultat entre 34 et 39 évoque un degré modéré. Un score ≥ 40 , traduit un haut niveau d'accomplissement et donc un degré bas de symptomatologie. Chaque dimension a été traduite quantitativement de 0 à 2 avec degré bas représenté par 0 et élevé par 2, ce qui a permis d'établir un niveau de symptomatologie sur une échelle de 0 à 6.

Les caractères quantitatifs ont été exprimés en moyennes avec écarts-types ou en médianes avec interquartiles selon leur distribution. Les moyennes ont été comparées entre elles par un test de Student lorsque les conditions d'application étaient vérifiées ($n > 30$), et par un test non paramétrique U de Mann-Whitney dans le cas contraire. La recherche de lien entre deux variables quantitatives dont une était contrôlée, a été effectuée via une analyse de régression.

Les caractères qualitatifs ont été évalués en pourcentages et ont été évalués par comparaison de pourcentages via un test du Khi 2, avec regroupement de données lorsque les effectifs théoriques étaient inférieurs à 5.

3. RESULTATS

3.1. Population

Entre mars et début octobre 2023, 215 médecins généralistes ont répondu au questionnaire. Parmi ces médecins, 109 étaient des femmes (50,7%) et 106 des hommes (49,3%). L'âge moyen était de 45,63 ans, avec une bonne répartition des âges. Le plus jeune avait 27 ans et le plus âgé 68 ans.

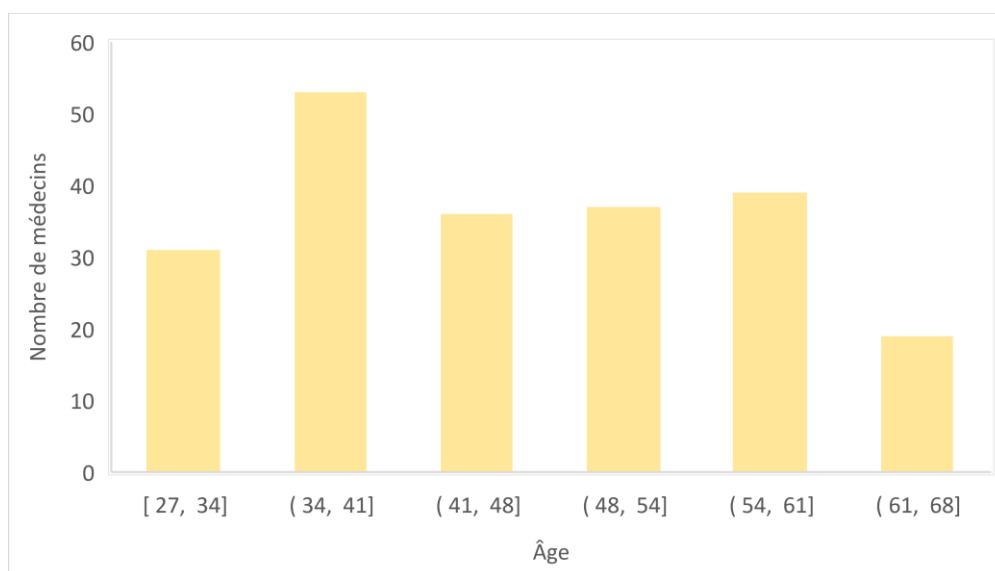


Figure 2 : répartition des âges

Une large majorité (89,8%) était en couple et 185 ont déclaré avoir des enfants, soit 86%. Parmi ceux qui ont des enfants, 95 sont des hommes et 90 sont des femmes. 9 femmes et 7 hommes ont déclaré être célibataires avec enfants.

3.2. Situation professionnelle

Sur le plan professionnel, 193 (89,8%) médecins ont déclaré avoir une activité principale libérale, contre 14 (6,5%) en salariat et 8 (3,7%) en activité mixte. 185 (86%)

médecins travaillent à temps-plein contre 30 (14%) à temps-partiel. Sur la cohorte, le temps de travail moyen hebdomadaire est de 48,94 [47,55-50,34] heures, avec une répartition normale du temps de travail. Le temps de travail hebdomadaire le plus important est de 80 heures, contre 7 heures pour le minimum.

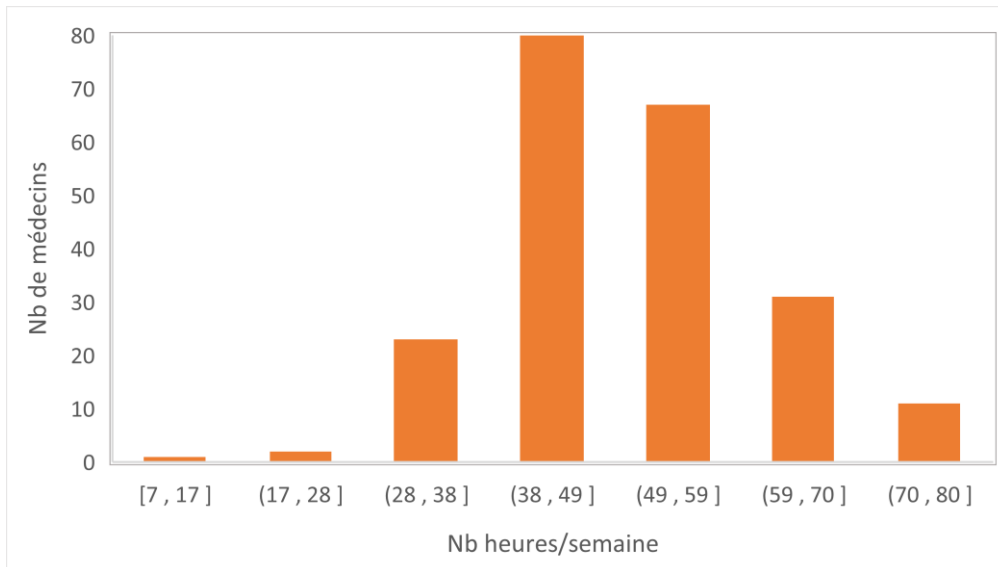


Figure 3 : Temps de travail hebdomadaire

Concernant la structure du lieu d'exercice, 112 (52,1%) médecins ayant répondu au questionnaire travaillent en cabinet de groupe, 54 (25,1%) en maison de santé pluriprofessionnelle et 49 (22,8%) sont installés seuls.

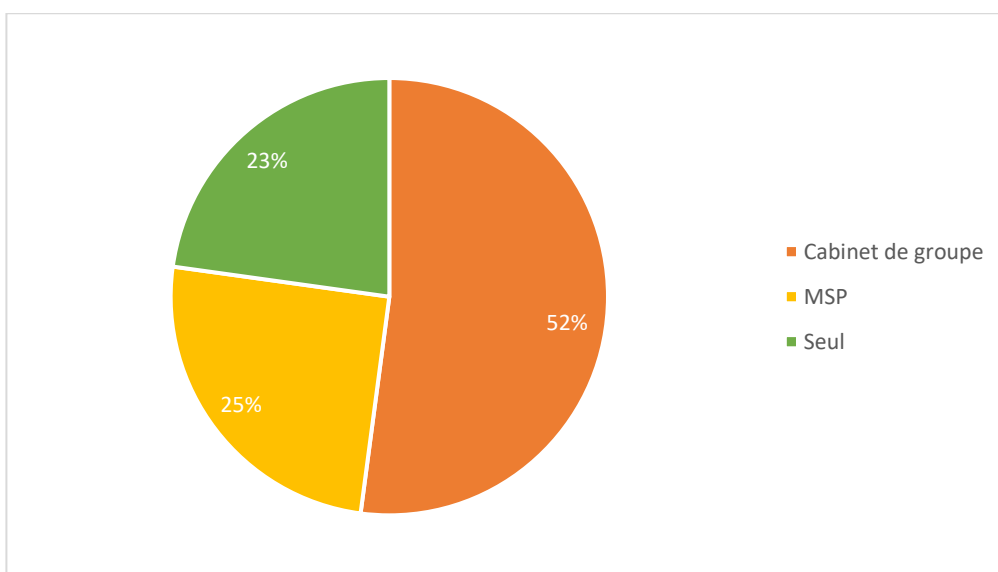


Figure 4 : Type de structure d'exercice

Les médecins généralistes de la cohorte ont un secrétariat dans 89,8% des cas. Parmi eux, 45,6% ont une secrétaire sur place, 39,4% ont un secrétariat à distance et 15% utilisent un secrétariat mixte. 10,2% n'ont pas de secrétariat.

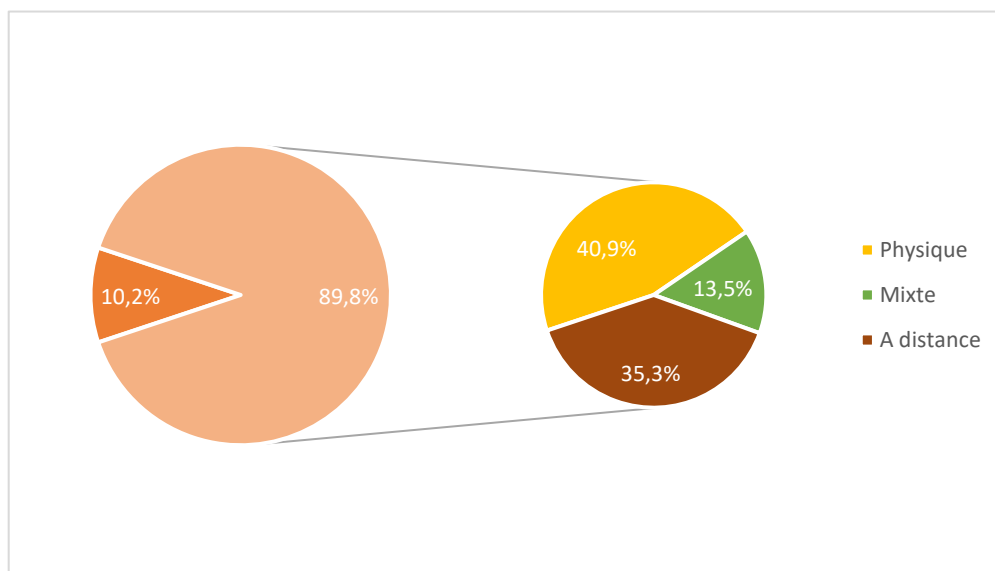


Figure 5 : Secrétariat

Sur les 215 répondants, 142 (66%) participent au tour de gardes. Parmi eux, le nombre moyen est de 13,89 gardes annuellement. Le nombre de gardes déclaré le plus élevé est de 80 par an.

3.3. Lieu d'exercice et désert médical

Parmi les médecins interrogés, une large majorité exerçaient dans le Nord (48,4%) et le Pas-de-Calais (46,0%). 2,8% exerçaient dans l'Aisne, 1,9% dans l'Oise et 0,9% dans la Somme.

86 (40%) médecins travaillaient dans un lieu géographique considéré comme un désert médical, dont 16 (18,6%) au sein d'une zone d'intervention prioritaire (ZIP), 49 (57%) au sein d'une zone d'actions complémentaires (ZAC), et 21 (24,4%) dans une zone d'accompagnement régional (ZAR).

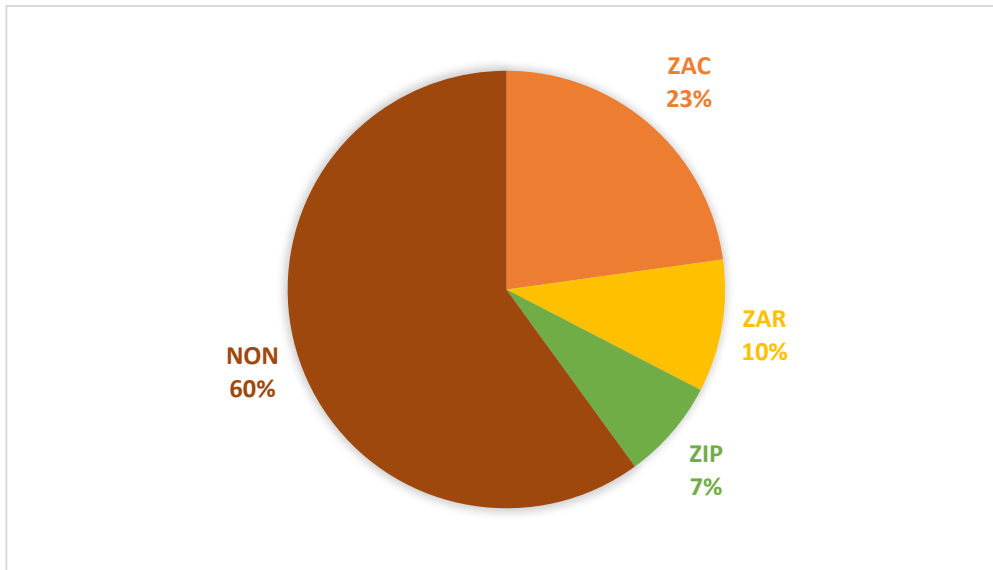


Figure 6 : Désert médical

Au sein de cette population exerçant en « désert médical », on compte 42 femmes (48,8%) et 44 hommes (51,2%). L'âge moyen est de 42,74 ans. 56% des médecins de cette population travaillent en cabinet de groupe, 22% sont installés seuls et 22% sont en maison de santé pluridisciplinaire. 90,6% ont un secrétariat. Le temps de travail hebdomadaire moyen est de 47,97 heures.

3.4. Loisirs, vacances

Au cours d'une semaine de travail, la médiane du temps que les médecins consacrent à leurs loisirs est de 4 heures, avec une plage interquartile de 4 heures. 11 médecins (5,1%) ont déclaré ne pas prendre de temps pour leurs loisirs. Le temps déclaré le plus élevé est de 48 heures.

60% des médecins de la cohorte prennent entre 6 et 8 semaines de vacances annuellement, avec une médiane à 7 semaines. 6 médecins (2,8%) ont répondu en prendre moins de 3 par an, et 8 (3,7%) plus de 12.

3.5. Satisfaction au travail

Il a été demandé aux médecins s'ils se sentaient globalement satisfaits de leur pratique professionnelle. 11 (5,1%) ont répondu n'être pas du tout satisfaits, 59 (27,4%) sont peu satisfaits, 117 (54,4%) sont assez satisfaits et 28 (13%) sont très satisfaits.

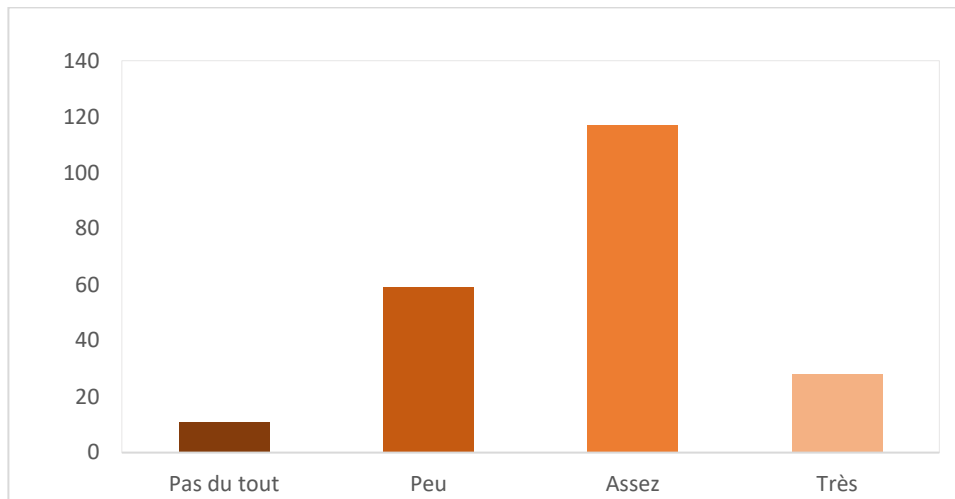


Figure 7 : Niveau de satisfaction au travail

Dans la population de médecins exerçant en « désert médical », 5 (5,8%) ont répondu n'être pas du tout satisfaits, 29 (33,7%) sont peu satisfaits, 43 (50%) sont assez satisfaits et 9 (10,5%) sont très satisfaits.

Dans la cohorte des médecins interrogés, 111 (52,2%) médecins généralistes ont déjà envisagé de « déplaquer » ou de se reconverter professionnellement.

3.6. Épuisement professionnel

Selon les résultats du questionnaire standardisé MBI, 75 (34,9%) médecins interrogés n'ont pas de signe d'**épuisement émotionnel**, 81 (37,7%) ont un degré modéré d'épuisement émotionnel et 59 (27,4%) présentent un degré élevé d'épuisement émotionnel.

Les questions relatives à la **dépersonnalisation** ont révélé un degré faible pour 77 (35,8%) médecins, modéré pour 74 (34,4%) et élevé chez 64 (29,8%).

On retrouve un score élevé d'**accomplissement personnel** chez 135 (62,8%) médecins, modéré chez 53 (24,7%) et bas chez 27 (12,6%) médecins. Pour faciliter la compréhension et la comparaison, le schéma ci-dessous représente les degrés de symptomatologie de chaque dimension, et donc par interprétation la perte d'accomplissement personnel, graduée inversement aux scores obtenus.

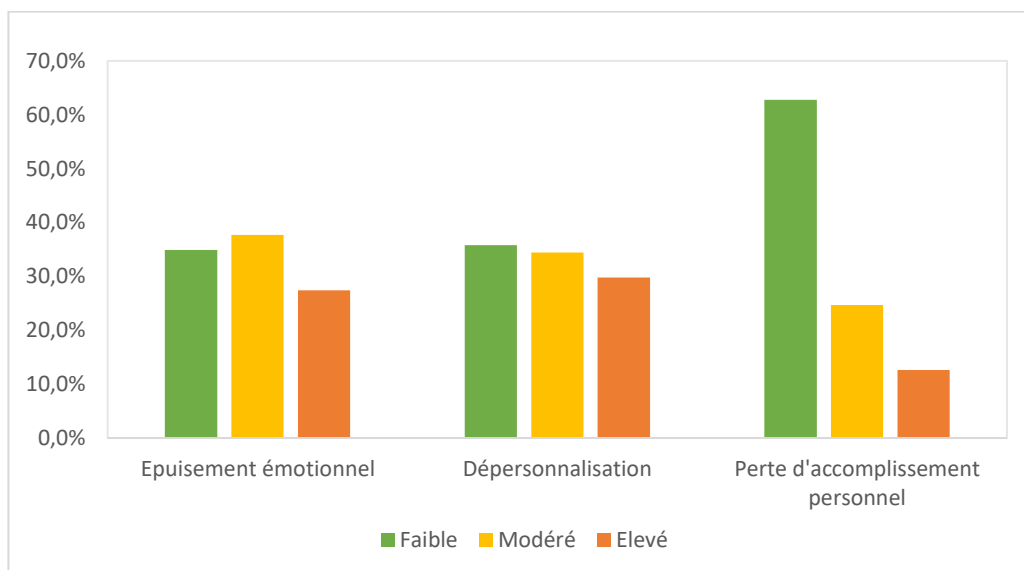


Figure 8 : Échelle Maslach Burnout Inventory

35 médecins généralistes ayant répondu au questionnaire, soit 16,3%, ne présentent aucun signe d'épuisement professionnel, avec un degré faible dans les trois catégories et 89 médecins, soit 41,4%, ont un degré calculé faible (total de 1 ou 2 sur 6).

86 répondants, soit 40%, ont des signes pouvant évoquer un début d'épuisement professionnel avec un score élevé dans l'une ou deux catégories ou un score moyen dans chacune d'entre elle (degré global ≥ 3 sur 6).

Au total, on retrouve un syndrome complet d'épuisement professionnel (degré élevé dans chacune des catégories) chez 5 médecins généralistes ayant répondu au questionnaire, soit 2,3%.

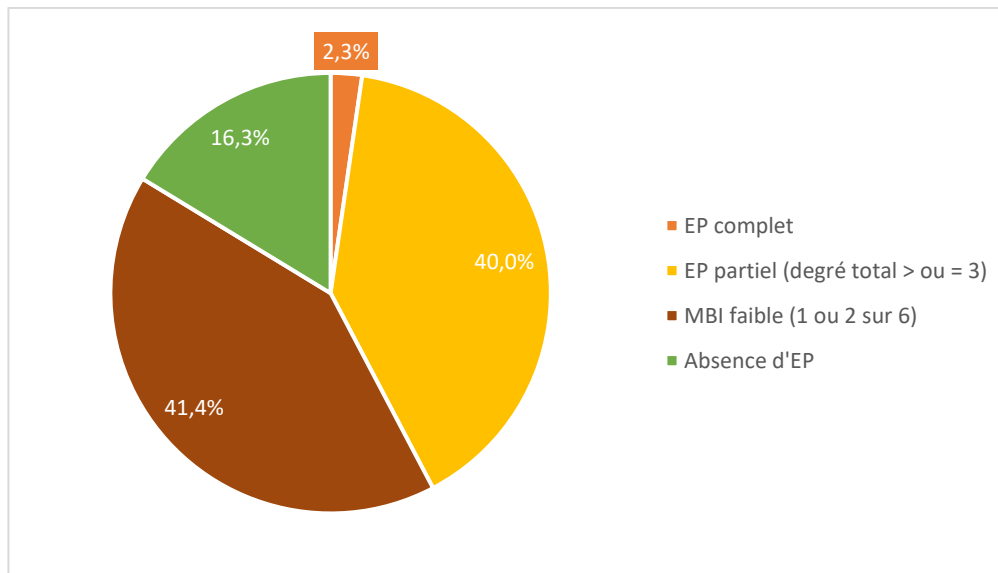


Figure 9 : Évaluation de l'épuisement professionnel

3.7. Épuisement professionnel et désert médical

Au sein de la population de médecins exerçant dans un désert médical, 25 (29,1%) médecins ont un score faible d'**épuisement émotionnel**, 29 (33,7%) ont un score modéré alors que 32 (37,2%) présentent un score élevé d'épuisement émotionnel.

Les items relatifs à la **dépersonnalisation** retrouvent un score faible pour 19 (22,1%) cas, modéré pour 33 (38,4%) cas et élevé pour 34 (39,5%) médecins de ces territoires.

L'**accomplissement personnel** est élevé pour 48 (55,8%) médecins, modérée pour 24 (27,9%) et faible pour 14 (16,3%) cas. Comme précédemment, c'est la perte d'accomplissement qui est schématisée ci-dessous.

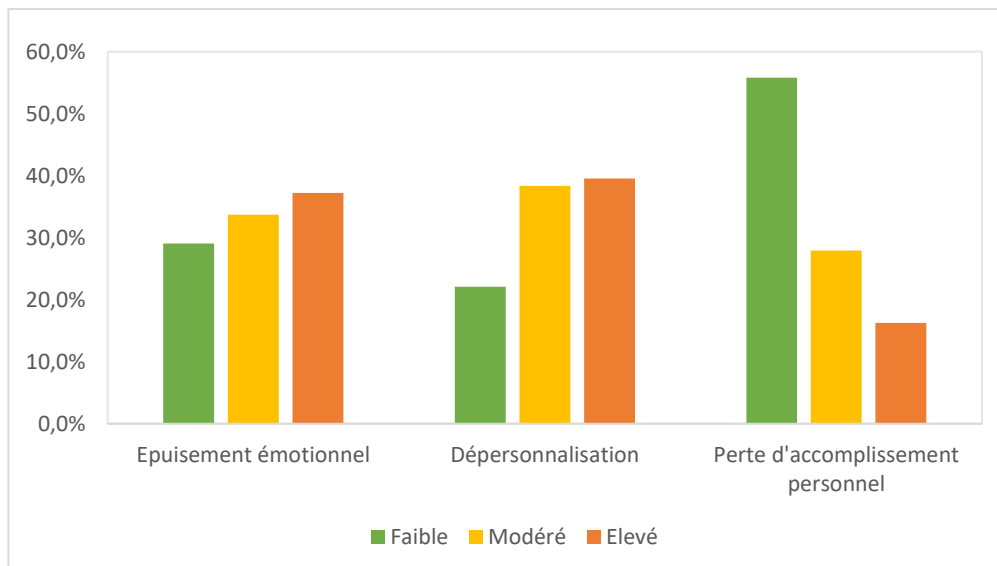


Figure 10 : Échelle Maslach Burnout Inventory et désert médical

8,1% des médecins de ce sous-groupe ne présentent aucun signe d'épuisement professionnel, avec un degré faible dans les trois catégories. 38,4% ont un degré calculé faible (total de 1 ou 2 sur 6).

48,8% ont des signes pouvant évoquer un début d'épuisement professionnel avec un score élevé dans l'une ou deux catégories ou un score moyen dans chacune d'entre elle (degré global ≥ 3 sur 6).

Dans cette population, 4 présentent un syndrome complet d'épuisement professionnel, soit 4,7%.

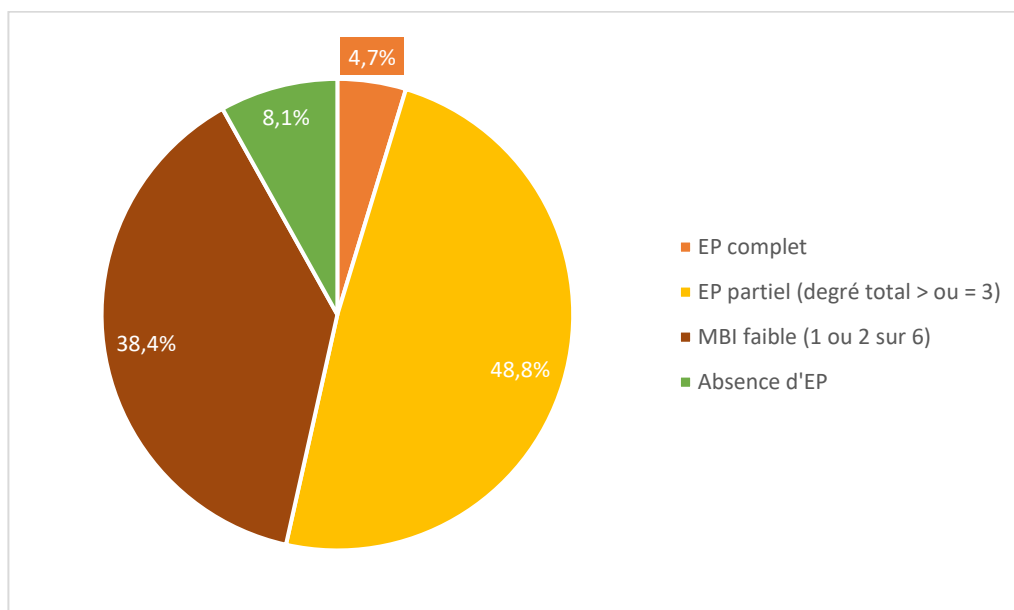


Figure 11 : Évaluation de l'épuisement professionnel en "désert médical"

Les analyses en sous-groupe soulèvent un lien significatif entre les symptômes d'épuisement professionnel et l'exercice en désert médical, avec un degré calculé médian à 3 sur 6 en désert médical contre 2 sur 6 en dehors de ces territoires ($p <$

0,0001). Le graphique ci-dessous compare les résultats principaux des médecins exerçant en « désert médical », avec ceux exerçant en dehors de ces territoires.

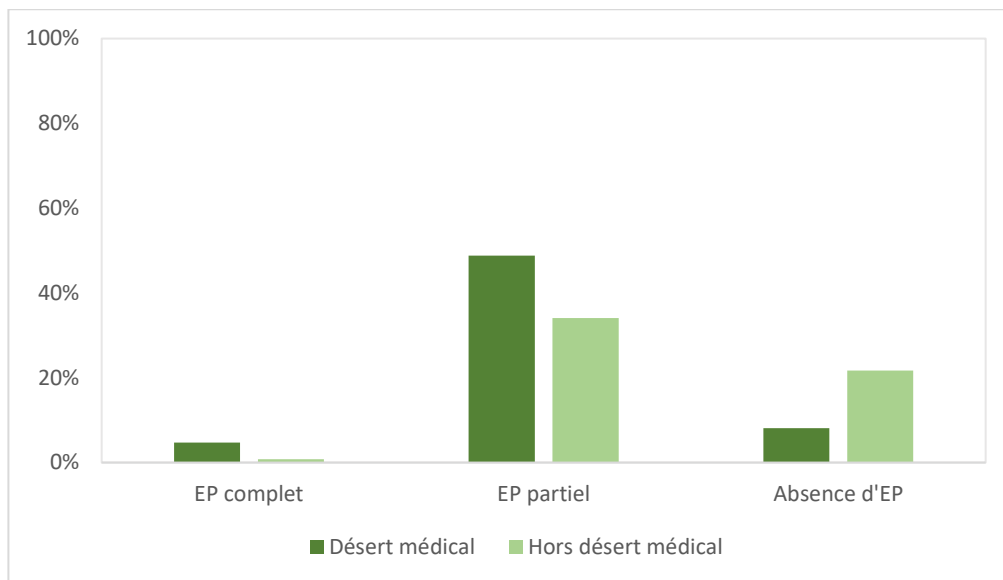


Figure 12 : Signes d'EP selon exercice ou non en "désert médical"

On observe également un degré significativement plus élevé dans le département du Pas-de-Calais que dans le Nord (2,79 vs 1,94 ; $p < 0,000$).

3.8. Épuisement et données socio-professionnelles

3.8.1. Données socio-démographiques

On retrouve une corrélation négative entre l'âge et le degré calculé sur l'échelle MBI, avec un coefficient à -0,032 ($p = 0,002$) : plus le médecin est jeune, plus le degré d'épuisement professionnel semble s'élever. On observe une tendance à un degré plus élevé chez les femmes (2,42 vs 2,30), mais de façon non significative ($p = 0,59$).

Il n'y a pas de lien significatif entre la situation familiale (en couple, célibataire) et l'épuisement professionnel, avec une tendance à un score plus élevé chez les médecins célibataires (2,95 vs 2,3, $p = 0,12$). Par ailleurs, il y a un lien significatif entre

le fait d'avoir des enfants et le degré d'épuisement professionnel : les médecins avec enfants sont moins épuisés que les médecins sans enfants (2,25 vs 3,03, $p = 0,04$).

Une analyse en sous-groupes a été réalisée dans la population des médecins célibataires : il y a une différence significative entre les médecins avec enfants et les médecins sans enfants, avec un score d'épuisement professionnel plus élevé dans cette dernière catégorie (3,5 vs 2,75 ; $p < 0,003$).

3.8.2. Données socio-professionnelles

Le mode d'installation n'a pas de lien significatif avec les symptômes d'épuisement professionnel. Le degré moyen d'épuisement professionnel semble plus faible chez les médecins installés seuls, comparé à celui des médecins qui travaillent en groupe (MSP, cabinet de groupe), mais la différence n'est pas significative (2,04 vs 2,46, $p = 0,122$).

Le temps de travail hebdomadaire et le nombre de semaines de vacances annuelles n'ont pas de lien significatif avec les symptômes d'épuisement professionnel. Toutefois, il y a une tendance à une augmentation du degré d'épuisement lorsque le temps de travail est plus faible (coefficient -0,018, $p = 0,096$), et une tendance inverse avec l'augmentation du nombre de semaines de vacances (coefficient -0,052, $p = 0,172$). Les médecins qui ne font pas de garde semblent avoir un degré plus faible de risque d'épuisement (degré 2,27 vs 2,41), mais sans lien significatif ($p = 0,581$). Le lien entre le temps de travail hebdomadaire et l'épuisement professionnel a été évalué dans les sous-groupes des femmes avec enfants et des hommes avec enfants. Il n'a pas été trouvé non plus de lien significatif

(respectivement : $R = - 0,003$, $p = 0,86$; et $R = - 0,07$, $p = 0,18$). De même entre le nombre de semaines de vacances et l'épuisement.

Il n'y a pas de lien significatif entre le score de l'échelle MBI et le fait de bénéficier d'un secrétariat, mais on retrouve une tendance à un degré plus faible d'épuisement chez les médecins n'ayant pas de secrétariat (1,73 vs 2,44, $p = 0,066$).

3.8.3. Satisfaction au travail

Il y a un lien significatif entre le niveau de satisfaction au travail et les symptômes d'épuisement professionnel ($p < 0,000$). Plus le niveau de satisfaction du médecin est élevé, plus le degré d'épuisement est faible.

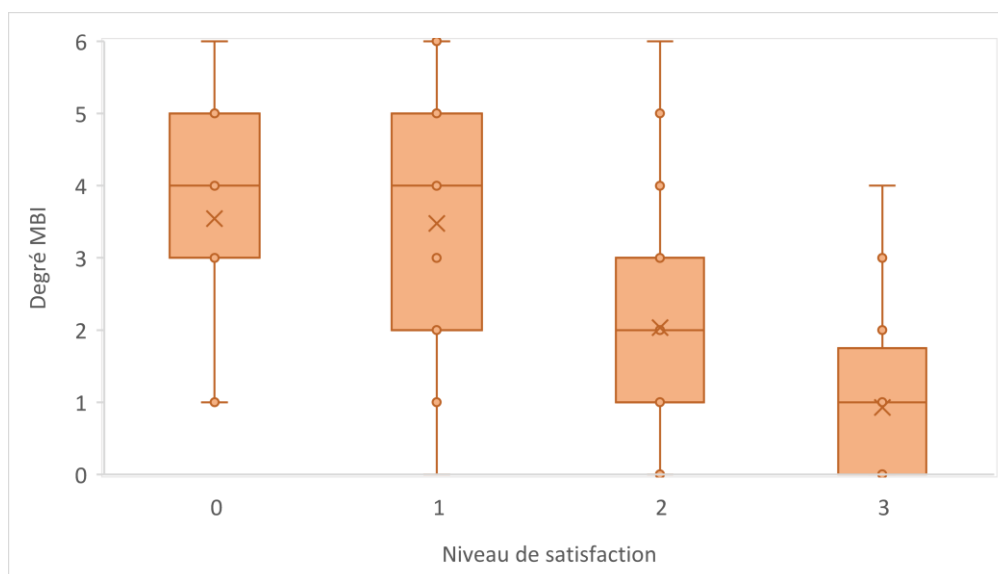


Figure 13 : Épuisement professionnel et niveau de satisfaction au travail

Le score est aussi significativement plus élevé lorsque le médecin a déjà envisagé une reconversion professionnelle (3,05 vs 1,63 ; $p < 0,000$).

4. DISCUSSION

4.1. Résultats principaux de l'étude

4.1.1. Épuisement professionnel

L'objectif de cette étude est d'évaluer la présence du syndrome d'épuisement professionnel chez les médecins généralistes dans les Hauts-de-France. Au sein de l'échantillon, 2,3% présentent tous les signes d'un syndrome d'épuisement professionnel. En comparaison à un travail de thèse réalisé par le Dr Tabone en 2018, qui visait à observer l'évolution de la prévalence du syndrome d'épuisement professionnel entre 2003 et 2018 dans la région de la Loire : 5% des médecins généralistes présentaient un syndrome complet d'épuisement professionnel, et ce de façon stable. (10) Par ailleurs, en Haute-Normandie en 2016, 4,1% des médecins généralistes étaient touchés par ce syndrome. (9) Hélène Dumesnil publiait enfin en 2009 dans la revue bimestrielle « Santé Publique », que 1% des médecins généralistes interrogés en région Provence-Alpes-Côte-d'Azur présentait ces signes. (8) Il n'y a donc pas de franche augmentation de la prévalence de l'épuisement professionnel, le résultat est cohérent et semble stable par rapport aux études des autres régions.

Cependant, 40% des médecins généralistes ont des réponses pouvant évoquer un syndrome d'épuisement professionnel partiel. Il y a notamment une présence plus importante de scores élevés d'épuisement émotionnel (27,4%) et de dépersonnalisation (29,8%) que ce qui avait été constaté dans la Loire (respectivement 23,7% et 25%) (10), en Haute-Normandie (respectivement 24% et 27,3%) (9) ou dans la PACA (respectivement 23% et 19,6%) (8). C'est

l'accomplissement personnel qui semble permettre aux médecins généralistes d'éviter le syndrome complet d'épuisement professionnel. En effet, il y a une faible prévalence de perte d'accomplissement personnel (12,6%), comme en région PACA (10,6%), alors qu'elle est un peu plus présente dans la Loire (21,25%) (8,10). Comme le dit Marie-Thérèse Giorgio, l'accomplissement personnel peut être vu comme une « soupape de sécurité » qui assurerait un équilibre en cas d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation. (24)

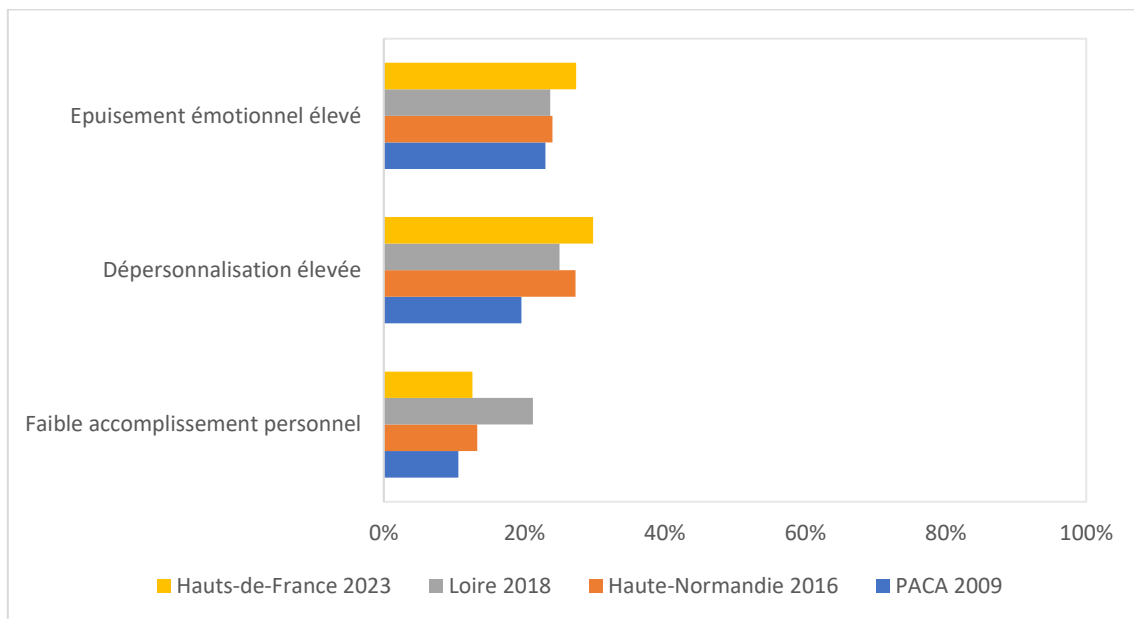


Figure 14 : Prévalence des composantes de l'EP selon la région et l'année

Breso *et Al.* remettent en question la façon de mesurer cet accomplissement personnel, ici interrogé dans le sens de la satisfaction. Selon eux, les réponses seraient différentes si les questions étaient posées dans le sens de la perte d'accomplissement personnel. En effet, les médecins, par leur profession prestigieuse et le service rendu aux patients, conservent plus longtemps un sentiment d'accomplissement, même si celui-ci commence à s'atténuer. En posant les questions par la négative, l'altération est davantage visible. (25) Certains critiquent même la prise en compte de l'accomplissement personnel dans la définition de l'épuisement

professionnel. Une méta-analyse sur la mesure de l'épuisement professionnel par le MBI montre qu'il n'y a pas toujours de corrélation entre les deux premières dimensions et l'accomplissement personnel. (26) Philippe Zawieja publie en 2021 dans « Le Burn out », qu'attendre que les trois dimensions soient élevées pour définir l'épuisement professionnel, lui rend une définition étroite. (27) En effet, Brenninkmeijer et Van Yperen proposent en 2003 que l'épuisement professionnel soit défini par un score d'épuisement émotionnel élevé et à l'un des deux autres critères (dépersonnalisation élevée ou faible accomplissement personnel). (28) Le résultat serait donc sous-estimé. En effet, en partant de cette définition, il y aurait dans cette étude 17,7% d'épuisement professionnel, au lieu de 2,3%.

Seulement 16,3% des médecins généralistes ayant répondu au questionnaire ne présentent aucun signe d'épuisement professionnel, avec un degré faible dans les trois catégories. Ce résultat évoque une forte prévalence de la dégradation du rapport au travail chez les médecins généralistes dans les Hauts-de-France. Ce résultat est concordant avec ce qui a été montré dans d'autres études sur les professionnels de santé dans le monde. (22,29,30)

4.1.2. Épuisement professionnel et « désert médical »

Ce travail avait comme objectif secondaire d'évaluer la prévalence du syndrome d'épuisement professionnel en cas d'exercice en « désert médical ». Dans cette population, 4,7% des médecins présentent un syndrome complet d'épuisement professionnel. Il est à noter que quatre des cinq médecins qui présentent un syndrome complet d'épuisement professionnel au sein de la cohorte, exercent en « désert médical ». Pour aller plus loin, en considérant la définition proposée par

Brenninkmeijer et Van Yperen, 26,7% de ces médecins ont un syndrome d'épuisement professionnel. Il a été constaté ici un lien significatif entre l'exercice en « désert médical » et l'épuisement professionnel. Cela n'augure pas bon présage pour la santé mentale des médecins généralistes dans un futur immédiat, car la France compte de plus en plus de territoires considérés comme des « déserts médicaux » et ce jusqu'aux premiers effets positifs de la suppression du *numerus clausus*, estimés pour 2030.

Mélanie Carlier s'est intéressé à l'influence de l'exercice en désert médical sur l'état de santé global des médecins généralistes, et son étude n'avait pas trouvé de différence significative. (7) Mais l'étude réalisée ici est la première à s'intéresser spécifiquement à l'impact que ces territoires peuvent avoir sur l'épuisement professionnel. Hélène Dumesnil qui avait constaté une faible prévalence d'épuisement professionnel en région PACA en 2009 (1%) soulevait le fait d'une plus grande densité médicale dans cette région comparée aux autres, où l'épuisement professionnel était plus présent (3-4%). (8)

4.2. Population étudiée

215 médecins généralistes ont été inclus dans cette étude entre mars et début octobre 2023. Selon l'Atlas de la démographie médicale en France réalisé par le Dr François Arnault, les Hauts-de-France comptent au premier janvier 2023, 15 724 médecins actifs réguliers, dont 42% spécialistes en médecine générale, soit 6 604 médecins généralistes actifs. (13) L'effectif ne représente donc que 3,3% de la population de médecins généralistes dans les Hauts-de-France, ce qui peut poser une question de représentativité. De plus, une très large majorité des réponses ont été obtenues par des médecins généralistes exerçant dans le Pas-de-Calais et le Nord,

mais très peu des départements de l'Aisne, de l'Oise, ou de la Somme. En effet, il a été plus difficile d'obtenir des contacts dans ces départements. Selon les cartographies de l'ARS Hauts-de-France, pratiquement l'intégralité des territoires de l'Aisne et de l'Oise sont considérés comme des « déserts médicaux » (18). Par extrapolation, à la vue des résultats, on peut penser que la prévalence du syndrome complet d'épuisement professionnel dans les Hauts-de-France a été légèrement sous-estimé.

D'autre part, l'échantillon recense 50,7% de femmes. Au 1^{er} janvier 2023, en France, les médecins généralistes en activité comptent un taux de féminisation de 43,5%. (13). Les femmes sont donc proportionnellement plus nombreuses ici. L'âge moyen des médecins généralistes de l'étude est de 45 ans, alors qu'il est de 49,4 ans chez les médecins actifs réguliers des Hauts-de-France, toute spécialité confondue. Par ailleurs, cette étude a touché plus de médecins généralistes à exercice libéral : 86% des médecins qui ont répondu au questionnaire exercent en libéral alors qu'en France, on retrouve 56,3% de médecins généralistes en libéral, 37,3% en salariat et 6,3% en exercice mixte et ces proportions sont plutôt similaires dans les départements des Hauts-de-France. (13)

4.3. Facteurs et épuisement professionnel

Pour aller plus loin, le lien a été étudié entre les différents facteurs socio-démographiques et professionnels et l'épuisement professionnel.

4.3.1. Facteurs socio-démographiques

Tout d'abord, une corrélation négative a été observée entre l'âge et le degré calculé à partir du MBI. Cette corrélation avait déjà été observée par Maslach et

Jackson, avec une plus grande survenue d'épuisement professionnel dans les premières années de carrière. (23) Cependant, dans l'étude, la moyenne d'âge était aussi plus jeune dans la population exerçant en désert médical que dans la cohorte globale, il y a donc ici un biais de confusion.

Ensuite, il n'y a pas de lien significatif entre le sexe et l'épuisement mais on constate ici une tendance à un degré calculé plus élevé chez les femmes. La plupart des études montrent une différence infime entre les sexes. On note cependant un épuisement émotionnel généralement plus élevé chez les femmes, alors que la dépersonnalisation est plus élevée chez les hommes. (8,23,31)

En outre, un lien significatif a été montré entre le fait de ne pas avoir d'enfant et l'épuisement professionnel. Cela concorde avec ce qu'ont montré *Beauregard et Al.* dans leur étude des genres dans l'épuisement professionnel : s'impliquer dans la vie de famille diminuerait l'intensité de l'épuisement professionnel, par un meilleur équilibre entre vie personnelle et vie professionnelle. (32)

Concernant le statut marital, il n'y a pas de différence significative ici entre les médecins en couple et les médecins célibataires, mais une tendance à un degré plus élevé d'épuisement professionnel chez les célibataires. *Maslach et Al.* observaient en 2001 plus d'épuisement professionnel chez les célibataires, en particulier les hommes, et d'autant plus s'ils n'ont jamais été mariés. (33) De plus, on observe une différence entre les médecins célibataires sans enfant et ceux avec enfants. Cette différence peut être expliquée à la fois par l'effet protecteur de la vie de famille (32), mais aussi par le fait que les médecins sans enfant ont une plus faible probabilité d'avoir été mariés que les médecins avec enfants.

4.3.2. Facteurs socio-professionnels

Le temps de travail ayant été identifié comme facteur de risque de troubles psychiques et d'épuisement professionnel chez les étudiants en médecine (3), on aurait pensé qu'il ait aussi un impact sur les médecins généralistes. Cependant il n'a pas été trouvé ici de lien significatif entre le temps de travail et l'épuisement professionnel. Au contraire, il y a une tendance à une diminution du degré d'épuisement avec l'augmentation du temps de travail. Dr Delbrouck publie en 2008 les résultats d'une enquête réalisée par Vincent Claes et Pascal Selleslagh auprès de médecins généralistes et spécialistes en Belgique, pour laquelle le nombre d'heures de travail ne semble pas non plus avoir de lien avec l'épuisement professionnel. (34) En effet, indépendamment du temps, c'est la charge de travail (dimension subjective), qui serait liée à l'épuisement professionnel. (31)

Dans cette étude, aucun lien n'a été trouvé entre le temps de travail et l'épuisement dans les sous-groupes de médecins avec enfants. Néanmoins, il n'a pas été demandé de préciser la répartition de ce temps de travail au cours de la semaine, alors que cette information aurait pu être intéressante à évaluer. Pascale Molinier, dans son étude sur les travailleuses du « *care* », a montré que les femmes qui concentraient leur travail sur un nombre réduit de jours pouvaient mieux cloisonner leur vie et étaient moins épuisées. Le cloisonnement temporel entre le travail rémunéré et le travail domestique permettrait de préserver la disponibilité psychologique nécessaire à chacune de ces activités. (35)

Dans cette étude, il n'a pas été demandé aux médecins de préciser la part consacrée au travail administratif. Les études réalisées par Maslach relèvent qu'il y a moins d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation chez les praticiens qui passent moins de temps avec les patients pour plus d'administratif. (23) Cela pourrait expliquer

la tendance ici à une dégradation du rapport au travail en cas de secrétariat. De plus, Maslach montre que l'étroite collaboration avec des gens dans le cadre du travail serait associé à de plus hauts niveaux d'épuisement émotionnel. (23) Ce résultat reste tout de même surprenant car on pourrait croire qu'un secrétariat physique ou distanciel permet de diminuer la charge de travail. Les médecins semblent même globalement demandeurs d'une aide financière afin de déléguer le travail administratif. (21,34)

Par ailleurs, prendre du temps pour soi et notamment des vacances ont une tendance non significative à une diminution du degré calculé par l'échelle MBI. Dr Delbrouck publiait justement que se libérer du temps pour le consacrer à ses intérêts personnels permettrait de s'armer contre l'épuisement professionnel. (34)

4.3.3. Mode et lieu d'exercice

Il n'a pas été constaté ici de lien significatif entre le mode d'installation et l'épuisement professionnel. L'isolement est pourtant reconnu comme facteur de risque d'épuisement professionnel, par une atteinte à la sécurité affective. (31) West et Al ont montré dans une méta-analyse réalisée en 2016 que le partage d'expérience, les discussions en petits groupes ont en revanche un effet protecteur. (36) L'exercice en cabinet de groupe ou en maison de santé pluridisciplinaire devrait alors diminuer le risque d'épuisement.

Concernant le lieu d'exercice, il y a plus de signes d'épuisement professionnel chez les médecins généralistes exerçant dans le département du Pas-de-Calais que dans le Nord (2,79 vs 1,94 ; $p < 0,001$). Cependant, dans l'échantillon, les médecins du Pas-de-Calais exercent plus en désert médical que les médecins du Nord ($p < 0,000$), ce qui pourrait expliquer le premier résultat.

4.3.4. Satisfaction au travail

Il a été demandé aux médecins généralistes quel était leur état de satisfaction au travail. La satisfaction au travail est définie par Locke comme : « l'état émotionnel agréable ou positif résultant de l'évaluation faite par une personne de son travail ou de ses expériences de travail ». (37) Weiss complète cette définition en y ajoutant une dimension cognitive (jugement que porte l'individu sur son travail), et une dimension conative qui en découle (effort fourni par l'individu afin de réduire l'insatisfaction). (38)

On observe un lien entre le niveau de satisfaction au travail et l'épuisement professionnel : plus le niveau de satisfaction du médecin est élevé, plus le degré d'épuisement est faible. Ce résultat attendu est concordant avec les autres études. (8,34) De nombreux paramètres influent sur la satisfaction au travail : des déterminants intrinsèques à l'activité (organisation de travail, possibilités d'accomplissement etc.) et des déterminants extrinsèques, liés aux conditions dans laquelle elle est réalisée (relationnel, salaire etc.). Hélène Dumesnil a soulevé plus spécifiquement que le manque de latitude décisionnelle est corrélé avec une diminution de l'accomplissement personnel. (8) Par ailleurs, Didier Truchot, dans le cadre d'un mémoire de psychologie, constate un lien entre une iniquité relationnelle perçue par les médecins généralistes et l'épuisement professionnel. (22) Lorsque le médecin juge ses relations équitables avec ses patients, il en ressent une satisfaction.

Sur les 215 médecins ayant répondu au questionnaire, plus de la moitié (52,2%) ont déjà envisagé de quitter la médecine libérale ou de se reconverter professionnellement. Cela représente une part énorme de l'échantillon, et cela peut inquiéter, à l'heure où il manque de médecins sur le territoire. On constate que le désir de transition professionnelle a considérablement augmenté ces dernières années,

quel que soit le métier. Selon l'observatoire des trajectoires professionnelles, un actif sur trois a connu une transition professionnelle en 2022. (39) Il semble donc que ce soit plutôt une tendance sociétale.

Il y a un lien significatif entre le fait d'avoir envisagé de « déplaquer » ou de se reconverter professionnellement avec les symptômes d'épuisement professionnel. Cela semble logique car l'épuisement professionnel entraîne des symptômes de lassitude cognitive et un désengagement de l'individu envers son travail. (29)

Cette relation souligne l'impact négatif de l'épuisement des médecins généralistes sur le système de santé. Wallace *et Al.* défendent l'idée de considérer l'état de bien-être des médecins comme indicateur de la qualité des soins de santé d'une organisation. (19) Il apparaît donc intéressant de mieux mesurer l'état de bien-être des médecins et d'intervenir afin d'améliorer leur santé et le système de soins en général.

4.4. Limites et forces de l'étude

Cette étude présente quelques limites. Tout d'abord, il n'a pas été possible de joindre largement les médecins de la région comme il était souhaité initialement par l'intermédiaire de l'URPS. La représentativité de la cohorte par rapport à la population de médecins généralistes des Hauts-de-France est ainsi limitée. Avec 215 réponses, l'étude manque de puissance, mais un nombre suffisant a quand même été atteint pour obtenir des résultats significatifs.

Ensuite, se pose la question d'un biais de sélection. En effet, les médecins ont répondu sur la base du volontariat. Les résultats pourraient être surestimés si les médecins touchés par l'épuisement professionnel se sentent plus concernés que les autres pour répondre à ce questionnaire. A l'inverse, il est possible qu'il y ait un « effet

du travailleur sain » (27) ou « biais des survivants », où les personnes en bonne santé répondent à l'intégralité du questionnaire alors que les sujets épuisés ne prennent pas ce temps.

Par ailleurs, il existe un biais d'évaluation car l'étude repose sur l'utilisation d'auto-questionnaires. Les résultats étant anonymes, les réponses sont néanmoins plus fidèles à la réalité.

Enfin, même si l'échelle de Maslach est largement validée, l'évaluation du niveau d'épuisement professionnel est sujet à discussion. Comment qualifier les individus qui présentent un « score modéré » ? Les résultats ne sont pas les mêmes si l'on attend un score élevé dans les trois catégories de l'échelle proposée par Maslach, ou si l'on prend l'interprétation proposée par Brenninkmeijer et Van Yperen. Ce questionnaire est toutefois très utilisé dans les études sur l'épuisement professionnel, il permet alors une bonne comparabilité et une bonne reproductibilité.

Pour aller plus loin, d'autres questions auraient pu être abordées. Par exemple l'aspect financier, qui peut être en partie responsable de troubles émotionnels ou psychologiques lorsqu'il y a un déséquilibre entre les efforts investis et la récompense reçue, aurait pu être un indicateur pertinent à mesurer. (40) En 2023, les médecins sont notamment demandeurs de revalorisation financière. (21)

Il aurait été intéressant aussi d'aborder la question du suivi médical des médecins généralistes. Au sein de l'échantillon de 427 médecins généralistes des Hauts-de-France inclus dans l'étude du Dr Carlier, seulement 24% avaient déclaré un médecin traitant autre qu'eux-mêmes. (7) Aux Etats-Unis, seulement 4 médecins sur 10 font appel à un médecin indépendant. (34) Le médecin traitant joue pourtant un rôle

essentiel dans le dépistage et la prise en charge de l'épuisement professionnel, notamment pour la coordination entre les différents acteurs des soins. (6)

Enfin, il aurait été pertinent de traiter la question des difficultés personnelles. En effet, comme le dit Pascal Molinier, travail et vie privée sont en concurrence et interagissent constamment. (35) Il est complexe d'oublier ses préoccupations personnelles en arrivant sur son lieu de travail. Lorsque les contrariétés et les responsabilités de la vie personnelle prennent de la place sur le temps de travail, on observe un déséquilibre pourvoyeur d'épuisement professionnel. (31)

5. CONCLUSION

Cette thèse s'inscrit dans un contexte de pénurie de médecins généralistes en France, où de plus en plus de territoires qualifiés de « déserts médicaux » sont recensés. L'objectif de cette étude est d'évaluer l'épuisement professionnel des médecins généralistes dans la région des Hauts-de-France et d'analyser l'influence de l'exercice en « désert médical ». Les médecins généralistes des Hauts-de-France ont été invités à répondre à un auto-questionnaire, anonyme, évaluant l'épuisement professionnel par l'échelle de *Maslach Burnout Inventory*.

Sur les 6 604 médecins généralistes actifs des Hauts-de-France, 215 ont répondu au questionnaire. Parmi eux, une large majorité exerçaient dans le Nord et le Pas-de-Calais, et 40% exerçaient en « désert médical ». Au total, 2,3% présentaient un syndrome complet d'épuisement professionnel, et 40% en avaient des signes partiels. Cette prévalence est non négligeable et semble similaire à celle des autres régions. Seulement 16,3% d'entre eux n'avaient aucun signe d'épuisement professionnel. Par ailleurs, la prévalence du syndrome complet d'épuisement professionnel est d'autant plus importante qu'ils travaillent dans un « désert médical ». En effet, 4,7% des médecins de ce sous-groupe présentaient ce syndrome et 48,8% en avaient des signes partiels.

L'état d'épuisement des médecins traduit une fragilité du système de soins. Des solutions sont donc à apporter, à commencer par un meilleur dépistage des souffrances des médecins pour apporter le cas échéant une prise en charge spécialisée et coordonnée. Une écoute téléphonique dédiée aux souffrances psychologiques des médecins, financée par le Conseil National de l'Ordre des

médecins, est accessible 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 afin de faciliter la bonne orientation. Ce numéro devrait être connu largement (0800 288 038).

6. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Morvan Y, Frajerman A, Kern L, Chaumette B. Santé psychique, mal-être, dépression et anxiété des étudiants : des chiffres et des humains ? Rev Québécoise Psychol. 2019;40(2):5-24.
2. ISNI, ISNAR-IMG, ANEMF, ISNCCA. Enquête santé mentale jeunes médecins [Internet]. Dossier de presse. 2017; [cité 26 juill 2023]. Disponible sur: <https://isni.fr/wp-content/uploads/2020/02/enquetesamentale.pdf>
3. ISNAR-IMG, ANEMF, ISNI. Dépression, burn-out, humiliation et harcèlement : la santé mentale des futurs médecins en danger ! [Internet]. Dossier de presse. 2021; [cité 26 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/DP-Sante-mentale2021-int.pdf>
4. Agnoletti MF, et Al. Psychologie du travail et des organisations : 110 notions clés. 2^e ed. Malakoff : Dunod; 2019.
5. Clumeck N, Delroisse S, Gozlan S, Mesters P, Pitchot W. Syndrome de fatigue professionnelle (burnout). Rev Med Liege. 2017;72(5):246-52.
6. Repérage et prise en charge cliniques du syndrome d'épuisement professionnel ou burnout [Internet]. Saint-Denis La Plaine : Haute Autorité de Santé; Mai 2017. Recommandation de bonne pratique. [cité 25 sept 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-05/dir56/rapport_elaboration_burnout.pdf
7. Carlier M. Réévaluation de l'état de santé des médecins généralistes des Hauts-de-France en 2020 et analyse en fonction de l'exercice en « désert médical ». [Thèse d'exercice]. Lille : Université de Médecine Henri Warembourg ; 2020. 90 p.
8. Dusmesnil H, Saliba-Serre B, Régi JC, Leopold Y, Verger P. Épuisement professionnel chez les médecins généralistes de ville : prévalence et déterminants. Santé Publique. 2009;21(4):355-64.

9. Picquendar G. Burnout des médecins généralistes hauts-normands : prévalence et facteurs associés [Thèse d'exercice]. [France]: Faculté de médecine et de pharmacie de Rouen; 2016. 57 p.
10. Tabone A. Évolution à 15 ans de la prévalence du syndrome d'épuisement professionnel chez les médecins généralistes de la Loire [Thèse d'exercice]. Grenoble : Université Grenoble Alpes; 2018. 36 p.
11. Déplaud MO. Instituer la « sélection » dans les facultés de médecine. Genèse et mise en œuvre du numerus clausus de médecine dans les années 68. Rev Hist Prot Soc. 2009;2(1):79-100.
12. Anguis M, Bergeat M, Pisarik J, Vergier N, Chaput H, Laffeter Q, et al. Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? Doss DRESS. mars 2021;(76):66.
13. Arnault DF. Atlas de la démographie médicale en France. France: Conseil National de l'Ordre des Médecins; 2023 p. 137.
14. Papon S. Bilan démographique 2022. In: Institut national de la statistique et des études économiques [Internet]. 2023 [cité 26 juill 2023]. p. 4. (Insee Première). Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6687000>
15. Guignon-Back N, Lery A. La situation démographique en 1971. Econ Stat. 1973;51(1):44-9.
16. Lancelot S. Le Quotidien du Médecin. [Internet] 2020 [cité 25 sept 2023]. Coronavirus : sept généralistes sur dix se sont organisés pour faire face à l'épidémie. Disponible sur: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/actu-medicale/societes-savantes/coronavirus-sept-generalistes-sur-dix-se-sont-organises-pour-faire-face-lepidemie>
17. Marques A. egora.fr. [Internet] 2021 [cité 23 oct 2023]. Aides conventionnelles pour les médecins : ce qui va changer dans la définition des zones sous-denses. Disponible sur: <https://www.egora.fr/actus-pro/demographie-medicale/69423-aides-conventionnelles-pour-les-medecins-ce-qui-va-changer-dans>

18. Agence Régionale de Santé. L'ARS Hauts-de-France élargit le « zonage médecins généralistes » et étend l'accès aux aides à l'installation [Internet]. 2022 [cité 26 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/lars-hauts-de-france-elargit-le-zonage-medecins-generalistes-et-etend-lacces-aux-aides>
19. Wallace JE, Lemaire JB, Ghali WA. Physician wellness: a missing quality indicator. *The Lancet*. 14 nov 2009;374(9702):1714-21.
20. Edwards N, Kornacki MJ, Silversin J. Unhappy doctors: what are the causes and what can be done? *The BMJ*. 6 avr 2002;324(7341):835-8.
21. Lonchampt S, Balavoine M. Médecine générale en France : au-delà de la crise, une évolution rapide. *Rev Med Suisse*. 2023;19:596-7.
22. Truchot D. Le burn-out des médecins généralistes : influence de l'iniquité perçue et de l'orientation communautaire. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. août 2009;167(6):422.
23. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *J Organ Behav*. 1981;2(2):99-113.
24. Giorgio MT. atousante.com. [Internet] 2023 [cité 22 nov 2023]. Le test d'inventaire de burn out de Maslach. Disponible sur : <https://www.atousante.com/risques-professionnels/sante-mentale/stress-professionnel/test-inventaire-burn-out-maslach-diagnostiquer-epuisement-professionnel/>
25. Bresó E, Salanova M, Schaufeli W. In Search of the "Third Dimension" of Burnout: Efficacy or Inefficacy? *Appl Psychol*. 1 juill 2007;56:460-78.
26. Lourel M, Gueguen N. Une méta-analyse de la mesure du burnout à l'aide de l'instrument MBI. *L'Encéphale*. 1 déc 2007;33(6):947-53.
27. Zawieja P. Chapitre III. La mesure du burn out. In Paris cedex 14: Presses Universitaires de France; 2021. p. 62-78. (Que sais-je ?; vol. 2e éd.).
28. Brenninkmeijer V, Van Yperen N. How to conduct research on burnout: Advantages and disadvantages of a unidimensional approach in burnout research.

Occup Environ Med. 1 juill 2003;60 Suppl 1:i16-20.

29. Martin M. Physician Well-Being: Physician Burnout. *FP Essent.* août 2018;471:11-5.

30. Delbrouck M. 3. Un burn-out spécifique du soignant. Tentative d'éclairage au niveau psychanalytique. Dans: *Le burn-out du soignant.* Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur; 2008. p. 43-67. (Oxalis; vol. 2e éd.).

31. Zawieja P. Chapitre IV. Déterminants et facteurs de risque de burn out. [Internet] In Paris cedex 14: Presses Universitaires de France; 2021. p. 79-94. (Que sais-je ?; vol. 2e éd.).

32. Beauregard N, Marchand A, Bilodeau J, Durand P, Demers A, Haines VY III. Gendered Pathways to Burnout: Results from the SALVEO Study. *Ann Work Expo Health.* 18 avr 2018;62(4):426-37.

33. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job Burnout. *Annu Rev Psychol.* févr 2001;52(1):397.

34. Delbrouck M. 5. La situation des médecins. In: *Le burn-out du soignant.* Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur; 2008. p. 101-37. (Oxalis; vol. 2e éd.).

35. Molinier P. Temps professionnel et temps personnel des travailleuses du care : perméabilité ou clivage ? *Temporalités Rev Sci Soc Hum.* 28 sept 2009 ;(9).

36. West CP, Dyrbye LN, Erwin PJ, Shanafelt TD. Interventions to prevent and reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet.* 5 nov 2016;388(10057):2272-81.

37. Castel D. Satisfaction au travail. Dans : *Psychologie du Travail et des Organisations : 110 notions clés.* Paris : Dunod; 2019. p. 390-3. (Univers Psy; vol. 2e éd.).

38. Weiss HM. Deconstructing job satisfaction: Separating evaluations, beliefs and affective experiences. *Hum Resour Manag Rev.* 1 juin 2002;12(2):173-94.

39. Fondation The Adecco Group, LHH, Groupe IGS, Laboratoire Innovation

Sociale et Performance d'Entreprise. 5ème édition de l'Observatoire des Trajectoires Professionnelles [Internet]. 2023 [cité 22 nov 2023]. Disponible sur: <https://www.groupe-adecco.fr/observatoire-des-trajectoires-professionnelles/#rapport>

40. Siegrist J. Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *J Occup Health Psychol.* janv 1996;1(1):27-41.

ANNEXES

Questionnaire :

Le syndrome d'épuisement professionnel chez les médecins généralistes des Hauts-de-France

Bonjour,

Dans le cadre de ma thèse de médecine générale, je vous propose un questionnaire dont l'objectif est d'évaluer le syndrome d'épuisement professionnel chez les médecins généralistes des Hauts-de-France, et cela selon l'exercice ou non en « désert médical ».

Pour y être éligible, vous devez être thésé en médecine générale et exercer dans les Hauts-de-France. Vous n'êtes pas concerné si vous exercez de manière exclusive un mode d'exercice particulier (homéopathe, ostéopathe etc.) ou pratiquez une activité spécifique exclusive (échographie, radiographie).

Ce questionnaire est anonyme et vous prendra moins de 5 minutes.

Merci pour le temps que vous y consacrerez !

• **Quel est votre sexe ?**

Homme

Femme

• **Quel âge avez-vous ?**

• **Votre situation familiale :**

Célibataire

En couple

• **Avez-vous des enfants ?**

OUI

NON

•

Quelle est votre activité principale ?

Libérale

Salariée

Mixte

•

Concernant votre temps de travail, vous travaillez à...

Temps-plein

Temps-partiel

•

Combien d'heures travaillez-vous en moyenne par semaine (consultations et administratif) ?

•

Dans quelle structure travaillez vous ?

Cabinet individuel

Cabinet de groupe

Maison de santé

•

Votre secrétariat est...

Physique

A distance

Mixte

Pas de secrétariat

•

Dans quel département travaillez-vous ?

•
Votre lieu de travail est-il considéré comme un "désert médical" ?

OUI

NON

•
Quelle type de zone ?

ZIP

ZAC

ZAR

•
Faites-vous des gardes ?

OUI

NON

•
Combien de gardes en moyenne effectuez-vous par an ?

•
Au cours d'une semaine de travail, en moyenne combien d'heures consacrez-vous à des loisirs ?

•
Combien de semaines de vacances prenez-vous par an ?

•
Etes-vous globalement satisfait de votre pratique ?

Pas du tout satisfait

Peu satisfait

Assez satisfait

Très satisfait

Commentaires :

Tapez votre texte ici

Commentaires libres :

Femme de 38 ans :

[Avez-vous déjà envisagé de déplaquer ou de vous reconvertir professionnellement ?]

« Oui, pour une activité moins stressante avec moins de charges et moins d'heures. »

Femme de 46 ans :

[Avez-vous déjà envisagé de déplaquer ou de vous reconvertir professionnellement ?]

« J'y ai pensé mais que peut-on faire d'autre au final. Tout ce que nous savons faire c'est de la médecine et nous avons mis 10 ans pour savoir le faire. »

Femme de 35 ans :

« Si la situation se dégrade avec convention CPAM / inflation / je ne veux pas travailler plus pour gagner dignement ma vie »

Homme de 43 ans :

« Pas envie de dévisser car travail de groupe dans une bonne ambiance, cela compense les tâches administratives ++ et flicage CPAM »

Homme de 62 ans :

« Variation de mes activités dans la formation, médecin coordinateur d'EHPAD »

Homme de 63 ans :

« Ce qui me "plombe" le plus, c'est le manque de considération de nos politiques qui ont laissé notre profession dépérir complètement, et ne s'attaquent pas au problème de fond que représente la pénurie de médecins ; au lieu de réduire le nombre, ils auraient dû le multiplier par deux !... Je me demande bien qui va me soigner quand je

ne saurai plus m'auto-suffire ! Le président Macron ne propose que des plâtres sur des jambes de bois ; avec lui, nous sommes sauvés.... Quelle calamité ! »

Homme de 40 ans :

« J'ai la chance de travailler en MSP qui me procure un bien être (je conseille...) »

Homme de 56 ans :

« Les sources de stress dans mon métier sont multiples. Certes, il y a la patientèle, les thérapeutiques, examens, conduites à tenir... mais aussi administratives, caisses d'assurance maladie avec des directives culpabilisantes, un ministère avec un manque de reconnaissance financier de notre travail. Applaudis hier, méprisés aujourd'hui. Je suis inquiet sur l'avenir de mon métier. »

Homme de 50 ans :

« Je vais me déconventionner ou quitter le pays tout simplement. La seule solution : le secteur 2 accessible pour les généralistes, et les installations suivront. »

Femme de 38 ans :

« J'aime mon travail, profondément. Je pense le faire correctement et souhaite continuer à travailler comme cela. Mais ce n'est plus compatible, éthiquement, financièrement, qualitativement parlant, avec ce que l'état veut nous imposer. Donc oui, je songe parfois à ce que je pourrais faire d'autre....

Si demain je dois travailler plus vite voire plus de monde, mal travailler, refaire des gardes de nuit, alors ce sera sans moi. »

Homme de 56 ans :

« J'ai encore le feu sacré et pense faire le plus beau métier du monde. Nous avons un rôle essentiel dans un monde en mutation profonde. Les défis sont immenses. Je ne me satisfais pas du tout de tous ces patients sans médecin et de la souffrance de beaucoup de mes confrères. Il y a beaucoup de ressentiment comme dans beaucoup d'autres professions. Le travail en MSP, comme MSU, et à la fac a un effet anti-*burn out* indéniable sur moi, même si parfois je sature. Je suis hyperactif !

L'équilibre de mon couple et de ma famille est une des dimensions essentielles de ma vie qui me porte tous les jours. »

Femme de 46 ans :

« C'est un travail fatiguant car demandant beaucoup de concentration, nous n'avons pas le droit à l'erreur et beaucoup d'investissement émotionnel, mais encore gratifiant. Je ne regrette pas d'être médecin généraliste, j'aimerais juste un peu plus de reconnaissance des pouvoirs publics. »

Homme de 63 ans :

« Il m'est arrivé parfois de songer à faire un autre métier, mais je n'avais pas vraiment envie de le faire. Dans votre questionnaire, vous n'évoquez pas les soucis personnels que nous pouvons avoir : j'ai une fille "psychotique" qui me préoccupe quotidiennement, et qui représente une charge encore plus lourde que mon travail quotidien, et pour laquelle je culpabilise parfois en me disant qu'elle aurait pu être en meilleure santé mentale si j'avais été plus présent au sein de ma famille. Par ailleurs, je mens un peu en disant que je ne fais pas de garde : notre secteur a arrêté de faire des gardes depuis la fin 2012 car ce n'était plus gérable, il fallait que l'on puisse dormir et récupérer un peu... par contre, je me suis inscrit pour des paires des gardes les week-end et jours fériés de temps à autre concernant les certificats de décès qui posent beaucoup de problèmes aux autorités (police...), ce qui me paraît être un comble pour un médecin : nous avons vocation à soigner des gens, pas spécialement à constater leur décès, même si cela fait partie de nos attributions. »

Homme de 30 ans :

« Jeune médecin fraîchement installé. Je suis surtout fatigué des demandes abusives de tous les acteurs qui nous entourent... de la CPAM qu'on a toujours du mal à joindre, aux bons de transports qu'on nous demande comme si on était de simples secrétaires... ou toutes les nouvelles réglementations qui rendent nos logiciels toujours plus lourds à manier !!! C'est devenu difficile de travailler sereinement, même si on essaye de se préserver... »

Femme de 35 ans :

« Tensions davantage liées aux contraintes administratives qu'aux patients (dernière phrase « j'ai l'impression que la sécu me rend responsable de certains des problèmes de mes patients ») »

Homme de 57 ans :

« C'est un beau métier mais je suis inquiet sur son avenir : études interminables, patients exigeants voir agressifs, toujours plus de contraintes des autorités de santé (CPAM, ARS, ministère) et pas beaucoup de considérations. 7 ans sans revalorisation ! On applaudit quand le Covid fait rage et on assassine la médecine libérale ensuite. »

Homme de 50 ans :

« Prendre du temps pour soi et limiter la charge administrative certains jours en cas de fatigue... savoir fermer plus tôt en cas de fatigue... »

Homme de 35 ans :

« Traité depuis 2 ans en contexte de *burn-out* (traitement médicamenteux + psychothérapie). Beaucoup de remise en question sur l'organisation du travail et sur les limites à imposer. »

Homme de 62 ans :

« J'aime mon métier et j'ai la chance de trouver des remplaçants qui me permettent de prendre des vacances régulièrement »

Homme de 61 ans :

« Je ne recommanderai plus jamais ce travail à un jeune. Beaucoup trop d'ingratitude, de solitude pour une reconnaissance financière lamentable. On confond ce métier avec un sacerdoce. Je prendrai ma retraite le jour où j'assisterai à la mort de la médecine générale. C'est pour bientôt..... »

Femme de 58 ans :

« Je suis un peu atypique car je viens de m'installer avec mon mari en médecine générale libérale depuis mai 2022. Après un parcours de salariée en PMI, une pause 5 ans pour figoler l'éducation de nos 6 enfants, un maintien en éveil avec la médecine de crèche de 2008 à 2022 et enfin le plongeon dans le grand bain de la médecine générale en mai 2022. Installation après un parcours du combattant : la construction d'un cabinet tout neuf pendant 2 ans et demi sur nos propres moyens. Je me suis installée pour organiser un cabinet de groupe avant de passer la main dans 10 ans.

Je suis enthousiaste mais je sens que je suis tellement investie dans le contact avec le patient, que je suis fatigable dans ce don de mon énergie si en face je sens du consumérisme médical de certains patients, certains jours.

Le poids de l'administratif est énorme et plombe les fins de journées, fins de semaines. Une semaine, je ne touchais plus terre, je me sentais stressée quasi anesthésiée, étourdie par le travail, au moment des ponts de mai paradoxalement. Profiter les week-ends et carburer deux fois plus, être prête à répondre à tout dans une ambiance de surcharge de travail : le pré *burn-out* me guetterait-il ? à certains moments ? »

Homme de 44 ans :

« Le fond du métier est formidable et valorisant, notamment sur le plan émotionnel. Mais la charge de travail induite est trop importante, et pas assez valorisée financièrement, notamment pour avoir accès aux aides nécessaires. »

Femme de 59 ans :

« Je suis installée depuis 30 années, la surcharge d'activité est pesante mais l'arrivée en novembre d'un jeune médecin qui me remplacera une journée par semaine et pendant les vacances scolaires et j'avoue aussi l'approche de la retraite dans moins de 5 années me permettent de tenir le coup. »

Homme de 61 ans :

« Les seuls moments intéressants résident dans la FMC. Je travaille sans plaisir ni déplaisir majeur (disons par habitude). Je fais le boulot je pense correctement, mais sans m'investir. La seule motivation qui me tienne c'est de maintenir mon revenu, de préparer ma retraite... Dès que possible je ferai valoir mes droits et garderai une activité libérale dans les limites actuelles exonérées de charges pendant trois ou quatre ans, selon mes calculs 3 heures par jour devraient me suffire. Je déconseille fortement aux jeunes diplômés de débiter dans cette profession... »

Femme de 27 ans :

« Je travaille beaucoup en amplitude horaire (11h/j) à mon sens mais peu en termes de consultations (à peine une vingtaine de 15 à 30 min par jour) car j'aime ce que je fais et ce que j'apporte à mes patients. Je pense toujours à eux et à ce que je peux leur apporter donc ça demande beaucoup d'investissement, encore plus quand les

spécialistes désertent le territoire et que prendre un avis pour un patient peut très vite devenir chronophage au téléphone. Je crois beaucoup en l'image du médecin traitant accompagnant son patient tout au long de sa vie. Je regrette qu'il soit très difficile pour pleins de patients du territoire de se faire soigner correctement et on se retrouve parfois face à des situations dramatiques. C'est ce qui me frustre le plus aujourd'hui dans mon travail : ne pas être capable de soigner aussi bien mes patients et ceux qui en ont besoin comme cela se devrait, de même que le manque de reconnaissance de notre travail réalisé pour nos patients à côté des consultations par les hautes instances, tout comme la surcharge administrative qui traduit parfois un malaise global de la population (arrêts de travail notamment). »

Femme de 41 ans :

« Je me sens plutôt bien dans mon travail mais insuffisamment rémunéré avec beaucoup de charges, et beaucoup de travail administratif non reconnu. Ça force à prendre suffisamment de patients pour être viable. Je sais dire non et mettre des limites maintenant : dans la durée des consultations et les nouveaux patients paient. Je me sens mieux, plus sereine. Je ne travaille pas le mercredi = break. »

Homme de 51 ans :

« Arrêt du libéral fin septembre 2023 après 21 ans d'exercice. »

Homme de 60 ans :

« Résultat d'être médecin généraliste : un divorce, pas vu grandir mes filles. Ma première est à Paris en finance, la seconde sera anesthésiste dans le sud de la France. Je n'ai pas réussi ma vie personnelle, et professionnelle non plus. Cordialement. »

Femme de 61 ans :

« Limite *burn-out* il y a 22 ans. J'ai pu changer ma façon de travailler. D'où ce questionnaire plus positif aujourd'hui. »

Homme de 50 ans :

« Je suis en reconversion professionnelle parce que je ne supporte plus ce système de soins. Installé seul, je ne prends plus de nouveaux patients et je gère mes vieux patients qui me suivent depuis 27 ans...

Bon courage pour ce travail de thèse. Et surtout bon courage pour l'avenir dans cette profession sinistrée par la froideur des administratifs et l'incurie des politiques...

Vous êtes l'avenir de la profession, les jeunes... »

Femme de 36 ans :

« Arrêt pour *burn-out* en mai pendant 1 mois. Aggravation progressive, les patients sont des consommateurs de soins, ils n'ont plus aucun respect pour le médecin. Exigeants d'être reçus, ne viennent pas et n'annulent pas leur RDV, se pointent avec leur liste de demandes de plus en plus nombreuses et de commissions... "je veux, je veux, je veux". Aucune considération du gouvernement et revalorisation de 1,50€ vécue comme un mépris total de notre dévouement. Réflexion reconversion... »

Femme de 60 ans :

« Cela dépend des jours. Quelquefois j'ai peur de ne plus pouvoir être à l'écoute et d'être un mauvais médecin. Quand cela arrive je sais qu'il faut que je fasse une pause car cela ne me ressemble pas. Les patients m'aiment bien je pense et il y en a certains que je connais très bien et me valorisent. Ça fait du bien au moral. »

Homme de 53 ans :

« Si les remplaçants pouvaient travailler se serait plus facile. »

Homme de 61 ans :

« Métier très prenant, les mercis sont réconfortants. Juste ça. »

Femme de 39 ans :

« Merci de vous intéresser à ce problème. Pour moi, le plus difficile est : le manque de considération et de connaissance de notre travail qu'ont les politiques, les réformes en cours qui vont dégrader notre pratique quotidienne (administratif, responsabilités, ROSP non vérifiables, protocole de MSP...) et les demandes des patients sans médecin traitant. »

Homme de 43 ans :

« Je pense que ce questionnaire n'est pas bien fait. En fait pour quasiment chaque réponse c'est tous les jours un peu. On ne peut pas discerner les quelques consultations qui nous aident à nous sentir utiles chaque jour et celles qui nous frustrer. Mon problème à moi réside dans le fait que la frustration a pris le pas sur tout le reste, d'où ma reconversion qui est en cours. Si j'avais su ça il y a 25 ans, j'aurais fait autre chose. »

Femme de 45 ans :

« Trop de demandes et pas assez de temps pour tout gérer convenablement en une journée. Et la fatigue de fin de journée ne permet pas de faire plus. Se sentir juste comme un service instantané, un drive, ne plus être autant respectée. Beaucoup de choses pèsent. Et l'administratif qui s'alourdit : le dématérialisé avec des outils qui plantent ou rament et sont plus chronophages qu'un CERFA papier, les spécialistes qui reportent bon nombre de prescriptions sur le généraliste : duplicata d'ordonnance, bon de transport, traitement... Le médecin généraliste devient le larbin des uns et des autres. Et la perte de notre autonomie, de notre liberté de diagnostic et de prescriptions, bref, la profession prend un virage qui ne me plaît pas. »

Homme de 59 ans :

« Récidiviste 2013, 2021... et maintenant »

Femme de 35 ans :

« Bon courage pour l'interprétation et la rédaction de ton travail. C'est intéressant ! Bienvenue en Médecine Générale, superbe métier mais qui m'empêche encore trop souvent de dormir... »

AUTEUR : Nom : NÉNY – VAN HEDDEGEM

Prénom : Gabrielle

Date de soutenance : 11 janvier 2024

Titre de la thèse : Évaluation de l'épuisement professionnel des médecins généralistes des Hauts-de-France en 2023 et analyse selon l'exercice en « désert médical ».

Thèse - Médecine - Lille « 2024 »

Cadre de classement : Médecine Générale

DES : Médecine Générale

Mots-clés : Médecins généralistes, épuisement professionnel, zone médicalement sous-équipée.

Résumé :

Contexte :

Les conséquences du *Numerus Clausus* et de la faible attractivité de la médecine générale se font sentir en France en 2023. Les Hauts-de-France comptent de nombreux territoires qualifiés de « déserts médicaux ». De plus, le métier de médecin voit une augmentation de ses exigences et de ses contraintes dues aux progrès de la médecine. Les médecins expriment un manque de reconnaissance et demandent une amélioration de leurs conditions de travail. Ces facteurs exposent les médecins à un plus haut risque d'épuisement professionnel.

Les médecins généralistes des HdF ont-ils des signes d'épuisement professionnel ? L'exercice en « désert médical » a-t-il un impact sur l'épuisement professionnel ?

Matériels et méthodes :

Un questionnaire a été diffusé aux médecins généralistes des HdF, entre mars et octobre 2023. Outre des questions socio-démographiques et professionnelles, il consiste en une auto-évaluation de l'épuisement professionnel, via l'échelle MBI. Pour chaque dimension de l'échelle, un score a été calculé permettant de catégoriser le degré de symptomatologie. Les résultats ont ensuite été comparés à la population de médecins exerçant en « désert médical ».

Résultats :

Parmi les 215 médecins généralistes ayant répondu, la majorité exercent dans le Nord (48,4%) et le Pas-de-Calais (46,0%) et 40% travaillent dans un « désert médical ». 2,3% ont un syndrome complet d'épuisement professionnel, et 40% en ont des signes partiels. Seulement 16,3% ne présentent aucun signe. Il y a un lien significatif entre les symptômes d'épuisement professionnel et l'exercice en « désert médical » (degré d'épuisement 3/6 vs 2/6, $p < 0,0001$).

Conclusion :

La prévalence de l'EP chez les médecins généralistes des HdF est non négligeable et est d'autant plus importante qu'ils travaillent dans un « désert médical ». Cela traduit une fragilité du système de soins.

Composition du Jury :

Président : Pr Sophie FANTONI-QUINTON

Asseseurs : Dr Jan BARAN

Directeur de thèse : Dr Marion HENDRICKX