

UNIVERSITÉ DE LILLE
UFR3S-MÉDECINE
Année : 2026

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

**Burnout : étude quantitative sur la prise en charge en 2025 dans les
cabinets de médecine générale du Nord-Pas-de-Calais**

Présentée et soutenue publiquement le 2 juillet 2026 à 14H
au *Pôle Formation*
par **Valentine BAERT**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Guillaume VAIVA

Assesseurs :

Monsieur le Docteur Teddy RICHEBE

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Olivier BERL

Avertissement

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

Sigles

ALD	Affection Longue Durée
ANACT	Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail
ARS	Agence Régionale de Santé
AT - MP	Accident du Travail – Maladie Professionnelle
BAT	<i>Burnout Assessment Tool</i>
BBI	<i>Bergen Burnout Inventory</i>
BDI	<i>Beck Depression Inventory</i>
BM	<i>Burnout Measure</i>
CBD	Cannabidiol
CBI	<i>Copenhagen Burnout Inventory</i>
CCPP	Centres de Consultations de Pathologie Professionnelle
CIM	Classification Internationale des Maladies
CMP	Centre Médico Psychologique
CNOM	Conseil National de l'Ordre des Médecins
CRRMP	Comités Régionaux de Reconnaissance des Maladies Professionnelles
CSS	Complémentaire Santé Solidaire
DGT	Direction Générale du Travail
DPO	Délégué à la Protection des Données
DSM-5	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – 5</i>
GAD-7	<i>Generalized Anxiety Disorder – 7</i>
HAD	<i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i>
HAS	Haute autorité de Santé
INRS	Institut National de Recherche et de Sécurité
IP	Incapacité Permanente

IPP	Incapacité Permanente Partielle
ISRS	Inhibiteur Sélectif de la Recapture de la Sérotonine
MADRS	<i>Montgomery-Asberg Depression Rating Scale</i>
MBI	<i>Maslach Burnout Inventory</i>
MBI-ES	<i>Maslach Burnout Inventory – Educators Survey</i>
MBI-GS	<i>Maslach Burnout Inventory – General Survey</i>
MBI-HSS	<i>Maslach Burnout Inventory – Human Service Survey</i>
MCP	Maladie à Caractère Professionnel
MINI	<i>Mini-international neuropsychiatric interview</i>
MSP	Maison Santé Pluriprofessionnelle
OIT	Organisation Internationale du Travail
OLBI	<i>Oldenburg Burnout Inventory</i>
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PHQ-9	<i>Patient Health Questionnaire – 9</i>
RGPD	Règlement Général sur la Protection des Données
RQTH	Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé
SMBM	<i>Shirom-Melamed Burnout Measure</i>
SPLT	Souffrance Psychique en Lien avec le Travail
SSPT	Syndrome de Stress Post-Traumatique
TCC	Thérapie Cognitivo Comportementale
TMS	Troubles Musculo Squelettiques

Sommaire

Avertissement.....	2
Sigles.....	3
Sommaire	5
Introduction.....	7
1 Introduction générale.....	7
2 Epidémiologie.....	8
3 Facteurs de risque.....	8
4 Expression clinique.....	9
5 Prise en charge du burnout	10
5.1 Evaluation du burnout.....	10
5.2 Evaluation du retentissement psychique et des diagnostics différentiels	11
5.3 Prise en soin.....	11
5.3.1 L'arrêt de travail	12
5.3.2 Prescriptions médicamenteuses	12
5.3.3 Déclaration en accident de travail ou en maladie professionnelle.....	13
5.3.4 Suivi	13
5.3.5 Recours à d'autres professionnels.....	14
6 L'étude Héraclès [53,54].....	17
Matériel et méthodes	18
1 Population étudiée.....	18
2 Type d'étude.....	18
3 Critères d'inclusion et d'exclusion	18
4 Méthode de diffusion et recueil des données	18
5 Analyse des données	19
6 Cadre réglementaire.....	19
Résultats.....	20
1 Analyses univariées.....	20
1.1 Caractéristiques des médecins interrogés.....	20
1.2 Description des pratiques en matière d'évaluation du burnout	22
1.3 Rédaction d'un arrêt de travail.....	24
1.4 Prescriptions médicamenteuses.....	26
1.5 Déclaration en accident de travail ou en maladie professionnelle	27

1.6	Suivi.....	28
1.7	Orientation	29
2	Analyses bivariées concernant les pratiques des médecins en fonction de leurs caractéristiques	30
2.1	Sexe	30
2.2	Age	31
2.3	Mode d'exercice	33
2.4	Type d'exercice	34
	Discussion	35
1	Principaux résultats	35
2	Discussion des résultats	36
2.1	Evaluation du burnout.....	36
2.2	Arrêt de travail	36
2.3	Prescriptions médicamenteuses.....	37
2.4	Déclaration en accident de travail ou en maladie professionnelle	37
2.5	Suivi.....	38
2.6	Orientation du patient	38
3	Discussion de la méthode	39
3.1	Forces de l'étude	39
3.2	Limites de l'étude.....	39
4	Perspectives.....	40
	Conclusion.....	41
	Liste des tables.....	42
	Liste des figures	43
	Références	44
	Annexe 1	50
	Annexe 2	52
	Annexe 3	55

Introduction

1 Introduction générale

L'épuisement professionnel (ou burnout) s'impose désormais comme un sujet de plus en plus prépondérant dans les échanges, qu'ils relèvent de la sphère privée ou du cadre médical. Sa prévalence est difficile à quantifier en raison de l'absence de reconnaissance officielle en tant que maladie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). En France, il est intégré dans le concept de Souffrance Psychique en Lien avec le Travail (SPLT). En revanche, il est décrit dans la dernière classification internationale des maladies (CIM-11) adoptée en 2019 et entrée en vigueur en 2022 [1].

La CIM-11 le définit ainsi : « *L'épuisement professionnel est un syndrome conceptualisé comme résultant d'un stress professionnel chronique qui n'a pas été géré avec succès. Il se caractérise par trois dimensions :*

- 1) des sentiments d'épuisement ou de fatigue ;*
- 2) une distance mentale accrue par rapport à son travail, ou des sentiments de négativisme ou de cynisme liés à son travail ;*
- 3) un sentiment d'inefficacité et de manque d'accomplissement.*

Le burnout se réfère spécifiquement à des phénomènes dans le contexte professionnel et ne devrait pas être appliqué pour décrire des expériences dans d'autres domaines de la vie. »

La SPLT représente le premier groupe de pathologies à caractère professionnel signalé chez la femme, le deuxième chez l'homme après les troubles musculosquelettiques. Son coût est majeur, estimé à 230 millions d'euros dans la branche Accident du Travail-Maladie Professionnelle (AT-MP) de la sécurité sociale en 2016 [2].

Le choix de consacrer ce travail de thèse à cette thématique découle d'un constat de terrain : il s'agit d'un motif de consultation fréquemment rencontré au cours de la pratique de médecin de premier recours, et notamment durant l'internat. Pourtant, force est de constater que cette problématique reste globalement peu abordée au cours du cursus initial des études médicales. Il s'agit néanmoins d'un enjeu de santé publique majeur dont la prévalence est susceptible d'augmenter dans les années à venir, notamment en raison de la diversification et de la complexification croissante des métiers.

L'objectif principal de ce travail de thèse est d'analyser les pratiques des médecins généralistes dans la prise en charge de ce motif de consultation, à travers l'évaluation clinique, la prescription d'un arrêt de travail, l'initiation d'un traitement médicamenteux, les démarches en déclaration en accident de travail ou en maladie professionnelle, ainsi que le suivi et l'orientation vers d'autres professionnels de santé. Ce travail vient compléter les nombreuses études qualitatives déjà réalisées.

Les objectifs secondaires sont :

- D'analyser les motifs renseignés par les médecins lors de la prescription d'un arrêt de travail, et plus particulièrement de déterminer s'ils utilisent une qualification en lien avec l'activité professionnelle du patient ;

- D'évaluer si les médecins recourent au dispositif « mon soutien psy » lorsqu'ils orientent leurs patients vers un psychologue ;
- D'analyser l'influence des caractéristiques du médecin généraliste sur la prise en charge du burnout.

2 Epidémiologie

Selon Santé Publique France [2], 2% des salariés ont une SPLT. Les affections psychiatriques sont la première cause d'invalidité et sont à l'origine de 35 à 45% de l'absentéisme au travail. Le taux des pensées suicidaires au cours de l'année 2017 parmi les actifs est estimé à 3.8%.

Selon une étude transversale menée dans le cadre du programme de surveillance des Maladies à Caractère Professionnel (MCP) publiée en 2024 [3], la SPLT est représentée majoritairement par des troubles anxieux et des troubles dépressifs mixtes. La prévalence de la SPLT est deux fois plus élevée chez la femme. Elle était, en 2019, deux fois supérieure à celle de 2007 de par la dégradation des conditions de travail et à cause d'une médiatisation croissante du phénomène. Elle concerne 5.9% des femmes en 2019 contre 2.6% des hommes.

Les secteurs d'activité qui font l'objet de sur-notification statistiquement significative de pathologies psychiques sont : la santé (13.4%), la finance (5.9%), l'administration (5.7%) et les « autres services » (6.2%) [4].

3 Facteurs de risque

D'une part, on distingue les facteurs de risque psychosociaux, c'est-à-dire liés au travail. Il en existe six grandes familles.

1. Les exigences au travail : la surcharge ou sous-charge de travail, la pression temporelle, des objectifs flous ou inatteignables
2. Les exigences émotionnelles : la relation à la clientèle, la gestion des émotions, l'exposition à la souffrance
3. Le manque d'autonomie : l'absence de marge de manœuvre, le manque de valorisation et de confiance avec contrôle excessif du travailleur
4. Des rapports sociaux dégradés : des conflits, l'isolement, l'absence de soutien hiérarchique ou des collègues, la dégradation des relations de travail, une faible cohésion d'équipe, le manque de reconnaissance
5. Des conflits de valeurs : un sentiment d'incohérence entre le travail demandé et ses propres valeurs professionnelles
6. Une insécurité socio-économique : la crainte de la perte d'emploi.

Certaines professions sont plus exposées à ces facteurs de risque du fait de la nature de leur travail ou de l'endroit et de la façon dont l'activité est exercée [5] (ex : agents de santé, travailleurs humanitaires, personnel du service des urgences...).

D'autre part, d'autres facteurs de risque ont été mis en évidence. Des études [6] rapportent une association entre des caractéristiques personnelles (traits de personnalité)

et le risque de développer un syndrome d'épuisement professionnel (ex : affectivité négative, antécédents dépressifs). Il est à noter que les effets de l'âge et de l'expérience varient selon les études.

4 Expression clinique

Les symptômes de l'épuisement professionnel sont peu spécifiques et diversifiés, rendant le diagnostic parfois complexe :

- **Symptômes psychiques** : épuisement émotionnel, labilité émotionnelle, absence d'émotion, irritabilité, agressivité, incertitude, anxiété, panique, dépression, démotivation ;
- **Symptômes corporels** : fatigue, incapacité à se reposer et à récupérer, troubles du sommeil, prise ou perte soudaine de poids, troubles musculosquelettiques, symptômes végétatifs (troubles digestifs, maux multiples de ventre, de dos, de nuque, de dents, de tête et autres), vulnérabilité accrue aux infections ;
- **Symptômes cognitifs** : troubles de l'attention, troubles de la concentration, troubles de la mémoire, indécision, flexibilité intellectuelle réduite ;
- **Changements de comportement** : repliement sur soi, voire isolement social, comportement agressif, dépendance, diminution de l'empathie, ressentiment et hostilité à l'égard des collaborateurs, tendance à avoir plus d'accidents, moindre résistance au stress ;
- **Manifestations motivationnelles ou liées à l'attitude** : désengagement progressif, baisse de motivation au travail ou du moral, effritement des valeurs associées au travail, doute de ses propres compétences, remise en cause professionnelle, dévalorisation, absences répétées au travail, diminution des performances.

A ce jour, les études n'ont pas identifié de biomarqueurs associés au burnout [7]. Mais la revue systématique de Bakusic et al. [8] suggère que des mécanismes épigénétiques observés en cas de stress, de burnout et de dépression joueraient un rôle crucial dans le développement des troubles psychiatriques. Ces mécanismes cibleraient des gènes impliqués dans la fonction de l'axe hypothalamo hypophyso adrénocorticotrope [9] ou dans une dysrégulation à long terme du processus neuronal. Des études doivent encore être menées afin de confirmer cette hypothèse.

5 Prise en charge du burnout

5.1 Evaluation du burnout

Une étude belge menée par le Pr Hansez [10] a mis en évidence, en consultation de médecine générale, l'intérêt d'une utilisation conjointe de deux outils diagnostiques : le jugement clinique du professionnel appuyé par une fiche de détection précoce du burnout [11] ainsi qu'un questionnaire d'autoévaluation rempli par le patient.

Dans leur article, Korczak et al. [12] concluent à un diagnostic non pas standardisé, mais réalisé à l'appréciation du médecin à partir d'un ensemble de signes cliniques, après exclusion des diagnostics différentiels.

Parmi les questionnaires d'autoévaluation, le plus cité est le Maslach Burnout Inventory (MBI) (Annexe 1). C'est le questionnaire scientifiquement validé, le plus utilisé dans la littérature [13]. Il permet de guider l'entretien sans pour autant réaliser un diagnostic individuel. Il est décliné en 3 versions :

- Une version MBI-HSS (Human Service Survey) pour les professions d'aide et de soins ;
- Une version MBI-ES (Educators Survey) pour les professions de l'enseignement et de la formation ;
- Une version MBI-GS (General Survey) applicable à tous les professionnels.

Il présente cependant quelques limites [6] :

- La place de la réduction de l'accomplissement personnel est de plus en plus remise en cause dans l'évaluation du burnout. Selon certains auteurs [14], la définition du burnout s'est construite autour de cette évaluation mais l'accomplissement personnel jouerait un rôle dans l'étiologie et ne devrait pas être considéré comme une dimension du syndrome. D'autres auteurs [15] considèrent qu'il faudrait utiliser des échelles spécifiques pour mesurer l'inefficacité plutôt que de mesurer le manque d'efficacité ;
- Les seuils de score sont spécifiques à chaque pays et non validés à visée diagnostique ;
- Les résultats sont très variables sur les items de la déshumanisation et le manque d'efficacité professionnelle ;
- Il n'explore pas la gravité clinique des symptômes ;
- La version MBI-GS ne prend pas en compte les caractéristiques de chaque population.

D'autres questionnaires permettent d'explorer les autres dimensions du burnout parmi lesquels :

- L'Oldenburg Burnout Inventory (OLBI) qui évalue l'épuisement et le désengagement ;
- Le Shirom-Melamed Burnout Measure (SMBM) qui évalue la fatigue physique, l'épuisement émotionnel et la fatigue cognitive ;
- Le Copenhagen Burnout Inventory (CBI) qui évalue l'épuisement physique et psychologique ;
- Le Bergen Burnout Inventory (BBI) qui évalue l'épuisement au travail, le cynisme au travers du sens donné au travail et l'inadéquation au travail ;
- Le Burnout Measure (BM) qui évalue l'épuisement physique, émotionnel et mental.

Aucun de ces tests n'est un outil diagnostique. Dans son rapport de 2017 sur le repérage et la prise en charge clinique du syndrome d'épuisement professionnel, la Haute Autorité de Santé (HAS) [6] conseille pour le repérage individuel de s'appuyer sur l'analyse des manifestations cliniques, des conditions de travail ainsi que sur d'éventuels facteurs de susceptibilité individuelle. Les questionnaires type MBI ne devraient servir qu'à guider l'entretien. Les autres outils de mesure permettent en complément du MBI d'évaluer les trois dimensions du burnout dans les différentes populations.

D'autres outils sont en cours de développement comme l'outil Burnout Assessment Tool (BAT) [16] pour répondre aux limites du MBI.

5.2 Evaluation du retentissement psychique et des diagnostics différentiels

Dans son guide de bonnes pratiques, la HAS [6] rappelle que la démarche diagnostique doit rechercher des éventuelles pathologies sous-jacentes : trouble de l'adaptation, trouble anxieux, trouble dépressif, état de stress post-traumatique. Le bilan somatique doit être guidé par la symptomatologie.

Il n'existe pas d'outil validé ce jour, pour faire un diagnostic différentiel [12]. Or, la distinction entre burnout et syndrome dépressif semble parfois confuse. S'agit-il d'une dimension possible du burnout ou d'un diagnostic complètement distinct ?

Des études [17] ont montré que des personnes souffrant d'épuisement professionnel ne souffraient pas systématiquement de syndrome dépressif et inversement. Les deux syndromes pourraient coexister. Certains auteurs suggèrent que le burnout sévère serait une étape intermédiaire dans le développement de la dépression caractérisée ou à l'inverse, des troubles dépressifs préexistants pourraient évoluer en burnout.

Selon une revue de la littérature publiée par Bianchi et al. [18] en 2015, une relation causale circulaire existerait entre burnout et dépression. Le burnout est spécifiquement associé au travail, mais les dimensions concernant l'engagement dans le travail sont également corrélés aux dimensions de la dépression. Les facteurs de vulnérabilité à la dépression prédisposent également au burnout ; des études complémentaires sont donc nécessaires pour définir leurs chevauchements.

Les mêmes auteurs suggèrent dans une autre étude [19] que l'épuisement émotionnel, dimension au cœur du burnout, serait une réponse à un environnement de travail néfaste plutôt qu'une composante d'une entité distincte de la dépression. Le burnout se serait construit comme une « vision psychosociale de la dépression ».

Une relation causale circulaire existerait donc entre les deux mais les études évaluant cette relation sont hétérogènes.

5.3 Prise en soin

Il n'existe, à ce jour, aucun protocole standardisé unique dans la prise en charge des troubles psychiques en lien avec le travail et applicable aux médecins généralistes.

Dans son rapport de 2016, l'Académie nationale de médecine [14] explique que la prise en charge d'une personne en état de « dépression d'épuisement » associe : éloignement du travail (malgré le risque de difficultés au retour), une thérapeutique médicamenteuse antidépressive et une psychothérapie de reconstruction émotionnelle et de l'estime de soi.

5.3.1 L'arrêt de travail

5.3.1.1 Généralités

La prescription d'un arrêt est le plus souvent nécessaire, permettant le repos, la reconstruction identitaire, la réflexion et la renaissance du désir de travailler avec la possibilité de retour à l'emploi. Il permet de diminuer l'épuisement émotionnel [20]. En fonction de la sévérité, un arrêt maladie allant jusqu'à 2 ou 3 mois peut être nécessaire [21]. Selon une étude belge [22], l'arrêt de travail serait de 10 mois en moyenne ; 80% des patients se situant entre 5 et 11 mois.

5.3.1.2 Motif de l'arrêt

Selon le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM), le médecin rédacteur de l'arrêt de travail est tenu de mentionner les éléments d'ordre médical justifiant l'interruption de travail, selon l'article L162-4-4 du code de la sécurité sociale. Cependant, ces justifications ne peuvent entrer en contradiction avec le respect de la vie privée des patients. Le médecin n'est pas tenu d'indiquer un diagnostic, mais seulement de préciser les éléments cliniques constatés. Il ne faut pas aller au-delà des constatations médicales effectuées et éviter de mettre en cause des tiers sur la foi des déclarations du patient.

Selon l'article R4127-28 du Code de la Santé Publique [23] : « La délivrance d'un rapport tendancieux ou d'un certificat de complaisance est interdite ».

Dans un arrêt du 28 mai 2024, le Conseil d'Etat s'est prononcé sur la contestation par un employeur du motif d'arrêt de travail mentionnant explicitement un burnout, en se fondant sur l'article 74127-28 du code de la santé publique. Le conseil a conclu que le constat d'un syndrome d'épuisement professionnel, sans disposer de l'analyse des conditions de travail du salarié émanant notamment du médecin du travail, ne saurait caractériser l'établissement d'un certificat tendancieux ou de complaisance au sens des dispositions de l'article R. 4121628 du code de la santé publique.

En définitive, il semble délicat, en l'absence de reconnaissance officielle du burnout en tant que maladie, de le mentionner directement dans le motif d'arrêt de travail.

5.3.2 Prescriptions médicamenteuses

Le rapport de l'Académie de Médecine de 2016 [14] constate que le recours aux antidépresseurs (notamment les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine ou ISRS) et aux anxiolytiques est souvent la solution choisie alors que le burnout ne semble ni être une dépression ni un syndrome de stress post-traumatique (SSPT) stricto-sensu. Les auteurs recommandent que d'autres traitements mieux adaptés à une « forme subclinique de dépression/SSPT » soient développés.

Selon les recommandations françaises [6] les antidépresseurs ne doivent être prescrits que lorsqu'un épisode dépressif caractérisé ou un trouble anxieux est mis en évidence et en favorisant les sérotoninergiques. Une étude prospective publiée en 2015 par Madsen et al. [24] a montré qu'un burnout considéré comme sévère (score supérieur à 50 au CBI) était associé à une augmentation de l'utilisation d'antidépresseurs au cours de la période de suivi. Une autre étude [25] suggère une efficacité des antidépresseurs dans cette indication.

Une étude publiée en 2025 par Russo et Parker [26] suggère un effet du cannabidiol (CBD) sur la réduction de l'épuisement professionnel et émotionnel. Cependant, elle présente de nombreuses limites (étude unicentrique avec une seule dose testée, sans double aveugle avec placebo et durée de suivi courte de 28 jours) ; des essais contrôlés randomisés sont donc nécessaires pour confirmer cette hypothèse.

D'autres thérapeutiques sont prescrites, mais il existe très peu d'études à leur sujet.

5.3.3 Déclaration en accident de travail ou en maladie professionnelle

5.3.3.1 Déclaration en accident de travail

Elle nécessite la réunion de plusieurs critères [27] : un évènement survenu à une date précise, soudain, occasionnant une lésion corporelle ou psychique et se déroulant au cours ou à l'occasion de l'activité professionnelle (ex : crise d'anxiété survenant sur le lieu de travail après une altercation). Si le trouble psychologique est apparu progressivement, il ne peut pas y avoir de reconnaissance au titre d'un accident de travail.

5.3.3.2 Déclaration en maladie professionnelle

Il n'existe pas de tableau de maladie professionnelle mentionnant spécifiquement l'épuisement professionnel. L'article 27 de la loi n°2015-994 du 17 août 2015 relative au dialogue social et à l'emploi (loi « Rebsamen ») a étendu la reconnaissance en maladie professionnelle aux pathologies psychiques. Le burnout ne peut pas directement être reconnu en maladie professionnelle, mais la réglementation permet la reconnaissance d'affections psychiatriques caractérisées telles que l'épisode dépressif majeur, le trouble anxieux généralisé, l'état de stress post-traumatique complexe. Ainsi, 3 596 demandes de reconnaissance en maladie professionnelle pour affections psychiques ont été faites en 2022 dont près de la moitié ont eu un avis favorable [28].

La reconnaissance hors tableau est possible si : « cette affection est essentiellement et directement causée par le travail habituel de la victime et entraîne le décès de celle-ci ou une incapacité permanente d'un taux supérieur à 25% » (article L. 461-1 alinéa 7 du code de la sécurité sociale). Pour un travailleur salarié : une expertise est réalisée par des comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP) avec la possibilité pour le médecin conseil de la caisse ou pour le comité de recueillir l'avis d'un psychiatre (article D. 461-27 du code de la sécurité sociale). Pour un agent de la fonction publique : l'expertise est réalisée par la commission de réforme qui se substitue au CRRMP [29].

Le rapport de la mission d'information relative au syndrome d'épuisement professionnel datant de février 2017 [30] proposait l'expérimentation de l'abaissement du taux d'incapacité permanente (IP) nécessaire à la reconnaissance en maladie professionnelle à 10% voire à sa suppression pour les maladies psychiques.

5.3.4 Suivi

Selon la méta-analyse de Lang et al. publiée en 2012 [31], il existerait un lien entre les risques psychosociaux liés au travail et le développement de troubles musculosquelettiques (TMS). Elle montre un effet significatif du faible soutien social et les TMS des membres inférieurs, de la forte tension au travail sur les TMS du cou et des épaules, ainsi que de la forte monotonie au travail sur les TMS des membres supérieurs.

La revue systématique de la littérature de Deligkaris et al. publiée en 2014 [32] montre une forte association entre le burnout et la détérioration des fonctions cognitives majeures mesurées par des tests psychométriques (mémoire, attention, fonctions exécutives).

La revue systématique de la littérature de Salvagioni et al. publiée en 2017 [33] montre une relation entre épuisement professionnel et :

- Des conséquences physiques : diabète de type 2, maladie coronarienne, hospitalisation pour troubles cardio-vasculaires, douleurs musculosquelettiques, modifications de la perception de la douleur, fatigue prolongée, céphalées, troubles gastro-intestinaux, problèmes respiratoires, blessures graves et mortalité avant l'âge de 45 ans
- Des conséquences psychologiques : insomnie, symptômes dépressifs, consommation de psychotropes et d'antidépresseurs, hospitalisation pour troubles mentaux
- Des conséquences professionnelles : insatisfaction au travail, absentéisme, obtention d'une pension d'invalidité, exigences professionnelles, présentéisme (comportement du travailleur qui, malgré des problèmes de santé physiques et/ou psychologiques nécessitant de s'absenter, persiste à se présenter au travail)

Le Dr C. Duret, médecin du travail à l'Hôpital de Garches, propose dans sa fiche conseil d'orientation et de prise en charge pour le médecin du travail [21], un programme de suivi sur un an en médecine du travail avec espacement progressif selon le schéma suivant : 1-2-3-6-12 mois puis fonction de l'évolution clinique.

5.3.5 Recours à d'autres professionnels

5.3.5.1 Psychologue/Psychothérapeute

L'orientation vers un psychologue est parfois perçue comme un frein par les médecins généralistes en raison du coût non négligeable des psychothérapies et du délai d'attente important, notamment dans les Centres médico-psychologiques (CMP). C'est notamment ce que montrait le travail de thèse de M. Saunier en 2021 [34].

Plusieurs stratégies ont montré un intérêt dans la prise en charge du burnout :

- Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) : elles permettent aux patients de développer de nouvelles manières de penser ainsi que des comportements adaptés à la réalité pour retrouver un sentiment de bien-être et de satisfaction [35]. Selon la revue systématique de Korczak et al. publiée en 2012 [36], les TCC améliorent l'épuisement émotionnel dans la majorité des études. Selon la méta-analyse de Maricutoiu et al. publiée en 2016 [37], l'effet reste modéré en raison d'interventions ciblées plutôt sur la réduction du stress et non spécifiquement sur le burnout. L'effet serait non significatif sur le cynisme et l'accomplissement personnel. La méta-analyse de Richardson et Rothstein publiée en 2008 [38] montre un effet plus important de la TCC seule sur la gestion du stress que les autres interventions (relaxation, interventions organisationnelles) comparativement à l'absence d'intervention.
- La méditation pleine conscience : elle vise à recentrer l'attention du patient afin d'éloigner la source du stress, d'améliorer la conscience des tensions du corps et de l'esprit, et de réduire cette tension par un « lâcher prise ». Selon la revue

systématique de Luken et Sammons [39], son recours diminue significativement le burnout chez les professionnels de soins et les enseignants, dans sept études sur les huit incluses. Selon la méta-analyse de Khoury et al.[40], elle présente un effet modéré sur la réduction de l'anxiété, de la dépression, de la détresse et améliore la qualité de vie. L'effet est faible sur le burnout.

- Le coping : il désigne selon Lazarus et Folkman [41], l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire ou tolérer les exigences internes ou externes qui menacent ou dépassent les ressources d'un individu. La méta-analyse de Lee et al. publiée en 2016 [42], montre un effet de stratégie de coping sur la réduction du burnout des infirmières, pendant un an sur l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation, seulement six mois pour l'accomplissement personnel.
- Les interventions centrées sur l'individu : selon la revue systématique de Coker et Joss publiée en 2016 [43], les interventions centrées sur l'individu et sur la réduction du stress (yoga et/ou méditation pleine conscience, méditation structurée, musicothérapie ou combinaison d'entre elles) montrent une différence significative sur le burnout et le stress post-traumatique.

Remboursement des séances via « Mon soutien psy » :

« Mon soutien psy »[44] est une initiative du gouvernement lancée en 2022, qui souhaite faciliter l'accès à un accompagnement psychologique. Ce dispositif permet, avec ou sans prescription médicale, de bénéficier du remboursement de douze séances maximum d'accompagnement psychologique par an. Il s'adresse aux patients âgés d'au moins trois ans, souffrant de troubles anxieux, dépressifs ou du comportement alimentaire légers à modérés ainsi qu'aux patients souffrant de consommation excessive d'alcool, tabac ou cannabis. Le patient doit s'adresser à un psychologue partenaire de l'Assurance Maladie pour en bénéficier. Chaque séance est facturée 50 euros avec un remboursement à hauteur de 60% par l'Assurance Maladie et 40% par les complémentaires santé. La prise en charge est de 100% pour les patients bénéficiaires d'une Complémentaire Santé Solidaire (CSS), Affection de Longue Durée (ALD), en maternité à partir du 6^e mois de grossesse ou pour les patients en AT/ MP.

5.3.5.2 *Psychiatre*

Il peut être sollicité pour réaliser un diagnostic psychopathologique, une adaptation thérapeutique et poursuivre un arrêt maladie de longue durée.

5.3.5.3 *Médecin du travail*

Il joue un rôle pivot dans la prévention du burnout via l'analyse des conditions de travail et la mise en place d'actions de prévention

Il est ensuite généralement sollicité après un arrêt, pour envisager une reprise du travail. Selon le guide d'aide à la prévention publié par l'INRS, l'ANACT et la DGT [45], le retour à l'emploi doit se faire progressivement, après une visite de pré-reprise auprès du médecin du travail et avec un accompagnement du travailleur voire de l'équipe de travail et du manager. Le travailleur ne doit pas retrouver un cadre de travail identique. La visite de pré-reprise peut être demandée par le patient, le médecin traitant ou le médecin conseil de la sécurité sociale. Elle est obligatoire pour tout arrêt de travail supérieur à trois mois.

A l'issue de cette visite, diverses actions pourront être mises en place : favoriser le passage par un temps partiel thérapeutique avec une possibilité de progression dans le quota de temps attribué (30% puis 50% et enfin 70%), mettre en place des espaces de soutien et de discussion autour du travail afin qu'il n'y ait pas de stigmatisation de la personne, mettre en place un dispositif de suivi médical renforcé en Santé au Travail, aménager le poste et les horaires de travail. Ce travail n'est possible que si le médecin du travail, le service des ressources humaines et le responsable direct, travaillent en réseau avec l'accord du travailleur et, si possible, avec sa participation.

Cependant, le recours au médecin du travail pose parfois problème pour le médecin généraliste. Les travaux de thèses de M. Duret [46] et de H. Seris [47] concluent à une méconnaissance du rôle du médecin du travail par le médecin traitant entraînant une sollicitation trop tardive. M. Saunier [34] souligne dans son étude de thèse une vision parfois partielle du médecin du travail perçu à tort comme liée à l'employeur. M. Habert constate dans sa thèse [48] qu'il est également « difficile à identifier, difficile, voire impossible à joindre ».

5.3.5.4 Médecin conseil

Il intervient dans le contrôle des arrêts de travail, dans la détermination du niveau d'invalidité en cas d'arrêt longue maladie, dans la validation de la reconnaissance en accident de travail ou en maladie professionnelle et dans la détermination du taux d'Incapacité Permanente Partielle (IPP).

5.3.5.5 Inspecteur du travail

Il joue un rôle fondamental dans la protection de la santé et des droits des salariés [49]. Ses missions principales consistent à informer, conseiller, concilier et contrôler l'application du droit du travail. Il peut être sollicité par un salarié en souffrance pour obtenir des informations sur ses droits, mais aussi pour intervenir en cas de conflit avec l'employeur, en jouant un rôle de médiateur. Il dispose de pouvoirs importants : il peut contrôler les conditions de travail, enquêter dans l'entreprise et constater des infractions pour en référer à l'autorité compétente. Dans une situation de burnout, souvent liée à un stress professionnel chronique ou à des conditions de travail dégradées, son intervention peut contribuer à faire cesser des situations à risque, améliorer l'environnement de travail ou sécuriser juridiquement le salarié. Cependant, il ne peut pas intervenir en cas de litige individuel entre le salarié et l'employeur, situation qui nécessiterait le conseil des prud'hommes.

5.3.5.6 Assistance sociale

Elle accompagne le patient dans ses démarches administratives en lien avec son travail, par exemple, l'orienter vers un bilan de compétences s'il souhaite ne pas réintégrer la même entreprise, lui conseiller une reconnaissance en tant que travailleur handicapé (RQTH) et lui faciliter l'accès à des aides financières en cas de baisse de revenus.

5.3.5.7 Autres structures/ressources

D'autres ressources, bien que peu ou non connues des médecins traitants, existent.

Le Centre du Burnout [50] propose une approche pluridisciplinaire (psychiatre, psychologue, diététicienne, groupes de paroles...). Les consultations Souffrance et Travail apportent soutien et information aux patients (annuaire disponible en ligne). Les

Centres de Consultations de Pathologie Professionnelle (CCPP) émettent un avis sur le lien entre la survenue d'une maladie et l'activité professionnelle et sur la compatibilité entre état de santé et activité professionnelle, conseillent sur la prévention des maladies professionnelles, aident dans les démarches médico-sociales liées aux AT/MP. La Fondation Aesio [51] et des structures d'accueil type « Au temps pour toi »[52] accompagnent également les victimes.

6 L'étude Héraclès [53,54]

Cette étude transversale menée par l'Agence Régionale de Santé (ARS) du Nord Pas-de-Calais en 2014 sur 121 médecins généralistes avait pour objectif de mesurer la prévalence des cas de SPLT ainsi que d'étudier et de décrire leurs pratiques face à ce motif de consultation chez les 18-65 ans.

La souffrance psychique liée au travail était identifiée à partir d'une approche combinant l'évaluation clinique du médecin généraliste, l'utilisation d'un questionnaire Mini-international neuropsychiatric interview (MINI) et le ressenti du patient. Le lien avec le travail était établi de manière déclarative, sur la base d'une appréciation du médecin et/ou du patient.

La prévalence des troubles psychiques en lien avec le travail a été estimée entre 24.5 et 25.8%. Majoritairement, il s'agissait d'anxiété généralisée, d'épisodes dépressifs majeurs et de risques suicidaires.

Pour les patients diagnostiqués SPLT, les médecins généralistes proposaient :

- Des entretiens de type psychologique menée par le médecin pour 88% d'entre eux ;
- Des traitements médicamenteux pour 82% d'entre eux : anxiolytiques (62%), antidépresseurs (42%) et somnifères (23%) ;
- Un arrêt de travail d'une durée médiane de 3 semaines pour 60% d'entre eux ;
- L'orientation vers un confrère : 26% étaient orientés vers un médecin du travail, 20% vers un psychiatre ou psychologue, 3% vers un service d'urgences psychiatriques.

Matériel et méthodes

1 Population étudiée

Cette étude concerne les médecins généralistes installés dans le Nord-Pas-de-Calais.

2 Type d'étude

Il s'agit d'une étude quantitative, descriptive, transversale et observationnelle.

3 Critères d'inclusion et d'exclusion

Les critères d'inclusion étaient :

- Être médecin généraliste
- Être installé ou remplaçant
- Exercer dans le Nord-Pas-de-Calais

Les critères d'exclusion étaient :

- Les médecins généralistes non thésés
- Les médecins d'autres spécialités
- Les médecins exerçant exclusivement en milieu hospitalier
- Les médecins installés dans d'autres départements

4 Méthode de diffusion et recueil des données

L'étude a été réalisée par le biais d'un questionnaire papier anonymisé (Annexe 2), accompagné d'une enveloppe réponse préaffranchie, sur laquelle figurait l'adresse de retour. Le tout se trouvait dans une enveloppe sur laquelle figurait le nom du médecin sondé.

Pour des raisons de coût, de praticité et d'accessibilité, les questionnaires ont été distribués de trois manières différentes :

- Une partie des questionnaires a été distribuée par l'intermédiaire de contacts personnels, chargés de les remettre à leur médecin généraliste
- Une partie a été diffusée par l'intermédiaire d'internes en médecine générale, auxquels il a été demandé de les remettre à leurs maîtres de stage
- Une autre partie a été distribuée dans la boîte aux lettres de médecins généralistes dans les secteurs du Dunkerquois, de la métropole lilloise, et du Douaisis.

300 questionnaires ont ainsi pu être distribués entre novembre et décembre 2025.

Les questionnaires ont été collectés par voie postale, avec suppression des enveloppes retours où pouvaient parfois figurer des données relatives au médecin sondé (cachets). Les résultats des questionnaires ont ensuite été reportés sur le logiciel Excel ® afin de garantir l'anonymisation des données.

Le questionnaire comportait 21 questions. 162 questionnaires réponses ont été recueillis.

5 Analyse des données

Toutes les réponses ont été analysées grâce à une statisticienne extérieure.

Les analyses univariées ont permis de décrire la population répondante afin d'appréhender ses principales caractéristiques et d'analyser les réponses recueillies. Ces analyses descriptives sont présentées sous formes d'effectifs et de pourcentage.

Les analyses bivariées ont permis d'étudier les liens entre deux variables qualitatives. La significativité statistique des associations a été évaluée à l'aide du test du χ^2 . Le seuil de significativité a été fixé à une p-value <0.05 .

6 Cadre réglementaire

Le traitement des données a été réalisé conformément au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) avec validation du questionnaire de thèse par le Délégué à la Protection des Données (DPO) de l'Université de Lille (Annexe 3).

Les questionnaires collectés seront détruits au terme de l'étude.

Aucun financement n'a été sollicité pour la réalisation de cette étude. L'ensemble des frais liés à la distribution et au recueil des données a été prise en charge par l'auteure.

Résultats

1 Analyses univariées

1.1 Caractéristiques des médecins interrogés

81 médecins sont des hommes (50.3%), 79 sont des femmes (49.1%), 1 personne n'a pas souhaité répondre (0.6%).

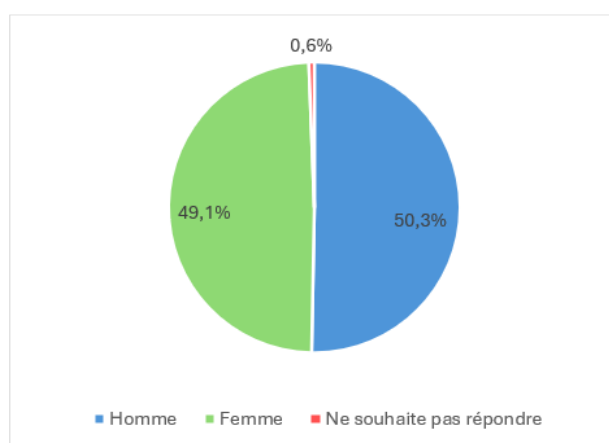


Figure 1 Sexe des médecins

L'âge des médecins se situe entre :

- 20 et 30 ans pour 3.1% soit 5 médecins
- 31 et 40 ans pour 33.5% soit 54 médecins
- 41 et 50 ans pour 20,5% soit 33 médecins
- 51 et 60 ans pour 18.6% soit 30 médecins
- 61 et 70 ans pour 21.1% soit 34 médecins
- 71 et 80 ans pour 3.1% soit 5 médecins

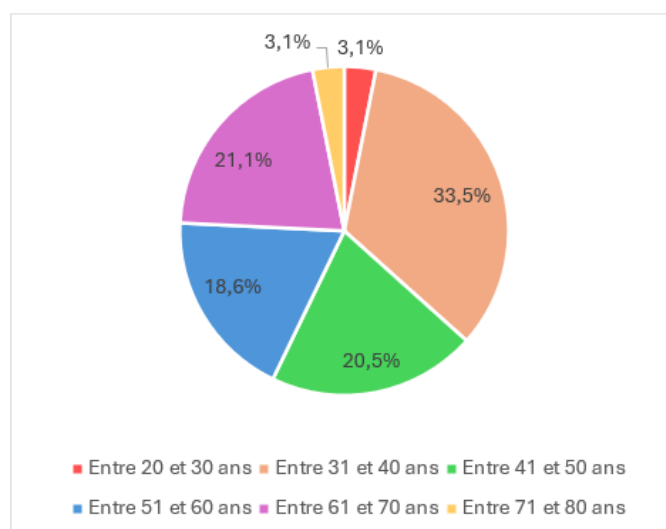


Figure 2 Age des médecins

12 travaillent en milieu rural (7.5%), 56 travaillent en milieu semi-rural (34.8%), 93 travaillent en milieu urbain (57.8%)

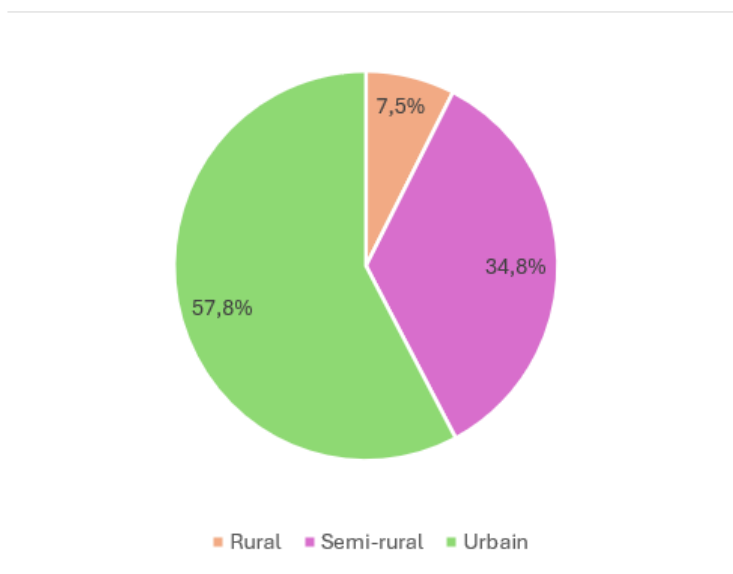


Figure 3 Mode d'exercice des médecins

27 travaillent seul (16.9%), 6 travaillent en salariat (3.8%), 60 travaillent en Maison Santé Pluriprofessionnelle (37.5%), 67 travaillent en cabinet de groupe (41.9%)

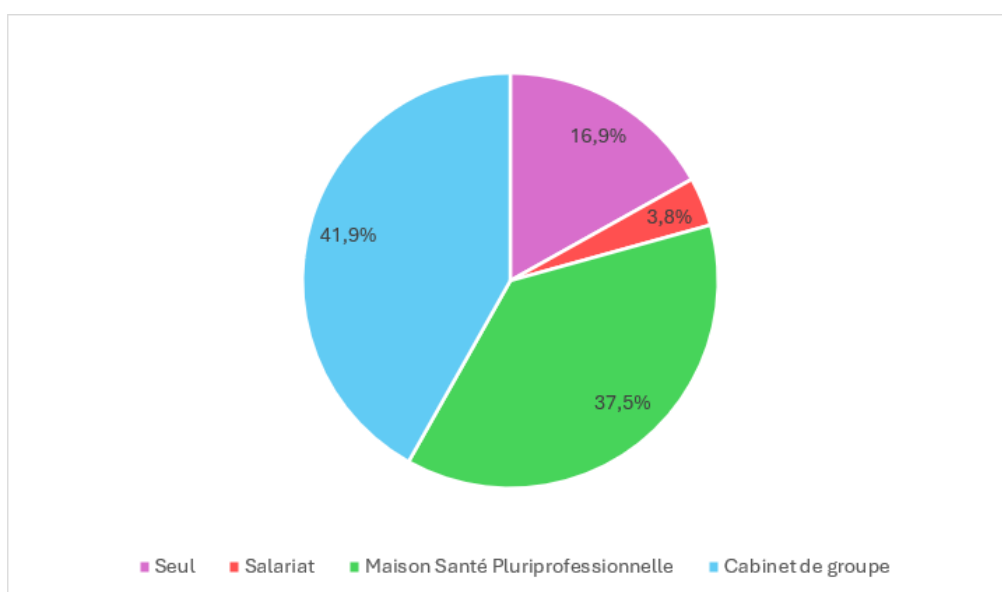


Figure 4 Type d'exercice des médecins

L'année d'installation a été reportée sous forme d'un histogramme avec catégorisation par tranches de 5 ans pour en faciliter la lecture.

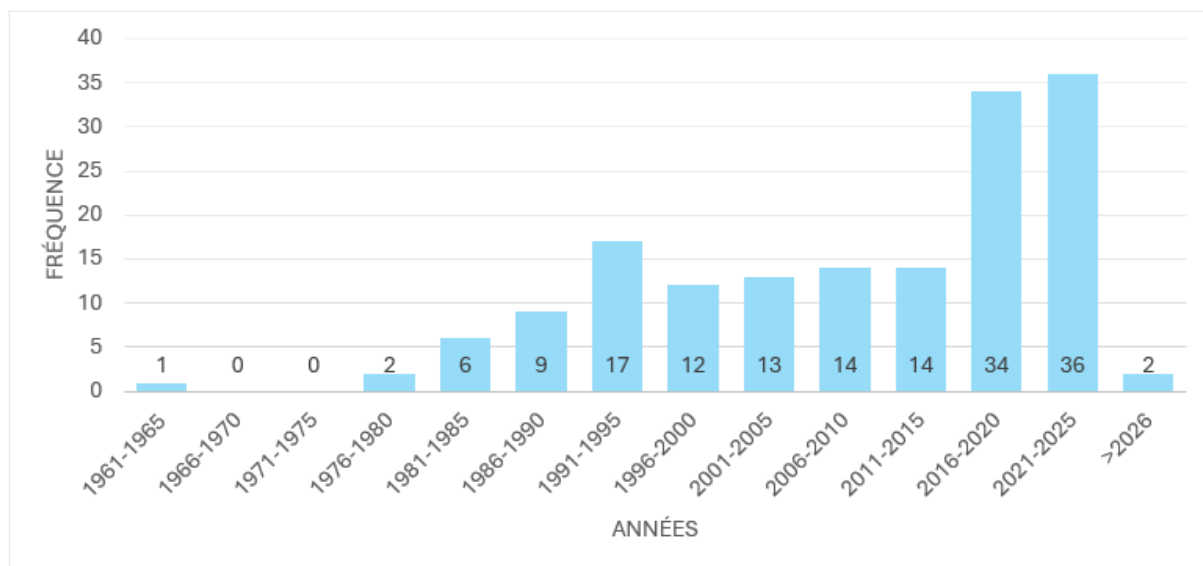


Figure 5 Année d'installation des médecins

1.2 Description des pratiques en matière d'évaluation du burnout

Parmi les 162 médecins ayant répondu, 67.9% recherchent systématiquement des antécédents de burnout. 27.8% en recherchent parfois, 4.3% ne les recherchent jamais.

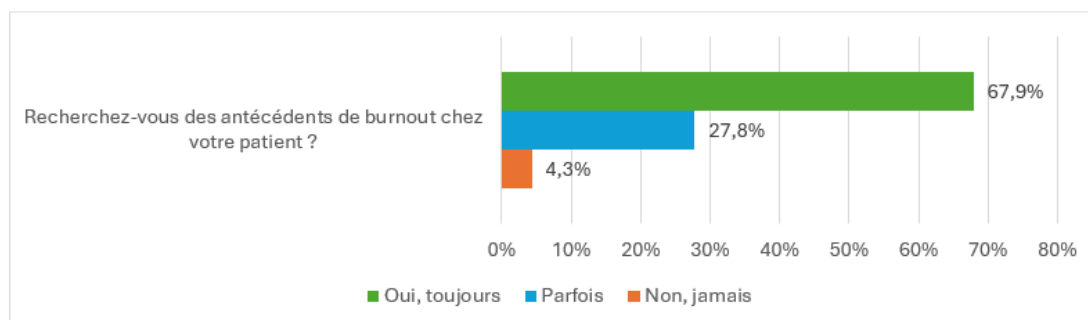


Figure 6 Recherche d'antécédents de burnout

L'échelle MBI est utilisée systématiquement pour 1.2% des médecins, parfois pour 13.7% des médecins, jamais pour 85.1% des médecins.

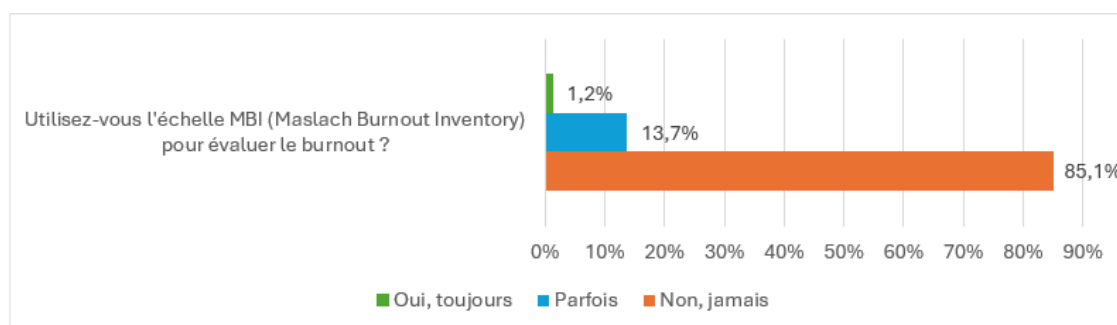


Figure 7 Utilisation de l'échelle MBI

Le risque suicidaire est systématiquement évalué en pratique chez 80.1% des médecins répondants. 19.3% des médecins le recherchent parfois, 0.6% des médecins jamais.

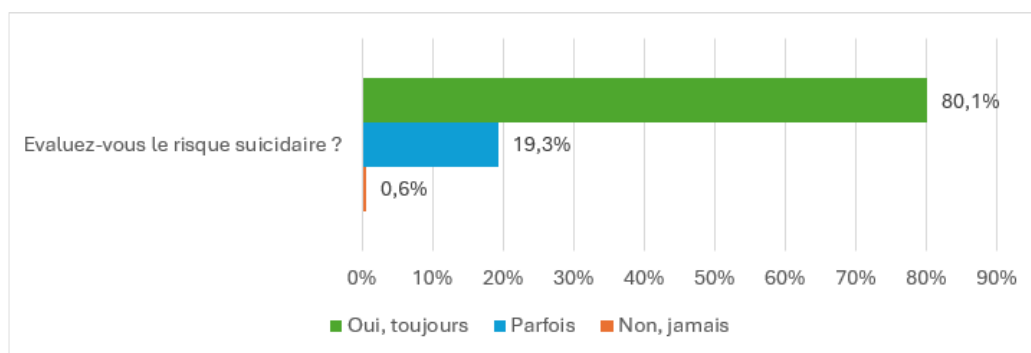


Figure 8 Evaluation du risque suicidaire

A la question « Si vous utilisez des échelles pour évaluer le retentissement du burnout sur votre patient, lesquelles utilisez-vous ? », 96.9% ont coché l'utilisation du questionnaire Hamilton. 6.1% ont coché l'utilisation du questionnaire MADRS. Dans la catégorie « autres », ont été cités l'utilisation de la HAD, la BDI, la GAD-7 et la PHQ-9.

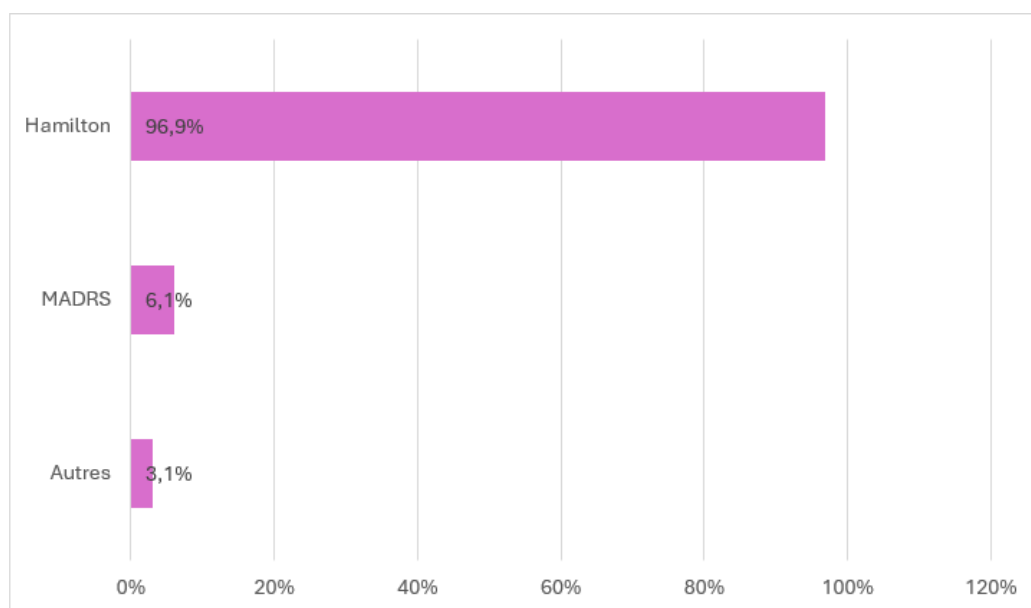


Figure 9 Utilisation d'échelles destinées à évaluer les conséquences du burnout

1.3 Rédaction d'un arrêt de travail

La prescription d'un arrêt de travail est systématique chez 50.6% des médecins interrogés. 49.4% n'en rédigent pas systématiquement.

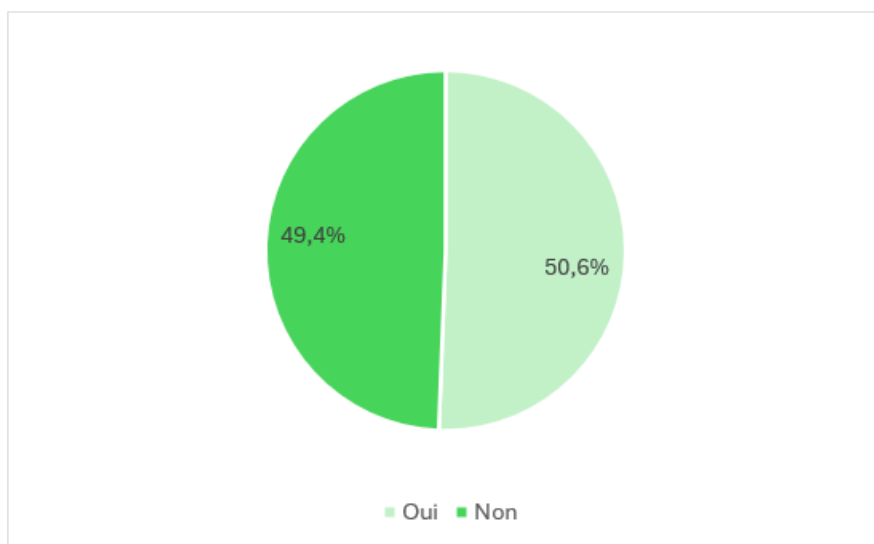


Figure 10 Rédaction systématique d'un arrêt de travail

Lorsque la prescription semble justifiée, 79% des médecins prescrivent un arrêt de travail d'une durée comprise entre 1 et 2 semaines. 21% prescrivent entre 2 et 3 semaines, 9.9% prescrivent plus d'un mois, 7.4% prescrivent moins de 7 jours d'arrêt de travail.

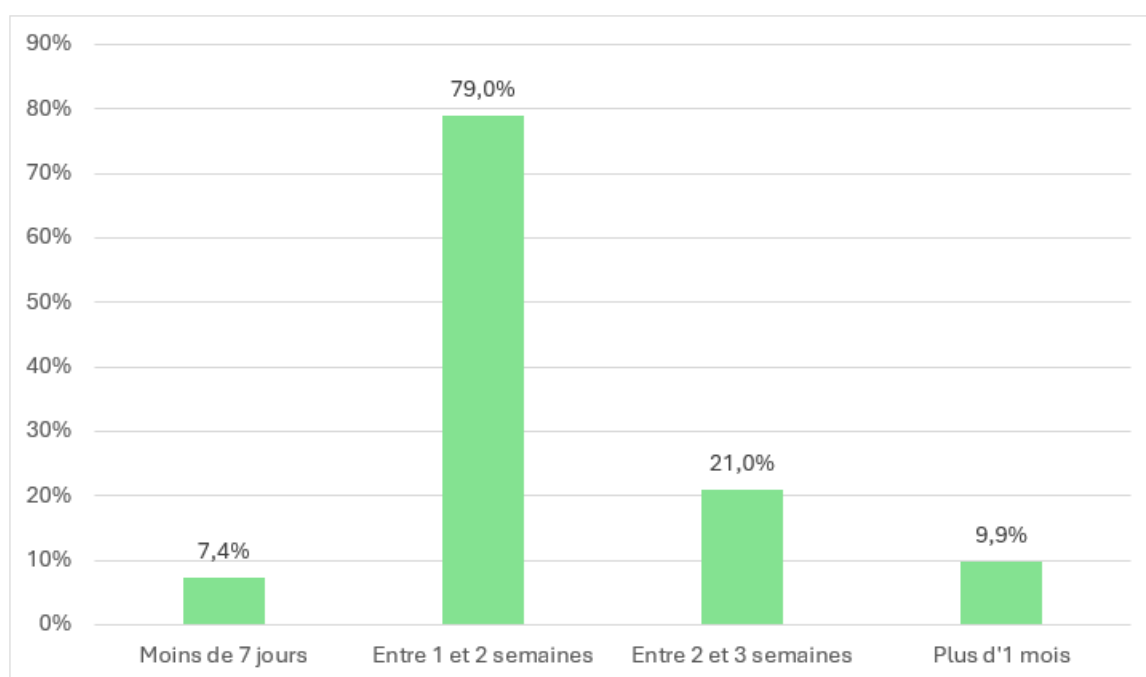


Figure 11 Durée de l'arrêt de travail

Les motifs les plus fréquents sur la rédaction de l'arrêt de travail sont :

- Le syndrome anxio-dépressif (71%)
- L'anxiété (34.%)
- L'épuisement (25.9%)
- Le burnout (14.8%)

Dans la catégorie autres, ont été cités également les motifs suivants : « asthénie », « réaction à un facteur de stress », « souffrance au travail », « syndrome anxio-dépressif réactionnel » et « syndrome d'épuisement réactionnel ».

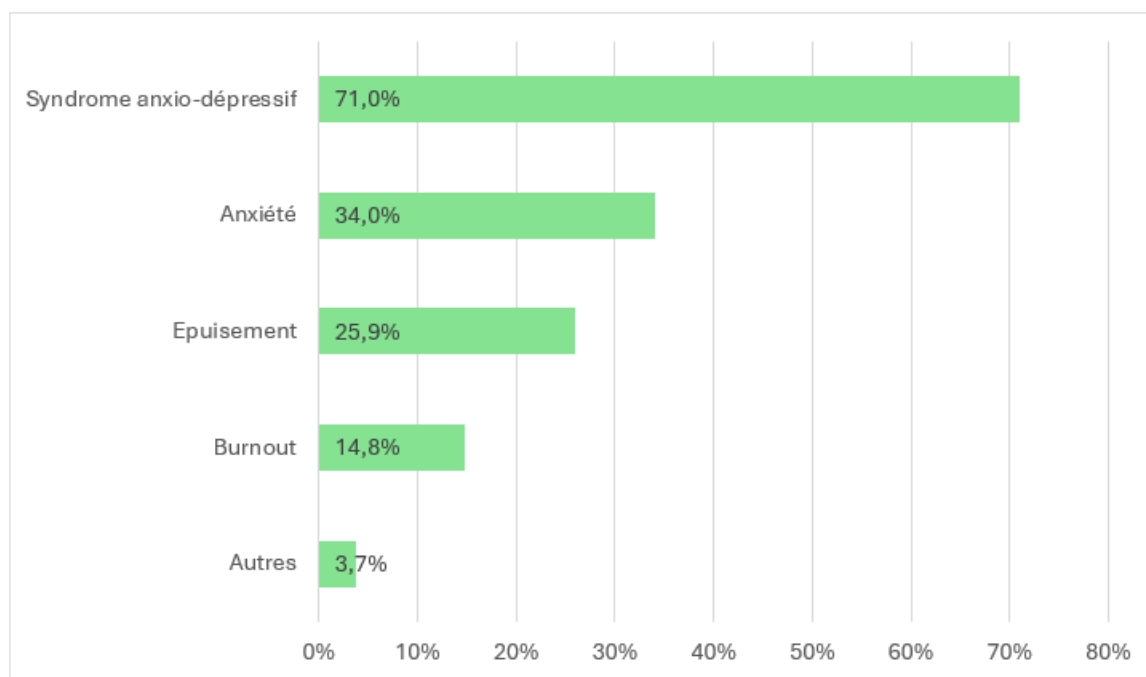


Figure 12 Motif médical de l'arrêt de travail

A la question « Ecrivez-vous le mot « professionnel » ou une qualification en lien avec le travail dans le motif d'arrêt de travail ? », 8.6% déclarent le faire systématiquement, 27.2% le font parfois, 64.2% jamais.

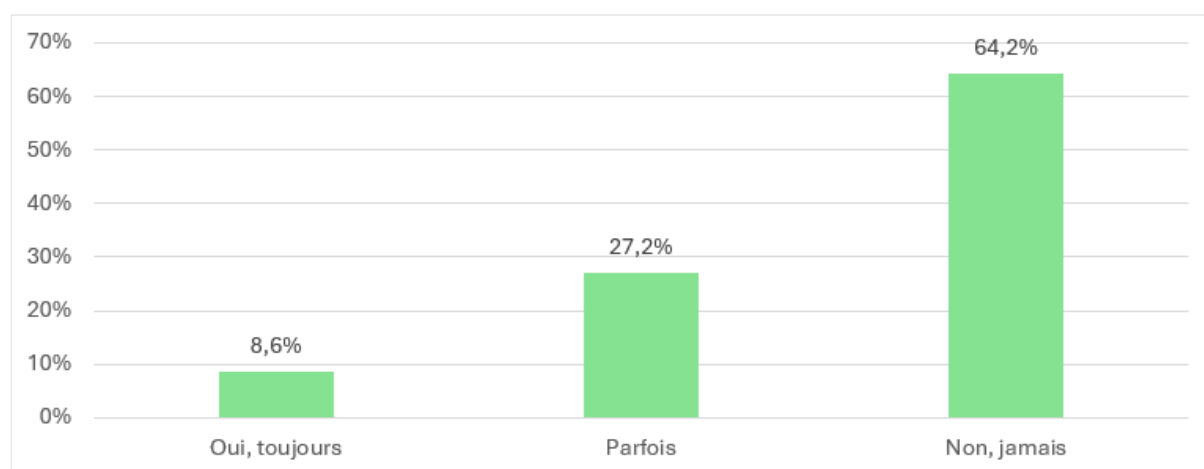


Figure 13 Utilisation d'une qualification en lien avec le travail dans le motif de l'arrêt

1.4 Prescriptions médicamenteuses

La prescription d'un traitement médicamenteux est systématique chez 11.1% des médecins interrogés. 88.9% n'en prescrivent pas systématiquement.

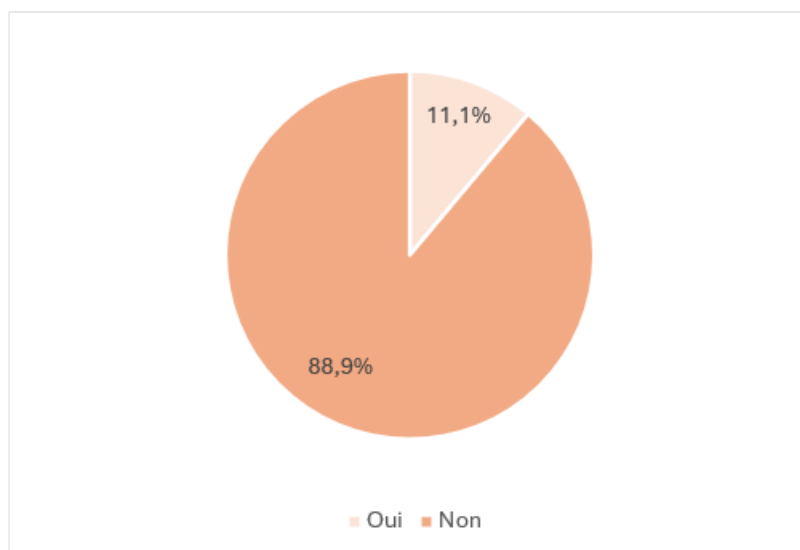


Figure 14 Prescription systématique d'un traitement médicamenteux

A la question « Lorsque vous prescrivez un traitement médicamenteux, quelle(s) classe(s) de médicament(s) prescrivez-vous préférentiellement », les médecins répondent : les anxiolytiques (90.7%), les antidépresseurs (54.3%), la phytothérapie (31.5%), les hypnotiques (16.7%) et enfin l'homéopathie (6.8%).

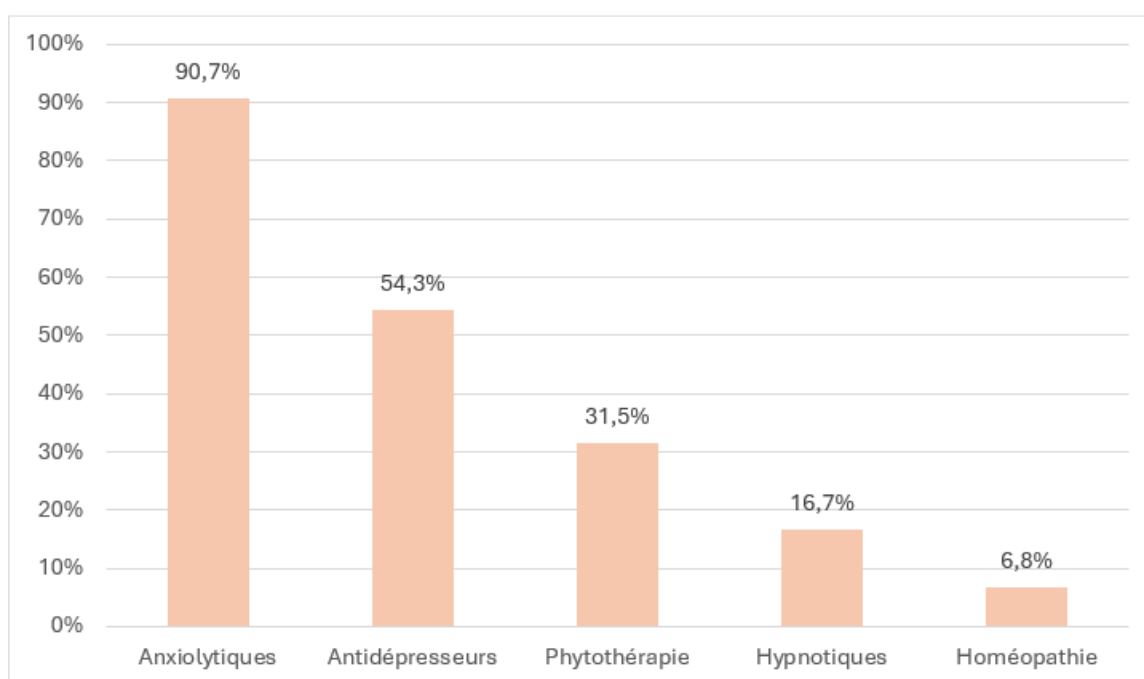


Figure 15 Choix du traitement médicamenteux

1.5 Déclaration en accident de travail ou en maladie professionnelle

56.8% des médecins ont déjà fait une déclaration en accident de travail pour un patient se présentant pour burnout.

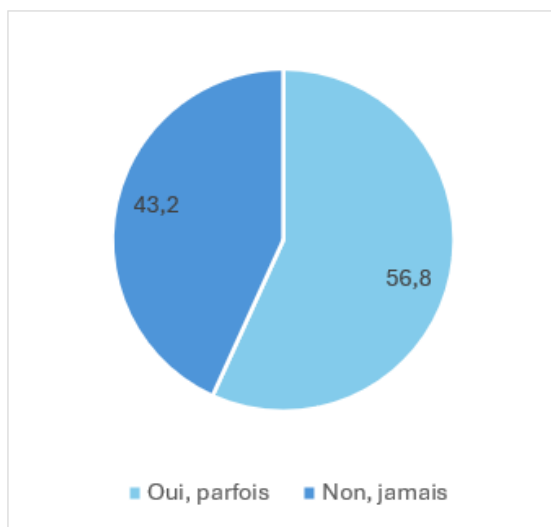


Figure 16 Déclaration en accident de travail

38.3 % des médecins ont déjà fait une déclaration en maladie professionnelle.

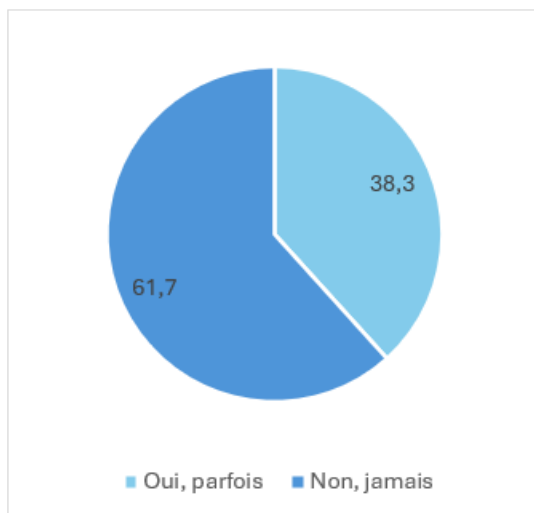


Figure 17 Déclaration en maladie professionnelle

1.6 Suivi

99.4% des médecins interrogés proposent systématiquement une consultation de suivi. 0.6% n'en propose pas.

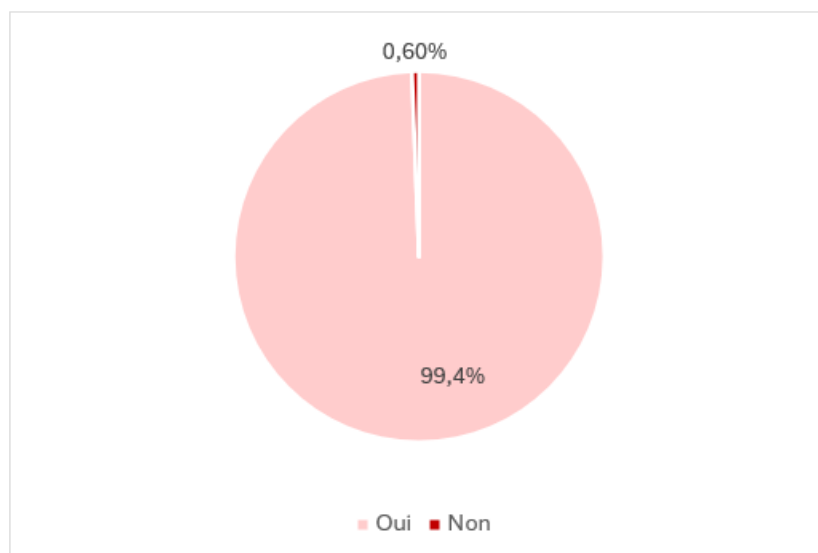


Figure 18 Proposition systématique d'une consultation de suivi

Le délai proposé par le médecin pour la consultation de suivi se situe pour 77.8% d'entre eux entre 1 et 2 semaines ; pour 21.6% d'entre eux entre 2 et 3 semaines ; pour 11.1% d'entre eux entre 3 et 4 semaines ; pour 11.1% d'entre eux à moins de 7 jours ; pour 2.5% d'entre eux à plus d'un mois.

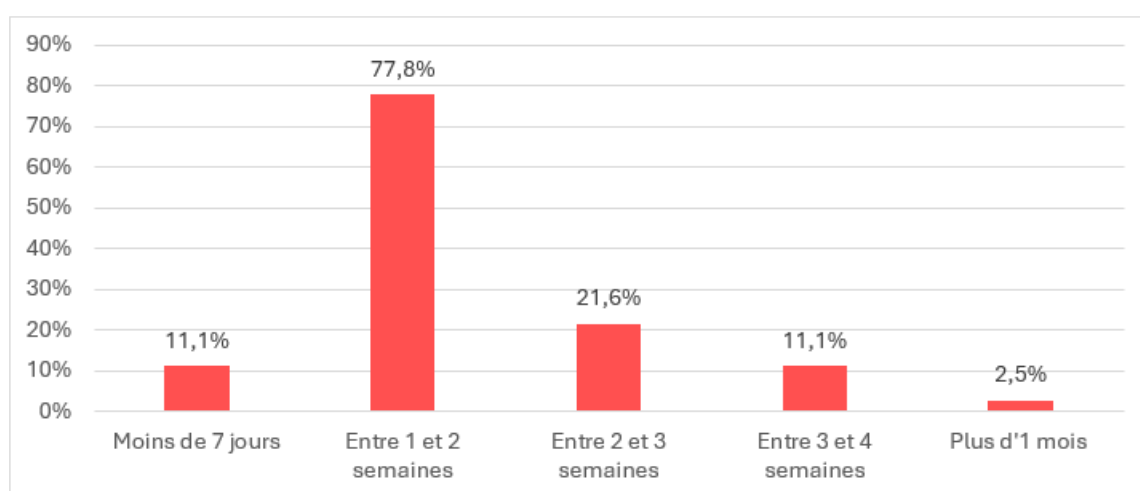


Figure 19 Délai avant une consultation de suivi

1.7 Orientation

Lorsqu'ils le jugent nécessaire, les médecins sondés ont tendance à orienter le patient vers le psychologue (96.3%), le médecin du travail (92%), le psychiatre (56.2%), le médecin conseil de la sécurité sociale (11.1%), l'inspecteur du travail (10.5%) ou l'assistante sociale (9.9%). Dans la catégorie « autres », ont été cités l'avocat en droit du travail, le CMP, l'infirmière en pratique avancée et les syndicats.

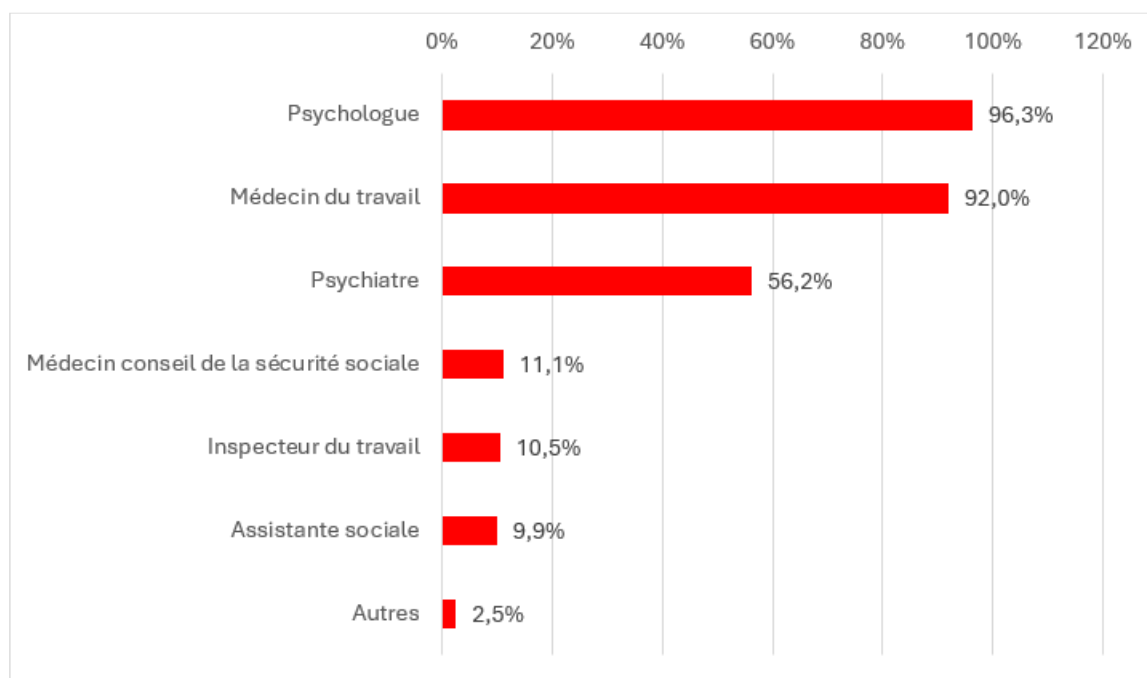


Figure 20 Orientation vers d'autres professionnels

Lorsque l'adressage à un(e) psychologue paraît nécessaire, 25.9% des médecins interrogés orientent toujours le patient vers un(e) psychologue conventionné(e) avec l'assurance maladie. 54.9% le font parfois, 19.1% ne le font jamais.

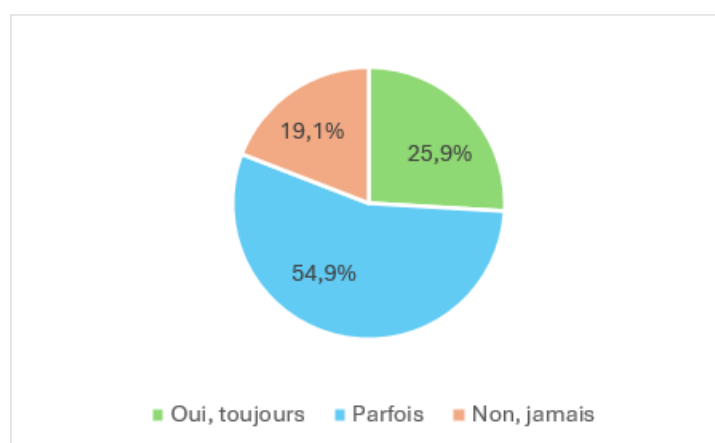


Figure 21 Utilisation du dispositif "mon soutien psy"

2 Analyses bivariées concernant les pratiques des médecins en fonction de leurs caractéristiques

2.1 Sexe

Tableau 1 Pratiques des médecins en fonction de leur sexe

	Homme	Femme	p-value
Utilisation de l'échelle MBI			0.161
Oui, toujours	0 (0%)	2 (2.5%)	
Parfois	8 (10%)	13 (16.5%)	
Non, jamais	72 (90%)	64 (81%)	
Evaluation du risque suicidaire			0.037
Oui, toujours	59 (73.8%)	69 (87.3%)	
Parfois	21 (26.3%)	9 (11.4%)	
Non, jamais	0 (0%)	1 (1.3%)	
Prescription systématique d'un arrêt de travail			0.632
Oui	39 (48.8%)	41 (52.6%)	
Non	41 (51.3%)	37 (47.4%)	
Utilisation d'une qualification en lien avec le travail dans le motif d'arrêt de travail			0.311
Oui, toujours	7 (8.6%)	7 (8.9%)	
Parfois	26 (32.1%)	17 (21.5%)	
Non, jamais	48 (59.3%)	55 (69.6%)	
Prescription systématique d'un traitement médicamenteux			0.955
Oui	9 (11.1%)	9 (11.4%)	
Non	72 (88.9%)	70 (88.6%)	
Déclaration en accident de travail			0.327
Oui, parfois	43 (53.1%)	48 (60.8%)	
Non, jamais	38 (46.9%)	31 (39.2%)	
Déclaration en maladie professionnelle			0.716
Oui, parfois	32 (39.5%)	29 (36.7%)	
Non, jamais	49 (60.5%)	50 (63.3%)	
Utilisation du dispositif « mon soutien psy »			0.001
Oui, toujours	19 (23.5%)	23 (29.1%)	
Parfois	37 (45.7%)	50 (63.3%)	
Non, jamais	25 (30.9%)	6 (7.6%)	

2.2 Age

Pour limiter le risque de biais du fait de faible effectif dans les extrêmes, les catégories 20-30 ans et 31-40 ans ont été regroupées dans la catégorie 20-40 ans. De même les catégories 61-70 ans et 71-80 ans ont été regroupées dans la catégorie 61-80 ans.

Tableau 2 Pratiques des médecins en fonction de leur âge

	20-40 ans	41-50 ans	51-60 ans	61-80 ans	p-value
Utilisation de l'échelle MBI					0.215
Oui, toujours	0 (0%)	2 (6.1%)	0 (0%)	0 (0%)	
Parfois	9 (15.3%)	3 (9.1%)	4 (13.3%)	5 (13.2%)	
Non, jamais	50 (84.7%)	28 (84.8%)	26 (86.7%)	33 (86.8%)	
Evaluation du risque suicidaire					0.475
Oui, toujours	49 (83.1%)	27 (81.8%)	24 (80%)	28 (73.7%)	
Parfois	10 (16.9%)	5 (15.2%)	6 (20%)	10 (26.3%)	
Non, jamais	0 (0%)	1 (3%)	0 (0%)	0 (0%)	
Prescription systématique d'un arrêt de travail					0.058
Oui	22 (37.3%)	19 (61.3%)	15 (50%)	24 (61.5%)	
Non	37 (62.7%)	12 (38.7%)	15 (50%)	15 (38.5%)	
Utilisation d'une qualification en lien avec le travail dans le motif d'arrêt de travail					0.011
Oui, toujours	5 (8.5%)	2 (6.1%)	1 (3.3%)	6 (15.4%)	
Parfois	8 (13.6%)	8 (24.2%)	12 (40%)	16 (41%)	
Non, jamais	46 (78%)	23 (69.7%)	17 (56.7%)	17 (43.6%)	
Prescription systématique d'un traitement médicamenteux					<0.001
Oui	1 (1.7%)	0 (0%)	6 (20%)	11 (28.2%)	
Non	58 (98.3%)	33 (100%)	24 (80%)	28 (71.8%)	
Déclaration en accident de travail					0.088
Oui, parfois	29 (49.2%)	16 (48.5%)	22 (73.3%)	25 (64.1%)	
Non, jamais	30 (50.8%)	17 (51.5%)	8 (26.7%)	14 (35.9%)	
Déclaration en maladie professionnelle					0.508
Oui, parfois	19 (32.2%)	12 (36.4%)	14 (46.7%)	17 (43.6%)	
Non, jamais	40 (67.8%)	21 (63.6%)	16 (53.3%)	22 (56.4%)	
Utilisation du dispositif « mon soutien psy »					<0.001
Oui, toujours	23 (39%)	4 (12.1%)	6 (20%)	9 (23.1%)	

Parfois	34 (57.6%)	23 (69.7%)	16 (53.3%)	15 (38.5%)
Non, jamais	2 (3.4%)	6 (18.2%)	8 (26.7%)	15 (38.5%)

On retrouve les mêmes associations significatives en comparant l'année d'installation avec les pratiques des médecins généralistes. En effet, il existe une corrélation entre l'âge et l'année d'installation ($p < 0,001$).

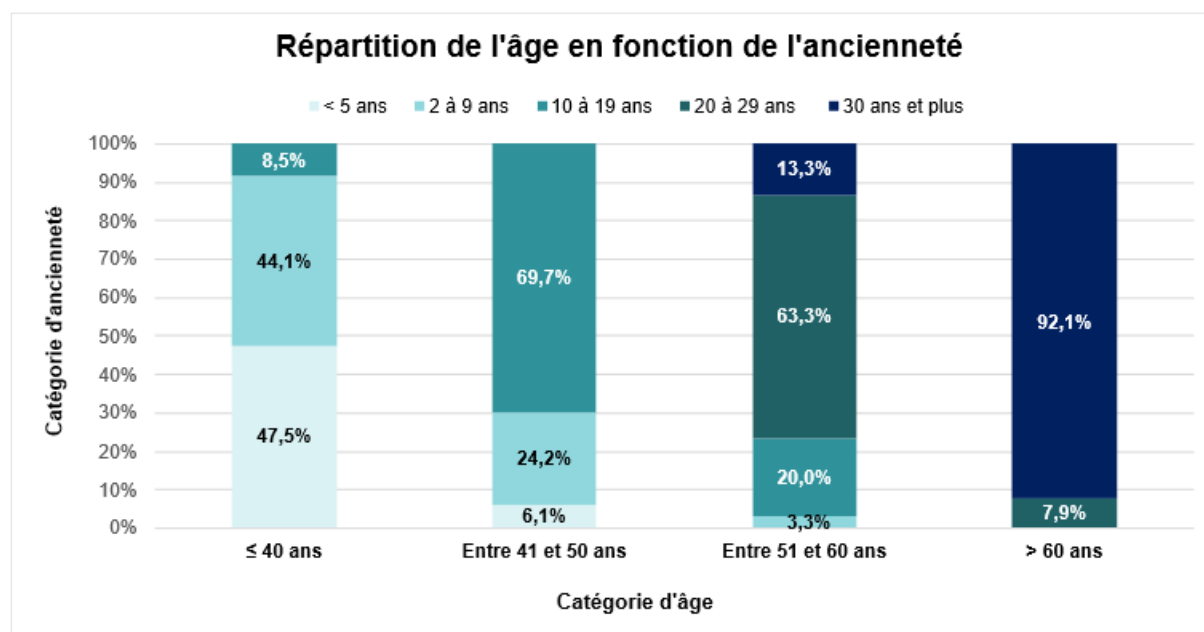


Figure 22 Ancienneté d'installation du médecin en fonction de son âge

2.3 Mode d'exercice

Tableau 3 Pratiques des médecins en fonction de leur mode d'exercice

	Rural	Semi-rural	Urbain	p-value
Utilisation de l'échelle MBI				0.359
Oui, toujours	0 (0%)	0 (0%)	2 (2.2%)	
Parfois	2 (16.7%)	4 (7.1%)	15 (16.3%)	
Non, jamais	10 (83.3%)	52 (92.9%)	75 (81.5%)	
Evaluation du risque suicidaire				0.488
Oui, toujours	10 (83.3%)	47 (83.9%)	71 (77.2%)	
Parfois	2 (16.7%)	8 (14.3%)	21 (22.8%)	
Non, jamais	0 (0%)	1 (1.8%)	0 (0%)	
Prescription systématique d'un arrêt de travail				0.433
Oui	8 (66.7%)	29 (51.8%)	43 (47.3%)	
Non	4 (33.3%)	27 (48.2%)	48 (52.7%)	
Utilisation d'une qualification en lien avec le travail dans le motif d'arrêt de travail				0.964
Oui, toujours	1 (8.3%)	4 (7.1%)	9 (9.7%)	
Parfois	3 (25%)	17 (30.4%)	24 (25.8%)	
Non, jamais	8 (66.7%)	35 (62.5%)	60 (64.5%)	
Prescription systématique d'un traitement médicamenteux				0.406
Oui	0 (0%)	6 (10.7%)	12 (12.9%)	
Non	12 (100%)	50 (89.3%)	81 (87.1%)	
Déclaration en accident de travail				0.851
Oui, parfois	6 (50%)	33 (58.9%)	53 (57%)	
Non, jamais	6 (50%)	23 (41.1%)	40 (43%)	
Déclaration en maladie professionnelle				0.189
Oui, parfois	2 (16.7%)	25 (44.6%)	35 (37.6%)	
Non, jamais	10 (83.3%)	31 (55.4%)	58 (62.4%)	
Utilisation du dispositif « mon soutien psy »				0.335
Oui, toujours	2 (16.7%)	14 (25%)	26 (28%)	
Parfois	6 (50%)	28 (50%)	54 (58.1%)	
Non, jamais	4 (33.3%)	14 (25%)	13 (14%)	

2.4 Type d'exercice

Tableau 4 Pratiques des médecins en fonction de leur type d'exercice

	Seul	Cabinet de groupe	Maison de Santé Pluriprofessionnelle	Salariat	p-value
Utilisation de l'échelle MBI					0.794
Oui, toujours	1 (3.8%)	1 (1.5%)	0 (0%)	0 (0%)	
Parfois	2 (7.7%)	10 (14.9%)	8 (13.3%)	1 (16.7%)	
Non, jamais	23 (88.5%)	56 (83.6%)	52 (86.7%)	5 (83.3%)	
Evaluation du risque suicidaire					0.344
Oui, toujours	20 (76.9%)	51 (76.1%)	53 (88.3%)	4 (66.7%)	
Parfois	6 (23.1%)	16 (23.9%)	6 (10%)	2 (33.3%)	
Non, jamais	0 (0%)	0 (0%)	1 (1.7%)	0 (0%)	
Prescription systématique d'un arrêt de travail					0.143
Oui	10 (38.5%)	40 (60.6%)	26 (43.3%)	3 (50%)	
Non	16 (61.5%)	26 (39.4%)	34 (56.7%)	3 (50%)	
Utilisation d'une qualification en lien avec le travail dans le motif d'arrêt de travail					0.016
Oui, toujours	3 (11.1%)	9 (13.4%)	1 (1.7%)	0 (0%)	
Parfois	7 (25.9%)	25 (37.3%)	11 (18.3%)	1 (16.7%)	
Non, jamais	17 (63%)	33 (49.3%)	48 (80%)	5 (83.3%)	
Prescription systématique d'un traitement médicamenteux					0.038
Oui	6 (22.2%)	10 (14.9%)	2 (3.3%)	0 (0%)	
Non	21 (77.8%)	57 (85.1%)	58 (96.7%)	6 (100%)	
Déclaration en accident de travail					0.261
Oui, parfois	12 (44.4%)	41 (61.2%)	33 (55%)	5 (83.3%)	
Non, jamais	15 (55.6%)	26 (38.8%)	27 (45%)	1 (16.7%)	
Déclaration en maladie professionnelle					0.567
Oui, parfois	8 (29.6%)	24 (35.8%)	26 (43.3%)	3 (50%)	
Non, jamais	19 (70.4%)	43 (64.2%)	34 (56.7%)	3 (50%)	
Utilisation du dispositif « mon soutien psy »					0.027
Oui, toujours	5 (18.5%)	16 (23.9%)	19 (31.7%)	2 (33.3%)	
Parfois	10 (37%)	41 (61.2%)	33 (55%)	3 (50%)	
Non	12 (44.4%)	10 (14.9%)	8 (13.3%)	1 (16.7%)	

Discussion

1 Principaux résultats

La majorité des médecins interrogés recherchent des antécédents de burnout chez leurs patients (67.9%). Par ailleurs, l'échelle MBI reste peu utilisée en pratique clinique, puisque 85.1% des praticiens déclarent ne jamais y recourir. L'évaluation du risque suicidaire apparaît largement intégrée à la prise en charge, étant réalisée systématiquement par 80.1% des médecins. Une association statistiquement significative est retrouvée entre le sexe du médecin et l'évaluation du risque suicidaire ($p=0,037$).

Concernant l'évaluation du retentissement du burnout, la quasi-totalité des médecins déclare utiliser l'échelle Hamilton (96.9%), peu utilisent la MADRS (6.1%).

La rédaction d'un arrêt de travail est systématique pour un médecin sur deux (50.6%). Lorsque celui-ci est jugé nécessaire, 79% des médecins s'accordent à prescrire initialement un arrêt de travail d'une durée comprise entre 1 et 2 semaines. Les principaux motifs mentionnés dans l'arrêt de travail sont le syndrome anxio-dépressif (71%), l'anxiété (34%) et l'épuisement (25.9%). Plus de la moitié des médecins (64.2%) n'écrivent jamais de qualification en rapport avec le travail dans le motif de l'arrêt. Une association statistiquement significative est retrouvée entre l'âge du médecin et l'utilisation d'une qualification en lien avec le travail dans le motif de l'arrêt ($p=0,011$).

La prescription systématique d'un traitement médicamenteux reste peu fréquente, puisqu'elle concerne seulement 11.1% des médecins interrogés. L'âge du médecin ($p<0,001$) et son type d'exercice ($p=0,038$) sont significativement associés à la prescription systématique d'un médicament. Parmi les traitements préférentiellement prescrits, on retrouve les anxiolytiques (90.7%), les antidépresseurs (54.3%) et la phytothérapie (31.5%).

Plus de la moitié des médecins (56.8%) ont déjà réalisé une déclaration en accident de travail pour un patient se présentant pour burnout. Les déclarations en maladie professionnelle sont plus rares (38.3% des médecins).

La quasi-totalité des médecins interrogés (99.4%) propose systématiquement une consultation de suivi. Le délai le plus fréquemment retenu est compris entre 1 et 2 semaines après la consultation initiale pour 77.8% des médecins ou entre 2 et 3 semaines pour 21.6% d'entre eux.

Lorsque cela leur paraît nécessaire, les médecins orientent majoritairement leurs patients vers un(e) psychologue (96.3%), le médecin du travail (92%) ou le psychiatre (56.2%).

Seul un quart des médecins interrogés (25.9%) oriente systématiquement le patient vers le dispositif « mon soutien psy ». L'utilisation de ce dispositif varie significativement selon le sexe du médecin ($p=0,001$) et son âge ($p<0,001$).

Le lieu d'exercice (milieu rural, urbain ou semi-rural) ne semble pas influencer significativement la prise en charge des patients se présentant pour burnout.

Il existe une association statistiquement significative entre le type d'exercice (seul, en cabinet de groupe, en MSP ou salariat) et l'utilisation d'une qualification en lien avec le travail dans le motif d'arrêt ($p=0,016$), la prescription systématique d'un traitement

médicamenteux ($p=0,038$), et l'utilisation du dispositif « mon soutien psy » ($p=0,027$). Malgré la mise en évidence de résultats statistiquement significatifs et en l'absence de données retrouvées dans la littérature sur ce sujet, ces données doivent être interprétées avec prudence.

2 Discussion des résultats

2.1 Evaluation du burnout

La majorité des médecins sondés déclare rechercher systématiquement des antécédents de burnout (67.9%). En effet, il existe un risque de récurrence non négligeable. La revue narrative de Van Dam publiée en 2021 [55] évoque ce risque avec certaines études rapportant une récurrence chez une personne sur deux ayant repris le travail dans les deux ans et demi qui suivent l'épisode de burnout. Par ailleurs, une autre étude de Karlson et al. publiée en 2014 [56] retrouve que 20% des personnes ayant fait un burnout se sont retrouvées de nouveau en arrêt maladie à au moins deux reprises au cours de leur période de suivi.

L'échelle MBI reste peu utilisée par les médecins interrogés. 14.9% des médecins déclarent l'utiliser systématiquement ou occasionnellement. Plusieurs facteurs pourraient expliquer ce constat : une connaissance limitée de cet outil, l'absence de cotation dédiée en médecine générale, et le fait que cette échelle n'a pas de valeur diagnostique à proprement parler.

Le risque suicidaire est le plus souvent évalué (80.1% des médecins) conformément aux recommandations de la HAS. Il semblait dans cette étude être évalué plus fréquemment par les médecins femme que les médecins homme. Les recherches effectuées n'ont pas permis d'identifier d'études scientifiques concluant à cette tendance.

Concernant l'évaluation du retentissement et des diagnostics différentiels du burnout, une majorité des médecins utilise l'échelle Hamilton (96.9%). L'utilisation d'une échelle de dépression s'explique probablement par le fait que burnout et dépression se chevauchent largement avec un flou nosographique entre les deux entités. Il faut cependant souligner que l'échelle Hamilton ne permet pas de distinguer burnout et dépression. Elle est conçue pour mesurer l'intensité des symptômes dépressifs. Elle est probablement plus utilisée en consultation car il existe une cotation pour les médecins généralistes [57].

2.2 Arrêt de travail

Les résultats indiquent que seul un médecin sur deux déclare prescrire systématiquement un arrêt de travail, alors que 60% des patients étaient déclarés en arrêt dans l'étude Héraclès. Ce chiffre doit cependant être interprété avec prudence, dans la mesure où la formulation de la question ne permettait pas de distinguer les médecins proposant systématiquement un arrêt de travail, mais se heurtant au refus du patient. Or, le refus d'arrêt de travail est fréquemment observé en raison de la crainte de répercussions professionnelles ou financières. Si l'on prenait en compte les médecins proposant systématiquement un arrêt de travail, la proportion de médecins favorables à cette mesure serait vraisemblablement plus élevée.

La durée d'arrêt prescrite est le plus souvent comprise entre 1 et 2 semaines. Ceci est cohérent avec la proposition de l'Assurance Maladie [58] de limiter la primo-prescription d'arrêt de travail à quinze jours en ville afin de garantir un vrai suivi médical de la personne arrêtée et la pertinence de l'arrêt de travail. Dans l'étude Héraclès [54], la durée médiane de l'arrêt de travail était de 3 semaines.

Les arrêts de travail liés au burnout sont le plus souvent justifiés par le médecin généraliste par des diagnostics comme le syndrome anxio-dépressif, l'anxiété et l'épuisement. Ceci s'explique notamment par le fait que le burnout n'est pas reconnu comme une maladie officielle dans le DSM-5 et qu'il y ait un flou nosographique avec d'autres troubles à la symptomatologie proche. Une autre explication réside dans le fait que le burnout est intrinsèquement lié au travail et que le mentionner dans le motif d'arrêt (ou toute autre qualification en lien avec le travail) revient à établir un lien entre la situation professionnelle et l'état de santé du patient. Or, le médecin ne peut pas aller au-delà des constatations médicales et doit éviter de mettre en cause des tiers [59]. Les médecins les plus jeunes semblaient mieux sensibilisés à ces restrictions.

2.3 Prescriptions médicamenteuses

Environ un dixième (11.1%) des médecins sondés prescrivent systématiquement un médicament, ce qui contraste avec le taux de prescription (82%) dans l'étude Héraclès [54]. Cette diminution des prescriptions est également retrouvée dans le travail de thèse d'A. Bouquillon [60]. Ceci est cohérent avec les recommandations actuelles qui privilégient généralement l'accompagnement psychologique et les mesures de prévention. Dans cette étude, la prescription systématique d'un traitement apparaissait plus fréquente chez les médecins les plus âgés. Cela pourrait s'expliquer par une évolution de la formation médicale, qui sensibilise aujourd'hui davantage les étudiants en médecine à privilégier en première intention des approches non médicamenteuses, notamment les TCC, dans la prise en charge de nombreux troubles psychiatriques.

Dans notre étude, les traitements les plus prescrits sont les anxiolytiques (90.7%), les antidépresseurs (54.3%) et la phytothérapie (31.5%). L'étude Héraclès révélait également une tendance à la prescription d'anxiolytiques (62%), antidépresseurs (42%), mais aussi de somnifères (23%). Il est à noter qu'une étude de Martinez et al. publiée en 2021 [61] et menée en 2018 chez des infirmières espagnoles, a montré une association significative entre épuisement professionnel et la consommation de médicaments ainsi qu'une utilisation plus importante d'anxiolytiques que d'antidépresseurs. Ceci trouve probablement son explication dans le fait que le burnout est fréquemment associé à un état de stress important. Concernant la phytothérapie, son intérêt porté par certains médecins généralistes pourrait s'expliquer par des résultats prometteurs à visée anxiolytique de certaines plantes [62,63].

2.4 Déclaration en accident de travail ou en maladie professionnelle

Les médecins sondés avaient plus tendance à réaliser des déclarations en accident de travail plutôt qu'en maladie professionnelle. Dans son rapport de janvier 2018 [64], l'Assurance Maladie déclare que « la reconnaissance des troubles psychiques liés au travail se fait principalement au titre des accidents de travail, et plus rarement en tant que maladie professionnelle. Cela s'explique par leur caractère multifactoriel et la question de l'objectivation du lien entre la pathologie et le travail ». En effet, la

reconnaissance en maladie professionnelle nécessite une enquête afin de démontrer le lien entre les conditions de travail et les troubles présentés par le patient. Au contraire, la procédure d'accident de travail repose sur une présomption d'imputabilité rendant la reconnaissance plus accessible.

2.5 Suivi

La consultation de suivi est réalisée chez presque tous les médecins (99.4%) avec un délai souvent compris entre 1 et 2 semaines ou entre 2 et 3 semaines ce qui est cohérent avec la durée d'arrêt de travail majoritairement prescrite et conformément aux directives de l'Assurance Maladie [58].

2.6 Orientation du patient

Les professionnels les plus sollicités par les médecins traitants sont les psychologues (96.3%), les médecins du travail (92%) et les psychiatres (56.2%).

Le recours aux psychologues semble s'accroître et c'est ce que montrait dans sa thèse A. Bouquillon [60]. Cela paraît logique avec l'augmentation des consultations pour burnout et le manque de temps en consultation de médecine générale pour réaliser des psychothérapies.

Les médecins du travail sont également fortement sollicités conformément aux recommandations de la HAS qui préconise que « dans tous les cas, le médecin traitant se mette en contact avec le médecin du travail pour alerter et avoir un éclairage sur le lieu de travail ».

Concernant le recours aux psychiatres, il apparaît plus élevé que dans l'étude Héraclès (20%). Une explication à la sollicitation des psychiatres pourrait provenir d'un sentiment de manque de formation et donc de compétences par les médecins généralistes [46,48,65].

La thèse de K. Sanogo et C. Fuhrmann publiée en 2018 [66] portait sur la collaboration entre médecins généralistes et psychiatres dans la prise en charge des patients en situation de burnout. Ce travail concluait à une vision commune en termes de pratique et de ressentis par les deux spécialistes mais avec une collaboration qui reste limitée dans la prise en charge. Le recours au psychiatre n'apparaît pas essentiel pour le médecin généraliste, la collaboration est rarement nécessaire mais les médecins généralistes peuvent solliciter les psychiatres au besoin.

Le médecin conseil, l'inspecteur du travail et l'assistante sociale sont nettement moins sollicités.

M. Duret écrit dans sa thèse [46] que les contacts entre médecins généralistes et médecin conseil sont peu fréquents. Les médecins généralistes ont comme vision du médecin conseil celui qui contrôle les arrêts de longue durée. La Revue Médicale de Bruxelles [35] offre une autre vision du médecin conseil. Le médecin traitant peut transmettre des informations au médecin conseil pour que le patient puisse être soutenu par la mutuelle le temps du processus de soins et de reconstruction jusqu'au retour à une vie active. La collaboration entre ces deux spécialités reste peu documentée.

Le faible recours aux inspecteurs du travail était également constaté dans le travail de thèse de S. Amélie datant de 2014 [67]. Il peut s'expliquer par une pénurie manifeste de la profession. On compte en 2024, 2000 postes d'agents de contrôle sur le territoire

français soit un poste d'inspecteur du travail pour 10 500 salariés. Ce ratio est moins élevé que préconisé par l'Organisation Internationale du Travail (OIT) (1/10 000 salariés dans les pays industrialisés) [68].

La collaboration entre le médecin généraliste et l'assistante sociale reste limitée en pratique alors même que la HAS recommande explicitement dans sa fiche mémo de 2017 et actualisée en 2025, une orientation vers les services d'assistante sociale pour aider les patients dans leurs démarches médico-administratives. La littérature scientifique ne propose aucun protocole de collaboration entre ces deux acteurs dans le cadre spécifique du burnout alors que celui-ci génère des conséquences sociales et administratives importantes (reconnaissance en maladie professionnelle, maintien des indemnités journalières, reconversion professionnelle....) qui dépassent le champ médical.

L'utilisation du dispositif « Mon soutien psy » par les médecins généralistes reste limitée (25.9%). Selon le Rapport du Gouvernement au Parlement évaluant le dispositif « Mon soutien psy » datant du 27 mars 2025 [69] : près de 11% des psychologues (libéraux ou mixtes) installés étaient conventionnés en juin 2024, soit 2905 psychologues (contre 6200 en 2026 [70]). L'offre de psychologues installés en moyenne en France était de 41 psychologues pour 100 000 habitants. Par ailleurs, 54 312 médecins avait orienté au moins un patient vers le dispositif, dont 94% de généralistes (pour un total de 81 395 généralistes en activité en 2024 [71]). En moyenne, un médecin orientait six patients. Ces données suggèrent une montée en charge progressive du dispositif. Le faible taux d'adressage observé pourrait toutefois être partiellement expliqué par la suppression, depuis juin 2024, de l'obligation de courrier d'adressage médical préalable pour accéder au dispositif. Cette étude suggère une utilisation plus importante chez les médecins femme et chez les médecins les plus jeunes. Cela pourrait provenir d'une meilleure sensibilisation des nouvelles générations de médecins dont la féminisation ne cesse de s'accroître.

3 Discussion de la méthode

3.1 Forces de l'étude

Le grand nombre de participants (162) peut être considéré comme un point fort de l'étude bien que la taille de l'échantillon n'ait pas pu être déterminée a priori par un calcul de puissance statistique car aucune hypothèse n'était testée.

Par ailleurs, cette étude présente l'intérêt de constituer, à notre connaissance, l'une des rares études quantitatives s'intéressant à la prise en charge du burnout par les médecins généralistes.

3.2 Limites de l'étude

La stratégie de recrutement et de distribution des questionnaires peut introduire un biais de sélection. Nous ne pouvons pas considérer l'échantillon de médecins interrogés comme représentatif de l'ensemble des médecins généralistes de France, impactant donc la validité externe de l'étude. En effet, la proportion de femmes médecins (49.1%) ainsi que l'âge moyen estimé des répondants (48.5 ans) diffèrent des données

de l'Ordre des médecins pour 2025 [71], qui rapportent un âge moyen de 49.9 ans et un taux de féminisation de 52.6%. De même, la répartition selon le type d'exercice (activité isolée, cabinet de groupe, maison de santé pluriprofessionnelle ou salariat) n'est pas superposable aux statistiques nationales de 2025 [72].

Cette étude présente également un risque de biais de désirabilité sociale (tendance à se présenter de façon favorable devant d'autres individus en fonction de certaines normes sociales), les médecins ayant été interrogés sur leurs pratiques au moyen d'un questionnaire composé de questions fermées. Ce format a pu influencer certaines réponses en incitant les participants à sélectionner des réponses perçues comme les plus attendues.

L'utilisation de classes pour recueillir l'âge des médecins aurait pu être remplacée par une saisie numérique libre, permettant une mesure plus précise et une analyse statistique plus fine des données.

Enfin, il existe également un biais d'information. La dernière question du questionnaire semble avoir été mal posée. Un des médecins interrogés a signalé une difficulté de compréhension concernant la question portant sur l'utilisation du dispositif « mon soutien psy », indiquant ne pas savoir si celle-ci faisait référence à l'usage du site internet mis en place par l'Assurance Maladie ou, plus largement, à l'utilisation du dispositif. On peut donc ainsi supposer que, parmi les autres répondants, certains ont pu répondre de manière négative en raison d'une compréhension imparfaite de la question.

4 Perspectives

Les recommandations en termes de prise en charge du burnout sont peu nombreuses et relativement anciennes, alors même que le burnout devient de plus en plus fréquent en consultation de médecine générale.

Il est à souhaiter qu'à l'avenir, le burnout obtienne une reconnaissance officielle dans le DSM pour ouvrir la voie à des essais contrôlés randomisés afin d'évaluer la place de la stratégie médicamenteuse dans sa prise en charge.

Bien que le ressenti des médecins généralistes concernant la complexité de la gestion du burnout n'ait pas été évalué dans ce travail, d'autres études qualitatives [34,67] soulignent les difficultés rencontrées par les praticiens. L'intégration de formations spécifiques et de séminaires pratiques dès l'internat fournirait peut-être aux nouvelles générations de médecins une meilleure aisance face à ce motif de consultation.

Conclusion

Ce travail de recherche révèle la réalité complexe et nuancée des pratiques des médecins généralistes face au syndrome d'épuisement professionnel.

Les résultats de cette étude témoignent d'une vigilance clinique indéniable de la part des praticiens. La recherche systématique d'antécédents et l'évaluation du risque suicidaire s'imposent comme un réflexe protecteur. Pour apprécier cette souffrance, les médecins privilégient des outils psychométriques connus, telle l'échelle d'Hamilton, pourtant non spécifique du burnout, en délaissant le MBI probablement moins pertinent.

La prise en charge repose principalement sur un arrêt de travail, volontairement court dans un 1^{er} temps, motivé par la mention de syndrome anxio-dépressif, plutôt que par une qualification explicite liée à l'activité professionnelle. Si l'instauration d'un traitement médicamenteux n'est pas systématique, les anxiolytiques demeurent le premier recours thérapeutique. Par ailleurs, les démarches de reconnaissance en accident de travail ou en maladie professionnelle restent inconstantes, témoignant probablement de la complexité administrative et médico-légale entourant le burnout.

L'étude met également en exergue l'importance capitale accordée à la continuité des soins via un suivi rapproché, ainsi qu'à la pluridisciplinarité de la prise en charge. L'orientation vers les psychologues, les psychiatres et le médecin du travail est fréquente. Néanmoins, l'utilisation du dispositif « mon soutien psy » est loin de faire l'unanimité.

Enfin, ce travail révèle des disparités générationnelles et de genre au sein de la profession. Les praticiens les plus âgés ont une plus grande propension à une prescription médicamenteuse immédiate et à une mention d'un motif d'arrêt directement lié au travail, tout en se montrant plus distants à l'utilisation des nouveaux dispositifs comme « mon soutien psy ». Cet outil est davantage exploité par les femmes médecins.

En définitive, ces résultats soulignent l'hétérogénéité des pratiques et l'absence de consensus clair dans la prise en charge de l'épuisement professionnel. Ce constat impose l'élaboration de recommandations plus précises afin d'harmoniser les pratiques et d'optimiser la prise en charge des patients en situation de burnout.

Il serait particulièrement intéressant de compléter ce travail par une étude plus représentative à l'échelle nationale, ainsi que par une évaluation croisée des pratiques des autres acteurs de terrain (médecin du travail, psychologues, psychiatres...).

Liste des tables

Table 1. Pratiques des médecins en fonction de leur sexe	33
Table 2. Pratique des médecins en fonction de leur âge.....	34
Table 3. Pratique des médecins en fonction de leur mode d'exercice.....	36
Table 4. Pratique des médecins en fonction de leur type d'exercice.....	37

Liste des figures

Figure 1 Sexe des médecins	20
Figure 2 Age des médecins	20
Figure 3 Mode d'exercice des médecins	21
Figure 4 Type d'exercice des médecins	21
Figure 5 Année d'installation des médecins	22
Figure 6 Recherche d'antécédents de burnout.....	22
Figure 7 Utilisation de l'échelle MBI.....	22
Figure 8 Evaluation du risque suicidaire	23
Figure 9 Utilisation d'échelles destinées à évaluer les conséquences du burnout ..	23
Figure 10 Rédaction systématique d'un arrêt de travail	24
Figure 11 Durée de l'arrêt de travail	24
Figure 12 Motif médical de l'arrêt de travail	25
Figure 13 Utilisation d'une qualification en lien avec le travail dans le motif de l'arrêt	25
Figure 14 Prescription systématique d'un traitement médicamenteux.....	26
Figure 15 Choix du traitement médicamenteux	26
Figure 16 Déclaration en accident de travail.....	27
Figure 17 Déclaration en maladie professionnelle	27
Figure 18 Proposition systématique d'une consultation de suivi.....	28
Figure 19 Délai avant une consultation de suivi	28
Figure 20 Orientation vers d'autres professionnels.....	29
Figure 21 Utilisation du dispositif "mon soutien psy"	29
Figure 22 Ancienneté d'installation du médecin en fonction de son âge	32

Références

- [1] CIM-11 pour les statistiques de mortalité et de morbidité n.d. <https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/fr#129180281> (accessed September 24, 2025).
- [2] Souffrance psychique et épuisement professionnel n.d. <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-liees-au-travail/souffrance-psychique-et-epuisement-professionnel> (accessed April 13, 2026).
- [3] SPF. La souffrance psychique en lien avec le travail à partir du Programme de surveillance des maladies à caractère professionnel : résultats des enquêtes transversales 2013 à 2019 et évolution depuis 2007 n.d. <https://www.santepubliquefrance.fr/import/la-souffrance-psychique-en-lien-avec-le-travail-a-partir-du-programme-de-surveillance-des-maladies-a-caractere-professionnel-resultats-des-enquet> (accessed April 13, 2026).
- [4] Masson E. Épuisement professionnel : étude descriptive de cas recensés dans le Réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles. EM-Consulte n.d. <https://www.em-consulte.com/article/1060407/epuisement-professionnel-etude-descriptive-de-cas-> (accessed April 13, 2026).
- [5] La santé mentale au travail n.d. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-at-work> (accessed January 13, 2025).
- [6] Repérage et prise en charge cliniques du syndrome d'épuisement professionnel ou burnout. Haute Aut Santé n.d. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2769318/fr/reperage-et-prise-en-charge-cliniques-du-syndrome-d-epuisement-professionnel-ou-burnout (accessed January 15, 2026).
- [7] Danhof-Pont MB, van Veen T, Zitman FG. Biomarkers in burnout: a systematic review. J Psychosom Res 2011;70:505–24. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2010.10.012>.
- [8] Bakusic J, Schaufeli W, Claes S, Godderis L. Stress, burnout and depression: A systematic review on DNA methylation mechanisms. J Psychosom Res 2017;92:34–44. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2016.11.005>.
- [9] Kakiashvili T, Leszek J, Rutkowski K. The medical perspective on burnout. Int J Occup Med Environ Health 2013;26:401–12. <https://doi.org/10.2478/s13382-013-0093-3>.
- [10] Rusu D, Firket P, Braeckman L. PROF. ISABELLE HANSEZ n.d.
- [11] Détection précoce du burnout : outil pour le médecin du travail | SPF Emploi - Travail et Concertation sociale n.d. <https://emploi.belgique.be/fr/publications/detection-precoce-du-burnout-outil-pour-le-medecin-du-travail> (accessed January 11, 2025).
- [12] Korczak D, Huber B, Kister C. Differential diagnostic of the burnout syndrome. GMS Health Technol Assess 2010;6:Doc09. <https://doi.org/10.3205/hta000087>.
- [13] Le syndrome d'épuisement professionnel ou burnout | Mieux comprendre pour mieux agir | Travail-emploi.gouv.fr | Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles 2015. <https://travail-emploi.gouv.fr/le-syndrome->

depuisement-professionnel-ou-burnout-mieux-comprendre-pour-mieux-agir (accessed February 3, 2025).

- [14] 26 fev 2016 RAPPORT ACADEMIE Burn-out V3 n.d.
- [15] Schaufeli WB, Salanova M. Efficacy or inefficacy, that's the question: burnout and work engagement, and their relationships with efficacy beliefs. *Anxiety Stress Coping* 2007;20:177–96. <https://doi.org/10.1080/10615800701217878>.
- [16] Schaufeli WB, Desart S, De Witte H. Burnout Assessment Tool (BAT)-Development, Validity, and Reliability. *Int J Environ Res Public Health* 2020;17:9495. <https://doi.org/10.3390/ijerph17249495>.
- [17] Stress au travail et santé : Situation chez les indépendants n.d. <https://ipubli.inserm.fr/handle/10608/216> (accessed April 14, 2026).
- [18] Bianchi R, Schonfeld IS, Laurent E. Burnout-depression overlap: a review. *Clin Psychol Rev* 2015;36:28–41. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.01.004>.
- [19] Bianchi R, Schonfeld IS, Laurent E. Is burnout separable from depression in cluster analysis? A longitudinal study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2015;50:1005–11. <https://doi.org/10.1007/s00127-014-0996-8>.
- [20] Isaksson Ro KE, Tyssen R, Gude T, Aasland OG. Will sick leave after a counselling intervention prevent later burnout? A 3-year follow-up study of Norwegian doctors. *Scand J Public Health* 2012;40:278–85. <https://doi.org/10.1177/1403494812443607>.
- [21] Epuisement professionnel : fiche conseil d'orientation et de prise en charge pour le médecin du travail - Article de revue - INRS n.d. <https://www.inrs.fr/media.html?refINRS=TM%2049> (accessed January 11, 2025).
- [22] Massart A-C, Delroisse S, Mesters DP. QUEL RETOUR AU TRAVAIL APRÈS UN BURN OUT ? n.d.
- [23] Article R4127-28 - Code de la santé publique - Légifrance n.d. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006912890 (accessed April 15, 2026).
- [24] Madsen IEH, Lange T, Borritz M, Rugulies R. Burnout as a risk factor for antidepressant treatment – a repeated measures time-to-event analysis of 2936 Danish human service workers. *J Psychiatr Res* 2015;65:47–52. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2015.04.004>.
- [25] Russo N, Parker G. Judged effectiveness of help-seeking strategies employed by those experiencing differing burnout phases and the suggested benefits of antidepressant medication. *J Affect Disord* 2025;385:119395. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2025.119395>.
- [26] Crippa JAS, Zuardi AW, Guimarães FS, Campos AC, de Lima Osório F, Loureiro SR, et al. Efficacy and Safety of Cannabidiol Plus Standard Care vs Standard Care Alone for the Treatment of Emotional Exhaustion and Burnout Among Frontline Health Care Workers During the COVID-19 Pandemic. *JAMA Netw Open* 2021;4:e2120603. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.20603>.

- [27] Comment obtenir la reconnaissance en accident du travail ou maladie professionnelle. Souffrance Trav n.d. <https://www.souffrance-et-travail.com/travailleurs/accident-travail-maladie-professionnelle/> (accessed April 15, 2026).
- [28] Prise en compte du burn-out ou de l'épuisement professionnel en tant que maladie professionnelle. Sénat 2024. <https://www.senat.fr/questions/base/2024/qSEQ240210210.html> (accessed September 26, 2025).
- [29] Burn-out et risques psychosociaux : comprendre pour mieux prévenir | Travail-emploi.gouv.fr | Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles 2025. <https://travail-emploi.gouv.fr/burn-out-et-risques-psychosociaux-comprendre-pour-mieux-prevenir> (accessed September 24, 2025).
- [30] N° 4487 - Rapport d'information de MM. Yves Censi et Gérard Sebaoun déposé en application de l'article 145 du règlement, par la commission des affaires sociales, en conclusion des travaux d'une mission d'information relative au syndrome d'épuisement professionnel (ou burn-out) n.d. <https://www.assemblee-nationale.fr/14/rap-info/i4487.asp> (accessed April 15, 2026).
- [31] Lang J, Ochsmann E, Kraus T, Lang JWB. Psychosocial work stressors as antecedents of musculoskeletal problems: a systematic review and meta-analysis of stability-adjusted longitudinal studies. *Soc Sci Med* 2012;75:1163–74. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.04.015>.
- [32] Deligkaris P, Panagopoulou E, Masoura E. Job burnout and cognitive functioning: A systematic review. *Work Stress* 2014;28:107–23. <https://doi.org/10.1080/02678373.2014.909545>.
- [33] Salvagioni DAJ, Melanda FN, Mesas AE, González AD, Gabani FL, Andrade SM de. Physical, psychological and occupational consequences of job burnout: A systematic review of prospective studies. *PloS One* 2017;12:e0185781. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0185781>.
- [34] Saunier M. La prise en charge de patients en souffrance au travail: enquête auprès des médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais et élaboration d'un guide pratique. Thèse d'exercice. Université de Lille, 2021.
- [35] Clumeck N, Wettère LV, Maes G, Vandenbosch D. Prise en charge du burnout : quel rôle pour le médecin généraliste ? n.d.;41.
- [36] Korczak D, Wastian M, Schneider M. Therapy of the burnout syndrome. *GMS Health Technol Assess* 2012;8:Doc05. <https://doi.org/10.3205/hta000103>.
- [37] Maricutoiu L, Sava F, Butta O. The effectiveness of controlled interventions on employees' burnout: A meta-analysis. *J Occup Organ Psychol* 2014;89. <https://doi.org/10.1111/joop.12099>.
- [38] Richardson KM, Rothstein HR. Effects of occupational stress management intervention programs: a meta-analysis. *J Occup Health Psychol* 2008;13:69–93. <https://doi.org/10.1037/1076-8998.13.1.69>.
- [39] Luken M, Sammons A. Systematic Review of Mindfulness Practice for Reducing Job Burnout. *Am J Occup Ther Off Publ Am Occup Ther Assoc* 2016;70:7002250020p1–10. <https://doi.org/10.5014/ajot.2016.016956>.
- [40] Khoury B, Sharma M, Rush SE, Fournier C. Mindfulness-based stress reduction for healthy individuals: A meta-analysis. *J Psychosom Res* 2015;78:519–28. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2015.03.009>.

- [41] Paulhan I. Le concept de coping 1992. <https://doi.org/10.3406/psy.1992.29539>.
- [42] Lee H-F, Kuo C-C, Chien T-W, Wang Y-R. A Meta-Analysis of the Effects of Coping Strategies on Reducing Nurse Burnout. *Appl Nurs Res ANR* 2016;31:100–10. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2016.01.001>.
- [43] Cocker F, Joss N. Compassion Fatigue among Healthcare, Emergency and Community Service Workers: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health* 2016;13:618. <https://doi.org/10.3390/ijerph13060618>.
- [44] « Mon soutien psy » : 12 séances remboursées par an. info.gouv.fr n.d. <https://www.info.gouv.fr/actualite/mon-soutien-psy-12-seances-remboursees-par-an> (accessed April 22, 2026).
- [45] Le syndrome d'épuisement professionnel ou burnout n.d.
- [46] Duret M. Prise en charge de la souffrance morale au travail par les médecins généralistes : enquête qualitative auprès de 13 médecins généralistes de l'Eure 2014:127.
- [47] Sérís H. La prise en charge de l'épuisement professionnel vue par les médecins généralistes 2023:37.
- [48] Habert M. Aspects spécifiques de la souffrance morale liée aux conditions de travail: enquête en vue d'une réflexion sur une prise en charge par le médecin généraliste. Thèse d'exercice. Université Pierre et Marie Curie (Paris). UFR de médecine Pierre et Marie Curie, 2006.
- [49] Les missions et les prérogatives de l'inspection du travail | Travail-emploi.gouv.fr | Ministère du Travail et des Solidarités 2020. <https://travail-emploi.gouv.fr/les-missions-et-les-prerogatives-de-linspection-du-travail> (accessed April 16, 2026).
- [50] Centre du Burn Out. Cent Burn n.d. <https://centreduburnout.org/> (accessed April 16, 2026).
- [51] Accompagnement des victimes de burn-out dans leur reconstruction | Fondation AESIO 2021. <https://fondation.aesio.fr/projets-soutenus/lburn-reconstruction-victime-burnout-pair-aidance-essaimage> (accessed June 11, 2025).
- [52] toi A temps pour. Séjourner à “Au temps pour toi.” Au Temps Pour Toi n.d. <https://www.autempspourtoi.eu/sejourner-a-au-temps-pour-toi/> (accessed January 11, 2025).
- [53] Rivière M. La souffrance psychique en lien avec le travail vue en consultation de médecine générale. Étude de la prévalence et des facteurs associés. 2018.
- [54] 12577.pdf n.d.
- [55] van Dam A. A clinical perspective on burnout: diagnosis, classification, and treatment of clinical burnout. *Eur J Work Organ Psychol* 2021;30:732–41. <https://doi.org/10.1080/1359432X.2021.1948400>.
- [56] Karlson B, Jönsson P, Österberg K. Long-term stability of return to work after a workplace-oriented intervention for patients on sick leave for burnout. *BMC Public Health* 2014;14:821. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-821>.
- [57] Echelle de Hamilton n.d. <https://www.mgfrance.org/images/utilitaires-medicaux/test-hamilton.htm> (accessed May 9, 2026).

- [58] Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : les propositions de l'Assurance Maladie pour 2026 | L'Assurance Maladie 2025. <https://www.assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/2025-rapport-propositions-pour-2026-charges-produits> (accessed May 13, 2026).
- [59] Prescrire un arrêt de travail n.d. <https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/exercice/prescrire-arret-travail> (accessed May 9, 2026).
- [60] Bouquillon A. Prescriptions à l'issue de la 1ère consultation chez le médecin généraliste d'un patient présentant un syndrome de surmenage professionnel, une étude quantitative multicentrique d'analyse de pratiques. Université de Lille (2022-...), 2025.
- [61] Martos Martínez Á, Barragán Martín AB, Gázquez Linares JJ, Molero Jurado MDM, Simón Márquez MDM, Pérez-Fuentes MDC. Anxiolytic and Antidepressant Use and Burnout: Optimism as a Mediator in Spanish Nurses. *J Clin Med* 2021;10:5741. <https://doi.org/10.3390/jcm10245741>.
- [62] Jamnekar PP, Dehankar TJ, Bedre RV, Dharan BG, Agravat B, Agravat H. Ashwagandha as an Adaptogenic Herb: A Comprehensive Review of Immunological and Neurological Effects. *Cureus* n.d.;17:e96183. <https://doi.org/10.7759/cureus.96183>.
- [63] Punja S, Shamseer L, Olson K, Vohra S. Rhodiola Rosea for Mental and Physical Fatigue in Nursing Students: A Randomized Controlled Trial. *PLoS ONE* 2014;9:e108416. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0108416>.
- [64] Les affections psychiques liées au travail | L'Assurance Maladie 2018. <https://www.assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/2018-sante-travail-affections-psychiques> (accessed May 13, 2026).
- [65] Masson E. Les médecins face à la santé au travail : une étude qualitative dans le sud-est de la France. *EM-Consulte* n.d. <https://www.em-consulte.com/article/132224/les-medecins-face-a-la-sante-au-travail-une-etude-> (accessed May 10, 2026).
- [66] Sanogo K, Fuhrmann C, Kirsner-Besse M-H. Collaboration entre médecins généralistes et psychiatres dans la prise en charge des patients en situation de burn out: pratiques et attentes des médecins généralistes et des psychiatres d'un secteur de psychiatrie de Loire-Atlantique 2019.
- [67] Simion A. La souffrance morale au travail: quelle prise en charge en médecine générale ? : une enquête qualitative en région Centre. Thèse d'exercice. Université de Tours. UFR de médecine, 2014.
- [68] L'Inspection du Travail est exsangue, le Front Populaire doit lui redonner des couleurs ! – CGT Travail Emploi Formation Professionnelle 2024. <https://cgt-tefp.fr/linspection-du-travail-est-exsangue-le-front-populaire-doit-lui-redonner-des-couleurs/> (accessed May 10, 2026).
- [69] DICOM_Raphaëlle.B, DICOM_Raphaëlle.B. Deux ans après son lancement, Mon soutien psy évalué par un rapport. Ministère Santé Fam Auton Pers Handicap n.d. <https://sante.gouv.fr/actualites-presse/actualites-du-ministere/article/deux-ans-apres-son-lancement-mon-soutien-psy-evalue-par-un-rapport> (accessed May 10, 2026).

- [70] Santé mentale : Le dispositif Mon soutien psy pour un accompagnement psychologique accessible à tous. 2026. <https://www.assurance-maladie.ameli.fr/presse/2026-01-16-dp-dispositif-mon-soutien-psy> (accessed May 10, 2026).
- [71] Cartographie Interactive de la Démographie Médicale - Indicateurs : cartes, données et graphiques n.d. https://demographie.medecin.fr/#c=indicator&i=demo_gen_tot.mg_act_regul&s=2024&view=map8 (accessed May 10, 2026).
- [72] Arnault DF. ATLAS DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE EN FRANCE n.d.

Annexe 1

Test d'Inventaire de Burnout de Maslach - MBI

Comment percevez-vous votre travail ? Etes-vous épuisé(e) ?

Quelle est votre capacité à gérer votre relation aux autres ?

Où en êtes-vous sur votre degré d'accomplissement personnel ?

- Précisez la fréquence à laquelle vous ressentez la description des propositions suivantes en entourant le chiffre correspondant avec :

- 0 = Jamais
- 1 = Quelques fois par an, au moins
- 2 = Une fois par mois au moins
- 3 = Quelques fois par mois
- 4 = Une fois par semaine
- 5 = Quelques fois par semaine
- 6 = Chaque jour

- Additionnez les scores obtenus dans chacune des 3 dimensions proposées au bas du questionnaire. Voyez si ces scores sont à un degré « faible », « modéré » ou « élevé ».

	Jamais ↓			Chaque jour ↓			
01 - Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail	0	1	2	3	4	5	6
02 - Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail	0	1	2	3	4	5	6
03 - Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail	0	1	2	3	4	5	6
04 - Je peux comprendre facilement ce que mes patients/clients/élèves ressentent	0	1	2	3	4	5	6
05 - Je sens que je m'occupe de certains patients/clients/élèves de façon impersonnelle, comme s'ils étaient des objets	0	1	2	3	4	5	6
06 - Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort	0	1	2	3	4	5	6
07 - Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes patients/clients/élèves	0	1	2	3	4	5	6
08 - Je sens que je craque à cause de mon travail	0	1	2	3	4	5	6
09 - J'ai l'impression, à travers mon travail, d'avoir une influence positive sur les gens	0	1	2	3	4	5	6
10 - Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail	0	1	2	3	4	5	6
11 - Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement	0	1	2	3	4	5	6
12 - Je me sens plein(e) d'énergie	0	1	2	3	4	5	6
13 - Je me sens frustré(e) par mon travail	0	1	2	3	4	5	6
14 - Je sens que je travaille « trop dur » dans mon travail	0	1	2	3	4	5	6
15 - Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes patients/clients/élèves	0	1	2	3	4	5	6
16 - Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop	0	1	2	3	4	5	6
17 - J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes patients/clients/élèves	0	1	2	3	4	5	6
18 - Je me sens ragaillardi(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de patients/clients/élèves	0	1	2	3	4	5	6
19 - J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail	0	1	2	3	4	5	6
20 - Je me sens au bout du rouleau	0	1	2	3	4	5	6
21 - Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement	0	1	2	3	4	5	6
22 - J'ai l'impression que mes patients/clients/élèves me rendent responsable de certains de leurs problèmes	0	1	2	3	4	5	6

Total du Score d'Épuisement Professionnel (SEP)

Additionnez les scores que vous avez obtenus aux questions 01. 02. 03. 06. 08. 13. 14. 16. 20

SEP =

Épuisement Professionnel	SEP < à 17	18 < SEP < 29	30 < SEP
	Degré faible	Degré modéré	Degré élevé

Total du Score Dépersonnalisation / Perte d'empathie (SD)

Additionnez les scores que vous avez obtenus aux questions 05. 10. 11. 15. 22

SD =

Dépersonnalisation	SD < à 5	6 < SD < 11	12 < SD
	Degré faible	Degré modéré	Degré élevé

Total du Score Accomplissement Personnel (SAP)

Additionnez les scores que vous avez obtenus aux questions 04. 07. 09. 12. 17. 18. 19. 21.

SAP =

Accomplissement Personnel	SAP < à 33	34 < SAP < 39	40 < SAP
	Degré faible	Degré modéré	Degré élevé

Annexe 2

Bonjour,

Je suis Valentine Baert, étudiante en 5^e semestre de médecine générale.

Dans le cadre de ma thèse, je réalise un questionnaire sur la prise en charge des patients se présentant pour burnout au travail par les médecins généralistes du Nord et du Pas-de-Calais.

Il s'agit d'une recherche scientifique ayant pour but d'étudier vos pratiques de prise en charge pour ces patients.

Si vous le souhaitez, je vous propose de participer à l'étude. Pour y répondre, vous devez être médecin généraliste exerçant dans le Nord ou le Pas-de-Calais.

Ce questionnaire est facultatif, confidentiel et il ne vous prendra que 5 minutes.

Ce questionnaire n'étant pas identifiant, il ne sera donc pas possible d'exercer vos droits d'accès aux données, de rectification, d'effacement, de retrait de consentement / opposition, de limitation, de portabilité.

Pour assurer une sécurité optimale, vos réponses ne seront pas conservées au-delà de la soutenance de la thèse.

Afin de préserver l'anonymat de ce questionnaire, veuillez à ne pas indiquer d'éléments permettant de vous identifier ou d'identifier une autre personne dans les champs à réponse libre.

Merci à vous.



QUESTIONNAIRE DE THESE

Vous êtes ?	☐ Un homme ☐ Une femme	☐ Autre ☐ Ne souhaite pas répondre
Quel âge avez-vous ?	☐ Entre 20 et 30 ans ☐ Entre 31 et 40 ans ☐ Entre 41 et 50 ans	☐ Entre 51 et 60 ans ☐ Entre 61 et 70 ans ☐ Entre 71 et 80 ans
Quel est votre mode d'exercice ? <i>Une seule réponse possible.</i>	☐ Urbain ☐ Semi-rural	☐ Rural ☐ Autre
De quelle année date votre installation ?	AAAA	
Quel est votre type d'exercice ? <i>Une seule réponse possible.</i>	☐ Seul ☐ Cabinet de groupe ☐ Maison Santé Pluriprofessionnelle	☐ Salariat ☐ Autre

Lorsqu'un patient se présente au cabinet pour le motif suivant « burnout au travail » :

<i>Pour chacune des affirmations suivantes, merci de cocher une seule réponse.</i>	Oui, toujours	Parfois	Non, jamais
Recherchez-vous des antécédents de burnout chez votre patient ?	☐	☐	☐
Utilisez-vous l'échelle MBI (Maslach Burn Out Inventory) pour évaluer le burnout ?	☐	☐	☐
Évaluez-vous le risque suicidaire ?	☐	☐	☐

Si vous utilisez des échelles pour évaluer le retentissement du burnout sur votre patient, lesquelles utilisez-vous ? <i>Plusieurs réponses possibles.</i>	☐ Hamilton ☐ MADRS ☐ Autre
---	---

Rédaction d'un arrêt de travail pour patient se présentant pour « burnout au travail » :

Prescrivez-vous systématiquement un arrêt de travail ?	☐ Oui ☐ Non
--	---

Lorsque vous prescrivez un arrêt de travail pour un patient se présentant pour burnout, quelle durée d'arrêt de travail prescrivez-vous en général ? <i>Plusieurs réponses possibles.</i>	☐ Moins de 7 jours ☐ Entre 1 et 2 semaines ☐ Entre 2 et 3 semaines ☐ Entre 3 et 4 semaines ☐ Plus d'1 mois
--	---

Lorsque vous rédigez un arrêt de travail pour un patient se présentant pour burnout, quel(s) motif(s) écrivez-vous sur l'arrêt de travail ? <i>Plusieurs réponses possibles.</i>	☐ Burnout ☐ Anxiété ☐ Syndrome anxio-dépressif ☐ Épuisement ☐ Autre
---	--

Lorsque vous rédigez un arrêt de travail pour un patient se présentant pour burnout, écrivez-vous le mot « professionnel » ou une qualification en lien avec le travail dans le motif d'arrêt de travail ? <i>Une seule réponse possible.</i>	☐ Oui, toujours ☐ Parfois ☐ Non, jamais
--	---

Prescriptions pour un patient se présentant pour « burnout au travail » :

Prescrivez-vous systématiquement un traitement médicamenteux ? <i>Une seule réponse possible.</i>	☐ Oui ☐ Non
--	--

Lorsque vous prescrivez un traitement médicamenteux, quelle(s) classe(s) de médicament(s) prescrivez-vous préférentiellement ? <i>Plusieurs réponses possibles.</i>	☐ Antidépresseurs ☐ Anxiolytiques ☐ Hypnotiques	☐ Phytothérapie ☐ Homéopathie ☐ Autre
--	--	--

Déclaration en accident de travail/maladie professionnelle pour « burnout au travail » :

Vous arrive-t-il de remplir une déclaration en accident de travail ? <i>Une seule réponse possible.</i>	☐ Oui, parfois ☐ Non, jamais
Vous arrive-t-il de remplir une déclaration en maladie professionnelle ? <i>Une seule réponse possible.</i>	☐ Oui, parfois ☐ Non, jamais

Suivi du patient se présentant pour « burnout au travail » :

Proposez-vous systématiquement une consultation de suivi ? <i>Une seule réponse possible.</i>	☐ Oui ☐ Non
Lorsque vous proposez une consultation de suivi, dans quel(s) délai(s) proposez-vous cette consultation ? <i>Plusieurs réponses possibles.</i>	☐ Moins de 7 jours ☐ Entre 1 et 2 semaines ☐ Entre 2 et 3 semaines ☐ Entre 3 et 4 semaines ☐ Plus d'1 mois
Vers quels autres professionnels orientez-vous vos patients lorsque cela vous paraît nécessaire ? <i>Plusieurs réponses possibles.</i>	☐ Psychiatre ☐ Psychologue ☐ Assistante sociale ☐ Médecin du travail ☐ Médecin conseil de la sécurité sociale ☐ Inspecteur du travail ☐ Autre
Lorsque vous orientez votre patient vers un(e) psychologue, passez-vous via le site monsoutienpsy.ameli.fr pour orienter le patient vers un(s) psychologue conventionné(e) avec l'Assurance Maladie ? <i>Une seule réponse possible.</i>	☐ Oui, toujours ☐ Parfois ☐ Non, jamais

Merci beaucoup pour votre participation. Pour accéder aux résultats scientifiques de l'étude, vous pouvez me contacter à cette adresse : valentine.baert2.etu@univ-lille.fr

Annexe 3



Direction données personnelles
et archives

REGISTRE DES ACTIVITES DE TRAITEMENT Attestation d'exonération

Le présent document atteste que vous avez transmis à la Direction des données personnelles et archives de l'Université de Lille les informations nécessaires à l'examen de conformité de votre projet au regard de la réglementation relative à la protection des données personnelles.

Après instruction par le service de la protection des données, la déclaration au registre des activités de traitement de l'Université de Lille n'est pas nécessaire, sous réserve du respect des mesures de sécurité suivantes :

- Information des personnes concernées par une mention d'information figurant au début du questionnaire.
- Utiliser la plateforme d'enquête LimeSurvey de l'Université de Lille accessible via le lien <https://enquetes.univ-lille.fr/> « Formulaire de demande d'ouverture d'enquête ».
- Paramétrer le questionnaire d'enquête en mode anonyme (paramètres de participation).
- Garantir que seuls vous et votre directeur de thèse pourrez accéder aux données.
- Supprimer l'enquête en ligne de la plateforme LimeSurvey à l'issue de la soutenance.

Le respect de ces mesures pourra faire l'objet d'un contrôle de la part du Délégué à la protection des données de l'Université.

Toute modification apportée au traitement doit être signalée dans les plus brefs délais :

dpo@univ-lille.fr

Traitement exonéré

Intitulé : Burnout au travail : étude quantitative sur la prise en charge en 2025 dans les cabinets de médecine générale du Nord-Pas-de Calais.
Responsable chargé de la mise en œuvre : Dr BERL Olivier Interlocuteur (s) : Mme. BAERT Valentine

Fait à Lille,

Le 28/04/2026

Université de Lille
42 rue Paul Duez
59000 Lille
dpo@univ-lille.fr

AUTEUR : Nom : BAERT

Prénom : Valentine

Date de Soutenance : 02/07/2026

Titre de la Thèse : Burnout : étude quantitative sur la prise en charge en 2025 dans les cabinets de médecine générale du Nord-Pas-de-Calais

Thèse - Médecine - Lille 2026

Cadre de classement : Médecine Générale

Mots-clés : burnout, médecine générale, prise en charge

Résumé :

Contexte : Le burnout n'étant pas reconnu comme une maladie dans le DSM-5, son diagnostic reste complexe à établir. Sa prévalence semble néanmoins en augmentation, avec un taux ayant doublé entre 2009 et 2017, tandis que les recommandations concernant sa prise en charge demeurent peu consensuelles. Dans ce contexte, il paraissait pertinent de s'intéresser aux pratiques réelles des médecins généralistes face au burnout.

Matériel et Méthodes : il s'agit d'une étude quantitative, descriptive, observationnelle et transversale menée via un questionnaire papier remis à 300 médecins généralistes travaillant dans le Nord-Pas-de-Calais

Résultats : 67.9% des médecins recherchent systématiquement des antécédents de burnout, 1.2% utilisent systématiquement l'échelle MBI, 96.9% utilisent l'échelle de Hamilton, 80.1% évaluent toujours le risque suicidaire. 50.6% prescrivent systématiquement un arrêt de travail, le plus souvent entre 1 et 2 semaines (79%), justifié par un syndrome anxio-dépressif (71%) et non qualifié comme lié au travail (64.2%). 11.4% prescrivent systématiquement un traitement médicamenteux : anxiolytiques (90.7%), antidépresseurs (54.3%) ou phytothérapie (31.5%). 56.8% ont déjà déclaré en accident de travail, 38.3% en maladie professionnelle. 99.4% proposent systématiquement un suivi, généralement à 1-2 semaines (77.8%). En cas de besoin, les patients sont davantage orientés vers une psychologue (96.3%), le médecin du travail (92%) ou un psychiatre (56.2%). 25.9% des médecins utilisent systématiquement le dispositif « mon soutien psy ».

Conclusion : Cette étude révèle des pratiques qui semblent hétérogènes en matière de gestion du burnout et souligne la nécessité d'élaborer des recommandations plus précises afin d'harmoniser les pratiques et d'améliorer la prise en charge des patients en situation d'épuisement professionnel.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Guillaume VAIVA

Assesseurs : Monsieur le Docteur Teddy RICHEBE

Directeur : Monsieur le Docteur Olivier BERL