

UNIVERSITE RENE DESCARTES
(PARIS 5)

Faculté de Médecine René Descartes PARIS 5

ANNEE 2007

N°

THESE

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

DIPLOME D'ETAT

PAR

Clémentine VAQUIN-VILLEMINEY

Née le 21 juin 1977 à Sainte Catherine les Arras

Présentée et soutenue publiquement le 22 mai 2007

**PREVALENCE DU BURNOUT EN MEDECINE GENERALE :
Enquête nationale auprès de 221 médecins généralistes du réseau
Sentinelles**

Jury :

Président du Jury : Monsieur le Professeur Pierre-François Plouin

Directeur de Thèse : Docteur Olivier Wong

Membres du Jury : Professeur Bruno Falissard

Professeur Thomas Papo

Docteur Thierry Blanchon

A MON MARI

A MON GRAND-PERE MATERNEL

ROLAND VILLOT

1908-1967

Docteur en Pharmacie (Alger)

A MA MERE

A MON PERE

A MON FRERE

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PIERRE-FRANCOIS PLOUIN

Qui m'a apporté son précieux soutien lors de ma dernière année d'externat, et grâce à qui j'ai pu aborder avec optimisme mon cursus de médecine générale.
Je le remercie du grand honneur qu'il me fait en présidant ma thèse aujourd'hui.

A MES JUGES

MONSIEUR LE PROFESSEUR THOMAS PAPO

Qui m'a guidée humainement et professionnellement lors de mon premier stage d'internat dont je garde un si bon souvenir.
Qu'il veuille bien agréer l'hommage de ma vive reconnaissance et de mon profond respect.

MONSIEUR LE PROFESSEUR BRUNO FALISSARD

Je le remercie d'avoir accepté d'être membre de mon jury.

A MES DIRECTEURS DE THESE

MONSIEUR LE DOCTEUR OLIVIER WONG

Qui m'a proposé ce sujet de thèse et qui m'a aidée, par sa disponibilité, sa relecture attentive et ses encouragements, à la rédiger.
Je le remercie du bienveillant intérêt et de la sympathie qu'il n'a cessé de me manifester au cours de mes études.

MONSIEUR LE DOCTEUR THIERRY BLANCHON

Qui a si gentiment accepté de co diriger ma thèse.

Je le remercie chaleureusement de m'avoir encouragée et soutenue avec enthousiasme au cours de la rédaction de cette thèse et de m'avoir initiée à la rigueur scientifique.

A L'EQUIPE DU RESEAU SENTINELLES

LE PROFESSEUR ANTOINE FLAHAULT

Je le remercie de m'avoir accueillie au sein de l'Unité 444.

MONSIEUR FABIAN ALVAREZ

Pour sa prévenance, sa disponibilité et ses conseils durant toute la rédaction de cette thèse et pour son aide précieuse dans la traduction des articles espagnols.

MONSIEUR DAVID MOREAU

Dont les conseils si précieux, la patience et la grande disponibilité m'ont permis de mener à bien toute la partie statistique de ma thèse.

MONSIEUR YVES DORLEANS

Je le remercie de m'avoir si gentiment initiée à l'informatique.

LE DOCTEUR CLEMENT TURBELIN

Pour m'avoir fait connaître toute son équipe avec autant de gentillesse.

MONSIEUR CHRISTOPHE ARENA

Pour sa collaboration dans le recueil des données sur le territoire corse.

A L'URML CORSE

Pour avoir accepté de participer à mon étude.

A L'ENSEMBLE DES MEDECINS AYANT PARTICIPE A CETTE ENQUÊTE

Pour l'attention qu'ils ont portée à mon travail.

A MADAME HABERT

Pour la confiance qu'elle n'a cessée de m'accorder,
pour les méthodes de travail qu'elle m'a enseignées et qui m'ont tant aidées au cours de mes études médicales,
pour sa pédagogie et l'extrême patience qu'elle m'a témoignée,
Qu'elle veuille bien trouver ici le témoignage de ma profonde reconnaissance.

A MON AMIE

EDWIGE LEROY

A MES CONFRERES ET AMIS

JULIE SUDANT

AUDREY LEROUX

ELISE AULAGNIER

SIDONIE HUBERT

YVES STIGLITZ

FRANCK LALLOUM

XAVIER VUILLAUME

AUX DOCTEURS

CLARA BOUCHE

JEAN-FRANCOIS ALEXANDRA

FRANCOIS-XAVIER SUDRES

JACQUES BODDAERT

1.	INTRODUCTION	7
2.	OBJECTIF DE L'ETUDE	9
3.	REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.....	9
3.1.	PREVALENCE DU BURNOUT DES MEDECINS GENERALISTES	9
3.1.1.	LES DONNEES FRANÇAISES.....	9
3.1.2.	COMPARAISON DES MEDECINS ET DES AUTRES PROFESSIONNELS ENGAGES DANS UNE RELATION D'AIDE.....	10
3.1.3.	LES MEDECINS GENERALISTES PLUS ATTEINTS QUE LES SPECIALISTES	11
3.1.4.	COMPARAISON DES MEDECINS GENERALISTES FRANÇAIS AVEC LEURS CONFRERES ETRANGERS	11
3.2.	EVOLUTION TEMPORELLE DU BURNOUT EN MEDECINE GENERALE.....	12
3.3.	FACTEURS DE RISQUES DU BURNOUT EN MEDECINE GENERALE.....	13
3.3.1.	LES FACTEURS INTERNES	13
3.3.2.	LES FACTEURS EXTERNES	17
3.4.	CONSEQUENCES DU BURNOUT.....	19
3.4.1.	CONSEQUENCES DU BURNOUT SUR LES MEDECINS	19
3.4.2.	CONSEQUENCES DU BURNOUT SUR LES PATIENTS	21
3.5.	DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL DU BURNOUT	21
3.5.1.	LE KAROSHI.....	21
3.5.2.	LA DEPRESSION	22
3.5.2.1.	LES DIFFERENCES ENTRE BURNOUT ET DEPRESSION.....	22
3.5.2.2.	LA CORRELATION ENTRE BURNOUT ET DEPRESSION.....	23
3.6.	PRISE EN CHARGE DU BURNOUT.....	23
4.	METHODOLOGIE DE L'ETUDE.....	24
4.1.1.	TYPE D'ETUDE.....	24
4.1.2.	POPULATION DE L'ETUDE.....	24
4.1.3.	DEROULEMENT DE L'ENQUETE.....	25
4.1.4.	RECUEIL DES DONNEES	25
4.1.5.	ANALYSE DES RESULTATS.....	25
5.	RESULTATS	26
5.1.	PARTICIPATION.....	26
5.2.	CARACTERISTIQUES DES MEDECINS REpondANTS	27
5.3.	REPRESENTATIVITE DE L'ECHANTILLON	29
5.4.	ANALYSE EN SOUS-GROUPE : MEDECINS CORSES VERSUS CEUX DU CONTINENT	30
5.5.	RESULTATS DU MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI).....	32
5.5.1.	RESULTATS DU MBI (CF. ANNEXE 2).....	32
5.5.2.	NIVEAU DU BURNOUT	33
5.5.3.	CAS PARTICULIER DES MEDECINS CORSES.....	34
5.5.4.	ANALYSE EN SOUS GROUPE : COMPARAISON DU RESULTAT DU MBI DES MEDECINS CORSES AVEC CELUI DES MEDECINS CONTINENTAUX	35
5.6.	FACTEURS DE RISQUE DE SURVENUE DU BURNOUT	36
5.6.1.	BURNOUT ET CARACTERISTIQUES DES MEDECINS REpondANTS (ANALYSE UNIVARIEE)	36
5.6.2.	DETERMINANTS DU BURNOUT (ANALYSE MULTIVARIEE).....	40
6.	DISCUSSION.....	41
7.	CONCLUSION	47
8.	ANNEXES	48
8.1.	ANNEXE 1 : CARACTERISTIQUES DES MEDECINS REpondANTS A L'ENQUETE.....	48
8.2.	ANNEXE 2: MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI)	49
8.3.	ANNEXE 4: REVUE DE LA LITTERATURE	50
8.4.	COMMENTAIRES AJOUTES PAR CERTAINS MEDECINS	52
8.5.	BIBLIOGRAPHIE	54

1. INTRODUCTION

Le terme *burnout*, d'origine anglo-saxonne, est inspiré de l'industrie aérospatiale. Il désigne l'épuisement de carburant d'une fusée avec comme résultante la surchauffe et le risque d'éclatement de la machine ; le burnout toucherait ainsi des « individus fusées » hyperactifs et hyper exigeants, en permanence contraints par une obligation de résultats et qui épuisent leur énergie jusqu'à se faire exploser tels des machines (1).

Le concept de burnout est né dans les années 70 aux Etats-Unis suite aux travaux du Docteur Herbert Freudenberger, psychiatre et psychanalyste qui travaillait dans un centre pour toxicomanes et qui rapporta le mal-être des bénévoles de son centre (1).

En France, on emploie plutôt le terme *Syndrome d'épuisement professionnel*.

Le burnout se définit par trois dimensions (1), évoluant successivement et sur plusieurs années (2):

- **l'épuisement émotionnel (EE)** ou fatigue psychologique, avec une sensation d'abattement qui rend irritable et dont les conséquences physiques sont des troubles somatiques non spécifiques. L'épuisement émotionnel est peu ou pas amélioré par le repos.
- **la déshumanisation ou dépersonnalisation de la relation (DP)** ou perte d'intérêt vis-à-vis des patients, considérés comme des objets impersonnels (« la crise d'asthme de la chambre 4 »...) et non plus comme des individus ; cette sécheresse relationnelle est le noyau dur du syndrome
- **la diminution de l'accomplissement personnel (AP)**, vécue comme un sentiment d'échec personnel.

Toute personne engagée au quotidien dans une relation d'aide avec autrui et soumise à un stress professionnel chronique est susceptible un jour d'être atteinte du syndrome d'épuisement professionnel (1). Sont ainsi concernés: le personnel soignant dans son ensemble et en particulier les infirmières (3, 4), les enseignants (5), le personnel de police et pénitentiaire (6, 7), mais aussi les « aidants naturels » (8) qui sont des membres de la famille, des personnes proches, des amis ou des voisins qui fournissent un soutien ou des soins à la personne malade ou dépendante.

Plusieurs instruments de mesure ont été utilisés pour évaluer l'épuisement professionnel. Le Maslach Burnout Inventory ou MBI (Maslach et Jackson, 1977, 1981, 1986) est l'outil méthodologique le plus fréquemment utilisé par les scientifiques car ses qualités psychométriques de validité (alpha de Cronbach : épuisement émotionnel = 0.89, dépersonnalisation = 0.71, accomplissement personnel = 0.78) et de fidélité sont constantes d'une étude à l'autre (9, 10). La validité de sa traduction en langue française a été confirmée (11). Le résultat du MBI n'est pas un score global, mais un score exprimé en « bas/modéré/élevé » pour trois dimensions (épuisement émotionnel, dépersonnalisation, accomplissement professionnel). Un score *élevé* d'épuisement émotionnel ou de dépersonnalisation, ou un

score *bas* d'accomplissement personnel suffisent à définir le burnout. Le burnout est dit « faible » si l'une des trois dimensions est pathologique, « moyen » si deux des trois dimensions sont pathologiques, « élevé » si les trois dimensions sont pathologiques (cf. Annexe 2). Quels que soient les pays étudiés, les résultats du Maslach Burnout Inventory des soignants donnent des scores de burnout préoccupants (12-17). Cependant Schaufelli a montré qu'il existe des variabilités culturelles des scores de MBI (18) ce qui impose la prudence dans la comparaison des scores entre différents pays.

En France métropolitaine, 62.875 médecins généralistes ont eu une activité libérale régulière au cours de l'année 2005. La densité médicale est de 156 généralistes pour 100 000 habitants, ce qui représente un accroissement de plus de 30% en dix ans (19). Pourtant, le Conseil National de l'Ordre des Médecins s'inquiète de la pénurie de médecins généralistes à venir (19). En 2005, 1000 postes sur 2400 n'ont pas été pourvus dans la filière médecine générale à l'issue du concours national classant d'internat. De plus, l'élargissement du *numerus clausus* du concours de première année de médecine permettra de compter 2500 futurs généralistes par an en 2011, alors que plus de 3500 généralistes partiront à la retraite à ce moment là (19). Ainsi, il y aura une diminution de l'offre des médecins tandis que la demande de soins va croître car la population vieillit (20). Par ailleurs, se pose le problème de la féminisation de la profession: 39,4% des médecins en activité en 2005 sont des femmes (contre 10% en 1962 et 36% en 2003) (21) dont la majorité a moins de 40 ans (22), sachant qu'elles doivent souvent choisir une activité à temps partiel afin de concilier vie professionnelle et vie familiale (23). L'inégalité de répartition des médecins généralistes sur le territoire français est encore plus problématique que la question de leurs effectifs. La densité médicale par département s'échelonne de moins de 143 généralistes pour 100 000 habitants (principalement situés au nord d'une ligne virtuelle reliant Metz à Bordeaux), à plus de 194 généralistes pour 100 000 habitants à Paris (22). Les départements les moins dotés sont également ceux dont la moyenne d'âge des généralistes est la plus élevée (22), ce qui pose le problème de l'accès aux soins dans les années à venir. La future pénurie de médecins aura comme conséquences pour les futurs généralistes en activité: des offres d'emploi supérieures aux demandes et une liberté d'installation sur le territoire, mais aussi probablement plus d'activité soit plus d'actes médicaux par généraliste et par an, plus de contraintes administratives, plus de problèmes organisationnels, plus de difficulté à trouver un remplaçant, moins de temps libre pour la formation médicale continue alors qu'elle est obligatoire depuis juillet 2005, moins de temps libre aussi pour la vie de famille et les loisirs (24). Tout ceci constitue donc autant de facteurs de stress professionnels chroniques potentiels pouvant conduire le médecin au burnout (25).

Un médecin en souffrance, et a fortiori en burnout, risque de dégrader la qualité de prise en charge de ses patients (26), de moins contrôler ses prescriptions (27), voire d'interrompre son activité. Les conséquences de ce phénomène en termes de coûts ont été directement observées par la Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France en 2002 : 1435 médecins libéraux ont été arrêtés plus de trois mois en 2002 (30%

d'augmentation en trois ans) (28), les affections psychiatriques représentant la première cause d'invalidité, sans que le burnout soit répertorié (28).

Il devient donc urgent de connaître le niveau réel du burnout en France afin d'y apporter une réponse adéquate en terme de prévention et de traitement. A ce jour, seulement une dizaine de régions ont été étudiées en France, et aucune étude n'a été réalisée à l'échelon national. La mesure de la prévalence nationale du burnout est l'objet de cette thèse.

2. OBJECTIF DE L'ETUDE

Objectif principal :

Mesurer la prévalence du burnout chez les médecins généralistes français.

Objectif secondaire :

Déterminer les facteurs de risque de burnout des médecins généralistes français.

3. REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

3.1. Prévalence du burnout des médecins généralistes

3.1.1. Les données françaises

En France, dix études régionales ont été menées auprès des médecins généralistes, dont l'une à Tahiti (Tableau 1). Leurs résultats sont très disparates avec des niveaux allant pour le score d'« épuisement émotionnel élevé » de 47,2% en Bourgogne(17) à seulement 7,2% à Tahiti (29).

Tableau 1 : Résultats des études françaises sur le burnout des médecins libéraux

	<i>EE élevé</i>	<i>DP élevée</i>	<i>AP faible</i>
<u>Etude 2001</u> , n = 393 (30) Bourgogne Médecins généralistes et spécialistes	47,2%	32,8%	29,2%
<u>Etude 2002</u> , n= 407 (16) Champagne-Ardenne,	42,3%	44,5%	37,4%

Médecins généralistes et spécialistes			
Etude 2002 , n= 88(31) Dinan Médecins généralistes	22.7%	35.2%	39.8%
Etude 2003 , n= 307(32) Loire, Médecins généralistes	26%	30%	19%
Etude 2004 , n= 515(17) Poitou-Charentes, Médecins généralistes	40,3%	43,7%	43,9%
Etude 2004 , n= 32 (33) Poitou-Charentes Médecins généralistes	34%	40%	44%
Etude 2005 , n=496 (34) Indre et Loire Médecins généralistes	25%	29%	25%
Etude 2004 , n= 189 (35) Rhône-Alpes Médecins généralistes	25%	24%	42%
Etude 2005 , n, = 127 (36) Cher Médecins généralistes	25.2%	33.1%	29.1%
Etude 2005 , n= 57 (29) Tahiti, Médecins généralistes	7.2%	12.5%	23.2%

3.1.2. Comparaison des médecins et des autres professionnels engagés dans une relation d'aide

En France, les scores de burnout des médecins libéraux (généralistes et spécialistes) français (Moyenne EE=23.9, Ecart-type EE=11.71) seraient significativement plus élevés que ceux d'échantillons normatifs Hollandais (Moyenne EE=17.86, Ecart-type EE= 8.5) et Américains (Moyenne EE=20.3, Ecart-type EE= 10.75) regroupant des infirmières, des médecins, des travailleurs sociaux et des pompiers ($p < 0.05$) (17). Il

faut cependant rester prudent dans l'interprétation de ces comparaisons car on sait qu'il existe des variabilités culturelles des scores de MBI (18) et nous ne disposons ni d'échantillon normatif français, ni d'aucune étude en France comparant les médecins à d'autres professions. Une étude menée auprès des infirmières montrent un score moyen de burnout de 25% (37).

En Espagne, en 2005, 46,5% des médecins présentent un « épuisement émotionnel élevé » contre 43,7% pour les infirmières et 40,2% pour les techniciens hospitaliers. Toutefois il n'a pas été montré de différence statistiquement significative (38).

D'autres corps de métier sont au moins autant touchés par ce problème. L'étude réalisée, en 1993, au Centre de soins primaires à l'Université de Keele en Grande -Bretagne (5) qui compare le mode de vie et l'état de santé des médecins et des enseignants n'évoque pas directement le burnout mais montre les enseignants sont plus souvent en arrêt maladie, consomment significativement plus d'alcool, ont plus de troubles du sommeil, sont plus dépressif et plus anxieux que les généralistes.

3.1.3. Les médecins généralistes plus atteints que les spécialistes

La majorité des études réalisées sur ce sujet montrent que les médecins généralistes sont plus atteints par le burnout que les spécialistes (12-15) ($p < 0.05$).

L'étude de Goehring en Suisse, en 2000, tempore cette conclusion en précisant que les généralistes ont un score d'« épuisement émotionnel élevé » plus faible (19%) que certains spécialistes comme les chirurgiens (27%) ou les radiologues (33%) (39), sans montrer une différence statistiquement significative.

3.1.4. Comparaison des médecins généralistes français avec leurs confrères étrangers

Les résultats des principales études, dont le score d'« épuisement émotionnel (EE) élevé » est précisé, sont présentés dans le **Tableau 2**. Toutefois, il faut rester très prudent dans l'interprétation des résultats inter pays car :

- il existe des variabilités culturelles des scores de MBI (18)
- certaines études emploient le terme « *burnout* élevé » pour « *épuisement émotionnel* élevé » ou pour l'une des trois dimensions dont le score est pathologique (Epuisement émotionnel ou Dépersonnalisation *élevés*, ou Accomplissement personnel *bas*) ce qui empêche toute comparaison (cf. Annexe 2)
- d'autres études parlent de burnout lorsque les scores d'épuisement émotionnel ou de dépersonnalisation sont *moyens* ou *élevés* (14) alors que la définition exclut les scores *moyens*
- les échantillons sont difficilement comparables (données régionales dans certaines études contre nationales pour d'autres)

Tableau 2: Scores d'« épuisement émotionnel élevé » selon les pays

	<i>EE élevé</i>
France (enquêtes régionales) entre 2001 et 2005	de 7.2 % (29) à 47,2% (30)
Espagne (enquêtes régionales) entre 2000 et 2005	de 40% (40) à 30.2% (41)
Canada (enquête nationale) 2004	46% (42)
Suisse (enquête nationale) 2000	19% (39)
Belgique (enquête nationale) 2001	45% (15)

3.2. Evolution temporelle du burnout en médecine générale

Différentes études internationales se sont intéressées à l'évolution temporelle du burnout ou de la satisfaction au travail. Plusieurs études ont montré que ces deux données sont fortement corrélées: ($r = -0,41$, $p < 0,05$) (13, 24, 29, 31, 33, 39, 43). En France aucune étude n'a été faite sur le sujet.

Sibbald à Manchester a décrit l'évolution de la satisfaction au travail en utilisant le score de Warr-Cook-Wall (44), et des facteurs de stress au travail en 1987, 1990 et 1998. Cette période d'étude a été choisie car en 1989-90, la réforme du système de santé britannique « National Health Service » a entraîné des changements radicaux dans la pratique de la médecine générale: le « Primary care trust » définit le généraliste comme responsable de l'offre de soins sur son territoire, devenant alors gestionnaire des soins spécialisés de ses patients. Cette réforme a entraîné une rémunération à la performance et une obligation de formation médicale continue qui doit être certifiée tous les cinq ans. Cette étude conclut que la satisfaction au travail, qui diminuait depuis 1987, s'est améliorée suite à la réforme de 1990 ($p < 0,001$). En ce qui concerne les facteurs de stress au travail, qui augmentaient depuis 1987, on constate qu'ils n'ont pas tous évolués dans le même sens suite à la réforme : le niveau de stress en rapport avec les conflits intra familiaux, les interruptions de tâches et les gardes ont diminué après 1990 ; le niveau de stress en rapport avec les responsabilités professionnelles et la difficulté de se partager entre famille et travail est resté stable depuis 1990, tandis que le niveau de stress en rapport avec les conditions de travail et les objectifs attendus n'a quant à lui cessé d'augmenter après 1990 ($p < 0,001$) (45). Une deuxième étude relativise ces résultats : il s'agit d'une étude utilisant la même méthodologie mais menée sur un échantillon cinq fois plus petit, comparant la satisfaction au travail avant et après 1990. Selon Appleton, la satisfaction au travail est restée stable suite à la réforme (46).

En Israël, Kushnir montre que le score de burnout des généralistes a augmenté entre 1990 et 2001, mais l'analyse de cette étude doit rester prudente car l'échantillon incluait des généralistes, des pédiatres et des directeurs de clinique (47).

En France, les études n'utilisent pas d'échantillons comparables en terme de spécialité ou de région étudiée, ce qui empêche toute interprétation temporelle.

3.3. Facteurs de risques du burnout en médecine générale

3.3.1. Les facteurs internes

Variables socio-démographiques

Il est difficile d'établir des conclusions quant au rôle des variables socio-démographiques sur l'apparition du burnout car les études multivariées ont des résultats divergents.

Le rôle de l'âge dans la survenue du burnout est encore très discuté dans la littérature. Le plus souvent les résultats sont non significatifs, que ce soit en France (16) ou à l'étranger (16, 39, 46, 48, 49). Cependant, pour certains, l'âge est inversement proportionnel à l'épuisement émotionnel ($p < 0.05$) (29). Suivant les études, la dépersonnalisation touche majoritairement les moins de 45 ans ($p < 0,01$) (50), tandis que les moins atteints seraient les 30-36ans ($p < 0,01$) (13).

Le rôle du sexe sur l'apparition du burnout est également controversé. Les résultats sont majoritairement non significatifs en France (29, 33) comme à l'étranger (13, 49-52), mais il y a aussi des études montrant que les femmes sont plus touchées que les hommes. Une étude multivariée américaine ($n=2326$) montre que les femmes ont 60 % plus de risque d'être en burnout que les hommes (OR et IC à 95% non précisés dans l'article), précisant que les femmes sont plus « intensément » atteintes que les hommes (26% des femmes ont un score élevé dans les trois dimensions du burnout contre 21% des hommes, $p < 0,05$) (52). Les explications avancées sont que les femmes auraient une moindre maîtrise de leur travail (capacité à sélectionner les patients, efficacité dans le travail, connaissance médicale, organisation du cabinet, constitution d'un carnet d'adresses) par rapport aux hommes ($p < 0.01$) (52, 53).

Pour d'autres comme Maslach, ($n=1025$, personnel médical et paramédical, analyse univariée réalisée en 1981) les hommes seraient plus atteints que les femmes (54): 4,1% d'hommes sont en « burnout élevé » contre 0,7% chez les femmes (OR=5.8, IC 95%[1.4-27] (39, 55), ce qui s'expliquerait par le fait que les hommes auraient une charge de travail plus grande (> 40 actes/jour) (55, 56). De même, les hommes auraient un score de dépersonnalisation supérieur à celui des femmes (coefficient de Spearman = -0.183) (36, 57).

Situation de famille et mode de vie

La situation de famille des médecins généralistes (médecin en couple/ célibataire/ avec ou sans enfant à charge) est souvent demandée dans les différentes études sur le sujet. Le résultat est malheureusement rarement exploité, et le cas échéant il est le plus souvent non significatif sur le burnout (17, 30, 34, 50) , bien qu'il ressorte que la vie en famille ait un effet positif sur le moral (58) et soit corrélée à la satisfaction au travail (48).

Il apparaît que le conflit entre la vie de famille et la carrière est une source de stress (24, 51) pouvant favoriser le burnout (13, 59), mais ce résultat n'est pas systématiquement retrouvé (17, 55).

L'analyse multivariée portant sur 247 infirmières (hommes et femmes) travaillant à Madrid dans le secteur hospitalier montre qu'il existe peu de corrélation entre le burnout et l'âge, le sexe ou le statut marital (49). Chan-Lin suggère que la qualité de vie (climat agréable, écologie respectée, urbanisation modérée, vie communautaire harmonieuse basée sur le respect de l'autre, secteur technologique de pointe, service de santé de qualité, services publics développés et efficaces, loisirs multiples, démocratie participative) protège contre l'émergence du burnout car son étude réalisée sur l'île de Tahiti montre que l'« épuisement émotionnel élevé » est seulement de 7,2% (29) contre 42,3% en Champagne Ardennes ($p < 0,00001$) (16). Mais cela reste une simple supposition puisqu'il n'a pas été réalisé de comparaison d'indicateurs de qualité.

Date d'installation, lieu d'exercice professionnel, mode d'installation

Le burnout et en particulier la dépersonnalisation de la relation diminuerait avec l'ancienneté professionnelle (29, 38). Il y aurait un pic d'incidence en début de carrière, précisé à moins de cinq ans d'activité pour la plupart des études (30, 31, 48).

Pour certaines études, l'installation en milieu rural semble être une source particulière de stress (60) et favoriserait l'émergence du burnout (OR=2.8, IC 95% [1.3-5.7] (16, 31, 39), mais plusieurs études françaises trouvent des résultats non significatifs (17, 29, 30, 34). Le contraire est montré dans la province de Caceres en Espagne, où on a mis en évidence que l'épuisement émotionnel serait plus important dans la zone urbaine (55); cette observation, basée sur une analyse univariée, serait liée au plus grand nombre de médecins hommes exerçant dans cette région et dont la charge de travail est plus importante que celle des femmes avec plus de 40 actes par jour.

Gilliland a étudié le cas particulier de l'Irlande, scindée en deux territoires (l'Irlande du Nord affaiblie par trente années de guerre civile et la République d'Irlande au sud) et où coexistent maintenant deux systèmes de soins :

- le secteur public avec le *National Health Service* en Irlande du Nord qui permet l'accès aux soins pour tous
- le secteur privé en République d'Irlande où les soins sont payés à l'acte (60€ la consultation), le niveau de vie étant supérieur à celui du Nord.

Cette étude univariée (n= 986) montre que les médecins exerçant en Irlande du Nord travaillant dans le secteur public ont un stress supplémentaire et un moral plus bas que les médecins de République d'Irlande travaillant dans le secteur privé ($p < 0,001$) (61).

Personnalités à risque et personnalités protectrices

La majorité des études relèvent que les candidats au burnout ne sont pas ceux qui présentent une fragilité psychologique ou socio familial (16, 40, 62, 63). Seules deux études retrouvent l'appréhension et l'anxiété (40) pour l'une et le sentiment de culpabilité et le doute (64) pour l'autre comme facteurs de risque de burnout chez les médecins. (40), (64) (16, 40, 62, 63).

Comme le rappelle le Docteur M. Delbrouck (2) « certains facteurs psychiques peuvent être décisifs dans l'émergence du burnout. Ils concernent notamment la conception du travail, le sens de la vocation, la poursuite du maintien d'une certaine image de soi et une recherche exagérée de réussite sociale ou de pouvoir personnel ». Chaque individu entretient des attentes particulières vis-à-vis de son travail. Pour mieux cerner ces attentes et comprendre leur impact sur la santé, Cherniss avance la notion d' « orientation de carrière » et classe les professionnels de l'aide en quatre catégories (65) :

- le militant : son travail représente plus un engagement qu'un emploi, il cherche à amener un changement social et à améliorer la situation de ses patients
- le carriériste : il recherche avant tout le prestige, les responsabilités, la sécurité financière, la reconnaissance sociale
- l'artisan : le travail est pour lui l'occasion d'exercer son savoir faire ou de le développer au cours de nouvelles expériences
- l'égoïste : il privilégie sa vie personnelle quitte à négliger son travail qui ne représente pour lui qu'un moyen de gagner sa vie.

Il a été démontré une relation significative entre l'orientation de carrière et le degré de burnout : les artisans et les militants ont les scores d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation les plus bas (respectivement $p < 0,001$ et $p < 0,001$), les militants ont le score d'accomplissement personnel le plus élevé à l'opposé des égoïstes ($p < 0,02$), les carriéristes semblent être accomplis sur le plan personnel mais ont des scores d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation élevés ($p < 0,001$) (16). D'autre part, en 1997, Martin a montré que l'appât du gain, facteur proche de la catégorie carriériste précédente, favorise le burnout (OR=2.27 , IC= [1,27- 4,07]) (66).

Les traits de personnalité retrouvés à risque de burnout sont le sens exagéré des responsabilités et la haute estime de soi (64), l'obsession, le scrupule, le sens exagéré de l'ordre (62), ou les individus qui ont un « esprit d'entreprise » (67). Ils ont une soif de reconnaissance sociale, un goût exacerbé pour la puissance, un excès d'ambition tels qu'ils deviennent hyperactifs, se rendant disponibles en permanence pour les autres : leur emploi du temps est toujours complet sans plage horaire pour la détente, synonyme de perte

de temps, et qui sous-tend une peur du vide. Le « vouloir tout faire soi-même », l'absence de confiance envers autrui qui est « a priori » moins efficace, la peur de déléguer, sont autant de comportements qui peuvent également conduire au burnout (68). Il va souvent de paire avec un sens de l'auto critique trop développé, qui pousse l'individu à être très exigeant envers lui-même, tant et si bien qu'il finit par avoir une vision négative de lui ; il rentre dans un processus d'acharnement au travail pour atteindre l'objectif fixé sans apprécier le travail déjà accompli (68).

A l'inverse, d'autres traits de personnalité sont protecteurs vis-à-vis du burnout, pour les hommes comme pour les femmes. La stabilité et l'audace diminuent l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation ($r = -0,36$) (40), le perfectionnisme augmente l'accomplissement personnel ($r = 0,19$) (40) et l'engagement organisationnel diminue le burnout ($p < 0,05$) (13). La personnalité d'un individu intervient dans sa perception du stress. Tout en restant prudent dans l'interprétation des études réalisées sur les ressources personnelles et l'émergence du burnout, il apparaît que la hardiesse décrite par Suzanne Kobasa aurait une influence sur les processus d'adaptation et un effet modérateur en situation de stress. Les trois dimensions de la hardiesse sont:

- le sens de l'engagement, qui fait appel à la tendance de l'individu à s'impliquer pleinement dans différentes situations, à se sentir concerné par ce qui lui arrive ou par les événements auxquels il participe, ce qui donne un sens à son vécu
- le sens de la maîtrise, qui correspond à la capacité de l'individu, par son action et sa réflexion, de faire évoluer des situations
- le sens du défi.

Ce type de personnalité permettrait d'accepter, maîtriser, réduire ou tolérer les exigences externes qui menacent ou dépassent l'individu, ce qui offre à l'individu des possibilités d'adaptation plus grandes, entraînant une diminution de son stress. La solidité psychique de ces individus les rend capable de réévaluer les problèmes de manière positive, et de mieux appréhender les problèmes (69).

Ecart entre les objectifs professionnels attendus et ceux effectivement réalisés

L'écart entre les « objectifs professionnels attendus » et les « objectifs réalisés » peut être une source d'angoisse qui favorise l'émergence du burnout (29). Ainsi, l'épuisement émotionnel est lié au degré de désillusion ($p = 0,015$). Les médecins qui ne présentent aucune désillusion par rapport aux idées initiales du métier de médecin ont le score d'épuisement émotionnel le plus bas, les médecins présentant une désillusion avec compensation (financière, intellectuelle ou relationnelle) ont un score intermédiaire et ceux qui présentent une désillusion sans compensation ont le score le plus élevé. La dépersonnalisation et l'accomplissement personnel ne sont pas statistiquement liés au degré de désillusion (29).

Epanouissement professionnel

Certains considèrent le burnout comme une incapacité à trouver une signification existentielle dans son travail (29). Le manque de connaissance médicale (39), l'incertitude (13, 39), la crainte des erreurs médicales (51) sont des facteurs de stress et d'insatisfaction au travail (51) qui favorisent le burnout ($r=0,33$, $p<0,05$) (13, 39) et en particulier l'épuisement émotionnel (13). Or d'après l'étude française réalisée à partir de l'échelle de stress du Dr Consoli (70) et non du MBI, la satisfaction au travail et le stress seraient fortement associés ($OR=0.53$, $IC\ 95\%[0.38-0.82]$) (24).

Engagement professionnel

L'engagement professionnel diminue l'apparition du burnout (17, 62). Le souci d'informer le patient des différentes options thérapeutiques ou de prendre le temps nécessaire pour donner une information claire et compréhensible, sont une forme d'engagement professionnel. Cet engagement peut être également optionnel, comme le suivi d'une formation médicale continue. Cependant, González nuance son analyse en remarquant qu'une formation continue axée sur la clinique alourdit la charge de travail et favorise le burnout, alors qu'une formation médicale continue axée sur la communication, la relation patient-malade ou la relaxation protège du burnout (62).

L'engagement organisationnel comme la tenue d'un dossier médical ou la gestion administrative du cabinet semble être corrélée positivement à la satisfaction au travail ($r=0,74$, $p<0,05$) (17) et négativement au burnout ($r=-0,41$, $p<0,05$) (13).

Il n'existe pas d'étude axée sur le burnout et l'ouverture professionnelle, telle la participation aux groupes de paroles (groupe de pairs ou groupe Balint), ou à une société savante.

E. Murray, en Grande Bretagne, propose de développer l'enseignement de la médecine générale aux étudiants. En effet, il pense que cela allègerait la surcharge de travail des médecins généralistes et à fortiori le burnout(53). En réalité, l'enseignement est une surcharge de travail sous forme d'engagement professionnel, qui serait plutôt protecteur du burnout.

3.3.2. Les facteurs externes

Charge de travail quantitative

La corrélation entre la charge quantitative de travail et le burnout n'est pas clairement établie.

Goehring montre que la charge de travail est fortement corrélée à un degré élevé de burnout ($OR=2.2$, $IC\ 95\% [1.3-5.7]$) (39). Les données des autres analyses multivariées montrent que d'un côté les médecins qui travaillent plus de cinquante heures par semaine sont plus épuisés émotionnellement (13, 16, 29, 32), ce qu'on retrouve dans des analyses univariées (59, 60, 71), mais de l'autre ils sont plus accomplis sur le plan personnel (16, 17). Ces mêmes études montrent que le nombre d'actes quotidiens serait aussi un facteur de burnout (16, 17, 50).

L'analyse multivariée de Molina conclut que plus de 1700 actes par an favoriseraient le burnout, mais que le nombre d'actes quotidiens n'influerait pas sur l'apparition du burnout (50).

L'étude de Chan Lin montre en revanche que travailler trop peu (moins de 20 actes par jour est également un facteur de risque d'épuisement émotionnel élevé ($p=0,025$) (29). L'auteur suggère que les médecins « épuisés » diminueraient d'eux même le nombre de consultations quotidiennes (29), ce qui est discutable car un médecin en burnout a peu de recul sur sa situation et peut difficilement sortir de cet engrenage qui le consume en apportant une réponse adaptée à sa situation (2) .

Charge de travail qualitative

Une étude réalisée par voie postale a porté sur l'ensemble des médecins travaillant pour le système de santé Kaiser, dans l'Ohio ($n=608$, taux de participation de 80%). Le premier déterminant du burnout était le sentiment de contrôle sur l'environnement professionnel (coefficient de Pearson=0.19), suivi du stress de l'incertitude diagnostique (13). L'incertitude diagnostique est retrouvée comme source de burnout élevé par Goehring (OR=3.1, IC 95%[1.7-5.4]) (39).

De façon unanime, les gardes de nuit sont une source de stress (13, 16, 39, 45, 60). Les effets d'une privation de sommeil de 24H sur les performances psychomotrices des médecins étudiés sont équivalents aux effets d'une intoxication aiguë d'alcool correspondant au taux légal de 0,8 g/L d'alcoolémie. La privation de sommeil altère les performances intellectuelles des médecins ce qui n'est pas sans conséquences vis-à-vis des patients (72).

La mauvaise qualité du travail, en particulier l'interruption des tâches, est une source de stress reconnue et favorisant le burnout (17, 24, 45, 59). Une étude réalisée sur 1928 personnes a distingué quatre facteurs de stress professionnel prédictifs de hauts niveaux d'insatisfaction professionnelle et de manque de bien-être mental: la charge de travail et les attentes des patients, l'interférence avec la vie familiale, les interruptions de tâche et les aspects administratifs (73). De plus l'absence de définition claire des rôles, de possibilité de concertation et d'espace favorisant la communication, génèrent un stress chez les soignants, comme le montre une étude réalisée à Poitiers auprès d'infirmiers de Réanimation cardiaque (74).

Problèmes juridiques

La crainte des litiges et de attaques juridiques sont une source de stress pour les médecins (24, 51, 55) et d'insatisfaction au travail (46). Elle est associée à un degré élevé de burnout (OR=3.4, IC 95% [1.4-8.2]) (39). Or le nombre de plaintes allant à l'encontre des médecins généralistes français ne cesse de progresser (+0,07% entre 2004 et 2005) : en 2005 *Le sou Médical- Groupe MACSF* a reçu 118 plaintes pour mauvais diagnostic, 43 plaintes pour accidents médicamenteux ou complications de traitement non médicamenteux, 177 plaintes pénales ou ordinales pour conduite thérapeutique contraire aux bonnes pratiques ou décès brutal ou inattendu, 6 plaintes suite à des problèmes relationnels, 18 plaintes pour non assistance à

personne en danger, 10 plaintes pour certificat médical injustifié ou refusé, 4 plaintes à l'encontre d'interne de médecine suite à des décès (75).

Confrontation à son impuissance, à la mort, aux patients difficiles

Dans une étude portant sur 1000 oncologues américains, 56% des répondants avaient présenté un épuisement émotionnel au cours de leur carrière. La frustration ou le sentiment d'échec a été la raison la plus fréquente (57%) choisie pour expliquer cet état (76).

Dans les études concernant les urgentistes, les raisons choisies sont l'exposition aux patients lourds, la demande émotionnelle et l'agressivité des malades et leurs familles: de 46% à 93% présentent des scores modérés ou élevés de burnout (77-79). L'absence de suivi des patients n'est pas mentionnée par les médecins urgentistes comme cause de burnout.

Les médecins généralistes qui sont en burnout choisissent comme explication l'augmentation des attentes des patients et leurs familles (OR=2.2, IC 95% [1.2-4.1]) (17, 39, 45, 59) et le manque de respect des patients (24, 29). Les patients souffrant de pathologies psychiatriques sont une source de stress pour les généralistes (24) comme pour les infirmières (80).

Absence de soutien de la famille ou des collègues

Le conflit entre carrière et vie personnelle est une source de stress qui peut favoriser le burnout (OR=2.2, IC 95% [1.2-4.1]) (13, 16, 24, 38, 39, 51, 59).

De même, l'absence de soutien de la part des collègues favorise le burnout (13, 55). Une équipe de travail bien organisée et soudée semble protéger de l'épuisement émotionnel (OR=0,98, IC95% [0.87-1.11]) et de la dépersonnalisation (OR=1.03, IC 95% [0.99-1.07]) et favorise l'accomplissement personnel (OR=0,93, IC95% [0.93-0.94]) (38, 62, 74), alors qu'une relation conflictuelle entre collègue est corrélée avec le burnout (OR=2.54, IC 95% [1.4-4.6]) (66).

Les problèmes de fiscalité et le surendettement

Les contraintes économiques en relation avec la pratique de la médecine générale sont corrélées à un degré élevé de burnout (OR=2.0, IC 95% [1.2-3.5]) (39).

Mais les études menées sur les problèmes de surendettement des médecins ne montrent aucune association statistique avec le burnout (16, 33).

3.4. Conséquences du burnout

3.4.1. Conséquences du burnout sur les médecins

Les stratégies d'adaptation individuelles ou coping

Les stratégies mises en œuvre pour faire face aux contraintes et limiter l'intensité du stress ressenti sont appelées « coping » (68). Elles peuvent être soit passives comme l'évitement, le repli sur soi, l'isolement ou le retrait psychologique ; soit actives comme la recherche du support social, l'esprit combatif, la croyance religieuse ou personnelle. Le coping est efficace, dès lors qu'il soustrait le soignant à sa souffrance, lui permettant ainsi d'avoir « l'évènement sous son contrôle » (2).

Les addictions

Le burnout peut engendrer des conduites addictives aux médicaments et à l'alcool (analyse multivariée, $p < 0.05$) (32, 67) . Le tabac, l'alcool, le café ou les médicaments psychotropes sont ainsi consommés pour faire face aux conditions de travail difficiles (31).

Le désir de reconversion

Une enquête du Conseil de l'Ordre révèle qu'un médecin généraliste sur quatre n'exerce pas la médecine générale et un sur six ne l'exerce qu'à temps partiel. Cet « abandon » se fait au profit de l'homéopathie, de l'acupuncture et autres « médecines douces », mais aussi de la médecine d'urgence, de l'angiologie, de la nutrition, de la gériatrie, de la médecine du travail (ou scolaire, PMI...), avec des tropismes vers telle ou telle discipline selon les régions (81).

Une enquête conduite en Ile-de-France a montré que 10 % des médecins aimeraient quitter le métier s'ils en avaient la possibilité (abandon de la profession ou départ en retraite) . Les raisons évoquées sont le poids des charges financières mais surtout administratives qui réduisent comme une peau de chagrin le temps qu'ils peuvent consacrer à la médecine (82).

Il existe un lien significatif entre le burnout et le désir de reconversion professionnelle ($p < 0.05$) (32, 33). Les raisons évoquées par les médecins voulant se reconvertir par rapport à ceux qui ne le souhaitent pas sont l'organisation du travail ($p < 0,001$) et le revenu ($p < 0,01$), le contenu du travail ou l'ambiance au travail étant non significatifs (17, 32).

La dépression, le suicide

Le syndrome d'épuisement professionnel peut faire le lit d'une véritable dépression majeure, et conduire au suicide (32, 68, 83-86).

On peut comprendre la confusion fréquente entre syndrome d'épuisement professionnel et dépression. Il existe effectivement des sentiments dépressifs lors de l'épuisement professionnel (2, 68), en particulier

dans le sentiment de diminution de l'accomplissement personnel. Le burnout recouvre en fait plusieurs champs diagnostiques : trouble de l'adaptation, trouble de la personnalité, trouble anxieux, trouble dépressif et symptomatologie clinique non spécifique à type de somatisations qui peuvent faire évoquer une dépression masquée (87). La dépression, elle, est une maladie psychiatrique bien définie.

3.4.2. Conséquences du burnout sur les patients

Qualité de prise en charge

Les médecins qui ont un degré élevé de dépersonnalisation prennent moins bien en charge leur patients que les médecins qui ne sont pas en burnout : absence de dialogue avec les patients, erreurs de prescriptions ou de diagnostic, prescription sans évaluation clinique préalable, mauvaise prise en charge psychologique de la famille d'un patient décédé... (OR=4.96, IC 95% [1.39-17.71]) (88) .

Une étude suédoise réalisée en 2005 a permis d'étudier les caractéristiques physiologiques du sommeil des personnes atteintes de burnout. Il s'agissait d'une étude cas-témoin comparant 12 personnes en arrêt-maladie de longue durée suite à un burnout (critères d'exclusion : maladies organiques ou prise de médicaments pouvant interférer avec l'étude) et 12 personnes volontaires non malades. L'analyse par Anova a montré que les personnes en burnout ont une moins bonne qualité de sommeil que les non malades avec pour conséquence une somnolence diurne plus grande ce qui les rend moins efficaces au travail. L'intérêt de cette étude est de démontrer que le burnout n'est pas amélioré par le repos, puisque la somnolence diurne des malades est comparable la semaine et le week-end, alors que les non malades sont plus fatigués la semaine que le week-end ($p < 0.01$) (89). Des médecins somnolents sont probablement moins performants dans leur prise en charge des patients.

Augmentation des dépenses pharmaceutiques

Cebria a étudié l'influence du burnout sur les dépenses pharmaceutiques des médecins. Il s'agissait d'une étude transversale portant sur 220 généralistes exerçant dans la région de Barcelone. Elle montre qu'il existe une corrélation entre les dépenses pharmaceutiques et l'épuisement émotionnel élevé des médecins ($p < 0.05$, IC [152.96-177.14]) (27).

3.5. Diagnostic différentiel du burnout

3.5.1. Le Karoshi

Karoshi (karo= mort, shi= fatigue au travail) est un terme japonais, qui signifie la mort par excès de travail. Peut être est une forme extrême du burnout ?

L'obligation de résultats dans l'entreprise pouvant aller jusqu'au sacrifice de sa personne. Le karoshi est considéré comme une maladie professionnelle : en 1988, un groupe d'avocats a créé le Conseil national de défense des victimes du karoshi (National Defense Council for Victims of Karoshi, 1990) et a mis en place un service téléphonique pour répondre aux questions sur les prestations accordées au titre de sa réparation (66). Uehata (1989) a décrit le karoshi comme une notion médico-sociale qui couvre les décès ou les incapacités de travail consécutives aux accidents cardio-vasculaires (accident vasculaire cérébral, infarctus du myocarde ou insuffisance cardiaque aiguë) qui peuvent se produire lorsque des maladies artériosclérotiques hypertensives sont aggravées par une lourde charge de travail (66). Le karoshi est devenu un problème social important au Japon (90-92) où les horaires de travail sont beaucoup plus lourds que dans les autres pays industriels. Le nombre d'heures travaillées reflète la loyauté et la coopération du salarié et devient un critère de promotion. En 1993, le nombre normal d'heures de travail dans les secteurs de production était de 2 017 au Japon, 1 904 aux Etats-Unis, 1 769 au Royaume-Uni et 1 763 en France (66). L'article 32 de la loi sur les normes du travail, révisée en 1987, prévoit la semaine de 40 heures (90). Il n'est pas encore totalement prouvé que le surmenage professionnel puisse être la cause d'une mort subite. L'enquête de Uchiyama a permis de mesurer l'incidence des maladies cardio-vasculaires sur 1615 employés indemnes de toute maladie au départ. Il trouve une corrélation positive entre la pression au travail et les maladies cardio-vasculaires (RR= 2,45) mais pas entre le nombre d'heures travaillées et les maladies cardio-vasculaires (91).

3.5.2. La dépression

3.5.2.1. Les différences entre burnout et dépression

La personnalité sous-jacente

Le burnout survient chez des individus ayant une tendance narcissique et un trouble de la perception de l'idéalité (voir chapitre 3.3.1).

Le contexte d'apparition

Les causes d'une dépression sont multi-factorielles et souvent méconnues du patient lui-même, sauf dans le cas d'une dépression réactionnelle où l'on retrouve un facteur déclenchant évident.

Le burnout, lui, fait nécessairement suite à un stress répété et de longue durée allant de un à cinq ans (2, 68). Ce stress est d'origine professionnelle. Le problème est que l'individu réagit à son environnement de façon inadaptée. Les facteurs de stress mis en causes sont le plus souvent des facteurs organisationnels ou des facteurs dus aux conditions de travail (2, 68).

L'extension de la maladie

Le burnout touche seulement la sphère professionnelle alors que la dépression envahit tous les domaines de vie.

3.5.2.2. La corrélation entre burnout et dépression

Des études françaises (34, 66) et étrangères (42) ont étudié la corrélation entre dépression et burnout.

Une enquête de Martin sur un échantillon représentatif de 1200 agents exerçant dans neuf établissements hospitaliers de Marseille en 1997, a reçu 85.8% de réponses (n=964). Etaient inclus le personnel administratif, technique et social de ces hôpitaux mais pas le personnel médical ou paramédical, en raison de leur manque de disponibilité. Un des objectifs de l'enquête était d'étudier la corrélation entre le burnout selon le *Maslach Burnout Inventory* et de la dépression selon le *Center for Epidemiologic Studies- Depression scale (CES-D)* (66). L'étude a montré que la dépression est fortement corrélée à l'épuisement émotionnel (OR=3.38, IC95% [2.05-5.57]) et à la dépersonnalisation de la relation à l'autre (OR=2.30, IC95% [1.42-3.71]) ce que confirme l'étude française de Jarry en 2005 (34). S'agissant d'études purement descriptives, il est impossible d'établir une relation de cause à effet entre burnout et dépression.

3.6. Prise en charge du burnout

De très nombreuses solutions de prise en charge thérapeutique du burnout des médecins ont été proposées par différents auteurs:

- développement des groupes de paroles :
 - o groupe de pairs reconnu comme outil d'Evaluation des Pratiques Professionnelles médicales, dont la mise en œuvre est effective depuis le 1er juillet 2005 (93-95)
 - o GESCA *Groupe d'échanges sur des situations complexes et authentiques* à Nantes (96)
 - o création de l'association TACT *Techniques et applications de la communication à la thérapie* en Poitou-Charentes dont l'objectif est de connaître les techniques relationnelles permettant d'améliorer la relation médecin-malade (97)
 - o Communication Non Violente (98)
- psychothérapie (2, 68, 99)
- création telles que ASALEE *Action de santé libérale en équipe* créée en 2004, expérimentée par l'URML Poitou-Charentes d'équipes de soins basée sur une réorganisation professionnelle, des délégations de tâches et un apport accru de nouvelles compétences et de moyens humains (100, 101) : sur prescription médicale, une infirmière de santé publique dispense des consultations de prévention, dépistage, éducation thérapeutique et accompagnement médico-social. Elle complète

le travail du médecin libéral qui ne peut assumer ces consultations faute de temps ou de formation spécifique.

- création en 2005, d'une ligne téléphonique pour les médecins d'Ile de France (102), financée par le Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville d'Ile de France, animée exclusivement par des psychologues cliniciens mais qui n'a reçu que 150 appels depuis sa création

mais aucune étude n'a été réalisée, à ce jour, pour démontrer scientifiquement l'efficacité de ces traitements. Toutefois un étudiant en médecine a fait sa thèse sur l'apport de la musicothérapie chez une étudiante en troisième cycle de médecine générale souffrant du syndrome d'épuisement professionnel, associé à un syndrome dépressif majeur compliqué de tentative de suicide. Cette étudiante a pendant deux ans bénéficié d'une prise en charge associant psychiatrie et musicothérapie, science qui étudie le son et l'écoute. Ses scores obtenus au MBI en milieu et fin de sa prise en charge en musicothérapie ont été identiques dans les trois dimensions du burnout: score d'épuisement professionnel faible, score de dépersonnalisation faible et score d'accomplissement personnel bas. Mais ces résultats sont biaisés puisque le test est conçu pour le praticien en exercice. Si aucune analyse statistique n'a été réalisée, on peut quand même explorer cette piste thérapeutique dans la prise en charge du burnout. En effet, il est montré par Foucart que les cures soniques aident à la gestion du temps de travail et des loisirs, à mieux se connaître, à exprimer ses sentiments(103).

4. METHODOLOGIE DE L'ETUDE

4.1.1. Type d'étude

Il s'agit d'une enquête épidémiologique transversale.

4.1.2. Population de l'étude

L'enquête a été réalisée :

- auprès des médecins généralistes du réseau Sentinelles de l'Inserm
- auprès de l'ensemble des médecins généraliste Corse ayant une activité libérale.

Le réseau Sentinelles est constitué de 1300 médecins généralistes libéraux, en France métropolitaine, dont 33 en Corse, soit 2% des généralistes libéraux français (104). Ces médecins sont volontaires et bénévoles pour participer à des enquêtes ponctuelles(105).

La région Corse compte 309 médecins généralistes ayant une activité libérale (104).

4.1.3. Déroulement de l'enquête

L'enquête s'est déroulée sur internet.

Un courrier électronique a été adressé à l'ensemble des médecins du réseau Sentinelles avec un lien sécurisé (code et mot de passe) vers le questionnaire en ligne de l'enquête.

Un courrier postal a été adressé à l'ensemble des médecins corse par l'Union Régionale des Médecins Libéraux (URML) Corse, avec un lien sécurisé (code et mot de passe) vers le questionnaire en ligne de l'enquête.

Les médecins Sentinelles corse ont été contactés par les deux voies.

Ces courriers ont été envoyés début juillet 2006. Trois relances par courrier électronique ont été effectuées auprès des médecins Sentinelles n'ayant pas renvoyé le questionnaire. L'étude s'est terminée fin octobre 2006.

4.1.4. Recueil des données

Les questionnaires ont été remplis directement sur Internet par les médecins généralistes participants. Ils étaient identifiés par un numéro d'ordre unique.

Le questionnaire a été réalisé grâce au logiciel phpESP.

4.1.5. Analyse des résultats

Le Maslach Burnout Inventory (MBI) a été utilisé pour quantifier le burnout (cf. Annexe 2).

Les variables analysées pour les médecins répondants étaient (cf. Annexe 1):

- le sexe,
- l'âge,
- la situation familiale,
- le nombre d'années d'exercice,
- la zone d'installation (rurale ou commune de moins de 2000 habitants, rurale et urbaine, urbaine ou commune de plus de 2000 habitants),
- le type de secteur conventionnel,
- la présence d'un secrétariat,
- la participation au tour de garde,

- le nombre de semaines de vacances par an,
- la participation à une activité autre que clinique,
- la charge quantitative de travail évaluée par le nombre d'actes par semaine.

La représentativité de l'échantillon a été étudiée à partir des caractéristiques des médecins participants et ceux de l'ensemble des médecins français; les variables comparées étaient l'âge, le sexe, le lieu d'exercice et le nombre d'actes moyen par semaine.

Les facteurs de risque de burnout ont été recherchés par une analyse univariée puis multivariée.

L'analyse statistique des données a été réalisée à l'aide du logiciel SAS® version 8.2 de SAS Institute®. Les variables qualitatives ont été comparées selon le test du Chi-2 ou le test exact de Fisher si ce premier ne s'appliquait pas. Les variables quantitatives ont été comparées par le test de Student. Un risque de première espèce de 5 % a été choisi pour la réalisation des tests statistiques. Les ajustements de co-variables ont été réalisés par régression logistique non conditionnelle pas à pas descendant.

5. RESULTATS

5.1. Participation

Sur les 1367 questionnaires envoyés 221 médecins ont répondu, soit un taux de réponse de 16,1%, représentant 0,34% des médecins libéraux français.

Comme le montre le tableau 4, la plupart des régions étaient représentée par moins de dix médecins. Toutefois la région Corse était sur-représentée avec un taux de participation de 31,2% Ré, soit 0,1% des médecins libéraux français. Plus d'un médecin corse sur cinq (n=69, 22,8%) a répondu à l'enquête.

Tableau 4 : Répartition régionale des médecins répondants

<i>Régions</i>	<i>Effectifs</i>	<i>%</i>
Alsace	1	0,4
Aquitaine	9	4,1
Auvergne	5	2,3
Basse Normandie	5	2,3
Bourgogne	5	2,3
Bretagne	8	3,6
Centre	5	2,3
Champagne Ardenne	4	1,8

Corse	69	31,2
Franche Comté	8	3,6
Haute Normandie	3	1,3
Ile de France	33	14,9
Languedoc Roussillon	11	5,0
Limousin	3	1,3
Lorraine	3	1,3
Midi Pyrénées	4	1,8
Nord-Pas-de-Calais	8	3,6
Pays de la Loire	10	4,5
Picardie	2	0,9
Poitou Charente	4	1,8
Provence Alpes Côte d'Azur	7	3,1
Rhône Alpes	14	6,6
TOTAL	221	100

5.2. Caractéristiques des médecins répondants

Variables socio-démographiques

Les médecins répondants étaient des hommes à 81,5% (n=180), et l'âge moyen était de 50,1 ans (médiane=52,0).

Situation familiale

La majorité des médecins (n=180, 81,5%) vivaient en couple, dont 150 (67,8%) avaient un ou des enfants(s) à charge.

Mode d'exercice des médecins répondants

- Les médecins répondants exerçaient depuis 20,7 ans en moyenne (médiane=22,0).
- Ils avaient une activité urbaine exclusive dans 46,6% des cas (n=103), rurale exclusive dans 21,7% des cas (n=48), et à la fois rurale et urbaine dans 31,7% des cas (n=70).
- Tous les médecins avaient signé une convention avec la sécurité sociale : 92,3% (n=204) exerçaient en secteur 1 et 7,7% (n=17) en secteur 2.

- Un peu plus de la moitié (n=119, soit 53,8%) avait un secrétariat (externalisé ou non).

Activité professionnelle

Activité clinique

La charge quantitative de travail des médecins répondants étaient en moyenne de 118,2 actes par semaine en moyenne (médiane=115).

Seuls 33 médecins (15%) avaient une activité clinique exclusive et 153 (69%) faisaient des gardes (Tableau 5).

Tableau 5 : Fréquence des gardes prises par les répondants

<i>Fréquence des gardes</i>	<i>Effectifs</i>	<i>%</i>
au moins une fois par semaine	50	22,6
au moins une fois par mois	71	32,1
au moins une fois par an	32	14,5
aucune garde	68	30,8
Total	221	100

Activité autre que clinique

Parmi les médecins répondants, 85% (n=188) avaient une activité professionnelle autre que clinique. Parmi eux :

- 79% (n=174) suivaient une formation médicale continue,
- 36% (n=80) étaient inscrit à un groupe de parole
 - 33% (n=74) à un groupe de pairs
 - 3% (n=6) à un groupe Balint
- 11,3% (n=25) avaient une activité de recherche.

Vacances

Les médecins prenaient moins de cinq semaines de vacances par an dans 56,1% des cas (n=124).

L'ensemble des caractéristiques des médecins répondants est résumé dans le tableau 6.

Tableau 6 : Récapitulatif des caractéristiques des médecins répondants

<i>Caractéristiques des médecins</i>	
Sexe masculin	n=180 (81,5%)
Age mûr	50,1 ans (médiane=52,0)
En couple	n=180 (81,5%)
Avec enfant à charge	n=150 (67,8%)
Médecin expérimenté	20,7 années d'exercice (médiane=22,0)
Activité urbaine	n=103 (46,6%)
Conventionné, Secteur 1	n=204 (92,3%)
Secrétariat	n=119 (53,%)
Activité médicale intense	118,2 actes/semaine (médiane=115)
Gardes de nuit	n=153 (69%)
Activité autre que clinique	n=188 (85%)
Moins de cinq semaines annuelles de vacances	n=124 (56,1%)

5.3. Représentativité de l'échantillon

Les données concernant l'ensemble des médecins généralistes français ont été fournies par la *Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés* (CNAMTS). Nous ne disposons que des chiffres de 2003(106). La proportion des médecins ayant une activité libérale exclusive était précisée, mais les variables qualitatives se rapportaient à l'effectif total des généralistes, incluant les médecins à activité partielle. Nous avons donc été contraints de comparer les médecins du réseau Sentinelles qui ont tous une activité libérale à l'ensemble des médecins généralistes français.

Par rapport aux données de la CNAMTS, toutes les variables analysées étaient significativement différentes entre les médecins du réseau Sentinelles et l'ensemble des médecins généralistes français (Tableau 7).

Tableau 7: Représentativité de l'échantillon des répondants du réseau Sentinelles par rapport à l'ensemble des médecins généralistes français

<i>Variables</i>	<i>Médecins répondants (n=221)</i>	<i>Médecins généralistes français (n=54745)</i>	<i>p</i>
Age moyen (ans)	50.1	48.2	<10 ⁻³
Sexe masculin	180 (81,5)	45438 (83%)	0.02

Milieu d'exercice			
- Urbain	46.6%	63.5%	<10 ⁻³
- Péri-urbain	31.7%	12.6%	
- Rural	21.7%	23.8%	
Nombre d'actes moyen par semaine	118.2	70.8	<10 ⁻³

5.4. Analyse en sous-groupe : médecins corses versus ceux du continent

Les 309 médecins corses, sollicités par le réseau Sentinelles corses et l'URML corse, ont été proportionnellement plus nombreux à répondre à notre enquête (n=69, soit 22.3% répondants parmi les médecins corses) que ceux du continent (n=152, soit 14.4% répondants parmi les médecins du continent). Nous avons donc cherché à comparer ces deux groupes de médecins, en terme de caractéristiques socio-démographiques et professionnelles. Plusieurs différences sont apparues entre les médecins corses et les médecins continentaux (Tableau 8):

- les médecins corses étaient plus jeunes (tranche d'âge 25-49 ans majoritaire) ($p < 0.0002$) et exerçaient depuis moins longtemps ($p < 0.006$) que ceux du continent
- les médecins corses exerçaient presque autant en zone urbaine exclusive (36.2%), en zone rurale exclusive (29.0%) ou en zone rurale et urbaine (34.8%), alors que plus de la moitié des continentaux (51.3%) exerçaient en zone urbaine exclusive ($p = 0.07$)
- les deux tiers des médecins corses n'avaient pas de secrétariat (n=47, 69%) alors que les deux tiers des continents en ont un (n=97, 64%) ($p < 0.0001$)
- la majorité des médecins corses (36.2%) prenaient une garde par semaine alors que la majorité des médecins continentaux (36.2%) prenaient une garde par mois ($p = 0.004$)
- les médecins corses partaient moins en vacances que les continentaux : 71.0% des corses prenaient moins de cinq semaines de vacances par an pour 49.3% continentaux ($p = 0.003$)
- les médecins corses participaient plus aux groupes de pairs (44.9% des corses contre 28.3% des continentaux, $p = 0.02$) et à une activité de recherche (95.6% des corses contre 85.3% des continentaux, $p = 0.028$) que les médecins continentaux.

Nous n'avons pas observé de différence statistique entre les deux groupes de médecins concernant le sexe, la situation familiale, le type de secteur conventionnel, ou la charge quantitative de travail (Tableau 8).

Tableau 8 : Représentativité des médecins corses par rapport aux médecins du continent

Caractéristiques	médecins corses n=69 (31,2%)	médecins du continent n=152 (68,8%)	P
Sexe masculin	56 (31,1%)	124 (69,0%)	NS
Situation familiale	55 (30,4%)	126 (69,6%)	NS
- en couple **	50 (32,9%)	102 (67,1%)	NS
- avec enfant(s) à charge			
Age (répartition par quartile)			
- de 29 à 45 ans	30 (55,6%)	24 (44,4%)	
- de 46 à 51 ans	14 (25,0%)	42 (75,0%)	<0,0002
- de 52 à 55 ans	13 (21,7%)	47 (78,3%)	
- de 56 à 65 ans	12 (23,5%)	39 (76,5%)	
Age moyen			<0,0001
Années d'exercice			
- moins de 10 ans	14 (51,8%)	13 (48,1%)	<0,006
- de 11 à 20 ans	28 (36,8%)	48 (63,2%)	
- plus de 20 ans	27 (22,9%)	91 (77,1%)	
Année d'exercice moyen			<0,0001
Lieu d'installation			
- rurale exclusive	20 (41,7%)	28 (58,3%)	0,07
- rurale et urbaine	24 (34,3%)	46 (65,7%)	
- urbaine exclusive	25 (24,3%)	78 (75,7%)	
Secteur conventionnel			
- secteur 1	67 (32,8%)	137 (67,2%)	NS
- secteur 2	2 (11,7%)	15 (88,2%)	
Secrétariat	22 (18,5%)	97 (81,5%)	<0,0001
Garde			
- au moins une fois par semaine	25 (50%)	25 (50%)	
- au moins une fois par mois	16 (22,5%)	55 (77,5%)	0,004
- au moins une fois par an	6 (18,7%)	26 (81,2%)	
- aucune garde	22 (32,3%)	46 (67,6%)	
Nombre d'actes par semaine (répartition par quartile) ***			
- de 15 à 90 actes	14 (25%)	42 (75%)	
- de 91 à 115 actes	20 (36,4%)	35 (63,6%)	
- de 116 à 140 actes	15 (28,8%)	37 (71,1%)	NS
- plus de 141 actes	19 (35,2%)	35 (64,8%)	

Nombre d'acte moyen par semaine			NS
Vacances par an			
- < 5 semaines	49 (39,5%)	75 (60,5%)	0,003
- ≥ 5 semaines	20 (20,6%)	77 (79,4%)	
Activité autre que clinique :	56 (29,8%)	132 (70,2%)	NS
- groupe de pairs	31 (41,9%)	43 (58,1%)	0,02
- groupe Balint	1 (16,7%)	5 (83,3%)	NS
- activité de recherche	3 (12%)	22 (88%)	0,028
- formation médicale continue	52 (29,9%)	122 (70,1%)	NS

NS = Non Significatif

** fréquences manquantes = 26

*** fréquences manquantes = 4

5.5. Résultats du Maslach Burnout Inventory (MBI)

5.5.1. Résultats du MBI (cf. Annexe 2)

Les médecins ont obtenu, en moyenne :

- un score d'épuisement émotionnel (EE) « moyen » puisque situé entre 18 et 29 (Moyenne=21,02, Ecart Type : 12,7)
- un score de dépersonnalisation (DP) « moyen » puisque situé entre 6 et 11 (Moyenne=9,46, Ecart Type : 6,9)
- un score d'accomplissement personnel (AP) « moyen » puisque situé entre 34 et 39 (Moyenne=37,14, Ecart Type : 7,7).

Le détail des scores est donné dans le tableau 9.

Tableau 9 : Répartitions des trois dimensions du MBI en pourcentage (les scores pathologiques sont en caractères gras)

	<i>EE</i> <i>effectif (%)</i>	<i>DP</i> <i>effectif (%)</i>	<i>AP</i> <i>effectif (%)</i>
score bas	105 (47,5)	81 (36,6)	60 (27,1)
score moyen	56 (25,3)	68 (30,8)	61 (27,6)
score élevé	60 (27,1)	72 (32,6)	100 (45,2)

Total	221 (100)	221 (100)	221 (100)
-------	-----------	-----------	-----------

5.5.2. Niveau du burnout

Le pourcentage des médecins en burnout au moment de l'enquête était de 51.5% (n=114), c'est-à-dire qu'ils présentaient un niveau dit « pathologique pour au moins l'un des trois score du MBI (Figures 1 et 2):

- **Burnout faible** : 24.4% (n=54) ont obtenu au MBI un niveau pathologique pour seulement pour l'un des trois scores
 - 4.97% ont obtenus un EE élevé
 - 7.68% ont obtenus une DP élevée
 - 11.75% ont obtenus un AP bas
- **Burnout moyen** : 19% (n=42) ont obtenu un niveau pathologique pour deux scores
 - 11.76% ont obtenus un EE élevé et une DP élevée
 - 2.26% ont obtenus un EE élevé et un AP bas
 - 4.98% ont obtenus un DP élevée et un AP bas
- **Burnout élevé** : 8.1% (n=18) ont obtenus un niveau pathologique pour les trois scores

Figure 1 : Distribution des réponses au questionnaire MBI des médecins généralistes de l'enquête

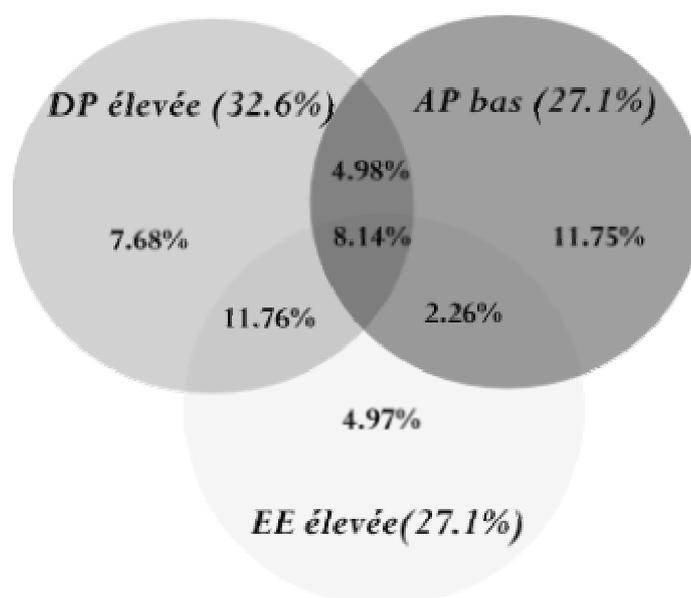
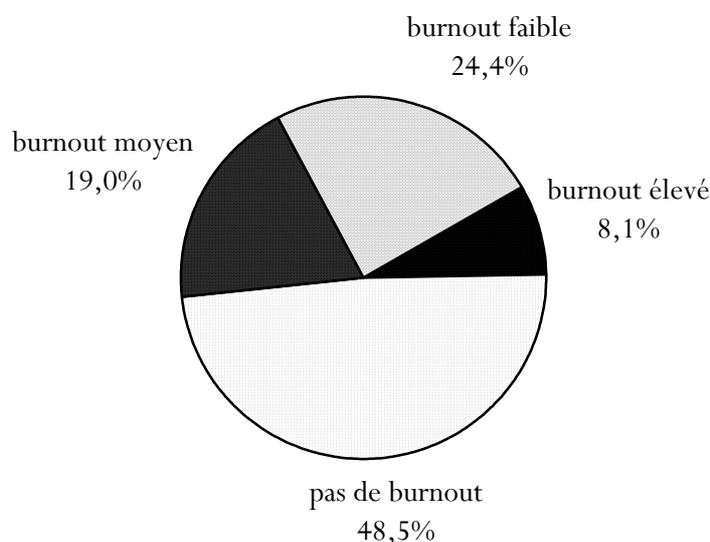


Figure 2 : Répartition des différents degrés de burnout parmi les médecins généralistes de l'enquête



5.5.3. Cas particulier des médecins corses

La Corse étant une région sur-représentée dans notre enquête, nous avons évalué son niveau de burnout. Le pourcentage des médecins corses en burnout au moment de l'enquête était de 63,8% (n=44), c'est-à-dire que ces médecins présentaient un niveau dit « pathologique » pour au moins l'un des trois scores du MBI (figures 3 et 4) :

- **Burnout faible** : 31,9% (n=22) ont obtenu au MBI un niveau pathologique pour seulement pour l'un des trois scores
 - 10,1% ont obtenus un EE élevé
 - 10,1% ont obtenus une DP élevée
 - 11,2% ont obtenus un AP bas
- **Burnout moyen** : 21,7% (n=15) ont obtenu un niveau pathologique pour deux scores
 - 13% ont obtenus un EE élevé et une DP élevée
 - 2,9% ont obtenus un EE élevé et un AP bas
 - 5,8% ont obtenus un DP élevée et un AP bas
- **Burnout élevé** : 10,1% (n=7) ont obtenus un niveau pathologique pour les trois scores

Figure 3 : Distribution des réponses au questionnaire MBI des médecins généralistes corses de l'enquête

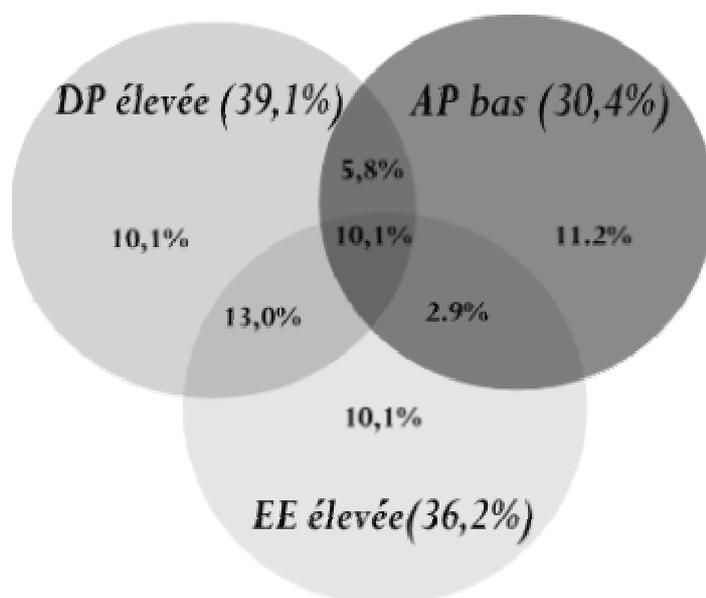
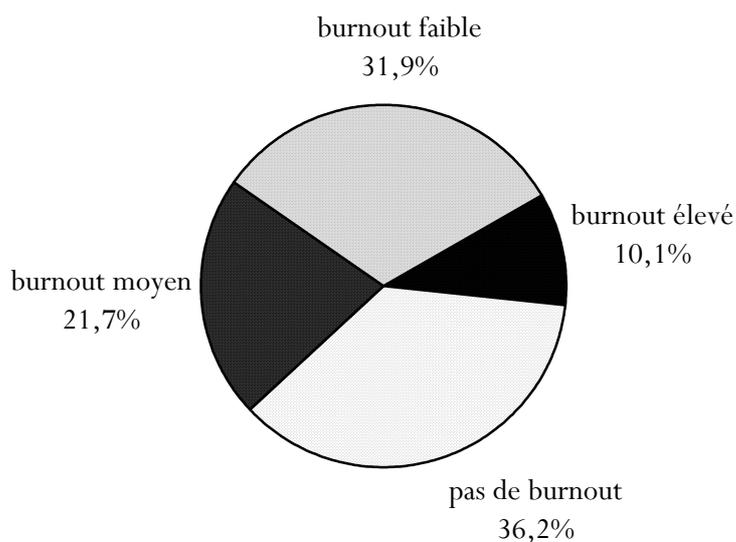


Figure 4 : Répartition des différents degrés de burnout parmi les médecins généralistes corses



5.5.4. Analyse en sous groupe : comparaison du résultat du MBI des médecins corses avec celui des médecins continentaux

Les médecins corses ont un score d'épuisement émotionnel significativement plus élevé (36,2%) que celui des médecins continentaux (23%) (Tableau 10). Il n'existe pas de différence significative pour les deux autres composantes du MBI. Le niveau de burnout n'est significativement pas différent entre ces deux populations.

Tableau 10: Comparaison du burnout des médecins corses et ceux du continent

<i>RESULTATS DU MBI effectif (%)</i>	<i>MEDECINS CORSES n=69</i>	<i>MEDECINS DU CONTINENT n=152</i>	<i>p</i>
EPUISEMENT EMOTIONNEL (EE)			
• EE bas	20 (29,0)	85 (55,9)	0.001
• EE moyen	24 (34,8)	32 (21,1)	
• EE élevé= burnout	25 (36,2)	35 (23,0)	
DEPERSONNALISATION (DP)			NS
• DP bas	21 (30,4)	60 (39,5)	
• DP moyen	21 (30,4)	47 (30,9)	
• DP élevé= burnout	27 (39,1)	45 (29,6)	
ACCOMPLISSEMENT PERSONNEL (AP)			NS
• AP élevée	27 (39,1)	73 (48,0)	
• AP moyen	21 (30,4)	40 (26,3)	
• AP bas= burnout	21 (30,4)	39 (25,7)	
ENSEMBLE DES SCORES			NS
• pas de burnout	25 (6,2)	82 (54,2)	
• burnout faible	22 (31,9)	32 (21,1)	
• burnout moyen	15 (21,7)	27 (17,8)	
• burnout élevé	7 (10,1)	11 (7,2)	

NS Non Significatif

5.6. Facteurs de risque de survenue du burnout

5.6.1. Burnout et caractéristiques des médecins répondants (analyse univariée)

Le tableau 11 ci-après montre les résultats suivants :

Les femmes ont un score de dépersonnalisation significativement inférieur à celui des hommes (p=0.023).

- Les médecins en début (moins de 10 ans) et en fin de carrière (plus de 20 ans) sont significativement les moins épuisés émotionnellement (p=0.02).
- L'existence d'un secrétariat médical diminue l'épuisement émotionnel (résultat proche de la significativité p=0.086).

Ne jamais faire de garde favorise significativement l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation. Ceux qui font moins d'une garde par mois ont les scores d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation les plus bas (respectivement $p=0.017$ et $p=0.083$).

- Les médecins qui participent à un groupe Balint en plus de leur activité clinique s'accomplissent significativement mieux sur le plan personnel et dépersonnalisent moins la relation à l'autre ($p<0.05$).
- Les médecins qui participent à une activité de recherche en plus de leur activité clinique s'accomplissent significativement mieux sur le plan personnel ($p<0.02$).
- Les résultats concernant la situation familiale, l'âge, le lieu d'installation, le type de secteur conventionnel, le nombre d'actes moyen par semaine et le nombre de semaine de vacances par an ne sont pas significatifs.

Tableau 11 : Burnout et caractéristiques des médecins répondants

CARACTERISTIQUES DES MEDECINS REpondANTS (effectifs)	EPUISEMENT EMOTIONNEL (EE)				DEPERSONNALISATION (DP)				ACCOMPLISSEMENT PERSONNEL (AP)			
	EE bas (%)	EE moyen (%)	EE élevé (%) = burnout	Khi 2	DP bas (%)	DP moyen (%)	DP élevée (%) = burnout	Khi 2	AP élevée (%)	AP moyen (%)	AP bas (%) = burnout	Khi 2
SEXE masculin (n=180)	80.9	75.6	85.0	NS	75.3	77.9	91.7	p=0.023	82.0	85.2	76.7	NS
SITUATION FAMILIALE												
- en couple (n=180**)	94.0	90.9	92.3	NS *	97.3	88.5	91.7	NS *	95.4	87.8	94.0	NS *
- avec enfant(s) à charge (n=150)	69.5	69.6	63.3	NS	69.1	72.1	62.5	NS	69.0	63.9	70.0	NS
AGE (répartition par quartile)												
- de 29 à 45 ans (n=54)	20.9	33.9	21.7	NS	26.0	26.2	20.0	NS	48.1	29.6	22.2	NS
- de 46 à 51 ans (n=56)	22.9	30.3	25.0		21.0	29.5	28.3		37.5	32.1	30.4	
- de 52 à 55 ans (n=60)	31.4	17.9	28.3		30.0	19.7	30.0		50.0	20.0	30.0	
- de 56 à 65 ans (n= 51)	24.8	17.9	25.0		23.0	54.6	21.7		45.1	29.4	25.5	
NOMBRE D'ANNEES D'EXERCICE												
- moins de 10 ans (n=27)	15.2	8.9	10.0	p=0.020	9.9	17.6	9.7	NS	11.0	14.7	11.7	NS
- de 11 à 20 ans (n=76)	26.7	51.8	31.7		29.6	39.7	34.7		36.0	36.1	30.0	
- plus de 20 ans (n=118)	58.1	39.3	58.3		60.5	42.7	55.6		53.0	49.2	58.3	
LIEU D'INSTALLATION												
- rurale exclusive (n=48)	22.9	21.4	20.0	NS	14.8	23.6	27.8	NS	16.0	24.6	28.3	NS
- rurale et urbaine (n=70)	33.3	37.5	23.3		39.5	32.3	22.2		34.0	31.1	28.3	
- urbaine exclusive (n=103)	43.8	41.1	56.7		45.7	44.1	50.0		50.0	44.3	43.4	
SECTEUR CONVENTIONNEL												
- secteur 1 (n=204)	90.5	92.9	95.0	NS *	93.8	56.8	95.8	NS	91.0	90.1	96.7	NS
- secteur 2 (n=17)	9.5	7.1	5.0		6.2	13.2	4.2		9.0	9.9	3.3	
Existence d'un SECRETARIAT (n=119)	60.9	51.8	43.3	p=0.086	54.3	58.8	48.6	NS	59.0	42.6	56.7	NS
GARDE												
- au moins une fois par semaine(n=50)	23.8	26.8	16.7	p=0.017	21.0	22.1	25.0	p=0.083	27.0	14.7	23.3	NS
- au moins une fois par mois (n=71)	37.2	21.4	33.3		34.6	38.2	23.6		34.0	32.8	28.3	
- au moins une fois par an (n=32)	13.3	25.0	6.7		17.3	17.6	8.3		11.0	16.5	18.4	
- aucune garde (n=68)	25.7	26.8	43.3		27.1	22.1	43.1		11.0	36.0	30.0	

NOMBRE D'ACTES MOYEN/SEMAINE (répartition par quartile) ***				NS				NS				NS
- de 15 à 90 actes (n=56)	27.9	29.1	19.0		30.0	23.1	22.9		27.8	16.4	32.2	
- de 91 à 115 actes (n=55)	24.0	18.2	34.5		20.0	26.9	30.0		22.8	32.8	22.0	
- de 116 à 140 actes (n=52)	24.0	31.0	17.2		26.3	25.4	20.0		24.7	29.5	17.0	
- plus de 141 actes (n=54)	24.1	21.9	19.3		23.7	23.9	27.1		24.7	21.3	28.8	
VACANCES				NS				NS				NS
- moins de 5 semaines par an (n=124)	53.3	59.0	58.3		48.1	61.8	59.7		51.0	65.6	55.0	
- 5 semaines ou plus par an (n=97)	46.7	41.0	41.7		51.9	38.2	40.3		49.0	34.4	45.0	
ACTIVITE AUTRE QUE CLINIQUE (n=188):	85.7	84.0	85.0	NS	90.1	82.3	81.9	NS	89.0	85.2	78.3	NS
- groupe de pairs (n=74)	30.5	39.3	33.3	NS	30.9	35.3	34.7	NS	38.0	27.8	31.7	NS
- groupe Balint (n=6)	3.8	3.6	0.0	NS *	6.2	1.5	0.0	p=0.040 *	6.0	0.0	0.0	p=0.033 *
- activité de recherche (n=25)	13.3	5.4	13.3	NS	9.9	7.3	16.7	NS	18.0	4.9	6.7	p=0.016
- formation médicale continue (n=174)	80.9	76.8	76.7	NS	85.2	77.9	77.2	NS	83.0	78.7	71.7	NS

NS Non Significatif
** fréquences manquantes = 26
*** fréquences manquantes = 4

5.6.2. Déterminants du burnout (analyse multivariée)

Les déterminants du burnout sont :

- **le sexe féminin** qui protège contre la dépersonnalisation de la relation (OR=0.30, IC 95% [0.12- 0.74]) (Tableau 13)
- **l'existence d'un secrétariat** au sein du cabinet ou externalisé qui diminue le risque d'épuisement émotionnel (OR=0.56, IC 95% [0.31- 1.02]) (résultat à la limite de la significativité) (Tableau12)
- **la prise de gardes de nuit** qui diminue significativement le risque d'épuisement émotionnel (pour des fréquences supérieure à une par an ou une par semaine) (Tableau 8) et de dépersonnalisation (pour des fréquences supérieure à une par an ou une par mois) (Tableau 13).

L'analyse par modèles logistiques montre que le nombre d'années d'exercice du médecin et sa participation ou non à une activité de recherche ne sont pas significativement associés au burnout (Tableaux 12 et 14).

Tableau 12 : Déterminants de l'épuisement émotionnel élevé

<i>VARIABLES</i>	<i>EE bas ou moyen n=161</i>	<i>EE élevé n=60</i>	<i>Odds Ratio (IC à 95%)</i>
Existence d'un secrétariat	93 (57.7%)	26 (43.3%)	0.56 (0.31- 1.02)
Nombre d'années d'exercice (versus moins de 10 ans)			
- de 11 à 20 ans	57 (35.4%)	19 (31.6%)	1.17 (0.41- 3.32)
- plus de 20 ans	83 (51.5%)	35 (58.3%)	1.48 (0.55- 3.97)
Fréquence des gardes (versus aucune garde)			
- au moins une par an			
- au moins une par mois	28 (17.4%)	4 (6.7%)	0.23 (0.07-0.73)
- au moins une par semaine	51 (31.7%)	20 (33.3%)	0.63 (0.31-1.29)
	40 (24.8%)	10 (16.7%)	0.40 (0.17-0.94)

Tableau 13 : Déterminants de la dépersonnalisation élevée

<i>VARIABLES</i>	<i>DP basse ou moyenne n= 149</i>	<i>DP élevée n= 72</i>	<i>Odds Ratio (IC à 95%)</i>
Sexe féminin	35 (23.5%)	6 (8.3%)	0.30 (0.12- 0.74)
Fréquence des gardes (versus aucune garde)			
- au moins une par an	26 (17.4%)	6 (8.3%)	0.27 (0.10-0.75)
- au moins une par mois	54 (36.2%)	17 (23.6%)	0.38 (0.18-0.77)
- au moins une par semaine	32 (21.5%)	18 (25.0%)	0.67(0.32-1.42)

Tableau 14 : Déterminant de l'accomplissement personnel bas

<i>VARIABLE</i>	<i>AP élevé ou moyen n= 121</i>	<i>AP bas n= 60</i>	<i>Odds Ratio (IC à 95%)</i>
Participation à une activité de recherche	21 (17.3%)	4 (6.7%)	0.47 (0.16-1.45)

6. DISCUSSION

La majorité des études évaluant le niveau du burnout des médecins généralistes obtient un taux de réponse supérieur à 60% (13, 27, 29, 38, 40, 45, 46, 48, 50, 51, 55, 58, 61, 63, 80, 107). Dans ces études, qui sont toutes étrangères, la méthodologie employée est celle du questionnaire postal, la durée ou la période des études sont rarement précisées, la longueur des questionnaires est généralement assez importante puisqu'un autre questionnaire est souvent associé au MBI (questionnaire d'évaluation de la dépression/ de satisfaction au travail/ d'évaluation du stress...). Le taux de participation à notre enquête (16.1%) est l'un des plus bas jamais observé dans une étude sur ce sujet; il est également plus bas que celui de la plupart des études réalisées au sein du réseau Sentinelles (taux de participation de 40% en moyenne (105)). Plusieurs limites dues à la méthodologie choisie peuvent expliquer ce résultat. Notre questionnaire, envoyé

simplement par mail, a pu poser des difficultés techniques liées au caractère électronique de l'enquête. Comme par exemple la nécessité de se connecter avec un mot de passe et un nom d'utilisateur spécifiques pour répondre au questionnaire directement via internet. En effet, six médecins ont pris la peine de nous envoyer un mail pour nous informer de plusieurs tentatives infructueuses. De plus, un problème technique est survenu sur le site de l'enquête dix jours après sa mise en ligne et ce pendant une quinzaine de jours. On peut alors se demander si l'utilisation exclusive d'Internet pour remplir les questionnaires de notre enquête n'a pas été un facteur limitant. Bien que l'ensemble des médecins sollicités utilisaient régulièrement Internet, une autre possibilité aurait été de leur permettre de remplir les questionnaires soit directement en ligne sur Internet soit de nous les envoyer sous forme papier. Ce double système aurait sans doute permis un plus grand taux de participation. Certains médecins ont également pu assimiler le courrier électronique envoyé à de la publicité, bien que l'objet du mail ait été intitulé « réseau Sentinelles ». Un autre facteur limitant a pu être la présence des vacances d'été au cours de l'enquête, période souvent synonyme de discontinuité professionnelle.

Enfin les médecins français ont pu être gênés de répondre à des questions sur un sujet jugé très personnel, comme en témoigne le faible taux de participation habituellement retrouvé lors des enquêtes régionales portant sur ce sujet (taux de participation inférieur à 40% (16, 30, 33)). Toutefois, certaines études françaises régionales ont obtenu des taux de participation élevés mais leurs effectifs étaient plus faibles que celui de notre enquête : n=57 (62,9%) (29), n=127 (59%) (36), n=189 (58,9%)(35), n=88 (78%) (31). Les médecins généralistes, manifestement touchés par le burnout, comme le montre notre enquête, ne se sentiraient-ils, paradoxalement pas ou peu concernés par ce sujet ? On ne répertorie des articles médicaux sur le burnout que depuis cinq ou six ans (108-112). La méconnaissance du sujet est également un problème (113): les médecins en exercice font souvent un amalgame entre burnout, stress, dépression et fatigue. Le burnout n'est d'ailleurs pas abordé au cours des études médicales, alors qu'il l'est dans les filières paramédicales (114).

L'interprétation des résultats de notre enquête devra être nuancée, compte tenu de l'existence de biais de sélection. En effet, nous avons étudié la représentativité de notre échantillon en le comparant à l'ensemble des médecins généralistes français et non spécifiquement aux médecins généralistes français ayant une activité libérale exclusive. Les deux groupes n'étaient donc pas comparables. Notre enquête, la première concernant le territoire national, pourra cependant servir de base de réflexion pour de futures enquêtes de plus grande ampleur.

Toutes les régions de France étaient représentées dans notre enquête, avec, malgré tout, des taux de participation très variables suivant les régions. Nous avons observé en particulier une nette prédominance de répondants corses puisque près d'un répondant sur trois était corse (31,2%). Cela représente une participation régionale de 22,3%. La méthodologie employée n'est probablement pas à l'origine de cette forte participation. En effet, les corses étaient sollicités à la fois par courrier postal et par mail. Parmi les 33

médecins du réseau Sentinelles, 18 ont répondu par courrier mail, soit un taux de réponse de 54,6%. Quant aux 276 médecins sollicités par courrier postal, 51 ont renvoyés leur questionnaire en ligne, soit 18,4%. Les médecins sollicités par courrier n'ont donc pas été plus nombreux à répondre.

Les résultats de notre enquête montrent un niveau de burnout important chez les médecins généralistes français. Malgré les limites présentées ci-dessus, il semblerait qu'en 2006 un médecin généraliste français sur deux, 51,5%, souffrirait de burnout et 8,1% présentaient un score de burnout élevé, c'est-à-dire avec les trois scores du BMI à un niveau dit « pathologique ». Malgré les limites dues aux différentes méthodologies suivies, si l'on se hasarde à des comparaisons avec les autres pays européens, il semble que les médecins généralistes français soient plus atteints que les leurs homologues suisses (44,7%) (39), alors qu'en Espagne, près des deux tiers en souffriraient (65,8%) (55). Les médecins suisses semblent également moins intensément touchés (3,5% présenteraient un burnout élevé) (39), au contraire des espagnols (12% de burnout élevé) (50). Il est plus difficile d'établir des comparaisons avec d'autres pays ou avec les études françaises réalisées jusqu'à présent, car les résultats sont présentés simplement en terme « d'EE élevé ». Dans notre étude, 27% des médecins présentaient un score d'EE élevé ce qui semble inférieur aux scores belge (45%) (15), canadien (46%) (42), espagnol (de 30.2% (41) à 40% (40)), et certains scores français (16, 17, 30, 33) , mais supérieur au score suisse (19%) (39) et certains scores français (29, 31, 32, 34-36). Encore moins pertinents, la moyenne obtenue dans chacune des trois dimensions et l'écart type sont parfois les seuls résultats donnés. Notre échantillon de médecins a obtenu des moyennes correspondant à des scores moyens pour chaque dimension, résultats comparables aux autres études françaises (16, 30, 31, 35) et étrangères (55, 57, 58).

La forte participation de la région Corse nous a conduit à faire une analyse en sous-groupe afin de comparer les médecins corses aux médecins continentaux. Les résultats du MBI montraient que l'EE touchait significativement plus les médecins corses (36,2%) que les continentaux (23%) ($p=0,001$), mais il semble qu'il n'y avait pas de différence significative entre les niveaux de burnout des deux populations. Cependant, la représentativité des répondants corses par rapport à l'ensemble des médecins corses n'a pas été étudiée, ce qui constitue un biais de sélection dont il faut tenir compte dans l'interprétation des résultats.

La France a du retard par rapport aux autres pays dans la reconnaissance, la prévention et le traitement du burnout (113). En effet, seuls neuf auteurs ont étudiés le burnout des médecins généralistes français, dont huit sont exclusivement des *étudiants* en médecine ayant choisi le burnout comme sujet de thèse. Ce qui signifie soit que ces futurs médecins s'interrogent sur leur profession dont on dit qu'elle se porte mal, soit qu'ils sont eux-mêmes en souffrance. A ce propos, Willcock a étudié une cohorte d'étudiants en médecine depuis leur dernière année d'université jusqu'à la dernière année d'internat de médecine (58). Il a démontré qu'il existe une augmentation significative des scores d'épuisement émotionnel et de

dépersonnalisation en fin de cursus. En début d'internat, les étudiants ont « une image héroïques d'eux mêmes », sont « altruistes » et pensent avoir « le pouvoir de guérir », alors qu'en fin de cursus ils sont devenus réalistes et sont plus empreints à la désillusion, ce qui est une source de stress (45, 58) et qui favorise l'épuisement émotionnel (29). Il a été suggéré également que la faculté de médecine française conditionneraient les étudiants pour qu'ils deviennent des « médecins tout puissants » (115, 116). La désillusion pourrait être grande, comme l'expriment certains médecins en publiant leurs « mémoires » avant de dévisser leurs plaques prématurément (117).

L'un des problèmes est que les médecins français ne savent pas comment se faire aider ni vers qui se tourner. Il n'existe pas, en France, de programme officiel d'aide et de soutien pour les médecins en détresse. De plus, les médecins sont, dans l'ensemble, particulièrement réticents à demander de l'aide. Un médecin malade n'est pas un patient comme un autre car il est supposé savoir se soigner seul, d'où la tendance à s'auto diagnostiquer et s'auto traiter (118). Il sous-estime souvent ses symptômes, et maximise à tort son traitement (68). On peut supposer qu'un médecin en souffrance n'a pas le recul nécessaire pour se soigner lui-même et ce d'autant qu'il présente des symptômes liés à une fatigue psychologique voir liés au burnout. Il a une crainte de la confidentialité non respectée, malgré le secret professionnel (118, 119), ce qui le conduit à consulter tardivement, et souvent dans le corridor où l'examen clinique est succinct voire absent (68). La prise en charge médicale des médecins, et en particulier psychologique et psychiatrique, est donc très délicate. Des réponses à ce problème ont été apportées à l'étranger. L'entraide ordinaire espagnole a créé le *Programme d'attention intégrale au Médecin Malade du collège médical de Barcelone* (PAIMM) en 1998 (120). Ce programme est actuellement en cours d'extension à d'autres professions de santé et à d'autres régions d'Espagne. Il est financé par le Gouvernement et le collège des médecins de Barcelone. Il s'agit d'une aide à la fois confraternelle, sociale (accompagnement pour les démarches de la vie quotidienne), financière et médicale. L'aide médicale s'organise autour d'une *Unité clinique* proposant des activités physiques, sportives et de détente, avec présence d'une équipe médicale dont un psychiatre et un alcoolologue, et équipe paramédicale. Les principes du PAIMM sont:

- une campagne d'information pour sensibiliser les praticiens à la fréquence des pathologies psychiatriques et des pratiques addictives rencontrées dans la profession
- la confidentialité absolue (changement de nom du patient à l'entrée dans le programme...)
- des services de soins gratuits spécifiques (prise en charge psychiatrique et des pratiques addictives)
- un engagement réciproque par la signature de contrats thérapeutiques
- une étroite relation avec le thérapeute qui juge de l'aptitude du médecin à exercer
- l'existence d'une agence de l'emploi médical offrant les possibilités de reprise professionnelle adaptée aux possibilités du praticien
- la supervision des cas difficiles par une Commission d'aide au médecin malade.

Malgré tout, l'étude de Cebria réalisée à Barcelone en 2001 a montré que près d'un médecin sur deux est en burnout dans cette région (40). En Suisse, en 2002, on annonçait qu'un médecin sur cinq était en burnout (39), ce qui attira l'attention de la communauté médicale. L'année suivante, fut créée l'association *Swiss Burnout*, dirigée en partie par des médecins, autofinancée par ses membres et par diverses subventions, et dont les objectifs sont d'informer et éclairer l'opinion publique, collaborer aux recherches sur le burnout et encourager les échanges scientifiques, développer les concepts de résolution sociale et économique-politique du problème qui dépasse la médecine pure, et conseiller aussi bien les organisations que les individus. En Belgique, où un médecin sur deux est en burnout (15), des associations de soutien, de groupes de parole et de *Self-Help* se sont développées et proposent aux professionnels de la santé des formations sur «l'accompagnement thérapeutique du patient » et les sensibilisent au problème du burnout. Au Canada, une étude montre que près d'un médecin sur deux est en burnout en 2005. L'année suivante, le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSH) a accepté de subventionner le projet de recherche de Heather Laschinger de l'University of Western Ontario en vue de diminuer le burnout dans les hôpitaux.

Les résultats de notre enquête permettent de dégager plusieurs pistes pour prévenir le burnout des médecins généralistes. L'aide pratique à la gestion du cabinet comme l'existence d'un secrétariat médical permet manifestement de diminuer l'épuisement émotionnel (OR=0,56 ; IC 95% [0,31- 1,02]). En effet, le secrétariat médical, qu'il soit présent au sein du cabinet ou externalisé, a au moins trois avantages. Le premier avantage est de diminuer le poids du travail administratif et comptable qui incombe au médecin en plus de son activité clinique. La lourdeur de la paperasserie, chronophage et facteur de stress, est souvent décriée par les médecins dont le rôle est de soigner, et non de gérer et administrer un cabinet auxquels ils ne sont pas formés. Le deuxième avantage du secrétariat est de permettre de déléguer les problèmes matériels et ainsi pouvoir se dégager du temps pour soi ou pour les patients. Le troisième avantage est de limiter l'interruption de tâches par la permanence téléphonique. Les médecins sont sans cesse dérangés au cours de leurs consultations pour répondre aux appels téléphoniques d'ordre médicaux ou pour une prise de rendez-vous. L'effort supplémentaire de concentration dans la reprise de l'acte initial entraîne une fatigabilité qui nous oblige à compenser en nous démultipliant et, à long terme, peut être à la source d'un épuisement émotionnel. L'analyse en sous groupe des médecins corses par rapport aux médecins continentaux semble également aller dans ce sens. Elle a montré que l'épuisement émotionnel des médecins corses était supérieur à celui des continentaux ($p < 0,01$), alors que la majorité des corses (69%) n'avait pas de secrétariat.

Notre analyse multivariée montre que la participation des médecins au tour de garde de nuits protège significativement contre l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation. Pour prévenir le burnout, il faudrait faire un minimum de gardes. Si on parvient à ne faire qu'une garde de temps en temps, elle reste un plaisir (121). Le médecin qui se retrouve appelé la nuit pour de « vrais malades » ressent à la fois le

stress de l'inconnu et un sentiment d'utilité. De plus, les gardes obligent les médecins à maintenir un niveau de connaissance médicale minimum pour se sentir en confiance et affronter la nuit avec sérénité. Tout comme il existe une corrélation entre le désir de recevoir les résultats d'une enquête et la satisfaction au travail ($p < 0,01$) (48), il est probable qu'il existe une corrélation entre le désir de perfectionner ses connaissances ou la curiosité intellectuelle et la satisfaction au travail. L'analyse en sous groupe montre que les médecins corses, qui sont plus épuisés émotionnellement que les continentaux ($p < 0,01$), font significativement plus de gardes (67,7%) que les médecins du continent (32,4%) même si ces gardes sont probablement prises par contrainte financière plus que par choix réel. En effet, par rapport aux médecins continentaux, les médecins corses concernés étaient jeunes (âge inférieur à 45 ans, $p < 0,01$), installés depuis peu (moins de 10 ans) ($p < 0,06$) et prenant moins de vacances ($p < 0,01$).

La participation à des groupes de paroles diminue significativement le burnout ($p < 0,05$), et en particulier, les *groupes Balint*. Ces groupes, créés en 1968 par le médecin et psychanalyste anglais Michael Balint (1876-1970), sont composés d'une quinzaine de médecins maximum et animé par deux leaders accrédités dont un analyste. Les principes de ces séances sont :

- de commenter et échanger des récits de cas sous forme de psychodrame, de jeu de rôle ou d'enregistrement vidéo, et de centrer le travail sur la relation entre le soignant et son patient et non sur la maladie ou le malade (87, 97, 122)
- de déceler les phénomènes inconscients (non-dits, actes manqués, lapsus) et évaluer leurs impacts et leur répercussions sur la relation.

Un groupe Balint n'a donc aucun rôle thérapeutique pour le soignant et se distingue d'une psychothérapie classique. Les confrères font des critiques amicales et constructives des faits sans chercher à juger ni à sanctionner (122) . Ce respect mutuel crée une atmosphère sécurisante pour le soignant et favorise la liberté de parole. L'objectif ultime est de soutenir et/ou induire le plaisir de travailler avec nos patients. C'est ce plaisir retrouvé qui protège ou fait sortir du burnout.

Notre étude confirme, en outre, ce qui est intuitif : les médecins qui consacrent du temps à une activité de recherche se protègent du burnout. La diversification de l'activité professionnel et l'ouverture intellectuelle permet de s'accomplir sur le plan personnel ($p < 0,05$). C'est l'une des clés du burnout. Cela permet, de plus, de rompre avec l'isolement du cabinet médical.

Notre étude a permis de faire un premier état des lieux du burnout au niveau national. Elle pourrait servir de base de réflexion initiale afin de sensibiliser chacun, médecins, politiques et économistes à ce problème et envisager des réponses concrètes et adaptées. A ce jour, quelques propositions ont été émises par le Conseil Départemental de l'Ordre des médecins, dont l'entraide est l'une des missions les plus importantes , et qui a été sensibilisé au burnout via les études européennes (67) :

- accroître la vigilance de la tutelle des chefs de services

- augmenter le temps d'écoute et d'enseignement
- prévention de l'automédication
- incitation forte à se faire soigner par ses confrères, avec prise de rendez vous officielle et non consultation de couloir sans examen clinique complet.

D'autres orientations pourraient être d'envisager une aide financière, afin de développer les secrétariats dans les cabinets médicaux, ou de favoriser les programmes de prévention. Ces messages de prévention pourraient être apportés par le biais de la formation médicale continue ou des études médicales dès le deuxième cycle. Actuellement, ce sujet n'est abordé qu'en troisième cycle lors des diplômes universitaires de gériatrie ou de soins palliatifs.

7. CONCLUSION

En 2006, le burnout semble toucher plus de la moitié (51,6%) des médecins généralistes français: un médecin sur quatre (24,4%) présenterait une atteinte faible, un médecin sur cinq (19,0%) une atteinte modérée et un médecin sur douze (8,14%) une atteinte sévère qui associe un épuisement émotionnel élevé, une forte dépersonnalisation de la relation à l'autre et un accomplissement personnel faible. Les conséquences pour le médecin sont les addictions, le désir de reconversion professionnelle et la dépression voire le suicide, et pour les patients une altération de la qualité de prise en charge.

Notre enquête a montré que la participation à une activité de recherche ou à un groupe Balint diminue le burnout en favorisant l'accomplissement personnel ($p < 0,05$), que Le sexe féminin est protecteur de la dépersonnalisation, que l'existence d'un secrétariat médical diminue l'épuisement émotionnel, et que faire des garde de nuit minimise la survenue du burnout.

Les mesures de prévention et de traitement du burnout sont inexistantes en France. La diffusion de programmes d'information notamment auprès des médecins et des étudiants en médecine semble urgente. La mise en place des mesures concrètes de soutien, à l'image d'autres pays occidentaux, semble également nécessaire pour les médecins en exercice.

8. ANNEXES

8.1. Annexe 1 : Caractéristiques des médecins répondants à l'enquête

Nom, prénom		
Age		
Sexe	F	
	M	
Situation familiale :	Célibataire	
	en couple	
	enfant(s) à charge	
Nombre d'années d'exercice:		
Département d'exercice:		
Type d'activité:	rurale exclusive (commune <2000 habitants)	
	rurale et urbaine	
	urbaine exclusive (commune > 2000 habitants)	
Type de secteur conventionnel:	secteur 1	
	secteur 2	
	non conventionné	
Secrétariat (externalisé ou pas):	Oui	
	Non	
Participation au tour de garde	oui, au moins une fois par semaine	
	oui, au moins une fois par mois	
	oui, au moins une fois par an	
	Non	
Semaines de vacances par an :	moins 5 semaines par an	
	5 semaines ou plus par an	
Nombre d'actes par semaine :		
Activité autre que "clinique":	inscription à un groupe de pairs	
	inscription à un groupe Balint	
	activité de recherche	
	FMC	
	Non	

8.2. Annexe 2: Maslach Burnout Inventory (MBI)

Les variables dépendantes du MBI représentent les trois dimensions du burnout : neuf *item* se rapportent à l'épuisement émotionnel (questions 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20), cinq autres rendent compte de la dépersonnalisation de la relation (questions 5, 10, 11, 15, 22), et enfin huit *item* sont relatifs à l'accomplissement personnel (questions 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21).

ITEM	FRÉQUENCE ¹
1. Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail	0 1 2 3 4 5 6
2. Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail	0 1 2 3 4 5 6
3. 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
4. Je peux comprendre facilement ce que mes malades ressentent	0 1 2 3 4 5 6
5. Je sens que je m'occupe de certains malades de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets	0 1 2 3 4 5 6
6. Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort	0 1 2 3 4 5 6
7. Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes malades	0 1 2 3 4 5 6
8. Je sens que je craque à cause de mon travail	0 1 2 3 4 5 6
9. 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 malades	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 malades	0 1 2 3 4 5 6
18. Je me sens ragaillardi(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes malades	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 malades me rendent responsable de certains de leurs problèmes	0 1 2 3 4 5 6

¹ Notes données pour mesurer la fréquence:

0: jamais; 1: quelques fois par an; 2: au moins une fois par mois; 3: plusieurs fois par mois; 4: une fois par semaine; 5: plusieurs fois par semaine; 6: chaque jour.

Résultats du MBI:

Le résultat du MBI n'est pas un score global mais un score exprimé en « bas/modéré/élevé » pour chacune des trois dimensions. L'obtention d'au moins un score pathologique (score élevé d'épuisement émotionnel ou de dépersonnalisation, score bas d'accomplissement personnel) suffit à définir le burnout.

Epuisement émotionnel (EE): questions : 1. 2. 3. 6. 8. 13. 14. 16. 20 (résultat entre 0 et 54)

total < à 17 → degré d'EE bas

18 < total < 29 → degré d'EE moyen

total > à 30 → degré d'EE élevé (ou **burnout**)

Dépersonnalisation (DP): questions : 5. 10. 11. 15. 22 (résultat entre 0 et 30)

total < à 5 → degré de DP bas

6 < total < 11 → Degré de DP moyen

total > à 12 → degré de DP élevé (ou **burnout**)

Accomplissement personnel (AP) : question : 4. 7. 9. 12. 17. 18. 19. 21 (résultat entre 0 et 48)

total > à 40 → degré d'AP élevé

34 < total < 39 → degré d'AP moyen

total < à 33 → degré d'AP bas (ou **burnout**)

Le burnout est dit « faible » si l'une des trois dimensions est pathologique, « moyen » si deux des trois dimensions sont pathologiques, « élevé » si les trois dimensions sont pathologiques.

8.3. Annexe 4: Revue de la littérature

Revue de la littérature sur le burnout des médecins généralistes étrangers et français en termes de : prévalence, incidence, facteurs de risques, conséquences, diagnostic différentiel, traitement et prise en charge.

Utilisation de :

- banque de données *PubMed*
- *Banque de Données de Santé Publique (B.D.S.P)*
- *Catalogue et Index des sites Médicaux Francophones*
- *Services d'Information Scientifique et Technique*

- banque de recherche Internet *Google*
- base de données *CISILO* (Centre international d'informations de sécurité et de santé au travail (CIS)/International Occupational Safety and Health Information Centre)
- revues médicales françaises *Le Concours Médical* et la *Revue du Praticien Médecine Général*

8.4. Commentaires ajoutés par certains médecins

« J'ai participé à une réunion dans le 22 sur le sujet, il y a un an et demi organisée par le CHEMG. C'était très bien mais **j'ai trouvé douloureux de voir craquer un consœur en pleine séance** (nous étions une vingtaine). J'ai eu comme beaucoup des périodes noires dans ma vie professionnelle. Je crois avoir compris ce qui m'en a sorti .Je vois aussi comment travaillent et vivent d'un côté les aigris, ceux qui attendent la retraite déjà à 50 ans, ceux qui ronchonnet et de l'autre ceux qui ronchonnet aussi (nous sommes tous des gaulois!!) mais en rigolant , en déconnant, et qui font toujours plein de choses dans tous les coins . Là est l'une des clés du burnout . Amitiés »

« Je fais 150 actes/semaine, je prends **1 semaine de vacances par an** ».

« Merci pour votre étude, nous devons être nombreux à souffrir et à **ne pas oser se plaindre**. Bien confraternellement ».

« Ma moyenne de patients par jour est de 23, 5 jours sur 7, auxquels il faut ajouter le travail de vacations PMI, d'expertises (judiciaires et assurances), de médecin agréé (examens des fonctionnaires et commissions diverses)...la FMC... cela occupe environ une journée complète (10 heures) par semaine ».

« Je fais environ 80 actes par semaine mais n'oubliez pas qu'il faut ajouter mise a jour dossier, mis a jour connaissance, participation de formation externe, travail administratif ou comptable, astreinte et visites nuit ou w-e et permanence de soins. qui sont variable selon l'implication personnelle dans chacune de ses activités... ».

« Mes réponses laissent entendre que tout va bien , mais laissent dans l'oubli les efforts fournis d'organisation, de travail sur soi afin de continuer de prendre en charge correctement des Patients de plus en plus stressés et stressants. **Je ne suis pas sûre de prendre ma retraite comme médecin** à cette heure , si c'est pour y laisser ma santé après avoir sacrifié ma jeunesse , celle de mes enfants...je ferai une autre activité... Bien cordialement ».

« 120 actes par semaines + 3H30 de présence dans un foyer occupationnel + une journée de médecin coordinateur + médecin pompier, **je n'ai pas le choix des activités vu la faible densité locale de médecin,**

les activités non libérales sont liées à ma présence sur le territoire ».

« Je suis remplaçant et le nombre d'actes varie entre 0 et... beaucoup, selon le médecin que je remplace. Mon activité varie entre des périodes où je ne vois pas du tout de patients et des périodes parfois très intenses. En moyenne sur l'année, je ne vois qu'environ 20 patients par semaine, car j'exerce à temps partiel une autre activité rémunératrice. Lorsque je remplace, je vois beaucoup de patients pendant un temps variant entre une semaine et un mois (~ 90 patients par semaine)».

« **Je cumule les fonctions :**

- Médecin Généraliste Libéral en Cabinet : en moyenne 160 actes (V + C) par semaine (+ les téléphones, les courriers, les certificats, les formulaires divers...)
- Enseignant Clinicien (Maître de Stage) : 3 internes répartis sur 3 ECA, soit environ 6 heures de travail hebdomadaire en plus (actuellement en grève)
- Médecin Habilité HAS : soit 2 sessions d'EPP par an
- Maître de Conférences à l'UFR de Lille : soit environ 30 heures par semaine (actuellement en grève) »

« Je travaille en médecine générale 4 jours et demi par semaine à 20 actes en moyenne par jour et je suis également psychothérapeute le jeudi et dans les "trous" des activités de semaine une séance durant 60 minutes soit le temps de 4 consultations ordinaires 8 séances /jeudi ; je suis enseignant de médecine générale à la vacation 1/2 journée par mois en moyenne sur l'année et de sexothérapie 1/2 journée par quinzaine sur l'année ; j'anime des activités de psychothérapie 1 samedi par mois pm et une soirée par mois de 20h à 23h »

« Pour info : **j'arrête la médecine générale** le 30 septembre pour devenir médecin militaire ».

« Il faut se sentir bien dans son métier, utile. Le médecin qui se demande chaque jour ce qu'il fait là est bien mal parti. Si en plus de se sentir bien dans son métier on se sent bien dans sa vie privée , c'est gagné . Deux de mes quatre enfants vont peut être se diriger vers des études médicales . Ils savent que l'on peut travailler dur, être exigeant et avoir une vie heureuse . **Il faudrait plus de relations confraternelles** pour repérer et aider ceux qui sont menacés de difficultés (de toute sortes d'ailleurs). Cela reste à construire. Bonne continuation. Amitiés ».

« La paperasserie nous bouffe petit à petit. **Nous manquons de gratification.** Aidez-nous... ».

8.5. Bibliographie

1. Freudenberger H. L'épuisement professionnel: La Brûlure interne, Québec. Gaétan Morin Éditeur. 1987.
2. Delbrouck M. Le Burn out du soignant, Le syndrome d'épuisement professionnel. Edition De Boeck University. 2004.
3. Belfer R. Une infirmière sur quatre épuisée. Analyse d'une étude préoccupante: la preuve par le stress. L'INFIRMIERE MAGAZINE Juin 1993;73.
4. Stordeur S, Vandenberghe C, D'Hoore W. [Predictors of nurses' professional burnout: a study in a university hospital]. *Rech Soins Infirm.* 1999 Dec(59):57-67.
5. Chambers R, Belcher J. Comparison of the health and lifestyle of general practitioners and teachers. *Br J Gen Pract.* 1993 Sep;43(374):378-82.
6. Bourgoin N. Le suicide dans la police nationale. *Pénombre, supplément de la lettre d'information "La lettre grise".* 1997;1(Université de Franche-Comté, L.A.S.A).
7. Malvina R. Usure professionnelle et stratégies d'adaptation des surveillants, Centre Pénitentiaire de Marseille. Mémoire, DESS Psychologie Sociale de la Santé. 2002- 2003.
8. Djellal F, Gallouj F. La dynamique de l'innovation dans les services de soins aux personnes âgées. Rapport de recherche réalisé pour la Commission Européenne, XIVe Conférence RESER, Castres. 2004 23, 24 Septembre.
9. Balogun JA, Helgemoe S, Pellegrini E, Hoerberlein T. Test-retest reliability of a psychometric instrument designed to measure physical therapy students' burnout. *Percept Mot Skills.* 1995 Oct;81(2):667-72.
10. Rafferty JP, Lemkau JP, Purdy RR, Rudisill JR. Validity of the Maslach Burnout Inventory for family practice physicians. *J Clin Psychol.* 1986 May;42(3):488-92.
11. Dion G, Tessier R. Validation de la traduction de l'inventaire d'épuisement professionnel de Maslach et Jackson. *Canadian Journal of Behavioural Science.* 1994 avril.
12. Olkinuora M, Asp S, Juntunen J, Kauttu K, Strid L, Aarimaa M. Stress symptoms, burnout and suicidal thoughts of Finnish physicians. *Scand J Work Environ Health.* 1992;18 Suppl 2:110-2.
13. Freeborn DK. Satisfaction, commitment, and psychological well-being among HMO physicians. *West J Med.* 2001 Jan;174(1):13-8.
14. Thommasen HV, Lavanchy M, Connelly I, Berkowitz J, Grzybowski S. Mental health, job satisfaction, and intention to relocate. Opinions of physicians in rural British Columbia. *Can Fam Physician.* 2001 Apr;47:737-44.
15. Selleslagh P. Résultats de l'enquête burn-out: un médecin sur deux en zone dangereuse. *Journal du médecin.* 2001;1344.
16. Truchot D. Le burnout des médecins libéraux de Champagne Ardenne. Rapport de recherche pour l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Champagne Ardennes. 2002.
17. Truchot D. Le burnout des médecins généralistes de Poitou-Charentes. Rapport de recherche pour l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Poitou-Charentes. 2004:99.
18. Schaufeli WB, Van Dierendonck D. A cautionary note about the cross-national and clinical validity of cut-off points for the Maslach Burnout Inventory. *Psychol Rep.* 1995 Jun;76(3 Pt 2):1083-90.
19. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Démographie médicale française: Situation au 1er janvier 2005- Etats des lieux. 2005;CNOM, étude n°38, août 2005.
20. INSEE. Bilan démographique. 2005.
21. Bulletin de l'Orde des médecins. Avril 2006;4.
22. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Démographie médicale française: situation au 1er janvier 2000-Etat des lieux. 2000:75.

23. Panorama du Médecin J, N°4 983-4 984.
24. Gleizes M RA, Vidal M, Delfieu D. Evaluation du stress perçu chez le médecin généraliste et recherche de ses causes en Haute-Garonne et à Paris. Thèse de médecine générale. 2002.
25. Cebria-Andreu J. [Commentary: the professional burnout syndrome as a public health problem]. *Gac Sanit.* 2005 Nov-Dec;19(6):470.
26. Visser MR, Smets EM, Oort FJ, De Haes HC. Stress, satisfaction and burnout among Dutch medical specialists. *Cmaj.* 2003 Feb 4;168(3):271-5.
27. Cebria J, Sobreques J, Rodriguez C, Segura J. [Influence of burnout on pharmaceutical expenditure among primary care physicians]. *Gac Sanit.* 2003 Nov-Dec;17(6):483-9.
28. CARMF. Prévoyance, statistiques. 2006.
29. Chan Lin-Chanteau S. Le burnout des médecins généralistes libéraux de Tahiti. Thèse de médecine générale, Université Paris 5. 2006.
30. Truchot D. Le burn'out des médecins libéraux de Bourgogne. Rapport de recherche pour l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Bourgogne. 2001:48.
31. Robert E. L'épuisement professionnel: enquête auprès des médecins de l'arrondissement de Dinan (22). Thèse de médecine générale, Université Rennes 1. 2002.
32. Begon-Bellet. Le syndrome d'épuisement professionnel ou Burnout des médecins généralistes libéraux de la Loire. Thèse de médecine générale. 2003.
33. Zeter C. Burnout, conditions de travail et reconversion professionnelle chez les médecins généralistes de la région Poitou-Charentes. Thèse de médecine générale, Université de Poitiers. 2004.
34. Jarry C. Etude du burnout chez les médecins généralistes d'Indre et Loire. Thèse de médecine générale. 2003;12:52.
35. Philippon C. Syndrome d'épuisement professionnel (Burnout-out): étude descriptive et recherche de facteurs associés chez 189 médecins généralistes Rhône-Alpins. Thèse de médecine générale, Université Claude Bernard Lyon1. 2004.
36. Elouali S. Etude du burnout ou syndrome d'épuisement professionnel chez les médecins généralistes libéraux du Cher. Thèse de médecine générale, Université de Tours. 2006.
37. Estryng-Behar M, Kaminski M, Peigne E, Bonnet N, Vaichere E, Gozlan C, et al. Stress at work and mental health status among female hospital workers. *Br J Ind Med.* 1990 Jan;47(1):20-8.
38. Grau A, Suner R, Garcia MM. [Burnout syndrome in health workers and relationship with personal and environmental factors]. *Gac Sanit.* 2005 Nov-Dec;19(6):463-70.
39. Goehring C, Bouvier Gallacchi M, Kunzi B, Bovier P. Psychosocial and professional characteristics of burnout in Swiss primary care practitioners: a cross-sectional survey. *Swiss Med Wkly.* 2005 Feb 19;135(7-8):101-8.
40. Cebria J, Segura J, Corbella S, Sos P, Comas O, Garcia M, et al. [Personality traits and burnout in family doctors]. *Aten Primaria.* 2001 Apr 30;27(7):459-68.
41. Esteva M, Larraz C, Soler J, Yaman H. [Burn-out in Spanish general practitioners]. *Aten Primaria.* 2005 Feb 15;35(2):108-9.
42. Dufresne J. Nos médecins sont malades. *Encyclopédie de l'Agora.* 2005.
43. URMLcentre. Etude sur les préoccupations et aspirations des médecins généralistes libéraux en région Centre. 2004.
44. Chambaud L, Lequet D, Duriez M. Le système de santé britannique, Cinq ans de réforme. *Actualité et dossier en santé publique N°9.* 1994.
45. Sibbald B, Enzer I, Cooper C, Rout U, Sutherland V. GP job satisfaction in 1987, 1990 and 1998: lessons for the future? *Fam Pract.* 2000 Oct;17(5):364-71.
46. Appleton K, House A, Dowell A. A survey of job satisfaction, sources of stress and psychological symptoms among general practitioners in Leeds. *Br J Gen Pract.* 1998 Mar;48(428):1059-63.

47. Kushnir T, Levhar C, Cohen AH. Are burnout levels increasing? The experience of Israeli primary care physicians. *Isr Med Assoc J*. 2004 Aug;6(8):451-5.
48. Sobreques J, Cebria J, Segura J, Rodriguez C, Garcia M, Juncosa S. [Job satisfaction and burnout in general practitioners]. *Aten Primaria*. 2003 Mar 15;31(4):227-33.
49. Moreno Jimenez B, Gonzalez Gutierrez JL, Garrosa Hernandez E, Penacoba Puente C. [Professional burnout in hospitals. Influence of sociodemographic variables]. *Rev Enferm*. 2002 Nov;25(11):18-26.
50. Molina Siguero A, Garcia Perez MA, Alonso Gonzalez M, Cecilia Cermeno P. [Prevalence of worker burnout and psychiatric illness in primary care physicians in a health care area in Madrid]. *Aten Primaria*. 2003 May 31;31(9):564-71.
51. Firth-Cozens J. Individual and organizational predictors of depression in general practitioners. *Br J Gen Pract*. 1998 Oct;48(435):1647-51.
52. McMurray JE, Linzer M, Konrad TR, Douglas J, Shugerman R, Nelson K. The work lives of women physicians results from the physician work life study. The SGIM Career Satisfaction Study Group. *J Gen Intern Med*. 2000 Jun;15(6):372-80.
53. Murray E, Modell M. Community-based teaching: the challenges. *Br J Gen Pract*. 1999 May;49(442):395-8.
54. Maslach C JS. The measurement of experienced burnout. *Journal of occupational behaviour* 1981;2:99-113.
55. Prieto Albino L, Robles Aguero E, Salazar Martinez LM, Daniel Vega E. [Burnout in primary care doctors of the province of caceres]. *Aten Primaria*. 2002 Mar 31;29(5):294-302.
56. Marechaux F. Impact de la féminisation de la profession médicale, Approche quantitative et qualitative en Rhône-Alpes. *La Revue du Praticien Médecine Générale* 2004 10 mai; Tome 18 n°652/653:651.
57. Soler J, Yaman H, Assenova R, Azeredo Z, Carelli F, Churchill D, et al. The International Study of Burnout in European Family Doctors. EGPRNW. 2003.
58. Willcock SM, Daly MG, Tennant CC, Allard BJ. Burnout and psychiatric morbidity in new medical graduates. *Med J Aust*. 2004 Oct 4;181(7):357-60.
59. Levasseur G. La santé des médecins bretons. Rapport à l'URML Bretagne. Juillet 2003.
60. Combout A. La santé des médecins généralistes du Finistère. Thèse de médecine générale. 2004;39:96.
61. Gilliland AE, Sinclair H, Cupples ME, McSweeney M, Mac Auley D, O'Dowd TC. Stress and morale in general practice: a comparison of two health care systems. *Br J Gen Pract*. 1998 Oct;48(435):1663-7.
62. de Pablo Gonzalez R, Suberviola Gonzalez JF. [The prevalence of the burnout syndrome or professional exhaustion in primary care physicians]. *Aten Primaria*. 1998 Nov 30;22(9):580-4.
63. McManus IC, Keeling A, Paice E. Stress, burnout and doctors' attitudes to work are determined by personality and learning style: a twelve year longitudinal study of UK medical graduates. *BMC Med*. 2004 Aug 18;2:29.
64. Spickard A, Jr., Gabbe SG, Christensen JF. Mid-career burnout in generalist and specialist physicians. *Jama*. 2002 Sep 25;288(12):1447-50.
65. Burke RJ, Greenglass ER. A longitudinal examination of the Cherniss model of psychological burnout. *Soc Sci Med*. 1995 May;40(10):1357-63.
66. Martin F, Poyen D, Boudierlique E, Gouvernet J, Rivet B, Disdier P, et al. Depression and Burnout in Hospital Health Care Professionals. *Int J Occup Environ Health*. 1997 Jul;3(3):204-9.
67. Bernard-Catinat M. Le stress des médecins, l'automédication, l'addiction, le Burn out. Rapport de la Commission nationale permanente adopté lors des Assises du Conseil national de l'ordre des Médecins 2004 19 juin
68. Canoui PM, A. Le Burn out, Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants, De l'analyse aux réponses. 3ème Edition Masson, Paris. 2004.
69. Cathebras PB, A; Laporte,S; BoisC; Truchot,D; . . . Burn out among French general practitioners. *Presse Med*. 2004 Dec 18;33(22):1569-74.

70. Consoli SM, Taine P, Szabason F, Lacour C, Metra P. Elaboration et validation d'un questionnaire de stress perçu proposé comme indicateur de suivi en médecine du travail L'Encéphale XXIII III 1997.
71. Thompson WT, Cupples ME, Sibbett CH, Skan DI, Bradley T. Challenge of culture, conscience, and contract to general practitioners' care of their own health: qualitative study. *Bmj*. 2001 Sep 29;323(7315):728-31.
72. Weinger MB, Ancoli-Israel S. Sleep deprivation and clinical performance. *Jama*. 2002 Feb 27;287(8):955-7.
73. Cooper CL, Rout U, Faragher B. Mental health, job satisfaction, and job stress among general practitioners. *Bmj*. 1989 Feb 11;298(6670):366-70.
74. Garcia Lozano M, Esnard C. Organisation du travail et stress professionnel: Etude en service de réanimation cardiaque. Université de Poitiers.
75. MASCFgroupe. Le risque des professions de santé en 2005. Responsabilité. 2006 novembre;Hors série.
76. Whippen DA, Canellos GP. Burnout syndrome in the practice of oncology: results of a random survey of 1,000 oncologists. *J Clin Oncol*. 1991 Oct;9(10):1916-20.
77. Goldberg R, Boss RW, Chan L, Goldberg J, Mallon WK, Moradzadeh D, et al. Burnout and its correlates in emergency physicians: four years' experience with a wellness booth. *Acad Emerg Med*. 1996 Dec;3(12):1156-64.
78. Lloyd S, Streiner D, Shannon S. Burnout, depression, life and job satisfaction among Canadian emergency physicians. *J Emerg Med*. 1994 Jul-Aug;12(4):559-65.
79. Orłowski JP, Gullede AD. Critical care stress and burnout. *Crit Care Clin*. 1986 Jan;2(1):173-81.
80. Imai H, Nakao H, Tsuchiya M, Kuroda Y, Katoh T. Burnout and work environments of public health nurses involved in mental health care. *Occup Environ Med*. 2004 Sep;61(9):764-8.
81. Chabrol A. La médecine générale est dramatiquement sinistrée. *Bulletin de l'Orde des médecins*. 2006 8 octobre.
82. ALLEMAND H, TEITELBAUM J, LEVY D, HA DOAN B. Les médecins franciliens et leur activité professionnelle. URMLenquête. 2003 avril.
83. Badayan G, Paraye C. Suicides et tentatives de suicide en France, une tentative de cadrage statistique. Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques, Etudes et Résultats, Bulletin N° 109. 2001 avril.
84. Caplan RP. Stress, anxiety, and depression in hospital consultants, general practitioners, and senior health service managers. *Bmj*. 1994 Nov 12;309(6964):1261-3.
85. Estryng-behar M. Risques professionnels et santé des médecins. Edition Masson. 2002.
86. Panorama du Médecin. 04 Juillet 2005;N°4 983-4 984.
87. Felton JS. Burnout as a clinical entity--its importance in health care workers. *Occup Med (Lond)*. 1998 May;48(4):237-50.
88. Shanafelt TD, Bradley KA, Wipf JE, Back AL. Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Ann Intern Med*. 2002 Mar 5;136(5):358-67.
89. Ekstedt M. Burnout and sleep. Department of public Health Sciences, Division of Psychosocial Factors and Health. 2005
90. Hoshuyama T. [Overwork and its health effects--current status and future approach regarding Karoshi]. *Sangyo Eiseigaku Zasshi*. 2003 Sep;45(5):187-93.
91. Uchiyama S, Kurasawa T, Sekizawa T, Nakatsuka H. Job strain and risk of cardiovascular events in treated hypertensive Japanese workers: hypertension follow-up group study. *J Occup Health*. 2005 Mar;47(2):102-11.
92. Anders RL, Kanai-Pak M. Karoshi: death from overwork--a nursing problem in Japan? *Nurs Health Care*. 1992 Apr;13(4):186-91.
93. rédaction I. Groupes de pairs de la SFMG. *La Revue du Praticien Médecine Générale*. 2005 9 mai;Tome 19 n° 692/693:page 584.

94. rédaction I. Groupes d'analyse de pratique entre pairs. La Revue du Praticien Médecine Générale. 2005 18 avril;Tome 19 n°690/691:page 522.
95. rédaction I. Que produisent les groupes de pairs ? . La Revue du Praticien Médecine Générale. 2005 12 septembre;Tome 19 n°700/701:906.
96. Le Mauff P SR, Urion J. GESCA Groupe d'échanges sur des situations complexes et authentiques. La Revue du Praticien Médecine Générale. 2005 20 juin;Tome 19 n°698/699:831.
97. Auger JP, J; . Comment améliorer la relation médecin-malade ? La Revue du Praticien Médecine Générale 2004 27 septembre;Tome 18 n°662/663(page 999).
98. Molho P. La Communication Non Violente dans le domaine de la santé; une démarche au service de la santé des individus et des institutions. Revue Non-Violence Actualité. 2003;271.
99. Baumann F. Regard sur la médecine générale. Conférence donnée au Centre Laënnec 12 rue d'Assas 75006 Paris. 2000 le mercredi 22 novembre.
100. Le Borgne C. Des infirmières de santé publique dans les cabinets libéraux. Le concours médical. 2004 3 novembre;n°32:page 1882.
101. Paul C FP. La France est-elle prête au transfert de tache en médecine générale ? La Revue du Praticien Médecine Générale. 2005 21 février;Tome 19 n°682/683:223.
102. AAPml Association d'Aide Professionnelle aux Médecins Libéraux. Président Docteur Régis Mouries.
103. Benzaquin S. Epuisement professionnel et formation médicale initiale, Analyse textuelle de l'histoire de vie de Julie, Apport de la musicothérapie. Thèse de médecine générale, Université de Versailles Saint-Quentin en Yvelines. 2005 3 juin.
104. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Démographie médicale française: situation au 1er janvier 2006- Etat des lieux. 2006;CNOM, étude n°39, juin 2006.
105. http://rhone.b3e.jussieu.fr/senti/docs/bilans/2005/BilanRS2005_20060704.pdf.
106. CNAM. Statistiques 2003, Système national Inter Régime.
107. Kirwan M, Armstrong D. Investigation of burnout in a sample of British general practitioners. Br J Gen Pract. 1995 May;45(394):259-60.
108. Gauthier I. Prévenir le burnout syndrom. Nouvel Observateur. 2006 avril.
109. Galam E. La revue du praticien, Médecine générale. 2005 10 octobre;Tome19 n°704/705.
110. Gruber P. Généralistes, pourquoi ils craquent. L'express. 2002 février.
111. Delbrouck M. Burn-out: surmonter l'épuisement professionnel. Hospitals He. 2005;04:17-9.
112. Bernadette. Burn out, quand le travail rend malade. pHmag n°27. 2006;janvier/ février.
113. Vidal M, Rouen T, Campagne C. Aider les médecins généralistes face au stress professionnel. Collège Nationale des Généralistes Enseignants. 2004.
114. Journiac C, Drevet S, Sion M-A, Schabanel H. Soins infirmiers II. Démarches relationnelles et éducatives, initiation et stratégies de recherche. Nouveau cahier de l'infirmière tome 3.
115. Winckler M. Nous sommes tous des patients. Edition Le livre de poche. 2005.
116. Khayat D. Le médecin, garant des droits humains fondamentaux. Journal de l'OCDE. 2001 3 novembre.
117. Goldschmidt G. Mon toubib, "ni fleurs, ni couronnes". Edition Mutine. 2002.
118. Tchoubroutsky G WO. Le métier de médecin. Que-sais-je n° 2812.
119. Delbrouck M. Le Burn out du soignant, Le syndrome d'épuisement professionnel. 2004.
120. Montane F. L'entraide ordinale en Europe. Rapport de la Commission nationale permanente adopté lors des Assises du Conseil national de l'ordre des Médecins. 2004 19 juin
121. Davazies PD, F. L'épuisement professionnel des médecins généralistes. Une étude comprehensive en Poitou-Charentes, URML Poitou-Charentes. 2004 Avril.
122. Rouby D. Le concours médical. 2006 25 janvier:149.

RESUME EN FRANÇAIS

Contexte. Le burnout se définit par un épuisement émotionnel, une dépersonnalisation de la relation à l'autre et une diminution de l'accomplissement personnel. Il touche de 45% à 66% des médecins généralistes suivant les pays. Aucune étude française n'a été réalisée à l'échelon national. **Objectifs.** Mesurer la prévalence et déterminer les facteurs de risque du burnout chez les médecins généralistes français en 2006. **Méthodes.** Enquête nationale transversale par auto-questionnaire électronique anonyme associant le Maslach Burnout Inventory (MBI) et des renseignements socio-démographiques et professionnels, auprès des 1367 médecins généralistes du réseau Sentinelles. **Résultats.** 221 médecins ont répondu (taux de réponse 16.1%). Les résultats du MBI montraient que 27.1% des répondants avaient un score d'épuisement émotionnel élevé, 32.6% avaient un score de dépersonnalisation de la relation élevé et 27.1% avaient un score d'accomplissement personnel bas. 51.6% des médecins étaient en burnout : 24.4% avaient une atteinte faible, 19% avaient une atteinte modérée et 8.14% avaient une atteinte sévère (les trois scores du MBI étant pathologiques). L'enquête a montré que la participation à une activité de recherche ou à un groupe Balint favorise l'accomplissement personnel ($p < 0.05$). L'analyse multivariée a démontré que le sexe féminin est protecteur de la dépersonnalisation, l'existence d'un secrétariat médical diminue l'épuisement émotionnel, et ne faire aucune garde est associé au burnout. **Conclusion.** Le burnout touche la moitié des généralistes en France. Cette réalité doit être portée à la connaissance de tous par la diffusion de programmes d'information et de prévention. La mise en place des mesures concrètes de soutien semble actuellement nécessaire pour les médecins en exercice.

Prevalence of burnout among french primary care practitioners : A survey among 221 french general practitioners members of the *Sentinelles* network SUMMARY

Background. There are 3 different aspects of Burnout: emotional exhaustion, depersonalisation and lack of personal accomplishment .45% to 66 % of GPs are affected, depending of the country. There is no French national survey today.

Aim. To measure the prevalence and determine the risk factors of burnout among french GPs.

Method. Cross-sectional and descriptive survey. A self-administered anonymous questionnaire including the Maslach Burnout Inventory (MBI) and socio-demographic and work-related characteristics sent to 1367 GPs members of the Sentinelles network.

Results. 221 GPs answered the survey (response rate: 16.1%). 27.1% of respondents had a high score for emotional exhaustion, 32.6% had a high score for depersonalisation and 27.1% had a low score for personal accomplishment. 51.6% suffered from burnout: 24.4% had low degree, 19% had moderate degree and 8.14% had high degree (scores in the range of burnout for the three scales). The fact of taking part in research activity or Balint group improved personal accomplishment ($p < 0.05$). Multivariate analyze showed that the depersonalisation was higher for men , the presence of a secretary's office decreases the emotional exhaustion, the fact to be on call decreases the burnout.

Conclusion. Half the French GPs presented burnout. We have to bring up this reality and to provide better information for doctors to prevent the burnout. The creation of concrete assistance to help GPs is required as soon as possible.

DISCIPLINE : Médecine Générale

MOTS-CLES : burnout, épuisement professionnel, médecins généralistes, France, Maslach Burnout Inventory (MBI), facteurs de risques, médecine libérale

INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR : Faculté de Médecine René Descartes- Département de Médecine Générale- 156 rue de Vaugirard- 75015 Paris