

# THÈSE

## POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPECIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement par

**Guillaume CASIN**

Le 11 OCTOBRE 2016

## SYNDROME D'ÉPUISEMENT DES MEDECINS GENERALISTES FRANÇAIS : REVUE DE LA LITTÉRATURE

Directeur de thèse : Dr Julie Dupouy

### JURY :

Monsieur le Professeur Pierre MESTHE  
Madame le Docteur Brigitte ESCOUROU  
Madame le Docteur Motoko DELAHAYE  
Madame le Docteur Magali HINH-THAI ORCH  
Madame le Docteur Julie DUPOUY

**Président**  
**Assesseur**  
**Assesseur**  
**Assesseur**  
**Assesseur**

**TABLEAU du PERSONNEL HU**  
**des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier**  
**au 1<sup>er</sup> septembre 2015**

**Professeurs Honoraires**

Doyen Honoraire	M. ROUGE D.	Professeur Honoraire	M. BARTHE
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Y.	Professeur Honoraire	M. CABARROT
Doyen Honoraire	M. CHAP H.	Professeur Honoraire	M. DUFFAUT
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL B	Professeur Honoraire	M. ESCAT
Doyen Honoraire	M. PUEL P.	Professeur Honoraire	M. ESCANDE
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE	Professeur Honoraire	M. PRIS
Professeur Honoraire	Mme ENJALBERT	Professeur Honoraire	M. CATHALA
Professeur Honoraire	M. GEDEON	Professeur Honoraire	M. BAZEX
Professeur Honoraire	M. PASQUIE	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE
Professeur Honoraire	M. RIBAUT	Professeur Honoraire	M. CARLES
Professeur Honoraire	M. ARLET J.	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ
Professeur Honoraire	M. RIBET	Professeur Honoraire	M. VAYSSE
Professeur Honoraire	M. MONROZIES	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE
Professeur Honoraire	M. DALOUS	Professeur Honoraire	M. GUITARD
Professeur Honoraire	M. DUPRE	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES F.
Professeur Honoraire	M. FABRE J.	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE
Professeur Honoraire	M. DUCOS	Professeur Honoraire	M. CERENE
Professeur Honoraire	M. LACOMME	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL
Professeur Honoraire	M. COTONAT	Professeur Honoraire	M. HOFF
Professeur Honoraire	M. DAVID	Professeur Honoraire	M. REME
Professeur Honoraire	Mme DIDIER	Professeur Honoraire	M. FAUVEL
Professeur Honoraire	Mme LARENG M.B.	Professeur Honoraire	M. FREXINOS
Professeur Honoraire	M. BES	Professeur Honoraire	M. CARRIERE
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. MANSAT M.
Professeur Honoraire	M. REGNIER	Professeur Honoraire	M. BARRET
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. REGIS	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT
Professeur Honoraire	M. ARBUS	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC
Professeur Honoraire	M. PUJOL	Professeur Honoraire	M. DELSOL
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI	Professeur Honoraire	M. ABBAL
Professeur Honoraire	M. RUMEAU	Professeur Honoraire	M. DURAND
Professeur Honoraire	M. BESOMBES	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER
Professeur Honoraire	M. SUC	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE	Professeur Honoraire	M. POURRAT
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE	Professeur Honoraire	M. QUERLEU D.
Professeur Honoraire	M. CARTON	Professeur Honoraire	M. ARNE JL
Professeur Honoraire	Mme PUEL J.	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU J.
Professeur Honoraire	M. GOUZI	Professeur Honoraire	M. FOURTANIER G.
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE J.
Professeur Honoraire	M. PASCAL	Professeur Honoraire	M. PESSEY JJ.
Professeur Honoraire	M. SALVADOR M.	Professeur Honoraire	M. CHAVOIN JP
Professeur Honoraire	M. BAYARD	Professeur Honoraire	M. GERAUD G.
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE	Professeur Honoraire	M. PLANTE P.
Professeur Honoraire	M. FABIÉ	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL JF

**Professeurs Émérites**

Professeur ALBAREDE	Professeur JL. ADER
Professeur CONTÉ	Professeur Y. LAZORTHES
Professeur MURAT	Professeur L. LARENG
Professeur MANELFE	Professeur F. JOFFRE
Professeur LOUVET	Professeur B. BONEU
Professeur SARRAMON	Professeur H. DABERNAT
Professeur CARATERO	Professeur M. BOCCALON
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL	Professeur B. MAZIERES
Professeur COSTAGLIOLA	Professeur E. ARLET-SUAU
	Professeur J. SIMON

**FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN**

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : D. CARRIE

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ADOUE Daniel	Médecine Interne, Gériatrie	Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. BUREAU Christophe	Hépto-Gastro-Entéro
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	M. CALVAS Patrick	Génétique
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)	Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. BONNEVILLE Paul	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.	M. CHAIX Yves	Pédiatrie
M. BOSSAVY Jean-Pierre	Chirurgie Vasculaire	Mme CHARPENTIER Sandrine	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. BRASSAT David	Neurologie	M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. BUGAT Roland (C.E)	Cancérologie	M. FOURNIE Bernard	Rhumatologie
M. CARRIE Didier	Cardiologie	M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie
M. CHAP Hugues (C.E)	Biochimie	M. GAME Xavier	Urologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	Mme GENESTAL Michèle	Réanimation Médicale
M. CLANET Michel (C.E)	Neurologie	M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	M. LAUWERS Frédéric	Anatomie
M. DEGUINE Olivier	Oto-rhino-laryngologie	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. FERRIERES Jean	Epidémiologie, Santé Publique	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. MAZIERES Julien	Pneumologie
M. FRAYSSE Bernard (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
Mme LAMANT Laurence	Anatomie Pathologique	M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. LANG Thierry	Bio-statistique Informatique Médicale	M. PATHAK Atul	Pharmacologie
M. LANGIN Dominique	Nutrition	M. PAYRASTRE Bernard	Hématologie
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne	M. PERON Jean-Marie	Hépto-Gastro-Entérologie
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie	M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. MALAUAUD Bernard	Urologie	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique	Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. MARCHOU Bruno	Maladies Infectieuses	Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. MONROZIES Xavier	Gynécologie Obstétrique		
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie		
M. MOSCOVICI Jacques	Anatomie et Chirurgie Pédiatrique		
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie		
Mme NOURHASHEMI Fatemeh	Gériatrie		
M. OLIVES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie		
M. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie		
M. PARINAUD Jean	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PAUL Carle	Dermatologie		
M. PAYOUX Pierre	Biophysique		
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie		
M. PRADERE Bernard (C.E)	Chirurgie générale		
M. RASCOL Olivier	Pharmacologie		
M. RECHER Christian	Hématologie		
M. RISCHMANN Pascal (C.E)	Urologie		
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie		
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile		
M. SALLES Jean-Pierre	Pédiatrie		
M. SANS Nicolas	Radiologie		
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. TELMON Norbert	Médecine Légale		
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie		
		<b>P.U.</b>	
		M. OUSTRIC Stéphane	Médecine Générale

Professeur Associé de Médecine Générale

Dr. MESTHÉ Pierre

<b>P.U. - P.H.</b> Classe Exceptionnelle et 1ère classe		<b>P.U. - P.H.</b> 2ème classe	
M. ACAR Philippe	Pédiatrie	M. ACCADBLE Franck	Chirurgie Infantile
M. ALRIC Laurent	Médecine Interne	M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie	M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. ARLET Philippe (C.E)	Médecine Interne	M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie	M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire
M. BOUTAULT Franck (C.E)	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie	M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. BUJAN Louis	Urologie-Andrologie	M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. BUSCAIL Louis	Hépatogastro-Entérologie	M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie	M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. CHAMONTIN Bernard (C.E)	Thérapeutique	M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique	M. GALINIER Philippe	Chirurgie Infantile
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie	M. GARRIDO-STÓWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. DELABESSE Eric	Hématologie	Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
Mme DELISLE Marie-Bernadette (C.E)	Anatomie Pathologique	M. HUYGHE Eric	Urologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. LAFFOSSE Jean-Michel	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. LEGUEVAQUE Pierre	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. GALINIER Michel	Cardiologie	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. GLOCK Yves	Chirurgie Cardio-Vasculaire	Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie	M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie. Eco. de la Santé et Prévention	M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	M. OTAL Philippe	Radiologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. KAMAR Nassim	Néphrologie	M. SAILLER Laurent	Médecine Interne
M. LARRUE Vincent	Neurologie	M. TACK Ivan	Physiologie
M. LAURENT Guy (C.E)	Hématologie	Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie		
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation		
Mme MARTY Nicole	Bactériologie Virologie Hygiène		
M. MASSIP Patrice (C.E)	Maladies Infectieuses		
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile		
M. RITZ Patrick	Nutrition		
M. ROCHE Henri (C.E)	Cancérologie		
M. ROLLAND Yves	Gériatrie		
M. ROSTAING Lionel (C.E).	Néphrologie		
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale		
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie		
M. SALVAYRE Robert (C.E)	Biochimie		
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie		
M. SENARD Jean-Michel	Pharmacologie		
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie		
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail		
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie		
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive		
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie		
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique		
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie		

M.C.U. - P.H.		M.C.U. - P.H.	
M. APOIL Pol Andre	Immunologie	Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
M. BIETH Eric	Génétique	M. BES Jean-Claude	Histologie - Embryologie
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie	M. CMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CONCINA Dominique	Anesthésie-Réanimation	Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
M. CONGY Nicolas	Immunologie	Mme CAUSSE Elisabeth	Biochimie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	M. CHASSAING Nicolas	Génétique
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie	Mme CLAVE Danielle	Bactériologie Virologie
Mme DE MAS Véronique	Hématologie	M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme DELMAS Catherine	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme COLLIN Laetitia	Cytologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	M. CORRE Jill	Hématologie
Mme DUGUET Anne-Marie	Médecine Légale	M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DUPUI Philippe	Physiologie	M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie	M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
M. GANTET Pierre	Biophysique	Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie	Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire	Mme GALINIER Anne	Nutrition
M. HAMDJ Safouane	Biochimie	Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
Mme HITZEL Anne	Biophysique	M. GASQ David	Physiologie
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
M. JALBERT Florian	Stomatologie et Maxillo-Faciale	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale	M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie	Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique	M. LAHARRAGUE Patrick	Hématologie
Mme LE TINNIER Anne	Médecine du Travail	M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie	Mme LAPRIE Anne	Cancérologie
M. LOPEZ Raphael	Anatomie	M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition	M. LEPAGE Benoit	Bio-statistique
M. MONTOYA Richard	Physiologie	Mme MAUPAS Françoise	Biochimie
Mme MOREAU Marion	Physiologie	M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire	Mme NASR Nathalie	Neurologie
M. PILLARD Fabien	Physiologie	Mme PERIQUET Brigitte	Nutrition
Mme PRERE Marie-Françoise	Bactériologie Virologie	Mme PRADDAUDE Françoise	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie	M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
Mme RAGAB Janie	Biochimie	M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme SABOURDY Frédéric	Biochimie	M. TKACZUK Jean	Immunologie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie	Mme VALLET Marion	Physiologie
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation	Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie		
M. TAFANI Jean-André	Biophysique		
M. TREINER Emmanuel	Immunologie		
Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement	M. BISMUTH Serge	M.C.U. Médecine Générale
M. TRICOIRE Jean-Louis	Anatomie et Chirurgie Orthopédique	Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	Médecine Générale
M. VINCENT Christian	Biologie Cellulaire	Mme ESCOURROU Brigitte	Médecine Générale

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr BRILLAC Thierry  
Dr ABITTEBOUL Yves  
Dr CHICOULAA Bruno  
Dr IRI-DELAHAYE Motoko

Dr BISMUTH Michel  
Dr BOYER Pierre  
Dr ANE Serge

**A notre président du Jury,**

**Mr le Professeur Mesthe Pierre, Professeur des Universités, médecin généraliste,**

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter la présidence de mon jury de thèse, je vous remercie de votre présence, de votre disponibilité et de votre soutien. Vous avez su me guider avec pertinence et gentillesse notamment lors de mon parcours d'interne et lors de la réalisation de mon mémoire.,

**Madame le Docteur Delahaye Motoko, maître de conférence des universités, médecin généraliste,**

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de siéger à ce jury, Merci de l'intérêt que vous avez voulu porter à ce travail.

**Madame le Docteur Escourrou Brigitte, maître de conférence des universités, médecin généraliste,**

Merci d'avoir accepté de siéger à ce jury, de m'avoir guidé avec gentillesse dans la réalisation de cette thèse et de m'avoir confié à Julie pour concrétiser ce travail. Votre aide avisée m'a été précieuse.

**Madame le Docteur Hinh-Thai Orch Magali, médecin généraliste,**

Je te remercie de me faire l'honneur de siéger à mon jury de thèse. Merci pour ces années de stages avec toi, tu es une médecin géniale, très pédagogue, consciencieuse, dévouée et tu m'as beaucoup appris. Merci pour ta bonne humeur, ta gentillesse et ta patience. Ce travail est parti de ton idée et je suis ravi de ta présence à ma soutenance.

**A ma Directrice de thèse,**

**Madame le Docteur Dupouy Julie, ancienne Chef de clinique des hôpitaux de Toulouse, médecin généraliste,**

Merci de ton soutien pour la réalisation de ce travail, de ta disponibilité et tes conseils, de ta patience et de ton aide pour enlever les tonnes de pages superflues à ce travail !!

**A Cakey mon amour pour tout ce que l'on partage. Tu es ma voyageuse intrépide, mon isard Béarnais, mon maître nageur sauveteur de baignoire, mon chef cuisto spécialité « tout au four », ma chasseuse de requins thaïlandais et bien d'autres. Merci pour ta bonne humeur et tous ces moments partagés ensemble.**

**A ma famille :**

-**Mes parents** qui m'ont toujours soutenu et accompagné sans sourciller durant toute ces années, merci c'est grâce à vous que j'en suis là.  
Merci de m'avoir donné le goût de la montagne et des voyages.  
Avec tout mon amour merci pour tout !

-**A ma sœur et la famille Rameau, Ludo, Amaïa et Nohéa**, je vous adore et vive la Bourgogne et les Hautes-Pyrénées réunifiées !

-**A mes oncles et tante**, Serge et Marie-France pour tous ces moments passés ensemble depuis l'enfance à Saint-Roch et Solliès, merci pour votre gentillesse et votre écoute. A Claude et Jean Marc et leur nouvelle maison ambulante. Profitez en au maximum.

-**Aux cousins** Cécile, Emilie, Marie et Olivier toujours là quand il faut, merci pour la bonne humeur et l'amour de la famille Cazcarra, et ces repas de famille que personne ne louperait. Aux pièces rapportées, les deux Lolo, et Albin.

-**A papi Riri, mamie Jeannette, papi Oscar et mamie Charlette**, je pense fort à vous en ce jour particulier, votre souvenir est présent à chaque instant.

**A la belle famille :**

Milesker hanitz Nicole pour la recette secrète du biskotxa et les excursions en pays béarnais et basque.

A l'ensemble de la famille Sorhouet pour leurs fêtes de famille mémorables.

A Nanou Yoyo et Camille et aux deux petits clandestins.

A la famille Montaut : Fred, Zaza, Juju et Karabatiste.

**A mes Formateurs :**

A Magali.

Au Docteur Blanco pour sa bonne humeur et sa compétence. Tu m'a appris la médecine que j'aime et me permets de retourner au pays faire de belles visites au col du Soulor.

Au Dr Marco qui m'a fait aimer la médecine de ville.

Aux urgentistes de Lourdes, au Docteur Desmales, à Ameline la meilleure chef de clinique du monde, à Eric et l'équipe de pédiatrie des urgences de Toulouse.

### Aux amis :

-Des premières heures, notamment Romain et Camille qui m'ont fait reprendre la pala à Toulouse, à Louis et ses piments.

-A ceux qui ont usé avec moi leur culotte sur les bancs des amphis de P1, Max la menace et son tatouage, Sami, Yo , Créateur, Alex, Caro, Antoine, Alexandra qui a sauvé mes études au bureau de la CPE des P1. Il restera à jamais une trace de nos exploits dans mon cœur (et sur youtube #P1cornedebrumeetfarine).

### -A la bande des grosses Tounes « thank you » :

**A Sami** la force tranquille, nos premières soirées au Bakoua et au Dicks avec le frère de Léo, Capbreton, le Sénégal, les colles avec Yo et Nico, les matchs acharnés de PES. Et maintenant le mec il va être papa. Merci poulet.

**A Marie la ferrailleuse**, je resterai fier d'avoir participé à ton premier reflux. Toi aussi, comme Sami tu es une amie des premières heures. Merci pour ta bonne humeur, ta gentillesse au cours de toutes ces aventures et voyages. Merci de nous réunir autant que possible pour découvrir les beaux paysages de Minorque.

**A Pépé**, allo ? Allo ? Pour l'ensemble de ton œuvre, toi qui me sortais en D4 en période déprime pour explorer les bars Toulousains, à nos matchs de tennis imaginaires au BDM, à la colloc et tout le reste. La meuf qui se trouve un mec et disparaît en Australie... Reviens vite.

**A Yo**, oui toi qui as failli laisser Julie se noyer, qui m'obligeais à faire des PES toute l'après midi en période de révision, à sortir au lieu d'aller en colle. Thanks champion pour toutes nos « dernières soirées ».

**A Ben** «aucun problème », « l'intouchable », « l'exorciste », qui m'a révélé le secret de la diversion un soir au Diago, ne change rien t'es énorme.

**A Dj la Huese**, à nos soirées terrasses au Carnaval, nos soirées VIP au Bakoua. Dj à la Plagne, autostoppeur à Barcelone, joueur de mandoline nocturne, docteur en sciences mitochondriales : merci de me vendre du rêve.

**A Julio**, il suffit que je pense à toi faisant des tractions en maillot à Aquensis ou du pole-dance à Minorque pour savoir que Gabrielle et Cléclé sont de sacrées veinardes.

**A Julie** la poisse, merci Pierre Richard, félicitation pour le petit et n'oublie jamais que c'est à cause de Yo que t'as failli de noyer !

**A Chachou**.... Pour l'ensemble de ton œuvre.

**A Nono et Soso**, merci encore pour votre HO d'une semaine à Vieux Boucaut avec Lulu, ça restera à jamais inoubliable. Merci pour le ski et ses descentes légèrement techniques, les parties de belote, tous ces moments de rigolades. Gaspou et numéro 2 peuvent compter sur tonton Guigui !

**A Green**, sa pilosité naissante et ses talents de pêcheur minorquin, et sa Sarah pour l'apprécier. On se voit au Quartier.

**A Jérem** pour les heures passées avec lui à la colloc, les manettes cassées, la montre qui tourne à l'envers et son fair-play légendaire.

**A Juju la Sénégalaise et Jona**, bravo aux premiers mariés de la bande et merci de m'avoir fait redécouvrir « le mendiant de l'amour » à votre mariage.

**A la pastèque de Minorque** RIP.

**Aux valeurs ajoutés de la bande** : les Sarah, Victoria, Romain et Pascal et son couscous.

-A la bande de déserts :

**A Claire**, pour ton choix de vie avec Mickael, pour ta patience en soirées et les week end Biarrots et Basques.

**A Mickael** qui nous prouve à tous chaque soir que l'excellence en soirée n'a pas de limites. Vivement que tu puisses remarcher pour exploiter tes talents de joueur de pala.

**A Baguette** le prince des déserts.

### **Aux compagnons de route Indiens :**

**Capu** qui supporte mes blagues pourries depuis trop longtemps déjà, toujours présente et adorable.

**Laurène** et sa robe léopard.

**Claire** et je rajoute Pierre, pièce rapportée, pour nos déambulations nocturnes à Bayonne.

**Katou** : grâce à toi et ta collocation avec Camcam tu m'as permis de rencontrer Cathy. Merci aussi pour ces 36h de train indien.

**Au frère Rango** enfin et notre moustache délicieuse.

Ce voyage a été l'un des plus beaux de ma vie et je vous remercie pour ça.

**A Nico** (le chauffeur préféré du Pop Art, le compagnon de colle de D4 et de montagne) **et Castoch** : vous serez mariés à la présentation de cette thèse, merci les amoureux du Pic du Midi.

### **Aux copains d'internat :**

A Laura ma co-interne pour m'avoir fait rire en te faisant passer pour une collégienne en stages d'observation auprès des labos, à nos moments de solitude en cardio et nos pauses secrètes avec Eric en pédiat.

**A Julo** le montagnard en herbe, si tu lis ces mots c'est que nous sommes revenus vivant de l'Arbizon.

**A Anne** compagnon de classe, merci pour ta bonne humeur qui a transformé ces heures de cours en minutes.

**A Léo le Paki** et ses paris stupides et à Soso pour le supporter.

**A Chrystelle** et nos moments aux urgences de Montauban et d'externat.

**Aux amis de Cathy**, Camcam, Vinou la cinéaste, et à Max pour son aide précieuse à notre déménagement.

<b>Introduction .....</b>	<b>1</b>
<b>I) Historique et définition .....</b>	<b>3</b>
<b>1) Origine du concept .....</b>	<b>3</b>
<b>2) Définition du burnout.....</b>	<b>4</b>
a) Définition de l’OMS : .....	4
b) Définition de H Freudenberger :.....	4
c) Définition de C Maslach .....	5
<b>3) Les diagnostics différentiels :.....</b>	<b>6</b>
a) Le Karoshi.....	6
b) La dépression : .....	6
c) Le workaholisme :.....	6
<b>II) Le système de soins primaires en France.....</b>	<b>7</b>
<b>1) Epidémiologie : .....</b>	<b>7</b>
<b>2) Définition de la médecine générale .....</b>	<b>7</b>
<b>III) Matériel et Méthodes.....</b>	<b>10</b>
<b>1) Critères d'inclusion et d'exclusion : .....</b>	<b>10</b>
a) Les critères de sélection des articles étaient : .....	10
b) Critères d'exclusion :.....	11
<b>2) Sources d'information et stratégies de recherche :.....</b>	<b>11</b>
<b>3) Sélection des études : .....</b>	<b>13</b>
<b>4) Processus de recueil de données et données recherchées .....</b>	<b>13</b>
<b>5) Évaluation des études .....</b>	<b>13</b>
<b>6) Analyse des données.....</b>	<b>14</b>
<b>IV) Résultats :.....</b>	<b>14</b>
<b>1) Les résultats des études épidémiologiques : .....</b>	<b>21</b>
a) Les facteurs individuels : .....	21
b) Facteurs intrinsèques à la pratique de la médecine.....	24
c) Facteurs extrinsèques : .....	27
<b>2) Les résultats des études qualitatives : .....</b>	<b>34</b>

<b>V) Discussion .....</b>	<b>35</b>
<b>1) Objectif principal.....</b>	<b>35</b>
<b>2) Les limites.....</b>	<b>35</b>
a) Le concept de burnout et le MBI : .....	35
b) Les études : .....	37
<b>3) Les facteurs associés au burnout :.....</b>	<b>37</b>
a) Le sexe, l'âge et le nombre d'années travaillées, le statut marital, le nombre d'enfants : 37	37
b) L'état de santé, la consommation d'alcool et la prise médicamenteuse :.....	37
c) Le désir de reconversion, la satisfaction vis à vis de son travail : .....	38
d) Le type de personnalité, l'orientation de carrière :.....	38
e) La relation avec les patients :.....	39
f) L'incertitude des soins, la formation continue et les problèmes judiciaires :.....	39
g) Les relations avec ses confrères :.....	40
h) La charge de travail qualitative : .....	40
i) La charge de travail quantitative, les contraintes administratives, l'aspect financier, organisation et lieu de pratique, le nombre de garde, le nombre d'heure de sommeil : .....	40
j) La zone de densité médicale, .....	41
k) Le déséquilibre vie privée/professionnelle, le temps consacré aux loisirs, le temps de vacances :.....	41
 <b>VI) Conclusion .....</b>	 <b>42</b>
 <b>VII) Annexes.....</b>	 <b>46</b>
 <b>VIII) Bibliographie : .....</b>	 <b>55</b>
 <b>Résumé : .....</b>	 <b>58</b>

## Introduction

Le syndrome d'épuisement professionnel, plus communément appelé burnout est devenu en quelques années un thème largement traité dans les médias, reflétant ainsi les maux d'une société en souffrance au travail.

Dans le monde du travail, la place de la finance et de l'économie augmente au détriment de la qualité des relations humaines. de plus en plus de travailleurs souffrent moralement (1).

Ce phénomène n'épargne pas les métiers de la santé. L'évolution du système de santé, confronté à des enjeux sanitaires, économiques et culturels nouveaux, influe sur les pratiques et les représentations des différents acteurs. La demande de soin est en constante mutation alors que les moyens humains et financiers sont en baisse (2). Cette situation n'est pas sans conséquence sur les professionnels de la santé notamment les médecins généralistes car la gestion financière, administrative, juridique, logistique prend de plus en plus de place dans une activité professionnelle où les cas médicaux se complexifient scientifiquement et où les patients sont de plus en plus exigeants (3).

Les médecins que j'ai rencontrés lors de mes stages dans le cursus du DES de médecine générale font tous face à ce stress chronique avec plus ou moins de facilité et se protègent de l'épuisement chacun à leur manière en fonction de leurs expériences personnelles.

Tous m'ont parlé de moments de leur vie où ils se sont sentis lassés de leur métier, où les contraintes ont pris le pas sur leur volonté et la joie de soigner. Quelques-uns ont évoqué à demi-mot le « burnout ».

Ce sentiment est bien résumé par Martin Winckler dans son roman « la maladie de Sachs » où le Dr Sachs, médecin dévoué, consciencieux, scrupuleux, disponible, très apprécié, voit sa passion s'amenuiser : « *Les patients commencent à l'agacer, surtout ceux qui ne veulent pas guérir et qui pourtant le consultent de nouveau pour dire que le traitement qu'il a prescrit ne marche pas, ils deviennent pénibles, il n'a plus de patience, il devient irritable, il répond sèchement au téléphone, d'ailleurs le téléphone aussi l'agace, il a changé, il y a comme de la colère dans son silence,*

*comme de la haine dans ses paroles, il pense que le corps est fait pour souffrir et pour se reproduire, autrement dit pour perpétuer la souffrance de l'espèce; alors que sa clientèle augmente, il semble triste et nerveux, il a mal au pied depuis quatre mois, avant c'était l'épaule, avant encore c'était le genou, il a envie de mourir »(4).*

Depuis une dizaine d'années la santé mentale des médecins fait l'objet d'un nombre croissant d'études. Les professionnels de santé semblent être fortement exposés à des pathologies de stress et à leurs conséquences. Le secteur de la santé et de l'action sociale présente par exemple le taux de mortalité par suicide des travailleurs le plus élevé (34,3/100 000) (5). Chez les médecins libéraux français une étude menée en octobre 2003 par le Dr Léopold pour le Conseil National de l'Ordre des Médecins a montré un taux de 14% (69 suicides sur 492 décès en 5 ans sur une population de 42 137 médecins soit un sur-risque de 2,37 par rapport à la population générale) (6).

Une hypothèse est que le burnout des médecins généralistes soit lié en partie à l'organisation du système de soins ambulatoires. Identifier les facteurs de risque en France est nécessaire pour envisager des améliorations du système de soins.

L'objectif de ce travail est de faire la synthèse de l'ensemble des études réalisées en France sur le syndrome d'épuisement chez les médecins généralistes et d'essayer de dégager les facteurs de risque qui lui sont associés.

# I) Historique et définition

## 1) Origine du concept

Le mot travail issu du moyen âge est depuis son origine associé à une notion de souffrance contre la nature pour obtenir le fruit d'un labeur : « *individuel ou collectif, physique ou intellectuel, il est conscient, délibéré, créatif. Son but tend à la concrétisation d'un projet, d'une idée. Il ne donne pas nécessairement lieu à un résultat abouti, mais à une finalité. La rétribution, s'il en est une peut être morale ou matérielle* »(7).

La médecine générale est un métier qui entre parfaitement dans cette définition. Le médecin pratique pour apprendre, soigner, aider, accompagner, soulager. Il reçoit en retour gratitude, satisfaction personnelle et salaire contre un effort de formation d'écoute, de disponibilité et de prise de responsabilité.

Le burnout semble être une perte de cet équilibre.

Dans les années 1950, Selye étudie le stress dans une approche psychologique en le définissant comme un déséquilibre entre demandes et possibilité de réponse de l'organisme. Elle examine les possibilités de l'individu à analyser une situation et sa capacité à y faire face (coping). Le stress n'a pas toujours un effet négatif, il est nécessaire à notre stimulation. L'absence complète de stress signifierait la mort. C'est lorsque nous sommes trop actifs ou trop passifs que nous ressentons les effets du stress. Ainsi, Selye définit les stress comme la réponse non spécifique que donne le corps à toute demande qui lui est faite. Cette réponse est expliquée par le syndrome général d'adaptation. Mais l'énergie d'adaptation est limitée et en cas de stress prolongé il suit une phase d'épuisement. C'est lorsque les résistances du corps sont dépassées qu'apparaissent les maladies (8).

L'origine du syndrome d'épuisement est issue des années 1960, développé initialement par Claude Veil, puis enrichi successivement par Harold.B Bradley et J.Freuderberger. Celui-ci désigne en effet par le terme *Burn-Out Syndrome* (« B.O.S. ») un état d'épuisement dans lequel se trouve le personnel soignant des *Free Clinics*, en majorité des jeunes bénévoles très investis professionnellement et émotionnellement avec des patients ayant une addiction. Il définit ce *burnout* comme la perte de motivation d'une

personne pour son travail, surtout quand sa forte implication n'a pas produit les résultats escomptés. Il s'aperçoit que des symptômes physiques caractéristiques accompagnent ce changement, tels que l'épuisement, la fatigue, et les insomnies. Le terme *burnout* est utilisé à l'époque pour désigner les effets de la dépendance aux drogues ; il représente pour Freudenberger une métaphore efficace pour désigner l'ensemble des symptômes qu'il observe. Dans la langue anglaise courante, *burnout* signifie « s'user, s'épuiser, craquer en raison de demandes excessives, d'énergie, de forces ou de ressources » (9).

Le modèle le plus utilisé actuellement est celui développé par Christina Maslach dans les années 1970 qui évoque un syndrome d'épuisement commun aux professions d'aide en insistant particulièrement sur les modalités de mise à distance ou de désengagement, autant de stratégies verbales qui consistent à catégoriser les patients sous des labels abstraits (tels : « mes dossiers »), techniques (comme : « c'est un coronaire »), ou encore stigmatisant (l'appellation « pauvres » par exemple) et sur la place de l'organisation dans le travail (10).

## **2) Définition du burnout**

Plusieurs définitions sont actuellement admises et sont la plupart complémentaires. Ne seront citées que les principales.

### **a) Définition de l'OMS :**

Pour l'OMS, l'épuisement professionnel correspond à « un sentiment de fatigue intense, de perte de contrôle et d'incapacité à aboutir à des résultats concrets au travail »(11).

### **b) Définition de H Freudenberger :**

H Freudenberger en 1974 est le premier à proposer une définition clinique pour décrire l'épuisement au travail de professionnels et de bénévoles, comme « brûlés de l'intérieur ». Ce terme est utilisé spontanément en argot par soignants ou bénévoles pour parler de collègues surmenés et devenus cyniques vis-à-vis des personnes qu'ils prenaient en charge.

Pour lui le burnout correspond à « un état de fatigue chronique, de dépression et de frustration apporté par la dévotion à une cause, un mode de vie, ou une relation, qui échoue à produire les récompenses attendues et conduit en fin de compte à diminuer l'implication et l'accomplissement du travail »(9).

### c) Définition de C Maslach

Christina Maslach le définit par un trépied : « Le Burnout est un syndrome d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et de réduction de l'accomplissement personnel qui apparait chez les individus impliqués professionnellement auprès d'autrui »(10).

**L'épuisement émotionnel** consiste en un assèchement de la sphère affective, à être vidé nerveusement, à ressentir une intense fatigue psychologique. Cette dimension marque le point départ du processus. A ce stade, l'individu se sent épuisé, incapable d'apporter son aide à autrui. Il pense qu'il n'a aucun moyen à sa disposition pour « recharger ses batteries ». L'idée d'affronter une nouvelle journée lui est insupportable. Cette composante représente la dimension stress du burnout.

**La dépersonnalisation** est quant à elle un mécanisme adaptatif de la relation à l'autre. Dans notre métier elle consiste à se protéger de la difficulté de la relation d'empathie médecin-malade. Elle ôte tout caractère affectif à la relation interpersonnelle. Les patients sont traités de manière impersonnelle, négative, détachée voire cynique, pour faire face à un manque de ressource personnelle.

En effet, cette distance permet de lever certaines pressions liées au caractère humain de la relation de soin et tente de la rendre moins pénible. Elle constitue la dimension interpersonnelle du syndrome d'épuisement.

**La réduction de l'accomplissement** termine ce trépied. Le soignant s'évalue négativement, se trouve incompetent et sans utilité pour ses patients, diminuant ainsi l'estime qu'il a de lui-même en tant que professionnel et supportant donc moins les efforts qu'il doit fournir pour surmonter son épuisement. Il estime que le travail n'a pas de sens et est dénué de valeur.

La relation entre les 2 premières composantes du burnout (épuisement émotionnel et dépersonnalisation) a été clairement mise en évidence par de nombreuses études, dont des méta-analyses. Le fait que la réduction de l'accomplissement est liée aux deux autres est plus discuté. En effet elle correspondrait plus à un trait de personnalité ou une conséquence qu'à une composante de l'épuisement professionnel (12).

### **3) Les diagnostics différentiels :**

#### **a) Le Karoshi**

Karoshi (karo= mort, shi= fatigue au travail) est un terme japonais, qui signifie la mort par excès de travail. Peut être est-ce 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 depuis en 1988 au Japon (13).

#### **b) La dépression :**

Les causes d'une dépression sont multifactorielles 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. 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.

Certaines études ont 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])(14).

#### **c) Le workaholisme :**

Le workaholisme, également appelé boulomanie ou ergomanie, a fait l'objet de plusieurs publications, tandis qu'il est médiatisé depuis quelques années.

Il n'a pas été retrouvé de définition, voire de caractérisation consensuelle du workaholisme. Le terme « *workaholic* » , tel que défini par Oates, se réfère aux personnes dont le besoin de travailler est devenu si fort qu'il pourrait constituer un danger pour leur santé, pour leur bien-être personnel, ainsi que pour les relations interpersonnelles. Les premiers travaux décrivent les salariés workaholiques comme des personnes travaillant plus de 50 h/ semaine (15).

## **II) Le système de soins primaires en France**

### **1) Epidémiologie :**

Au premier Janvier 2015 le tableau de l'ordre recense 58104 médecins généralistes en activité régulière soit une diminution de 10,3% sur la période 2007/2015 (*Annexe 1*). Ces effectifs diminueront aux alentours de 54000 vers 2020 (*Annexe 2*) en frappant de manière plus ou moins importante les différentes régions de France (*Annexe 3*).

Il s'agit d'une population vieillissante : la tranche d'âge des plus de 60 ans représentant 30% des effectifs (*Annexe 4*).

Il existe une proportion non négligeable de médecins généralistes remplaçants, jeunes qui pourraient palier à cette baisse si leur souhait est de s'installer.

Au 1er janvier 2015, le tableau de l'Ordre recense 10 972 médecins remplaçants, soit +4,8% en un an. D'ici à 2020, il est fort probable que les effectifs continuent d'augmenter pour atteindre 11 896 médecins remplaçants inscrits au tableau de l'Ordre(16).

### **2) Définition de la médecine générale**

La spécialité Médecine générale est une création récente dans les textes (2002). Elle est une spécialité dédiée aux soins primaires ambulatoires. Sa définition réglementaire s'est faite très longtemps en creux par rapport aux autres spécialités toutes d'exercice hospitalier. La qualification ordinaire pour la médecine générale a été possible pour tout médecin quelle que soit sa spécialité jusqu'au 01/01/1995.

Ce n'est que récemment et difficilement que la médecine générale est parvenue à conquérir un statut dans les facultés de médecine. Des changements importants sont en cours depuis une quinzaine d'années : la nécessité d'une formation pratique et théorique à la médecine générale a fini par s'imposer, notamment à compter de la mise en place du stage chez le praticien, obligatoire depuis 1997 dans le cadre du troisième cycle de médecine générale. En 2004, la médecine générale est devenue une spécialité donnant lieu à un DES, dont la filière universitaire (des chefs de clinique aux professeurs titulaires) se met en place depuis 2008 dans un cadre législatif original puisque la part soin de ces médecins universitaires ne se déroule pas à l'hôpital mais en médecine libérale.

On observe par ailleurs que la médecine de premier recours n'a explicitement constitué un enjeu pour la santé publique et les politiques de

santé que tardivement en France. Cette histoire reste à écrire, mais il semble que l'intérêt récent des autorités sanitaires pour la médecine générale se soit développé en raison de considérations d'une part économiques (les perspectives d'un meilleur contrôle des dépenses de santé) et d'autre part démographiques (le souci de pouvoir garantir l'offre de soins de proximité sur tout le territoire).

En 1972, la WONCA (World Organization of National Colleges Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians) voit le jour. La mission de cette organisation mondiale des médecins généralistes, médecins de famille est de promouvoir et de développer la discipline « Médecine Générale » pour obtenir et maintenir un haut niveau d'éducation, de formation, de recherche, de pratique clinique au bénéfice individuel des patients et de la communauté.

En 2002, la WONCA a proposé une définition consensuelle de la médecine générale, publiée avec l'assistance et la coopération du Bureau européen de l'OMS. Cette définition est complétée en 2009 par la législation française (*Annexe 6*) en décalage néanmoins avec le fonctionnement et l'organisation d'un cabinet traditionnel (17).

Le médecin généraliste se retrouve donc confronté à de nombreuses contradictions : l'enseignement universitaire lui propose une vision très différente de son futur métier qui peut mettre à mal ses attentes au cours de sa pratique du fait d'une formation en majorité hospitalière. L'exercice de la médecine générale ne se résume pas aux activités de soins de la patientèle du cabinet : elle inclut également des temps de formation (personnels et d'étudiant) et de tâches de gestion (secrétariat, comptabilité, prise de rendez-vous,) (*Annexe 8*) qui leur incombent en tant que professionnel de santé libéral et qui s'entrecroisent avec les consultations pouvant provoquer le sentiment d'être constamment mobilisé sur plusieurs théâtres d'opérations à la fois. En conséquence les médecins généralistes accumulent les heures : en moyenne 57 heures la semaine, en comptant toutes leurs activités professionnelles. (*Annexe 7*).

D'autres activités professionnelles, réalisées en dehors du cabinet, s'y ajoutent très souvent : six médecins généralistes sur dix participent à la permanence des soins, près d'un sur trois pratique des activités de soins, de coordination ou d'expertise dans une structure extérieure (établissement de santé, maison de retraite, crèche...) et un sur dix exerce des activités au sein d'une organisation professionnelle (syndicat, ordre, union professionnelle, société savante)(*annexe 10*).

Pour pallier à cette charge de travail (*Annexe 9*), ils emploient une personne salariée pour les tâches annexes (ménage, secrétariat) 56% dispose d'un secrétariat médical permanent, 54% font appel à un comptable à l'année. Concernant les différentes tâches de gestion, secrétariat et comptabilité, la plupart des médecins ont au final le sentiment d'y parvenir plutôt bien. Ainsi 36 % considèrent « *qu'ils sont bien organisés et que les choses se passent comme ils le souhaitent* », et 45 % « *qu'ils pourraient être mieux organisés mais que dans l'ensemble ça va* ». Néanmoins, 19 % disent « *avoir le sentiment d'être débordés* ». Cette dernière modalité est, paradoxalement, aussi fréquemment choisie par les médecins qui disposent d'un secrétariat et font appel à un comptable que par ceux qui s'occupent eux-mêmes de ces deux tâches.

Face à un emploi du temps qui apparaît chargé, 42 % des généralistes considèrent « *avoir travaillé autant qu'ils le souhaitent et avoir choisi l'emploi du temps qui leur convenait* ». La même proportion de praticiens (42 %) répond cependant « *qu'ils auraient souhaité travailler moins, mais qu'il n'y a personne pour les suppléer ou les remplacer en leur absence* ». Enfin 15 % retiennent la proposition « *qu'ils auraient souhaité travailler moins, mais qu'ils ne peuvent pas pour des raisons financières* ». Seul 1 % des médecins « *aurait souhaité travailler davantage* »(18).

En conclusion, nous pouvons dire que la médecine générale reste une spécialité de définition récente.

La formation à cette spécialité l'est tout autant. Les études jusqu'à l'internat commencent à laisser une place pour appréhender le métier mais reste loin de la vision qu'à l'étudiant de la médecine baignant dans une formation hospitalière. La formation post internat est renforcée par un compagnonnage qui propose l'immersion dans différents cabinets dont le fonctionnement est très différent, que ce soit en terme de patientèle ou de gestion administrative.

Le monde de fonctionnement du cabinet est disparate et propre à chaque médecin.

Cette spécialité est actuellement au centre d'enjeux économique et social qui resteront à définir aux cours des années à suivre.

Tirailé par sa vision du travail, celle proposée par l'assurance maladie, la réalité des attentes de ses patients, les contraintes de fonctionnement du cabinet, le médecin généraliste peut se sentir dépassé. Cette étude décrit les facteurs de risque dont il pourrait se préserver.

### III) Matériel et Méthodes

Nous avons réalisé une revue systématique de la littérature, selon une méthode dérivée des critères édités par les recommandations internationales *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses (PRISMA)*. Le travail de recherche a été réalisé par un seul chercheur, l'auteur de cette thèse.

#### 1) Critères d'inclusion et d'exclusion :

##### a) Les critères de sélection des articles étaient :

1. **Type d'articles** : études observationnelles (cohortes, cas-témoin ou transversales), prospectives ou rétrospectives quantitatives études qualitatives,.
2. **Date de publication** : jusqu'au 31 décembre 2015.
3. **Langue** : français ou anglais.
4. **Population** : médecins généralistes français.
5. **Outil utilisé pour l'évaluation du burnout** : le Maslach Burnout Inventory, échelle de mesure de l'épuisement professionnel du soignant.

Il s'agit ici de la version du Maslach Burnout Inventory (MBI) adapté aux soignants ou MBI-HSS ("Human Services Survey"). Cette mesure formée de trois sous-échelles a été validée en traduction française, sur une population d'infirmières québécoises en 1991. Les items du MBI se présentent sous forme d'affirmations à propos des sentiments et des impressions du médecin concernant son état émotionnel et affectif lié au travail, ses pratiques professionnelles et ses relations avec les patients. Les réponses sont données sur une échelle de fréquence en 7 points de « *jamais* » à « *tous les jours* ».

Les items d'épuisement émotionnel et de déshumanisation ont une valence négative : des scores élevés sur ces échelles vont dans le sens d'un état de *burnout* important. À l'inverse, les items d'accomplissement personnel ont une valence positive : des scores élevés sur cette échelle vont dans le sens d'un état de *burnout* faible ou inexistant.

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

(Annexe 11,12 et 13)

• **L'épuisement émotionnel chiffré de 0 à 54 (items 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20)**

- Total  $\leq$  à 17 degré de burnout bas.
- $18 \leq$  Total  $\leq$  29 degré de burnout modéré.
- Total  $\geq$  30 degré de burnout élevé.

• **La Dépersonnalisation de la relation médecin-patient chiffré de 0 à 30 (items 5, 10, 11, 15, 22)**

- Total  $\leq$  5 degré de burnout bas.
- $6 \leq$  Total  $\leq$  11 degré de burnout modéré.
- Total  $\geq$  12 degré de burnout élevé.

• **L'accomplissement personnel chiffré de 0 à 48 (items 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21)**

- Total  $\geq$  à 40 degré de burnout bas
- $34 \leq$  Total  $\leq$  39 degré de burnout modéré
- Total  $\leq$  33 degré de burnout élevé.

6. Critère d'analyse : évaluation des facteurs de risque de burnout en médecine générale.

**b) Critères d'exclusion :**

Etude portant sur des médecins généralistes français qui n'exercent pas exclusivement en MG libérale.

**2) Sources d'information et stratégies de recherche :**

Les recherches ont été effectuées sur une base de données : Medline, et sur les moteurs de recherche suivant : Cairn.info, EMconsult, le Sudoc ainsi que Google scholar. Le tableau 1 résume les équations de recherche utilisées pour les cinq sources de données.

**Tableau 1 : sources de données utilisées et équations de recherche**

Sources de données	Équations de recherche
<b>Medline</b>	<p>--«Burnout AND (family practice OR family doctor OR general practice OR general practitioner)                      -Burnout syndrome AND (family practice OR family doctor OR general practice OR general practitioner).                      -Burnout OR burnout syndrome AND risk factor,                      -Burnout OR burnout syndrome AND risk factor, AND (family practice OR family doctor OR general practice OR general practitioner).</p>
<b>Cairn.info</b>	<p>burnout ou épuisement professionnel et médecins généralistes                      -étiologies burnout ou épuisement professionnel et médecins généralistes                      -facteurs de risque, burnout ou épuisement professionnel et médecins généralistes.</p>
<b>EMconsult</b>	<p>«Burnout AND (family practice OR family doctor OR general practice OR general practitioner)                      -Burnout syndrome AND (family practice OR family doctor OR general practice OR general practitioner).                      -Burnout OR burnout syndrome AND risk factor,                      -Burnout OR burnout syndrome AND risk factor, AND (family practice OR family doctor OR general practice OR general practitioner).</p>
<b>Sudoc</b>	<p>burnout ou épuisement professionnel et médecins généralistes                      -étiologies burnout ou épuisement professionnel et médecins généralistes                      -facteurs de risque, burnout ou épuisement professionnel et médecins généralistes.</p>
<b>Google scholar</b>	<p>burnout ou épuisement professionnel et médecins généralistes                      -étiologies burnout ou épuisement professionnel et médecins généralistes                      -facteurs de risque, burnout ou épuisement professionnel et médecins généralistes.                      -Burnout AND (family practice OR family doctor OR general practice OR general practitioner)                      -Burnout syndrome AND (family practice OR family doctor OR general practice OR general practitioner).                      -Burnout OR burnout syndrome AND risk factor,                      -Burnout OR burnout syndrome AND risk factor, AND (family practice OR family doctor OR general practice OR general practitioner).</p>

Les sources de données ont été explorées régulièrement de janvier 2014 à octobre 2015 ; une veille bibliographique a été menée jusqu'à la date du 31 décembre 2015. L'exploration de la littérature grise s'est faite par une recherche à partir de l'exploration de la bibliographie des articles les plus pertinents.

### **3) Sélection des études :**

La sélection des articles s'est faite en deux étapes :

- première analyse des résultats par lecture des titres puis des résumés des articles.
- deuxième analyse par lecture du texte de l'article et sélection des articles correspondants aux critères d'inclusion.

### **4) Processus de recueil de données et données recherchées**

Les articles ont été ensuite lus et analysés, à la recherche de données concernant les facteurs de risque de burnout en médecine générale. Nous avons extrait les données dans une grille de lecture, construite à priori. Les données extraites recherchées ont été classées en différentes catégories :

- type d'étude.
- lieu de l'étude.
- l'année de parution.
- description de la population.
- prévalence du burnout.
- prévalence de l'épuisement émotionnel, dépersonnalisation et réduction de l'accomplissement personnel.
- les résultats significatifs classés en facteurs de risque individuels, facteurs de risque extrinsèque et intrinsèque à la profession
- les autres résultats : qualitatifs, descriptifs, non significatifs.

### **5) Évaluation des études**

Pour chaque article sélectionné, nous avons procédé à une évaluation méthodologique ainsi qu'à une évaluation de la qualité de l'étude, sachant que la quasi totalité des études sont de grade faible, épidémiologiques transversales, descriptives.

## **6) Analyse des données**

Nous avons analysés les résultats significatifs et ceux uniquement descriptifs lorsqu'ils nous semblaient pertinents.

## **IV) Résultats :**

Au total avec les équations de recherche 591 articles ont été trouvés :

- Sudoc : 21 articles.
- Medline : 240 articles.
- Em consult : 99 articles.
- Cairn : 24 articles.
- Google scholar : 207 articles.

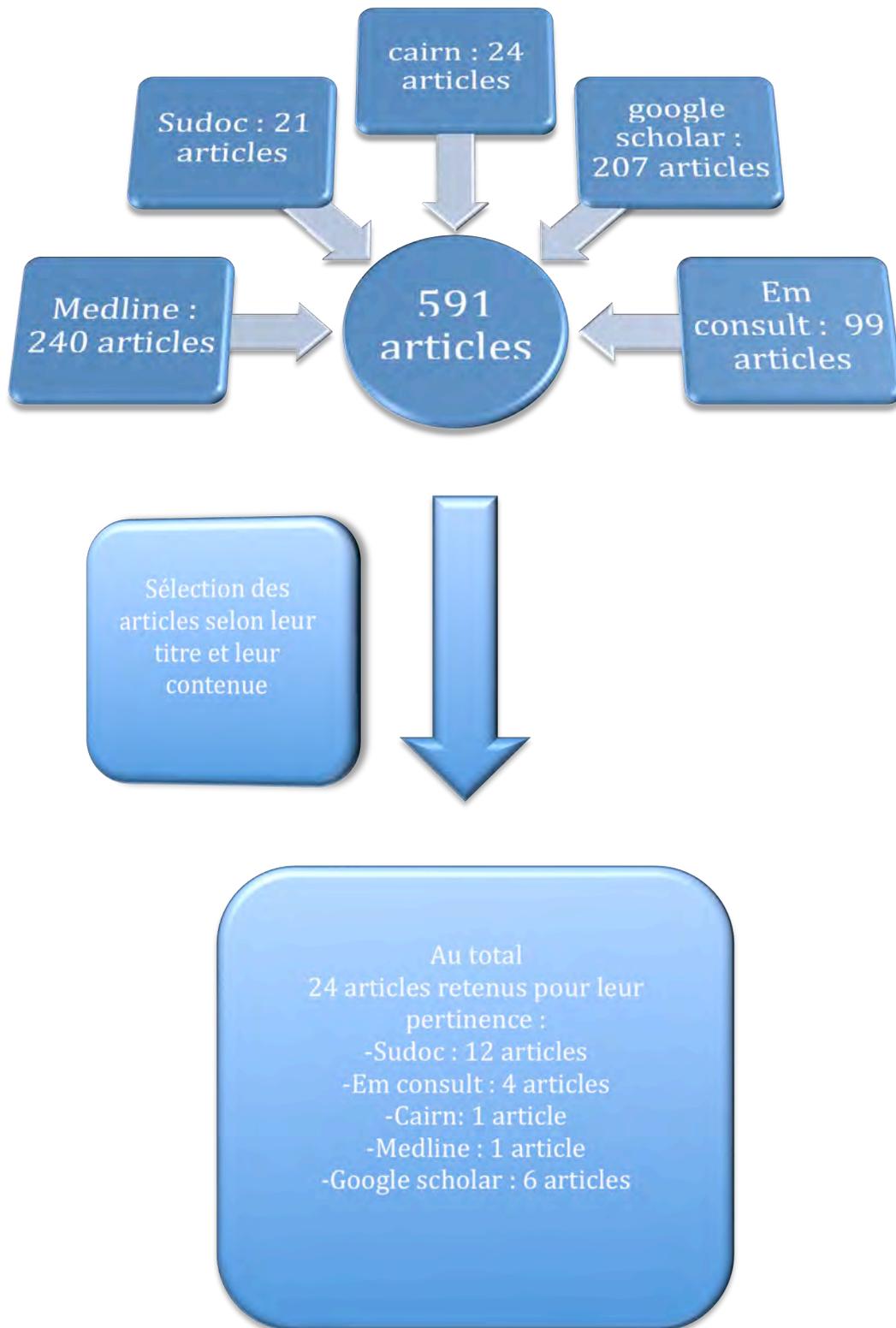
Puis les articles ont été triés selon leur titre et leur contenu.

24 articles ont été retenus :

- Sudoc : 12 articles
- Em consult : 4 articles
- Cairn: 1 article
- Medline : 1 article
- Google scholar : 6 articles

21 articles relataient des études épidémiologiques descriptives transversales par questionnaire et 3 étaient des études qualitatives.

## DIAGRAMME DE RECHERCHE



**Tableau 2 : recueil des données des articles et composantes de l'épuisement professionnel**

Articles	Année	Auteurs	Région	Nombre médecins	Type d'étude	Origine article	épuisement professionnel N(%)	Epuisement émotionnel	Dépersonnalisation	Accomplissement personnel
1) Syndrome d'épuisement professionnel (burnout): étude descriptive et recherche de facteurs associés chez 189 médecins généralistes Rhône-Alpins	2004	Philippon Claire, thèse	Rhône-Alpes	324 questionnaires 162 s pour maîtres de stage, 117 réponses (72,2%); 162 médecins généralistes 72 réponses	Etude descriptive univariée. Pas d'analyse multivariée	SUDOC		élevé 47(25%)	élevé 45(24%)	bas 80(42%)
2) Etude qualitative des facteurs de risque et de protection du syndrome d'épuisement professionnel ou burnout syndrome chez douze médecins généralistes installés	2010	Desbat Olivier	lyonnais	12	étude qualitative	SUDOC	aucun résultat significatif que des recueils de questions dont on tire peu de conclusions.			
3) Evaluation et interprétation des facteurs protecteurs de l'épuisement professionnel chez les médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais: réalisée sur la base de 1000 questionnaires	2012	Rousseau Bénédicte, Lemoine Thibaut	Nord-Pas-De Calais	451 sur 1000 questionnaires	descriptive	SUDOC	-Prévalence 49% (222), -Haut niveau de BO(3dimensions) 6% (27), -modéré (2dimensions) 13,1% (59), -1dimension 30,2(136)	élevé 5,1%(23)	élevé 9,5%(43)	bas 15,5%(70)
4) Construction d'une intervention pour diminuer l'épuisement professionnel des médecins généralistes	2012	Tsopra Tahiry	région parisienne et champagne Ardenne	15	étude qualitative	SUDOC				
5) Le syndrome d'épuisement professionnel en médecine générale: enquête auprès des médecins de l'arrondissement de Dinan (22)	2003	Robert Emmanuelle	Cotes D'Armor, Bretagne, arrondissement de Dinan	88 sur 113 questionnaires	descriptive	SUDOC	5 médecins touchés dans les trois composantes.	EE élevé 22,7%	DP élevé 35,2%	AP bas 39,8%
6) Etude du burnout, ou syndrome d'épuisement professionnel, chez les médecins généralistes libéraux du Cher	2006	El Ouali Samira	Le Cher	216 questionnaires, 127 exploitables	descriptive	SUDOC		EE élevé 25,2%	DP élevé 33,1%	AP bas 29,1%
7) Facteurs protecteurs de l'épuisement professionnel en maison de santé pluri professionnelle: enquête auprès de dix-sept médecins généralistes par entretiens semi-directifs	2013	Didier Florian	Poitier	17 entretiens	semi directif	SUDOC	13 ont remplis le MBI ; 4 sur treize a haut risque de burnout	2 EE élevé	1 DP élevé	1 AP bas
8) L'épuisement professionnel: l'évaluer et le comprendre par une étude épidémiologique auprès des médecins généralistes héraultais	2010	Roméro-Vidal Elodie	Herault	398 questionnaires 115 réponses, 70,4% hommes	descriptive	SUDOC	38,3% avec une composante élevée	EE élevées 11,3%	DP élevé 14,8%	AP bas 27%
9) Enquête sur l'épuisement professionnel des médecins généralistes libéraux: étude menée auprès de médecins généralistes de la région biterroise	2010	Jammes Ane	Le biterrois	173 questionnaires 69 réponses exploitables	descriptive, pas Maslach	SUDOC	question : vous sentez vous menacé par le burnout? 34,8%		trois on remplis pour "choses plus urgentes à faire, c'est une affaire personnelle, c'est pas grave ça va s'arranger"	
10) Le syndrome d'épuisement professionnel ou burnout des médecins généralistes de la Loire	2003	Begon-Bellet Aurélie	La Loire	480 Questionnaires, 306 réponses	descriptive	SUDOC	5% ont un score élevé dans les trois composantes	EE élevé pour 26%(N=80)	30%(N=103) avec DP élevé	AP bas dans 19%(N=59) des cas
11) Etude de la prévalence du syndrome d'épuisement professionnel des médecins généralistes installés en Maine et Loire.	2011	Viaud Hélène	Maine et Loire	738 questionnaires, 223 réponses exploitables	descriptive	SUDOC	<b>BO dans les trois dimensions</b> 0,9%(N=2),	13,5%(30) EE élevé	21,5%(48) avec DP élevé	6,7% AP bas
12) L'épuisement professionnel des médecins généralistes: Impact de la charge de travail, des relations avec les patients et du sentiment de perte de statut	2010	Humbert Gaelle	Franche Comté	1106 questionnaires 428 réponses exploitables	descriptive	SUDOC	Variance plus importante au niveau relationnel et perte de statut qu'au niveau organisationnel	EE élevé 33,6%	DP élevé 33,6%	AP bas 28,1%
13) Burnout, compliance du patient et retrait psychologique chez les médecins généralistes : une étude exploratoire	2010	Truchot Didier	Champagne Ardenne	771 questionnaires 270 réponses		Em consult	Pas de statistique		degré élevé de burnout, les médecins adhèrent davantage aux solutions de retrait psychologique et moins aux solutions engageantes lorsque la patiente est	

									non compliant	
14) Le burnout des médecins généralistes : influence de l'iniquité perçue et de l'orientation communautaire	2009	Truchot Didier	Champagne	259 réponses	descriptiv e :	Em consult		EE élevé 43,2%	DP élevé 33%	AP bas 30%
15) Épuisement professionnel chez les médecins généralistes	2004	Cathébras Begon Laporte Bois Truchot	loire	480 questionnaires 306 réponses, 68%hommes	descriptiv e	Em consult	BO dans trois dimensions : 4,9% (N=15)	EE élevé 26% (80)	DP élevé 30% (30)	AP bas 19% (58)
16) Épuisement professionnel chez les médecins généralistes de ville : prévalence et déterminants	2009	Dusmesnil et Al	villes de Provence Cote d'Azur	511 médecins (taux de réponses : 96,4 %), 75,7% d'homme	descriptiv e	Cairn	Un syndrome complet d'épuisement professionnel (scores élevés d'EE et de dépersonnalisation et score faible d'AP) étaient présents chez 1% (IC95 % [0,3-2,3]) des médecins	Un score d'EE élevé était observé chez 23 %	un score de dépersonnalisation élevé chez 19,6 %	un score d'AP réduit chez 10,6 %
17) To be or not to be empathic: the combined role of empathic concern and perspective taking in understanding burnout in general practice	2014	Lamothe et AL	France	308 questionnaires remplis mais 294 exploitables sur 761	descriptiv e : identifier le lien entre l'empathie et burnout	Pubmed	3% à haut risque de burnout N=10, le manque d'empathie est à risque de burnout et une empathie élevée protégerait du burnout			.
18) Evaluation et interprétation des facteurs protecteurs de l'épuisement professionnel chez les médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais: réalisée sur la base de 1000 questionnaires	2012	Faillé Aurélien	Nord-Pas-De Calais	451 sur 1000 questionnaires	descriptiv e	Google scholar même résultats que l'autre				.
19) Burnout, conditions de travail et reconversion professionnelle chez les médecins généralistes de la région Poitou-Charentes	2004	Christophe Zeter	Poitou Charentes	1667 questionnaires, 488 réponses exploitables	descriptiv e	Google scholar		EE élevé 34%	DP élevé 40%	AP bas 24%
20) Etre maître de stage universitaire protège-t-il du burnout ?	2014	Renzo, Raignault	Angers	239 questionnaires envoyés Cent trente-six réponses ont pu être utilisées dont 4 partiellement	descriptiv e	Google scholar	Quarante-neuf (36 %) MSU ont au moins un niveau élevé pour une composante du MBI, 2 (1,5 %) MSU ont un niveau élevé pour les 3 composantes.	EE élevé 5,9 % (8) avoir un étudiant modifie le BO? 43,2 % (57/132) ont ressenti une amélioration 43,2 % (57/132) n'ont ressenti aucun changement 13,6 % (18/132) ont ressenti une aggravation.	DP élevé 11 % (15) avoir un étudiant modifie la DP 19,7 % (26 /132) ont ressenti une amélioration 75 % (99/132) n'ont ressenti aucun changement 5,3 % (7/132) ont ressenti une aggravation.	AP bas 28,7 % (39) avoir un étudiant protégerait de l'AP bas? 56 % (74/132) ont ressenti une amélioration - 41,7 % (55/132) n'ont ressenti aucun changement - 2,3 % (3/132) ont ressenti une aggravation.
21) L'épuisement professionnel des médecins libéraux : témoignages, analyses et perspectives »	2007	Galam URML	ile de France	10 000 médecins libéraux représentatifs de la profession en Ile-de-France. Parmi eux, 2 243 médecins généralistes et spécialistes ont renseigné le questionnaire	descriptiv e pas étude avec Maslach pas de OR	Google scholar	53 % des médecins répondants se sentent menacés par le burnout , Il s'agit surtout de généralistes, secteur 1, qui réalisent plus de 6 000 actes par an, consultent sans rendez-vous, pratiquent la visite à domicile, âgés entre 45 et 50 ans, célibataires.			
22) Le Burnout des médecins libéraux de Champagne Ardenne	2002	URML champagne Ardenne Truchot	Champagne Ardenne	Un questionnaire a été envoyé à l'ensemble des médecins libéraux de Champagne-Ardenne 20% réponses 407 exploitables 80% hommes	descriptiv e compare aussi à d'autres professions	Google scholar		EE élevé 42,3%	DP élevé 44,5%	AP 37,4%
23) rapport Burnout Bourgogne URML	2001		Bourgogne	pas de détail de l'étude retrouvé, 394 questionnaires	descriptiv e	Google scholar		EE élevé 47,2%	DP élevé 32,8%	AP bas 29,2%
24) PREVALENCE DU BURNOUT EN MEDECINE GENERALE : Enquête nationale auprès de 221 médecins généralistes du Sentinelles	2007	Clémentine VAQUIN-VILLEMINE Y	1367 médecins généralistes du réseau Sentinelle	1367 questionnaires envoyés, 221 médecins ont répondu, soit un taux de réponse de 16,1%, représentant 0,34% des médecins libéraux français	descriptiv e avec Maslach	Google scholar	Burnout élevé : 8.1% (n=18) ont obtenu un niveau pathologique pour les trois scores	EE élevé 60 (27,1%)	DP élevé 72 (32,6%)	AP bas 60 (27,1%)

**Tableau 3 : les facteurs de risque par article**

	Résultats descriptifs ou en univariée				résultats non significatif explorés	analyse multivariée
	facteurs individuels	facteurs intrinsèques	facteurs extrinsèques			
Syndrome d'épuisement professionnel (burnout): étude descriptive et recherche de facteurs associés chez 189 médecins généralistes Rhône-Alpins	<p>sexe :homme ont DP plus élevée p=0.05 .statut marital médecins seuls EE plus élevé P=0, <b>désir changer travail</b> EE(p10-4),DP(p0,04),AP diminuee(p0,0008) <b>satisfaction au travail</b> diminue avec EE(p10-4) DP(p10-4) et inver avec AP(p0,0023) <b>consommation psychotrope</b> assos EE haut (p0,0014),DP haut (p0,0023) <b>conso d'alcool</b> assos avec DP(p0,012), <b>impression de dépression</b> EE élevé(p10-4) DP élevé p(10-4),</p>	<p><b>impression d'anxiété</b> EE (p10-4) DP p(0,0072) élevé ,AP bas(p0,035)</p>	<p><b>volume horaire</b> : EE augmente avec le nombre d'heure p=0.05, <b>nombre patient/sem</b> : EE (p0,0006) et DP(p0,0012) augmente avec le nombre de patient; <b>fonction universitaire</b> AP plus élevé (p0,004). <b>heure sommeil</b> EE (p0,01) augmente quand sommeil diminue.</p>	<p>nombre d'enfant, enfant bas Age, Age, nombre d'années depuis thèse, depuis installation, changement de lieu d'exercice, modalité installation, lieu, travail de nuit, de week-end, avoir une autre qualification ou une autre activité, tabac,</p>	<p>aucun résultat significatif</p>	
2) Etude qualitative des facteurs de risque et de protection du syndrome d'épuisement professionnel ou burnout syndrome chez douze médecins généralistes installés						
3) Evaluation et interprétation des facteurs protecteurs de l'épuisement professionnel chez les médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais: réalisée sur la base de 1000 questionnaires	<p>-<b>Nombre d'enfant uni varié</b> diminue AP 2 enfants OR2,75(p0,03) et 3 enfants OR2,2(p0,02) <b>multi varié 2 enfants</b> OR3,6(p0,001), <b>3 enfants</b> OR 2,7(p0,01) NS au delà et un enfant, . -<b>Le nombre d'années d'installation</b> et en lien avec l'augmentation de EE OR 1,04(p0,03), <b>le sexe homme</b> augmente le risque de DP OR 3,52(p0,001)</p>	<p><b>ressenti agressif</b> multi varié une fois par mois OR 6,08(p inf10-4) et plusieurs fois par semaine OR20(p0,001) augmente le burnout, <b>en uni varié</b> 1x/an OR 0,78(p0,075),+sieurs X/mois OR 5,2(p &lt;10-4),+sieurs X/sem OR 18,59 (p 10-4) augmente l'EE et la DP 1x/mois OR 5,96 (p &lt; 10-4), +sieurs X/sem OR 14,95(p0,0003)</p>	<p>-En référence à l'<b>orientation de carrière multi variée</b> "carrièreiste", "militant" ORinf1(p0,02) et "artisan" ORinf1(p0,05) semblent protégés mais en <b>uni varié</b> avec pour référence le "militant" le "carrièreiste" OR 0,2(p0,02) et "artisan" OR 0,2(p0,01) sont moins à risque de diminuer AP et le fait d'être carrièreiste diminuerait la DP OR 0,12 (p0,002) <b>-activité sportive multi varié</b> sup 2x/s diminue le risque de burnout OR0,2(p0,0004) <b>l'informatisation du cabinet</b> diminuerait l'EE OR à 0,4 (p0,003) en uni varié,</p>	<p>Le statut marital, semaine de vacance, FMC, le secrétariat, le volume horaire</p>		
4) Construction d'une intervention pour diminuer l'épuisement professionnel des médecins généralistes						
5) Le syndrome d'épuisement professionnel en médecine générale: enquête auprès des médecins de l'arrondissement de Dinan (22)	<p>aucune analyse statistique</p>	<p>aucune analyse statistique</p>	<p>aucune analyse statistique</p>	<p>Homme plus de cinquante ans exerçant depuis 20-30 ans, travaillant en groupe, 1 jour de congés, 5-8 de vacances /an, 1/3 voulant changer de travail ¼ tabac et psychotrope 10% alcool.</p>		
6) Etude du burnout, ou syndrome d'épuisement professionnel, chez les médecins généralistes libéraux du Cher	<p><b>sexe hommes</b> DP (p0,04), <b>autoévaluation état de santé corrélée</b> AP bas (p0,004)</p>	<p>se sentir <b>stressé</b> corrélé EE élevé (p &lt;0,05) et AP bas (p 0,006)</p>	<p><b>pratique régulière sport</b> inversement proportionnel EE(p0,017)</p>	<p>évalue le <b>stress moyen et intense</b> pour 40% dont causes pour n=55 <b>contraintes administratives, surcharge de travail</b> (N=54), <b>les exigences de patients et le comportement</b> (N=54), <b>le rapport aux institutions</b> (N=20), <b>appels téléphoniques</b> (N=17), <b>gardes</b> (n=15)</p>	<p>pas significatif</p>	
7) Facteurs protecteurs de l'épuisement professionnel en maison de santé pluri professionnelle: enquête auprès de dix-sept médecins généralistes par entretiens semi-directifs	<p>les médecins ont souligné l'évolution temporelle du burnout à court ou long terme, certaines difficultés avec le MBI, de nombreux médecins se sentent ou se sont sentis en burnout d'autres jamais</p>	<p><b>bon côté</b> : confort de travail échange, dynamisme, coopération permanence soins remplacement facilité, attractif administration moins contraignante par secrétariat, ambiance, concentré sur les travail compléter son activité, salarié horaires accueil étudiants, bénéfice plan matériel et technique grâce locaux informatique dossier médical pratique, se libère du temps perso pour soi et famille congés</p>	<p><b>mauvais côtés</b> : horaires trop lourds, charge de travail, lourdeur charges administratives, difficultés financières, vie en communauté, peur de déléguer, déshumanisant si gros</p>	<p><b>les facteurs de risques pour eux</b> : lié à leur professions (stress permanent, hyper investissement, relation trop fusionnelle avec patients, peur de l'erreur, changement de point de vue société sur métiers exigences du patient, couverture maladie</p>		
8) L'épuisement professionnel: l'évaluer et le comprendre par une étude épidémiologique auprès des médecins généralistes héraultais	<p>-<b>ATCDT de pathologie chronique</b> EE élevé (p=0,03), -moins à risque d'AP bas chez les médecins ayant comme priorité l'<b>engagement professionnel</b> vs réussite social (p0, 003)</p>	<p>EE plus à risque d'être élevé si <b>difficultés affectives</b> p=0, 04,</p>	<p>-<b>Activité de loisir</b> moins à risque p=0,0005 notamment pou EE p=0,0005 et AP bas (p 0,04), <b>-Exercer en groupe</b> moins à risque p=0,007 notamment pour EE p=0,007 et AP moins à risque de DP bas (p 0,02), <b>-Zone de densité médicale faible</b> à risque de EE élevé p=0,02, <b>-Travaillant conseil de l'ordre</b> plus à risque de EE élevé p=0,003, <b>-Sem de vacances</b> plus à risque de DP élevé si moins de (p=0,02), <b>-&gt;9 demi journées de travail/s</b> augmente risque de EE (p=0,03)</p>		<p>-<b>la non pratique d'une activité perso régulière de loisirs</b> (RR 3,9, IC95=1,7-9), <b>-l'exercice seul en cabinet</b> (RR=2,5 IC95=1,2-5,3), <b>-l'exercice sans centre d'appel ou secrétariat</b> significatif OR2 (IC95=1-4,3) diminue EE (p=0,001)</p>	
9) Enquête sur l'épuisement professionnel des médecins généralistes libéraux: étude menée auprès de médecins généralistes de la région biterroise	<p><b>Age</b> inférieur à 50 ans (p0, 010),</p>		<p><b>nombre de vacances</b> inf à 5 sem par an (p0, 046), <b>nombre d'heure consacré</b> au loisir (p0,008).</p>	<p>Sondage sur les causes possibles : 95% excès de paperasserie, 85% « la charge de travail trop lourde » « la non reconnaissance de la part des patients »</p>	<p>85%augmentation des contraintes collectives,,78% longueur des journée, trop grand nombre d'actes, manque de temps vie privée, pb judiciaires</p>	
10) Le syndrome d'épuisement professionnel ou burnout des médecins généralistes de la Loire	<p>-<b>Sexe: homme</b> moins à risque de EE élevé (p=0,049) que femmes, <b>-désir de reconversion</b> EE élevé (p=0,0001) DP aussi (p=0,0068) AP bas aussi (p=0,0016), <b>-Conso d'alcool modéré ou excessive</b> EE élevé (p=0,0033), <b>-Conso de psychotrope</b> EE élevé (p=0,001) <b>-Si suicide évoqué</b>, EE élevé (p=0,006)</p>		<p>-<b>Plus de 30 actes par jour</b> plus à risque de EE élevé versus moins de 10 (p=0,029) DP aussi (p=0,032), <b>-Plus de 61h/sem</b>, versus moins 35h EE élevé (p=0,046) et DP (p=0,0007)</p>			
11) Etude de la prévalence du syndrome d'épuisement professionnel des médecins généralistes installés en Maine et Loire.	<p>-<b>Homme</b> (OR 5,9) augmente le risque de DP élevé, <b>-Conjoint non médical</b> EE bas (OR2,1)</p>	<p>-<b>Sentiment de non reconnaissance</b> EE élevé ( OR 5,1) et DP élevé (OR 2,8), <b>-Impression de gérer son travail</b> diminue risque de EE élevé (OR 0,1),</p>	<p><b>pratique de loisir régulier</b> DP bas(OR 2,2) et EE (OR 3,2)bas</p>	<p>très courte pas analyse multivariée résultats difficile à comprendre s'arrange avec les chiffres, pb avec résultats suivants: <b>désir de reconversion</b> et EE bas (OR 0,4), <b>consulter un psy</b> (OR 0,4) et EE bas</p>		
	<p>-<b>Age et ancienneté</b> : augmente DP (p=0,005) variance faible</p>	<p>-<b>Relation difficile avec patients</b> : augmente EE et DP (sauf femme)</p>	<p>-<b>Nombre d'acte par jour</b> : EE élevé (p=0,009) et DP élevé</p>			

<p>12) L'épuisement professionnel des médecins généralistes: Impact de la charge de travail, des relations avec les patients et du sentiment de perte de statut</p>	<p>1,9% -Sexe : homme dépersonnalisé plus que femme (p=0,0001)</p>	<p>(p &lt; 10<sup>-4</sup>) -charge de travail qualitative : augmente EE et DP (sauf femme) (p &lt; 10<sup>-4</sup>) -Ambiguïté et le conflit des rôles : augmente EE et DP (sauf femmes) (p &lt; 10<sup>-4</sup>) -Difficultés d'utiliser ses compétences : augmente DP et diminue AP (p &lt; 10<sup>-4</sup>) -fait de ne pas être satisfait des revenus : augmente EE et diminue AP (p &lt; 10<sup>-4</sup>) -sentiment de bonne équité : associé EE bas (p &lt; 10<sup>-4</sup>) -Intensité des émotions : EE et DP (sauf femme) élevé (p &lt; 10<sup>-4</sup>) -Surface acting : EE et DP élevé (p &lt; 10<sup>-4</sup>) -Perte de statut : EE et DP élevé AP bas (p &lt; 10<sup>-4</sup>)</p>	<p>(p &lt; 10<sup>-4</sup>) -Nombres d'heures/s : EE élevé (p=0,001) et DP bas (p &lt; 10<sup>-4</sup>) -consultation sans RDV : DP élevé (p=0,008) -Durée courte des consultations : DP élevé (p &lt; 10<sup>-4</sup>) et AP bas (p=0,008)</p>		
<p>13) Burnout, compliance du patient et retrait psychologique chez les médecins généralistes : une étude exploratoire</p>	<p>les solutions « soins à domicile » et « aide à domicile », qui demandent un engagement plus important, sont significativement plus choisies lorsque la patiente est compliant : M=5,93vs 4,39, F(1, 231)=30,80, p&lt;0,0001 et M=6,83vs 6,29, F(1, 231) = 4,63, p &lt; 0,03, respectivement. Et inversement, la solution « maison de retraite » qui suppose un désengagement est plus choisie quand la patiente est non compliant. M = 4,97 vs 3,89, F(1, 231) = 11,51, p &lt; 0,0008.</p>	<p>les médecins qui ont un niveau élevé (vs faible) d'épuisement émotionnel choisissent significativement moins les solutions qui impliquent un engagement élevé : aide à domicile (M = 6,23 vs 6,92, F(1, 231) = 7,66, p &lt; 0,006) et soins à domicile (M = 4,57 vs 5,78, F(1, 231) = 17,99, p &lt; 0,00003). Inversement, ils choisissent davantage les solutions dé engageantes : maison de retraite (4,82vs 4,03, F(1, 231)=6,02, p&lt;0,015) et moyen séjour (M=3,78vs 3,13, F(1, 230)=4,8, p&lt;0,03). Nous observons une tendance pour la solution « foyer logement » : M = 3,15 vs 2,64, F(1, 230) = 3,44, p &lt; 0,06.</p>	<p>Le retrait psychologique et comportemental est une tentative de faire face à l'épuisement de ses ressources émotionnelles. Quand les exigences professionnelles commencent à devenir trop importantes, l'individu réagira en se mettant à distance de la source de stress. une influence de l'épuisement émotionnel et non des deux autres dimensions du burnout.</p>		
<p>14) Le burnout des médecins généralistes : influence de l'iniquité perçue et de l'orientation communautaire</p>		<p>-les médecins en situation de sous bénéfiques ont des scores de EE et DP élevé significativement sup (p &lt; .0001) à ceux qui évaluent la relation comme équilibré, pas de lien significatif avec AP. -les médecins en situation de sous bénéfice qui ont une orientation communautaire ne souffrent pas plus de burnout que leurs collègues des autres groupes à orientation communautaire. -en situation de sous bénéfice avec orientation communautaire faible EE est élevé significativement (p &lt; 0,001)</p>	<p>Orientation communautaire: recevoir et donner de l'aide non pas en fonction d'une considération d'échange ou de réciprocité mais en réponse aux besoins des autres à cause de l'iniquité qu'ils ressentent vis à vis d'eux</p>	<p>Théorie de l'équité : relation en terme d'investissement et de bénéfiques</p>	
<p>15) Épuisement professionnel chez les médecins généralistes</p>	<p>-Sexe femmes plus à risque de EE élevé (p=0,049). -Désir de reconversion à risque de EE élevé (p0,0001) et de DP (p0,007) et de AP bas (p0,002), -consó d'alcool pour EE (p0,003) de psychotropes pour EE (p0,0001), idéations suicidaires (p0,006) à risque de EE élevé</p>		<p>-Charge de travail importante (nombre d'actes quotidien) EE élevé (p=0,029), DP élevé (p=0,032) -nombre d'heure de travail hebdomadaire EE élevé (p=0,046), DP élevé (p=0,0007).</p>		
<p>16) Épuisement professionnel chez les médecins généralistes de ville : prévalence et déterminants</p>	<p>-Homme OR 2,56 (1,64-3,99 pour DP). -Être en couple augmente AP bas OR2,29 (1,18-4,44). -Antécédents psychiatriques à risque de EE élevé OR 1,59 (1,05-2,41). -Déresse psychologique (score de MHI-5 &lt; 52) OR6,16 (3,66-10,38)</p>	<p>-Fortes exigences mentales (réf. faibles exigences) à risque de EE élevé OR2,08 (1,40-3,07) Forte latitude décisionnelle (réf. faible latitude) protège d'AP bas OR 0,48 (0,32-0,72). -Être confronté aux attentes irréalistes des patients et des familles à risque de EE élevé OR 2,84 (1,66-4,86), et de DP élevé OR1,86 (1,11-3,10). -Gérer les conflits travail/famille (réf. stress nul) à risque de EE élevé OR 2 (1,09-3,67). -Se faire du souci à propos des plaintes et demandes des patients à risque de DP élevé OR1,77 (1,05-2,96). -S'occuper des patients en fin de vie OR 2,61 (1,31-5,19). -Satisfait de sa pratique protège EE OR 0,48 (0,22-0,81). -Sentiment d'efficacité dans la prise en charge des patients protège du EE OR 0,49 (0,27-0,89), du DP OR 0,4 (0,23-0,71) du AP bas OR 0,45 (0,22-0,91). -Satisfait des relations avec ses confrères protège AP bas OR0,47 (0,24-0,93). -Se sent assez souvent ou très souvent bien préparé dans la prise en charge des patients protège du DP OR 0,37(0,19-0,74) et du AP bas OR 0,33 (0,17-0,66). -Connaissances et autorité mises en cause par les patients favorise EE élevé OR 2,29 (1,33-3,96) et DP élevé OR 1,96 (1,20-3,21).</p>	<p>-Charge de travail déclarée : ≥ 65 heures par semaine (réf. &lt; 65 heures) à risque de EE élevé OR 2,11 (1,33-3,35). -Contentieux juridique dans les 12 mois à risque de DP élevé OR 1,61 (1,02-2,54)</p>	<p>tous</p>	
<p>17) To be or not to be empathic: the combined role of empathic concern and perspective taking in understanding burnout in general practice</p>		<p>Être empathique protège du burnout (IC à 95%) de 0,21 à 0,65 p &lt; 0,001</p>			
<p>18) Evaluation et interprétation des facteurs protecteurs de l'épuisement professionnel chez les médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais: réalisée sur la base de 1000 questionnaires</p>					

19) Burnout, conditions de travail et reconversion professionnelle chez les médecins généralistes de la région Poitou-Charentes	Le lien entre le burnout et le souhait de reconversion professionnelle est établi.	Le soutien moral et affectif des proches protège du burnout dans ses trois composantes Aide des confrères aussi dans les trois dimensions			
20) Etre maître de stage universitaire protège-t-il du burnout ?	-Age : favoriserait EE élevé (p=0,033) et l'AP bas (p=0,002) -Années d'exercice : favorisent l'EE élevé (p=0,017) et l'AP bas (p=0,022) -Enfant à charge favorisent AP élevé (p=0,46)			-Travailler en collaboration (vs seul) favorise AP élevé (p=0,011)	
21) L'épuisement professionnel des médecins libéraux : témoignages, analyses et perspectives »	Se sentir menacé par le burnout est associé significativement à : -l'Age (45-50 ans) -être célibataire, confronté à des difficultés affectives -Etre confronté à des pb de santé -Se sentir fragile psychologiquement	Se sentir menacé par le burnout est associé significativement à : -Ne plus s'accomplir dans son métier	Se sentir menacé par le burnout est associé significativement à : -Des problèmes financiers	Evoque -Excès paperasserie 96% -La Charge de travail 90% -La non reconnaissance de leur statut 90% -Les contraintes collectives 88% -La longueur des journées 85,3% -L'exigence des patients 84%	
22) Le Burnout des médecins libéraux de Champagne Ardenne	-Hommes plus à risque EE (p 0,02), DP p<.000005. -Les généralistes ont un moindre accomplissement personnel que les spécialistes p<.02. -Profil égoïstes et carriéristes ont EE et DP plus élevé que artisan/artistes. (<0,05)	-Manque de temps consacré aux patients augmente DP (p<0,05) -Surcharge de travail augmente EE (p<0,05) -Patient non compliant augmente DP, EE et AP bas (p<0,05) -Choc émotionnel augmente EE (p<0,05) -Conflits avec des collègues augmente EE DP (p<0,05) -Cas Complexe augmente DP et AP bas (p<0,05) -Manque de respect de la part des patients augmente DP (p<0,05)	-Chez les ruraux le degré de DP est significativement plus élevé que chez les « urbains » et « périurbains » p<.009) . -Amplitude horaire quotidienne lien avec EE élevé. p<.02.		
23) rapport Burnout Bourgogne URML					
24) PREVALENCE DU BURNOUT EN MEDECINE GENERALE : Enquête nationale auprès de 221 médecins généralistes du réseau Sentinelles	-Sexe : Les femmes ont un score de dépersonnalisation significativement inférieur à celui des hommes (p=0,023). -Age : 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).			-Nombre de garde : Ne jamais faire de garde favorise significativement l'EE et la DP p=0,017. -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). -Activité de recherche en plus de leur activité clinique s'accomplissent significativement mieux sur le plan personnel (p<0,02).	

Les facteurs liés au burnout ont été classés en trois catégories dans un but de clarté.

- les facteurs individuels,
- les facteurs liés à la pratique de la médecine,
- les facteurs liés à l'environnement de travail et à l'organisation.

Dans la littérature, ces facteurs sont associés soit au burnout, mesuré ou perçu, soit à une de ses composantes spécifiques (épuisement émotionnel - EE, dépersonnalisation - DP, manque d'accomplissement personnel - MAP).

## 1) Les résultats des études épidémiologiques :

### a) Les facteurs individuels :

#### Le sexe :

-Le score de dépersonnalisation est supérieur chez l'homme dans six études ( $p=0,05$ ), (OR 3,52 IC(1,64- 8,17)(19), ( $p=0,04$ )(20), OR(5,9), ( $p < 10^{-4}$ ) (21), OR 2,56 (1,64-3,99),(3), ( $p<0,00005$ )(22). Deux études retrouvent même un épuisement émotionnel plus élevé ( $p<0,02$ ) (22),( $p=0,023$ )(23).

-Deux études retrouvent un risque de EE plus élevé chez les femmes ( $p=0,049$ ).(24) (25).

#### Age et années travaillées :

-Une seule étude retrouve un lien avec l'âge et l'ancienneté d'exercice et la dépersonnalisation ( $p=0,005$ ) de variance faible (1,9%)(21), une autre entre l'accomplissement personnel bas ( $p=0,002$ ) et l'épuisement émotionnel ( $p=0,033$ )(26).

-A la question « vous sentez menacé par le burnout, les médecins répondant « oui » avaient majoritairement un âge inférieur à cinquante ans ( $p=0,01$ ).(27), dans une autre étude ils avaient entre 45 et 50 ans (28).

-Les médecins en début (moins de 10 ans) et en fin de carrière (plus de 20 ans) sont significativement les moins épuisés émotionnellement dans une étude ( $p=0,02$ )(23).

#### Le statut marital :

-Le score d'épuisement émotionnel est supérieur chez les médecins seuls par rapport à aux médecins en couple dans une étude ( $p=0,04$ ) (29).

-Le fait d'avoir un conjoint dans le milieu non médical favoriserait un épuisement émotionnel bas (OR=2,1)(30).

-Se sentir menacé par le burnout est associé significativement avec le fait d'être célibataire ou avec des difficultés d'ordre affectif dans une étude (28).

-Le fait d'être en couple favoriserait un accomplissement personnel plus bas OR 2,29 (1,18-4,44).(3)

### **Nombre d'enfant :**

-Une étude retrouve en analyse multi variée un lien significatif entre burnout et nombre d'enfants. Avoir deux (OR 3,59 IC (1,68-7,86)) ou trois enfants (OR 2,67 IC (1,2-5,9)) est associé à un risque plus élevé de burnout sans lien linéaire. Cette même étude retrouve en uni varié un lien avec une dépersonnalisation élevée et un accomplissement bas significatif avec avoir deux ou trois enfants mais pas de lien avec l'épuisement émotionnel.(19)

-Une étude retrouve qu'avoir un enfant à charge favoriserait un accomplissement personnel haut (31).

### **Maladie, consommation d'alcool et prise médicamenteuse**

-La consommation de psychotropes est associées significativement à des scores d'épuisement émotionnel ( $p=0,0014$ ) et de dépersonnalisation ( $p=0,0023$ ) élevés(29). Dans deux autres études un lien est retrouvé seulement avec un épuisement émotionnel élevé ( $p=0,001$ )(24),( $p=0,0001$ )(25).

-La consommation d'alcool a une influence significative sur le score de dépersonnalisation qui est plus haut ( $p=0,012$ )(32) et sur l'épuisement émotionnel ( $p=0,0033$ )(24) ( $p=0,003$ )(25).

### **L'état de santé :**

L'état de santé du praticien est également associé dans les études retenues au risque de Burnout. On note par exemple :

-Que le fait d'être confronté à des problèmes de santé est associé au fait de se sentir menacé par le burnout (28).

-Que le fait d'avoir des antécédents de pathologies chroniques augmente le risque d'épuisement émotionnel ( $p=0,03$ )(32).

-Qu'avoir des antécédents psychiatriques favoriserait l'épuisement émotionnel OR 1,51 (1,05-2,41)(3).

-Que l'impression de dépression est associée significativement à des fortes valeurs de scores d'épuisement émotionnel ( $p < 10^{-4}$ ) et de dépersonnalisation ( $p < 10^{-4}$ )(29).

-Que la détresse psychologique est à risque d'épuisement émotionnel OR 6,16 (3,66-10,33)(3).

-Que se sentir fragile psychologiquement est associé au fait de se sentir menacé par le burnout(28).

-Qu'évoquer des idées suicidaires est associé à une risque d'épuisement professionnel élevé ( $p=0,006$ ).(24) ( $p=0,006$ )(25).

### **Le désir de reconversion :**

-Le désir de reconversion est associé significativement aux trois scores dans plusieurs études (épuiement émotionnel :  $p < 10^{-4}$  , dépersonnalisation :  $p=0,04$ ), accomplissement personnel bas ( $p=0,0008$ )(29), épuiement émotionnel ( $p=0,0001$ ), dépersonnalisation ( $p=0,0068$ ), accomplissement personnel bas ( $p=0,0016$ )(24), dépersonnalisation ( $p=0,007$ ) (25) et accomplissement personnel bas ( $p=0,002$ )(25).

-Si le médecin désire changer de travail, les scores d'épuiement émotionnel et de dépersonnalisation sont supérieurs et le score d'accomplissement personnel est plus bas.(29)

### **La personnalité / l'orientation de carrière :**

-L'orientation de carrière sur le mode égoïste ou carriériste augmente le risque d'épuiement émotionnel et de dépersonnalisation versus artisans/activistes ( $<0,05$ )(22).

-En multi varié, par rapport à une modalité de référence « carriériste », les orientations de carrière « militante » (OR 0,14 IC (0,02-0,68)) et « artisanne » (OR 0,21 IC (0,03-0,93)) étaient associées à un risque moindre de burnout.

Etre artisan est associé significativement à un risque moindre d'accomplissement personnel bas (OR à,2 IC(0,05-à,69))(19).

La priorité à la réussite sociale favoriserait une diminution de l'accomplissement personnel ( $p=0,003$ )(32).

## **b) Facteurs intrinsèques à la pratique de la médecine.**

### **Relation avec les patients :**

-Être confronté aux attentes irréalistes des patients et des familles augmente le risque de dépersonnalisation (OR=1,8 [1,11-3,10]) et d'épuisement émotionnel (OR = 2.84 [1.66-4.86]),(3).

-La remise en cause des connaissances et de l'autorité des médecins par leurs patients augmente le risque EE (OR=2,29 [1,33-3,96]) et de DP (OR=1,96 [1,20-3,21])(3).

-Les relations difficiles avec les patients se traduisant par :

.Des examens ou des traitements demandés qui semblent injustifiés.

.Des demandes excessives (arrêt de travail, visites injustifiées, demande de justification lorsqu'on ne répond pas aux demandes des patients),

.Des Ordonnances téléphoniques,

.Un manque de coopération des patients dans leur prise en charge,

.L'agressivité des patients et de leur entourage,

Tous ces facteurs favoriseraient l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation ( $p < 10^{-4}$ ) (21).

-Le sentiment de non reconnaissance favoriserait un épuisement émotionnel élevé (OR=5,1)(30) et une dépersonnalisation élevée (OR=2,8)(30).

-En multi varié le ressenti agressif plusieurs fois par mois ou par semaine est associé à un risque significatif plus élevé de burnout (OR 20,26 IC(3,9-163,17)).(19)

-Avoir des difficultés affectives vis à vis de ses patients augmenterait le risque d'épuisement émotionnel ( $p=0,04$ )(32) notamment dans le suivi des patients en fin de vie OR 2,61 (1,31-5,19) (3).

-Etre confronté à des cas complexes augmentent le risque d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation ( $p < 10^{-4}$ ), (21). Dans une autre étude ces cas difficiles augmentent le risque de dépersonnalisation et accomplissement personnel bas ( $<0,05$ ) (22)

-Le sentiment de manquer de temps pour le soutien psychologique et l'éducation des patients, augmente l'épuisement émotionnel, diminue

l'accomplissement personnel ( $p < 10^{-4}$ ),(21)  $p < 0,05$ ) et favorise la dépersonnalisation dans une étude (22)

-Le sentiment d'équité dans la relation médecin-malade permettrait d'avoir un épuisement émotionnel moindre ( $p=0,001$ ), (21). A contrario se sentir en situation de sous bénéficiaire est associé à un épuisement émotionnel et une dépersonnalisation élevée ( $p < 0,001$ ),(33).

-De plus se sentir sous bénéficiaire dans la relation avec le patient et avoir une orientation communautaire faible favorise l'épuisement émotionnel ( $p < 0,001$ ),(33).

-Se surinvestir émotionnellement favoriserait l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation ( $p < 10^{-4}$ ), (21).

-Etre empathique protègerait du burnout (IC à 95%) de 0,21 à 0,65  $p < 0,001$ (34).

-Le fait d'utiliser le « surface acting » pour favoriser la relation médecin malade est à risque d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation ( $p < 10^{-4}$ ), (21)

-Les médecins qui optent pour leurs patients non compliants pour des décisions pour lesquels ils se désengagent ont un épuisement émotionnel plus important ( $p < 0,015$ ), (35).

-Le manque de respect de la part du patient augmente le risque de dépersonnalisation ( $p < 0,05$ )(22).

-Les patients non compliants augmentent le risque d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et diminue l'accomplissement personnel ( $p < 0,05$ ), (22)

### **Incertitude des soins :**

-L'impression d'anxiété au travail est associée significativement à des fortes valeurs d'épuisement émotionnel ( $p < 10^{-4}$ ) (29)(20) et de dépersonnalisation ( $p=0,0072$ )(29) et des valeurs faibles d'accomplissement personnel ( $p=0,035$ ) (29), ( $p=0,006$ )(20).

-La peur de faire une erreur est associée à un à un haut risque d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation ( $p < 10^{-4}$ )(21).

- Se faire du souci à propos des plaintes et demandes de patients à risque augmenterait le risque de dépersonnalisation OR 1,77 (1,05-2,96) (3).

-L'impression de bien gérer son travail est un facteur protecteur d'épuisement émotionnel élevé (30).

#### **Relation avec ses confrères :**

-Avoir des difficultés à faire hospitaliser des patients ou le sentiment de manquer de communication avec les différents intervenants (spécialistes, hôpitaux, infirmières), favorisent l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation ( $p < 10^{-4}$ ) (21).

- Les conflits avec les collègues augmentent le risque d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation ( $p < 0,05$ ) (22).

-Etre satisfait des relations avec ses confrères réduirait le risque de diminution de l'accomplissement personnel (0,47 0,24-0,93) (3).

-Savoir trouver de l'aide chez ses confrères diminuerait le risque de burnout dans ces trois composantes (31)

#### **La charge de travail qualitative :**

-Le sentiment d'être sollicité en permanence, d'être régulièrement interrompu pendant le travail,

-Le sentiment que les gens attendent beaucoup de vous,

-Le sentiment que le travail exige une concentration intense et continue,

-Le sentiment de ne pas faire suffisamment de pause,

-Le sentiment de devoir travailler vite,

-Le sentiment d'accumuler du retard,

-Le sentiment d'avoir du mal à oublier le travail en rentrant à la maison,

Tous ces facteurs favorisent un épuisement émotionnel et une dépersonnalisation élevée ( $p < 10^{-4}$ ),

-Le sentiment d'avoir trop de travail et du coup de ne pas faire les choses convenablement, ou de passer rapidement à des malades, des pathologies ou des situations différentes est associé à un risque d'épuisement émotionnel élevé et à un accomplissement personnel bas ( $p < 10^{-4}$ ), (21)

-Le sentiment d'engager de fortes exigences mentales augmente le risque d'épuisement émotionnel OR 2,08 (1,4-3,07)(3).

-La forte latitude décisionnelle protège d'un accomplissement personnel bas OR 0,48 (0,32-0,72)(3).

-Le sentiment d'efficacité dans la prise en charge des patients protégerait significativement des trois composantes du burnout EE (0,49 0,27-0,89), AP (0,45 0,22-0,91), DP( 0,4 0,23-0,71) (3).

-Se sentir assez souvent ou très souvent bien préparé dans la prise en charge des patients protégerait des deux dernières composantes du burnout DP(0,37 0,19-0,74), AR(0,33 0,17-0,66).(3)

### **Satisfaction vis à vis du travail**

-La satisfaction au travail diminue significativement l'épuisement émotionnel:  $p < 10^{-4}$ , la dépersonnalisation :  $p < 10^{-4}$ , et augmente l'accomplissement personnel:  $p=0,0012$ (29) dans une étude. Dans une autre étude il est associé à un épuisement émotionnel bas uniquement (0,42 0,22-0,81)(3).

-Le sentiment de perte de statut est associé à un épuisement émotionnel, une dépersonnalisation élevée et un accomplissement personnel bas ( $p < 10^{-4}$ ), (21)

-Le fait de ne plus s'accomplir dans son travail est associé au fait de se sentir menacé par le burnout (28).

### **c) Facteurs extrinsèques :**

#### **Charge de travail :**

-Le volume horaire hebdomadaire est corrélé au score d'épuisement émotionnel ( $p=0,05$ ) ( plus le volume horaire est élevé et plus l'épuisement émotionnel est élevé.(29), ( $p=0,0046$ ) (25)), et à une dépersonnalisation élevée ( $p=0,0007$ ) (25).

-L'amplitude horaire quotidienne importante augmente le risque d'épuisement émotionnel ( $p < 0,05$ ) (22).

-Travailler plus de 60h/s est à risque d'épuisement émotionnel élevé ( $p=0,046$ ) et de dépersonnalisation élevée ( $p=0,0007$ ) (24).

-Travailler plus de 65 heures par semaine (réf. < 65 heures) est associé significativement à un plus fort risque d'épuisement émotionnel (OR=2,11 [1,33-3,35])(3).

-Travailler plus de neuf demi-journées par semaine augmenterait le risque d'épuisement émotionnel (p=0,03)(32).

-Le nombre de patients par semaine est corrélé positivement au score d'épuisement émotionnel (p=0,0006)(29),(p=0,046)(25), et de dépersonnalisation élevées, p=0,0012) (29), (p=0,032)(25) : plus le nombre de patient est élevé et plus les scores d'épuisement émotionnel et dépersonnalisation sont élevés.

-Faire plus de trente actes par jour est associé à une risque d'épuisement émotionnel élevé (p=0,029) et de dépersonnalisation élevée (p=0,032) (24). Des médecins généralistes interrogés dans une thèse estiment que le burnout est favorisé par la charge de travail trop lourde à 85%, la longueur des journées et le nombre d'actes trop important à 78%.(27)

#### **Le nombre de garde et travail le week-end, zone de densité médicale**

-Une étude retrouve que travailler en milieu rural augmente la dépersonnalisation (p<0,05)(22)

-Travailler dans une zone de faible densité médicale augmenterait le risque d'épuisement émotionnel.(32)

-Ne jamais faire de garde favorise significativement l'EE et la DP p=0.017,(23)

#### **Déséquilibre entre vie privée et professionnelle :**

-Les médecins généralistes interrogés pour une thèse estiment à 78% qu'un manque de temps pour sa vie privée est favorise le burnout(27).

-Le sentiment que le travail détériore les relations amicales ou familiales est associé à un épuisement émotionnel et une dépersonnalisation élevée ( $p < 10^{-4}$ )(21).

-Gérer des conflits entre la famille et le travail est associé à un risque plus important d'épuisement émotionnel OR2 (1,09-3,67)(3).

-Le soutien moral et effectif des proches réduirait le risque de burnout dans ses trois composantes (31).

#### **Formation continue et travail universitaire :**

-Il y a une différence significative selon que le médecin exerce ou pas une fonction universitaire ( $p=0,004$ ) : le score d'accomplissement personnel est plus élevé chez les médecins qui exercent une fonction universitaire(29).

-Le fait d'avoir une activité ordinaire augmenterait l'épuisement émotionnel ( $p=0,003$ )(32)

Participer à une activité de recherche en plus de son activité clinique permet un accomplissement personnel élevé ( $p<0.02$ )(23).

-Participer à des groupes Balint en plus de son activité clinique permet de s'accomplir significativement mieux sur le plan personnel et d'être moins exposé au risque de burnout ( $p<0.05$ )(23).

#### **Organisation et lieu de pratique :**

-Le fait d'être informatisé réduirait significativement l'épuisement émotionnel (OR 0,4 IC(0,21-0,73)(19).

-Le fait de travailler seul en analyse multi variée est plus à risque de burnout OR23,9(1,2-5,3), augmenterait le risque d'épuisement émotionnel ( $p=0,006$ ) et diminuerait l'accomplissement personnel ( $p=0,02$ ).(32).

En allant dans le même sens une étude retrouve qu'être en association augmente l'accomplissement personnel (31).

-Le fait de ne pas avoir de secrétariat favorisait le burnout en multi variée OR2 (1-4,3) et augmenterait l'épuisement émotionnel ( $p=0,001$ )(32).

#### **Aspect financier :**

-Le fait de ne pas être satisfait de ses revenus augmente l'épuisement émotionnel et diminue l'accomplissement personnel ( $p < 10^{-4}$ ),(21)

#### **Problèmes judiciaires :**

-Le fait d'avoir été confronté à des contentieux avec la justice augmente le risque de DP (OR=1,61 [1,02-2,54])(3).

-Selon un sondage, 77% des médecins généralistes estiment que l'augmentation du risque juridique favoriserait le burnout.(27)

#### **Contraintes administratives :**

-95% des médecins interrogés dans une thèse estiment que l'excès de paperasserie favoriserait le burnout (27).

-Le fait de trouver les tâches administratives, la paperasse excessive et avoir des difficultés avec les caisses d'assurance maladie favorisent l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation ( $p < 10^{-4}$ ), (21)

#### **Temps consacré aux loisirs :**

-Avoir une activité sportive supérieure à deux fois par semaine est associé à un risque moindre de burnout (OR 0,2 IC(0,08-0,49))(19).

-Plus largement la pratique régulière de loisirs est inversement proportionnelle à l'épuisement émotionnel ( $p=0,017$ )(20), favoriserait un épuisement émotionnel bas (OR=3,2)(30) et une dépersonnalisation basse (OR 2,2)(30).

-En multi variée, ne pas avoir d'activité de loisir augmenterait le risque de burnout OR 3,9 (1,7-9), favoriserait l'épuisement émotionnel ( $p=0,0005$ ) et diminuerait l'accomplissement personnel ( $p=0,04$ )(32).

-Le fait de prendre deux semaines ou moins de vacances augmenterait la dépersonnalisation ( $p=0,02$ )(32).

-A la question « vous sentez menacé par le burnout », les médecins répondant « oui » avaient tendance à prendre moins de cinq semaines de vacances par an ( $p=0,046$ ), et à avoir moins de quatre heures à consacrer par semaine à leur activité de loisir ( $p=0,008$ )(27).

#### **Nombre d'heure de sommeil**

Le nombre d'heures de sommeil est corrélé négativement avec le score d'épuisement émotionnel ( $p=0,01$ ) : les médecins qui dorment moins ont donc un score plus élevé d'épuisement émotionnel.(29)

**Tableau 4 : récapitulatif des facteurs de risque : les facteurs individuels**

les facteurs individuels	lien avec EE élevé	lien avec DP élevé	lien avec AP bas	lien avec EE bas	lien avec DP bas	lien avec AP haut	résultats concordant à toutes les études
le sexe	être un homme ou être une femme	être un homme					non
âges et années travaillées	âge et ancienneté, milieu de carrière	âge et ancienneté	âge et ancienneté				non
le statut marital	être seul		être en couple	conjoint non médical			non
le nombre d'enfant			2 ou 3 enfants			avoir un enfant	non
état de santé	pathologie chronique, ATCDTS psychiatriques, dépression, évoquer suicide	dépression					oui
consommation d'alcool	oui	oui					oui
prise médicamenteuse	oui	oui					oui
désir de reconversion	oui	oui	oui				oui
personnalité, orientation de carrière	égoïste, carriériste	égoïste, carriériste	réussite sociale			artisan, militant	oui

**Tableau 5 : récapitulatif des facteurs de risque : les facteurs intrinsèques**

les facteurs intrinsèques	lien avec EE élevé	lien avec DP élevé	lien avec AP bas	lien avec EE bas	lien avec DP bas	lien avec AP haut	résultats concordant à toutes les études
<b>Relation avec les patients</b>	demande irréalistes, -Remise en cause des connaissances et de l'autorité, -Examen ou traitement demandé qui semblent injustifiés. -Demande excessive (arrêt de travail, visites injustifiées, demande de justification lorsqu'on ne répond pas aux demandes des patients), -Ordonnance téléphonique, -Manque de coopération des patients dans leur prise en charge, -L'agressivité des patients et de leur entourage, -Non reconnaissance, -Cas complexe, -Patient non compliants		cas complexe, le sentiment de manquer de temps pour le soutien psychologique et l'éducation des patients, patient non compliants	sentiment d'équité dans la relation médecin malade	être empathique		oui
<b>incertitudes des soins</b>		Se faire du souci à propos des plaintes et demande de patients	- L'impression d'anxiété au travail	L'impression de bien gérer son travail			oui
<b>relations avec ses confrères</b>	-Avoir des difficultés afin d'hospitaliser des patients, -Le sentiment de manquer de communication avec les différents intervenants (spécialistes, hôpitaux, infirmières, Les conflits avec les collègues		Savoir trouver de l'aide chez ses confrères	Savoir trouver de l'aide chez ses confrères	Savoir trouver de l'aide chez ses confrères	-satisfait des relations avec ses confrères, -Trouver de l'aide chez ses confrères	oui
<b>la charge de travail qualitative</b>	-Le sentiment d'avoir trop de travail et du coup de ne pas faire les choses, -Engager de fortes exigences mentales convenablement, ou de passer rapidement à des malades, des pathologies ou des situations différentes		Le sentiment d'avoir trop de travail et du coup de ne pas faire les choses convenablement, ou de passer rapidement à des malades, des pathologies ou des situations différentes			La forte latitude décisionnelle	oui
<b>satisfaction vis à vis du travail</b>				Le sentiment d'efficacité dans la prise en charge des patients	Le sentiment d'efficacité dans la prise en charge des patients, Se sentir bien préparé dans la prise en charge des patients	Le sentiment d'efficacité dans la prise en charge des patients, Se sentir assez souvent ou très souvent bien préparé dans la prise en charge des patients	oui

**Tableau 6 : récapitulatif des facteurs de risque : les facteurs extrinsèques**

les facteurs extrinsèques	lien avec EE élevé	lien avec DP élevé	lien avec AP bas	lien avec EE bas	lien avec DP bas	lien avec AP haut	résultats concordant à toutes les études
la charge de travail	L'amplitude horaire quotidienne,-Travailler plus de neuf demi journées par semaine						oui
	-Le volume horaire hebdomadaire, -Travailler plus de 60h/s, -Le nombre de patients par semaine, -Faire plus de trente actes par jour						
nombre de garde	Ne jamais faire de garde						Une seule étude
zone de densité médicale	Travailler dans une zone de faible densité médicale	travailler en milieu rural					non
déséquilibre vie privée/professionnelle	Gérer des conflits entre la famille et le travail						oui
	Le sentiment que le travail détériore les relations amicales ou familiales				Le soutien moral et effectif des proches		
formation continue et travail universitaire	activité ordinale					exercer une fonction universitaire, Participer à une activité de recherche, Participer à des groupes Balint	non
organisation et lieu de pratique	travailler seul, pas avoir de secrétariat		travailler seul	d'être informatisé		être en association	non
aspect financier	ne peux pas être satisfait de ses revenus		ne peux pas être satisfait de ses revenus				oui
problèmes judiciaires		oui					oui
contraintes administratives	les tâches administratives, la paperasse excessive et avoir des difficultés avec les caisses d'assurance maladie						oui
temps consacré aux loisirs	pas d'activité de loisir				Avoir une activité sportive supérieure à deux fois par semaine		oui
nombres d'heure de sommeil	nombre d'heures de sommeil						oui
vacances		moins de deux semaines					oui

## 2) Tableau 7 : Les résultats des études qualitatives :

	Etude qualitative : construction d'une intervention pour diminuer l'épuisement professionnel des médecins généralistes (36)	Etude qualitative des facteurs de risque et de protection du syndrome d'épuisement professionnel ou burnout syndrome chez douze médecins (37)	Etude qualitative : facteurs d'épuisement professionnel en maison de santé pluri professionnelle(38)
<b>population</b>	15 médecins interrogés, 11H, 4F,	population : 9H, 3F	17 généralistes, 4F ,13H.
<b>type de médecins</b>	passionnés, investis et idéalistes, mais déçu avec perte d'idéal et une vision pessimiste pour le futur, 13 se sentaient épuisés		2 EE élevés, 1 DP élevée, 1 AP bas
<b>sentiment sur leur travail</b>		tous insatisfait de leur rémunération, la moitié trouve que le travail a une influence néfaste sur leur santé et le contrôle de leur vie, mais majorité à plaisir à travailler et joie dans leur vie. Deux ont un désir de reconversion.	
<b>le burnout pour eux</b>	« inéluctable », insidieux, avec une prise de conscience difficile, débute par une forme de désorganisation et explose par un facteur déclenchant de plus ou une accumulation sur une courte période (blâme ordre, problème de santé, contrôle assurance maladie, agression, procès)		
<b>les symptômes</b>	épuisement, agacement, irritabilité, angoisse, syndrome dépressif		
<b>les causes : patients</b>	exigeant, égoïste et irrespectueux, impatient, méfiant	charge émotionnelle importante pour la majorité médecins avec difficulté à exprimer leurs émotions	
<b>les causes : la profession</b>	La formation inadaptée, évolution rapide et constante de la médecine, l'isolement, rythme soutenu	Charge de travail quantitative : importante pour la majorité (plus de 25 à 50), Charge intellectuelle : importante voire trop pour majorité des médecins	-Difficulté des structures °Au niveau Professionnel : horaires pires, charge de travail inchangée ou augmenté, °Difficultés financières : cout immobilier, importance frais fonctionnement, °Travail en équipe : humeur, personnalité, peur de déléguer. Difficultés évoquées sans lien avec la structure : travailler seul, pas de secrétariat, responsabilité personnelle, hyper investissement, peur de l'erreur, mauvaise image du métier, mauvaise couverture sociale.
<b>les causes : l'institution</b>	la lourdeur des tâches administratives, la responsabilité, la charge imposée, le manque de soutien du conseil de l'ordre, le décalage avec les institutions (sécurité sociale), pouvoirs publics, une mauvaise protection sociale, la pénurie des médecins, risque de procès, le manque de reconnaissance sociale et financière.	une charge de travail administrative de plus en plus importante	charges administratives manque de formation de gestion.
<b>les conséquences</b>	Idées suicidaires, conséquences néfastes familiales (conjoins, enfants) et extra professionnelle, la reconversion, le risque d'erreur, l'altération de la relation médecin/malade moins attractif pour les jeunes.		
<b>les stratégies d'améliorations</b>	De la profession : améliorer et favoriser la formation, assurer la sécurité au sein du cabinet. °Redéfinir et revaloriser la fonction de médecin généraliste au niveau de l'institution : améliorer rapport avec assurance maladie, redéfinir le rôle, les limites, le statut (salarier de la sécu) et la responsabilité du médecin, revaloriser la fonction du médecin généraliste (salaire, formation, média), améliorer la protection sociale. °Amélioration de la relation médecin/patient. °réorganiser le quotidien du médecin : rdv, diminuer nombre d'heure et de consultation, travailler à plusieurs, déléguer les tâches aux secrétaires, développer une hygiène de vie. °une structure d'aide : informer, évaluer, aborder reconversion, proposer activité de loisirs et relaxation, des formations allégées et ciblées, favoriser l'échange entre les pairs MAIS des médecins résignés, septiques, pas conscient du problème, pb de diffusion de l'information.	Certains sont passés en secteur 2 ou temps partiel avec un autre médecin. Logiciel médical et internet permet d'accéder rapidement au dossier et aux médicaments.	Effet protecteur des maisons de santé : le travail en équipe (échange, dynamisme), permanence des soins facilitée, effet positif sur la démographie médicale, tâches administratives facilitées par secrétaires, ambiance de travail, salariat, consacre mieux au travail, facilite formation, meilleure gestion du rythme de travail, accueil étudiant facilité, avantage matériel et technique, améliore comportement patients et la relation thérapeutique en rétablissant distance adapté médecin/patient, permet 20 min consultation., libère du temps perso familial, pour les congés, surveillance confraternelle. -Effet protecteur hors structure : indépendance de la profession, régulation médicale, secrétariat, relation familiale, reconnaissance des patients.

## **V) Discussion**

### **1) Objectif principal**

Cette revue de la littérature a mis en évidence les facteurs associés significativement à un risque plus ou moins élevé de burnout ou d'une de ses composantes.

Ces facteurs de risque sont spécifiques de la profession et la sélection d'études utilisant une échelle spécifique du burnout évite les amalgames possibles entre syndrome épuisement, stress, dépression. De plus toutes ces études ont le même type de population.

Englobés dans les trois champs (facteurs individuels, intrinsèques et extrinsèques) ils font entrevoir des pistes de préventions spécifiques tant au niveau personnel (maintien des compétences, stratégies de coping) que dans l'organisation quotidienne du cabinet (charge horaire, travail en groupe).

### **2) Les limites**

#### **a) Le concept de burnout et le MBI :**

Le burnout ne fait actuellement pas l'objet d'un diagnostic officiel dans les classifications médicales de référence que sont la Classification internationale des maladies (CIM-10) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), et le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-V) de l'Association américaine de psychiatrie. Ainsi il ressort de ces classifications médicales que le burnout ne se caractérise pas par un diagnostic clinique unique et précis, faisant état à la fois de symptômes et de causes bien établis. En revanche, il est défini comme un syndrome : le syndrome d'épuisement professionnel qui regroupe un ensemble de signes cliniques et de symptômes qui apparaissent progressivement chez l'individu, sans pour autant se référer à un élément causal dans sa définition.

Il s'agit d'une entité à part, d'un état complexe multi causal se rapprochant d'un état anxieux ou dépressif se rattachant à la sphère du travail. Sans être une pathologie reconnue, il traduit la conséquence négative d'un stress chronique, une souffrance et ne peut être occulté, mais il est vrai qu'il n'est actuellement pas classé dans la case maladie.

L'échelle MBI n'offre d'ailleurs pas de score diagnostique au burnout. Cette échelle ne sert pas à faire un dépistage de ce symptôme à proprement parler, mais à évaluer le niveau.

Elle reste critiquable sur certains points :

Elle étudie trois variables pour définir le burnout, la positivité d'un seul suffit à définir un niveau d'épuisement professionnel.

La version américaine du MBI présente une consistance interne satisfaisante : tous les alpha de Cronbach sont supérieurs à 0,70 (N = 1 316 sujets américains) :

-Épuisement émotionnel : 0,90

-Déshumanisation : 0,79

-Accomplissement personnel : 0,71.

Les utilisations de la version française du MBI produisent des coefficients alpha de Cronbach satisfaisants pour les échelles d'épuisement émotionnel et d'accomplissement personnel.

En revanche, la fidélité de la version française de l'échelle de déshumanisation est insatisfaisante (alpha de Cronbach inférieur à 0,70 et ce sur plusieurs études), contrairement aux versions anglaise et allemande. Cette discordance semble spécifique à la version française, et il se pourrait que le contexte culturel et sémantique joue un rôle. Deux autres éléments peuvent être avancés pour expliquer cette constatation : un effet de désirabilité sociale (produire des réponses afin de se présenter sous un jour favorable) et le faible nombre d'items de cette échelle (seulement 5 items) (12).

De plus notons que les scores pour le burnout élevé, modéré et bas ont été fixés de façon arbitraire. Lorsque Maslach et Jackson ont dressé ces bornes, elles ont séparé leur échantillon (11.067 personnes) en trois groupes équivalents. Les 33.3% qui avaient les scores les plus élevés représentaient la fourchette du niveau élevé de burnout, les 33.3% suivant, la fourchette du niveau modéré et les 33.3% derniers, la fourchette du niveau bas. Le MBI ne permet donc pas de dire avec certitude à partir de quel score une personne est atteinte de burnout (puisque la classification est arbitraire). Ainsi, l'échelle MBI ne permet pas d'obtenir un score global de burnout, mais donne seulement une évaluation des trois dimensions qui le constituent.

### **b) Les études :**

La difficulté de cette revue de la littérature se situe dans l'absence d'étude avec un niveau de preuve correct (type étude de cohorte). De ce fait aucune relation causale formelle ne peut être clairement établie entre ces différents facteurs et le burnout. Aussi, toute association peut être interprétée de différentes façons : le facteur identifié peut être un facteur de risque de burnout, une cause potentielle de burnout ou encore la résultante d'une situation de burnout. Malgré tout nous avons essayé de mettre en évidence les résultats les plus pertinents.

Elles sont dans le meilleur cas, épidémiologiques, observationnelles. La population est en majorité composée d'hommes.

Les résultats sont analysés pour la plupart en univariée avec trop peu de puissance pour conduire une analyse multivariée.

Le questionnaire accompagnant le MBI n'est jamais exactement le même.

A chaque fois il s'agit d'un questionnaire auto administré (sauf pour les études qualitatives). Le mode de recrutement (envoi par voie postale ou mail) des questionnaires est un biais de sélection. La nature même de l'auto-questionnaire est un biais pour l'étude car c'est un mode de mesure subjectif.

En effet il est possible qu'il y ait une sous estimation de burnout : les médecins ayant un burnout élevé pouvant ne pas répondre par manque d'énergie, de motivation ou par évitement.

Le taux de réponse est fluctuant selon les études.

### **3) Les facteurs associés au burnout :**

#### **a) Le sexe, l'âge et le nombre d'années travaillées, le statut marital, le nombre d'enfants :**

Les résultats discordants entre chaque étude ne nous permettent pas d'émettre d'hypothèses sur les liens entre ces données épidémiologiques et le burnout.

#### **b) L'état de santé, La consommation d'alcool et la prise médicamenteuse :**

Presque toutes les études sont unanimes sur le lien significatif de ces variables avec un haut risque de burnout.

Les maladies sont plus des pathologies mentales qui pourraient soit prédisposer au burnout, soit en être la conséquence.

Alcool et psychotropes pourrait être utilisé pour anesthésier l'individu, qui peut alors mieux supporter la souffrance. Ainsi l'individu exposé à un stress chronique est capable de résister plus longtemps sans essayer de résoudre le problème. Mais lorsque les psychotropes deviennent inefficaces, l'individu peut se retrouver dans un stade de burnout beaucoup plus avancé et finalement ressentir un épuisement émotionnel plus important qu'une personne n'ayant pas consommé de psychotropes et ayant cherché une solution efficace plus tôt.

### **c) Le désir de reconversion, la satisfaction vis à vis de son travail :**

Le désir de reconversion est associé aux trois composantes du burnout est traduit une souffrance profonde pour laquelle poursuivre dans la médecine générale semble une impasse.

A l'opposé, aimer son travail protège de l'épuisement professionnel probablement par le fait de s'accomplir dans la relation médecin malade.

### **d) Le type de personnalité, orientation de carrière :**

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 (39):

*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.

Militant et artisan semblent être protégés du burnout, le métier de médecin généraliste correspondant plus à leur conception et leur finalité du travail.

#### **e) La relation avec les patients :**

Les patients sont des consommateurs de plus en plus actifs : l'accès facilité à l'information médicale et un sens accru de leurs droits font que le rapport de pouvoir dans la relation médecin-malade a changé. La baisse de reconnaissance sociale vis-à-vis du métier de médecin généraliste ainsi que les exigences des patients, déséquilibre la relation attendue.

D'un autre côté la dépersonnalisation des médecins généralistes touchés par le burnout pourrait aussi déséquilibrer cette relation. Moins patient, moins à l'écoute, moins disponible, le médecin épuisé pourrait favoriser ces situations de conflits.

La prise en charge de patients en fin de vie peut enfin aussi constituer un facteur de stress car elle nécessite des connaissances spécifiques, met en jeu des exigences émotionnelles et éthiques (avec des collègues, avec les familles des patients... ) auxquelles les médecins ne savent pas forcément faire face.

#### **f) L'incertitude des soins, la formation continue et les problèmes judiciaires :**

La difficulté de poser un diagnostic et de mettre en place un traitement est omniprésente dans notre métier. La peur de l'erreur médicale, de passer à côté d'une maladie grave dans le flot des consultations est source de stress. A cela s'ajoute l'exigence accrue et le manque de confiance des patients face à la médiatisation de la médecine. Le médecin passe beaucoup de temps à justifier ses diagnostics et traitements auprès du malade et peut se sentir débordé.

L'incompréhension ou les erreurs peuvent aboutir à des contentieux juridiques qui viennent ajouter au burnout.

Le fait de participer à des formations continues est associé à un risque de burnout bas. La FMC permet au médecin de tenir à jour ses connaissances, ce qui peut améliorer la relation avec le patient, lui permettre de mieux soigner et de faire valoir ses connaissances. Elle aide aussi à rompre

l'isolement et peut donc représenter une véritable ressource pour le médecin.

**g) Les relations avec ses confrères :**

Souvent mise en avant dans les cabinets de groupe, si elle est cordiale elle préserve du burnout par le travail d'équipe et le fait de se sentir moins isolé.

Dans le cas contraire elle peut être source de souffrance.

**h) La charge de travail qualitative :**

Elle traduit quasiment un trait de personnalité anxieuse, où le sentiment de ne pas bien faire son travail gêne dans l'accomplissement professionnel. Le toujours « peut mieux faire si ». Peut être le renforcement de la formation au cabinet pourrait apporter un peu plus de sérénité ainsi que des groupes de pair pour partager ce ressenti douloureux.

**i) La charge de travail quantitative, les contraintes administratives, l'aspect financier, organisation et lieu de pratique, le nombre de garde, le nombre d'heure de sommeil :**

La charge de travail est associée à un haut risque de burnout : les horaires, le nombre de patients par jour. A cela s'ajoute le travail moins visible : gestion des comptes, travail administratif (ALD, AT....)

Le fait d'être interrompu dans les tâches (téléphone) ajoute à ce sentiment de poids.

Il se pourrait aussi que les médecins souffrant de burnout augmentent leur charge de travail pour palier leur sentiment d'échec.

Prendre des mesures dans l'organisation de son temps de travail prend alors tout son sens : une secrétaire pour l'administratif, un cabinet informatisé pour simplifier les démarches administratives, un associé pour alléger le temps de travail, une éducation de sa patientèle pour réduire l'amplitude horaire, la mise en place de consultations sur rendez vous...

Pour l'aspect financier, une seule étude met en évidence ce problème.

Il est intéressant de le noter, car même si on ne le retrouve pas dans les autres études il semble pourtant difficile de ne pas y voir un lien.

En effet la charge de travail est proportionnelle au salaire, et il est possible qu'à certain moment de sa vie (achat d'un cabinet, d'une maison, enfants à

charge) le médecin ressent une certaine pression financière le poussant à augmenter sa charge de travail.

Enfin un mot sur le nombre de gardes. Une étude retrouve un lien entre absence de gardes et burnout. Peut être permettraient elles de diversifier son activité ou de redonner son sens à la relation médecin-malade puisque le médecin est valorisé du fait de sa disponibilité ?

#### **j) La zone de densité médicale,**

Ce résultat pris isolément est difficile à interpréter. Il est possible que les médecins dans ces sites ruraux se sentent isolés ou travaillent dans des conditions d'organisations qui ne sont pas en adéquation avec une pratique épanouissante (seul, sans rendez vous, sans secrétaire, beaucoup de garde) ?

#### **k) Le déséquilibre vie privée/professionnelle, le temps consacré aux loisirs, le temps de vacances :**

Les médecins généralistes qui estiment consacrer assez de temps à leurs proches (famille, conjoint, enfants, amis) sont plus accomplis dans leur travail et ceux qui estiment le contraire ont un épuisement émotionnel plus élevé.

Les proches peuvent constituer une ressource pour le médecin et ainsi diminuer son épuisement émotionnel. Les proches peuvent aussi valoriser le travail du médecin et ainsi augmenter son accomplissement personnel. Consacrer du temps aux siens semble donc être un facteur protecteur du burnout. De plus, le médecin atteint de burnout a tendance à s'acharner au travail et à s'isoler, donc à passer encore moins de temps avec son entourage, et ainsi s'inscrire dans un cercle vicieux.

## VI) Conclusion

Cette revue de la littérature du burnout en médecine générale a pu mettre en évidence des facteurs associés à l'épuisement professionnel. Ils sont nombreux et les résultats entre les études sont parfois discordants, montrant que le burnout est un processus multifactoriel mêlant facteurs organisationnels et personnels. Même si les études sont de faible puissance et parfois discordantes entre elle, cela permet de dégager des pistes sur lesquelles agir.

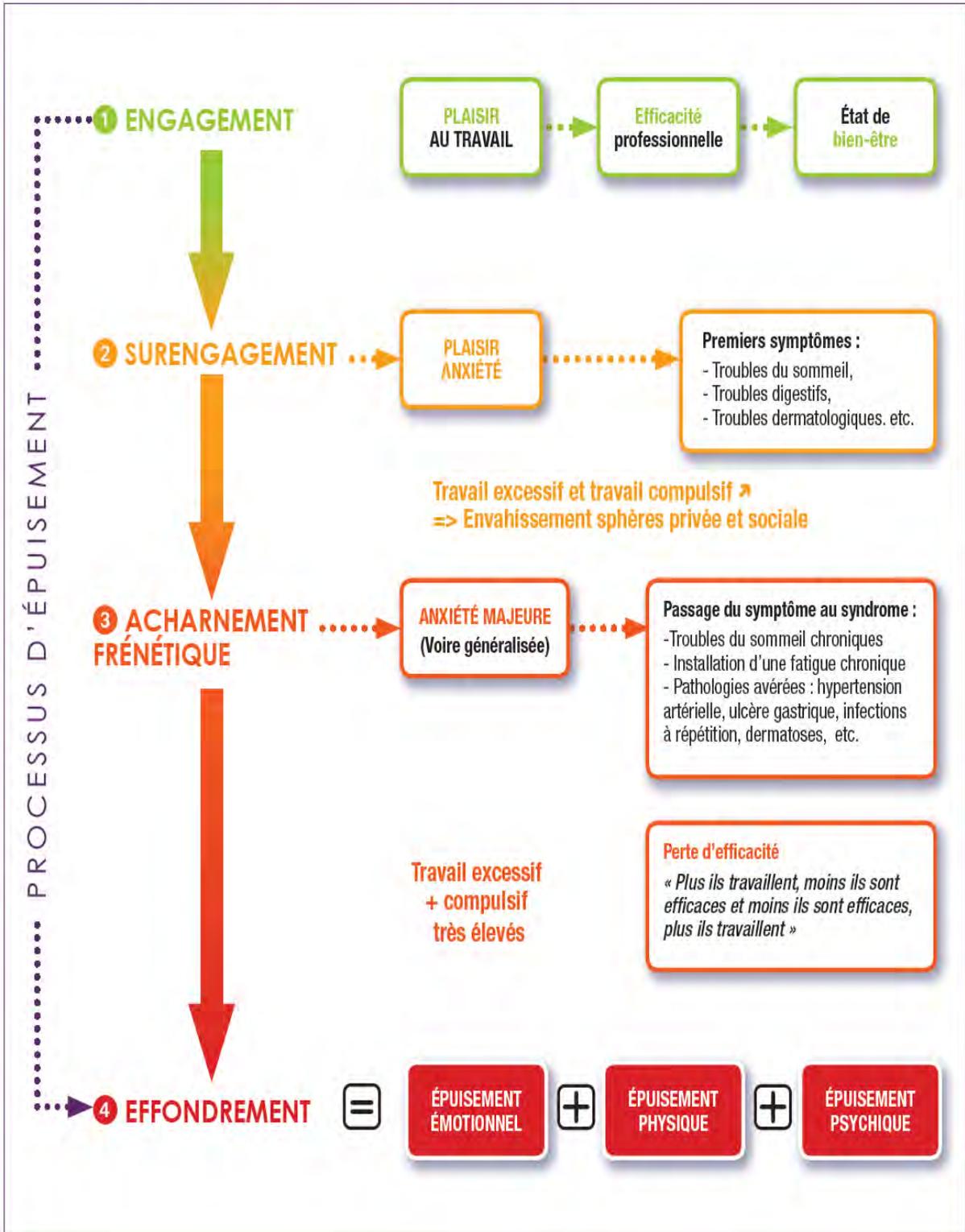
Même s'il est difficile de le mettre en évidence, il semble cependant que toutes les mesures « matérielles » telles que un secrétariat, un cabinet sur rendez-vous, le travail en collaboration aident à prévenir du burnout en améliorant les conditions et la charge de travail.

Pour autant elles ne sont pas la panacée. Le médecin semble souffrir d'un mal plus insidieux et plus difficile à assumer. L'idéalisation de son métier et la confrontation avec la réalité peuvent le décevoir et l'engager vers l'épuisement.

Une étude récente sur la population active française a proposé une définition plus clinique du burnout en introduisant cette notion de surinvestissement au premier plan. Elle complète les définitions historiques du burnout en ajoutant une notion de temporalité dans le processus et des signes cliniques.(40)

Surtout elle montre clairement la nécessité de remettre en question son investissement dans le travail, en différenciant engagement dans le travail et acharnement dans celui-ci.

## SCHÉMA DES DIFFÉRENTES PHASES DU SYNDROME D'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL



Lorsque cet épuisement survient, une prise en charge précoce et pluridisciplinaire est nécessaire. Il semble difficile pour les médecins généralistes d'identifier leur souffrance, et de demander de l'aide. De la position d'aidant, il passe à celle d'aidé.

Il est alors primordial de trouver une écoute, notamment auprès de ses pairs. Les groupes de discussion peuvent jouer un rôle majeur dans la prise en charge de l'épuisement professionnel tant en prévention primaire que secondaire.

Une revue de la littérature montre une efficacité sur le burnout lorsque la prise en charge combinée organisationnelle et psychologique est faite. (41)

Des associations telles que l'association MOTS à Toulouse propose une aide lorsque le médecin se sent dépasser en faisant le point et en réalisant un audit professionnel, confidentiel et indépendant.

Ils proposent une aide dans les cas suivants :

- « Vous êtes un jeune médecin en cours d'installation et ne savez pas comment organiser votre activité.
- Vous êtes installé depuis longtemps mais n'avez plus de ressort et d'envie professionnelle ; votre métier, vous l'aimez, mais vous en avez ras le bol ...
- Vous êtes perdus dans votre exercice professionnel et ne savez pas comment orienter votre carrière.
- Vos responsabilités vous pèsent et vous envisagez d'arrêter ou de transformer votre activité professionnelle, mais ne savez pas comment vous y prendre.
- Vous êtes en conflit avec vos associés, votre entourage ou votre hiérarchie, mais ne savez pas comment résoudre discrètement cette situation qui vous mine.
- Vous vous savez addict au travail, à l'alcool, à une drogue..., et vous voulez mais ne savez pas comment vous en sortir.
- Vous croulez sous les problèmes administratifs ou financiers qui vous empêchent d'être serein face à vos patients.
- Vous pensez assumer vos difficultés professionnelles, mais vous n'assumez que la politique de l'autruche et vous le savez bien au fond de vous-même... »

Ils orientent ensuite le médecin en fonction de leur constat.

Ce type d'aide semble indispensable mais se situe dans la prévention secondaire.

Il serait intéressant de réaliser cet audit, en le proposant aux jeunes médecins, pour identifier les facteurs de risques, et proposer des stratégies d'évitement et d'adaptation, en prévention primaire.

Cela d'autant plus que les internes ne sont pas épargnés par ce syndrome. Une thèse réalisée en 2011 au niveau national note que les Internes de Médecine Générale (IMG) sont déjà victimes d'épuisement professionnel. 16% des IMG interrogés étaient en épuisement émotionnel, 33,8% avaient un score de dépersonnalisation élevé, et 38.9% un score d'accomplissement personnel bas.

Toulouse, le 29/08/2016

Vu permis d'imprimer  
Le Doyen de la Faculté  
de Médecine Purpan  
D. CARRIÈ



29/7/2016

Vu le Président  
du Jury

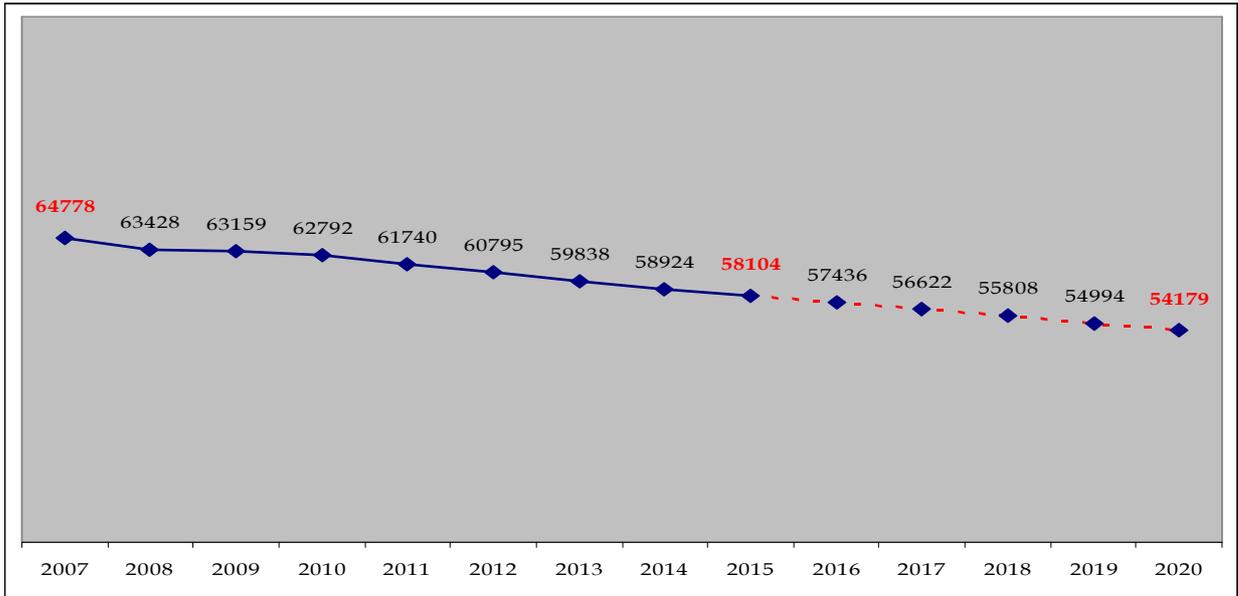


Docteur Pierre MESTHE  
R. J. J. des Forges  
05000 TARBES  
Tél. 09 48 66 4 00 1 25 1 01

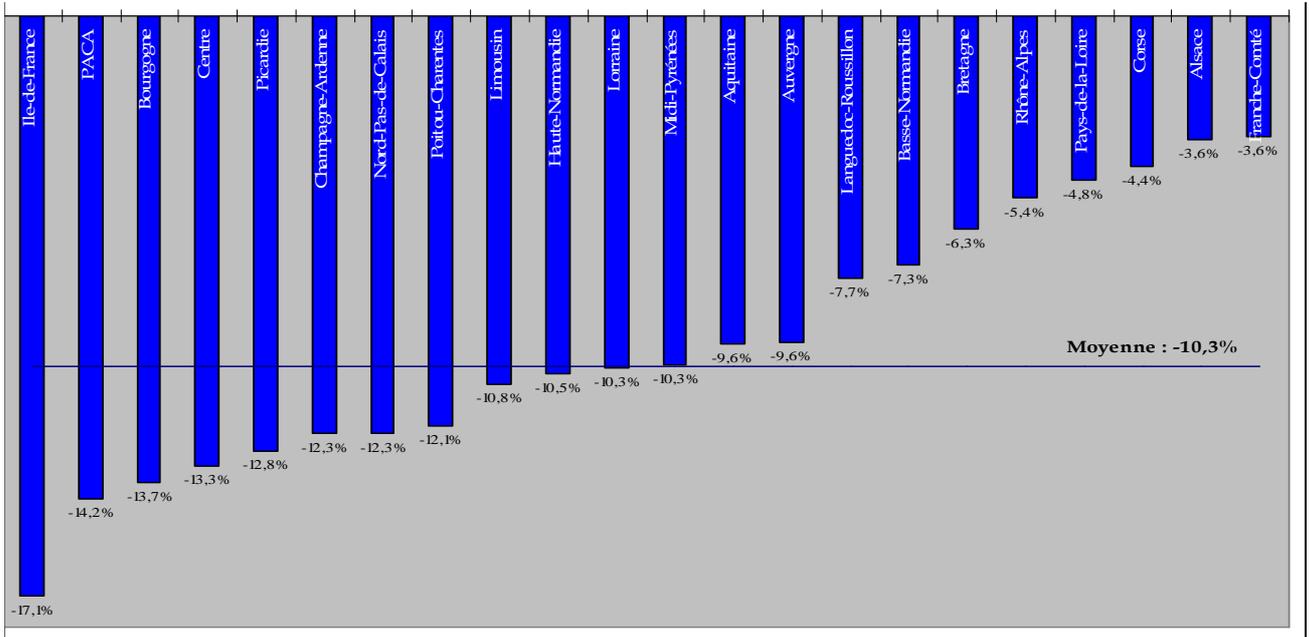
## VII) Annexes

	CODE DEPT	Femmes effectifs	Hommes effectifs	Total effectifs	Départements	CODE DEPT	Femmes effectifs	Hommes effectifs	Total effectifs
Bas Rhin	67	396	756	1152	Meurthe et Moselle	54	244	459	703
Haut Rhin	68	221	431	652	Meuse	55	39	106	145
<b>Alsace</b>	<b>42</b>	<b>617</b>	<b>1187</b>	<b>1804</b>	Moselle	57	263	621	884
Dordogne	24	102	242	344	Vosges	88	100	213	313
Gironde	33	602	1027	1629	<b>Lorraine</b>	<b>41</b>	<b>646</b>	<b>1399</b>	<b>2045</b>
Landes	40	150	267	417	Ariège	09	45	101	146
Lot et Garonne	47	62	185	247	Aveyron	12	78	144	222
Pyrénées Atlantiques	64	237	472	709	Gers	32	73	106	179
<b>Aquitaine</b>	<b>72</b>	<b>1153</b>	<b>2193</b>	<b>3346</b>	Haute Garonne	31	576	786	1362
Allier	03	121	176	297	Hautes Pyrénées	65	64	184	248
Cantal	15	41	95	136	Lot	46	56	116	172
Haute Loire	43	73	120	193	Tarn	81	129	223	352
Puy-de-Dôme	63	261	338	599	Tarn et Garonne	82	67	136	203
<b>Auvergne</b>	<b>83</b>	<b>496</b>	<b>729</b>	<b>1225</b>	<b>Midi-Pyrénées</b>	<b>73</b>	<b>1088</b>	<b>1796</b>	<b>2884</b>
Calvados	14	217	413	630	Nord	59	705	1750	2455
Manche	50	131	250	381	Pas-de-Calais	62	316	935	1251
Orne	61	66	137	203	<b>Nord-Pas-de-Calais</b>	<b>31</b>	<b>1021</b>	<b>2685</b>	<b>3706</b>
<b>Basse-Normandie</b>	<b>25</b>	<b>414</b>	<b>800</b>	<b>1214</b>	Loire Atlantique	44	539	722	1261
Côte d'Or	21	190	312	502	Maine et Loire	49	293	455	748
Nièvre	58	41	116	157	Mayenne	53	68	144	212
Saône et Loire	71	157	276	433	Sarthe	72	113	270	383
Yonne	89	75	165	240	Vendée	85	186	311	497
<b>Bourgogne</b>	<b>26</b>	<b>463</b>	<b>869</b>	<b>1332</b>	<b>Pays-de-la-Loire</b>	<b>52</b>	<b>1199</b>	<b>1902</b>	<b>3101</b>
Côtes d'Armor	22	161	321	482	Aisne	02	105	284	389
Finistère	29	330	533	863	Oise	60	199	347	546
Ille et Vilaine	35	374	535	909	Somme	80	196	359	555
Morbihan	56	262	402	664	<b>Picardie</b>	<b>22</b>	<b>500</b>	<b>990</b>	<b>1490</b>
<b>Bretagne</b>	<b>53</b>	<b>1127</b>	<b>1791</b>	<b>2918</b>	Charente	16	94	194	288
Cher	18	61	149	210	Charente Maritime	17	229	432	661
Eure et Loir	28	89	188	277	Deux-Sèvres	79	99	181	280
Indre	36	50	113	163	Vienne	86	159	246	405
Indre et Loire	37	195	374	569	<b>Poitou-Charentes</b>	<b>54</b>	<b>581</b>	<b>1053</b>	<b>1634</b>
Loir et Cher	41	92	158	250	Alpes Maritimes	06	421	787	1208
Loiret	45	160	299	459	Alpes-Hte-Provence	04	60	122	182
<b>Centre</b>	<b>24</b>	<b>647</b>	<b>1281</b>	<b>1928</b>	Bouches du Rhône	13	831	1401	2232
Ardennes	08	57	184	241	Hautes-Alpes	05	61	94	155
Aube	10	71	154	225	Var	83	313	743	1056
Haute-Marne	52	43	101	144	Vaucluse	84	177	338	515
Marne	51	183	328	511	<b>Provence-Alpes Côte d'Azur</b>	<b>93</b>	<b>1863</b>	<b>3485</b>	<b>5348</b>
<b>Champagne-Ardenne</b>	<b>21</b>	<b>354</b>	<b>767</b>	<b>1121</b>	Ain	01	151	269	420
Corse du Sud	2A	33	113	146	Ardèche	07	90	183	273
Haute Corse	2B	37	118	155	Drôme	26	151	283	434
<b>Corse</b>	<b>94</b>	<b>70</b>	<b>231</b>	<b>301</b>	Haute Savoie	74	273	424	697
Doubs	25	203	353	556	Isère	38	492	638	1130
Haute-Saône	70	65	142	207	Loire	42	280	396	676
Jura	39	85	149	234	Rhône	69	689	940	1629
Territoire de Belfort	90	44	72	116	Savoie	73	195	263	458
<b>Franche-Comté</b>	<b>43</b>	<b>397</b>	<b>716</b>	<b>1113</b>	<b>Rhône-Alpes</b>	<b>82</b>	<b>2321</b>	<b>3396</b>	<b>5717</b>
Eure	27	142	281	423	<b>France métropolitaine</b>		<b>20353</b>	<b>35879</b>	<b>56232</b>
Seine Maritime	76	406	691	1097	Guadeloupe	971	102	212	314
<b>Haute-Normandie</b>	<b>23</b>	<b>548</b>	<b>972</b>	<b>1520</b>	Guyane	973	32	74	106
Essonne	91	354	500	854	Martinique	972	112	168	280
Hauts de Seine	92	481	670	1151	Mayotte	976	1	17	18
Seine et Marne	77	338	591	929	Réunion	974	242	558	800
Seine Saint Denis	93	302	636	938	<b>DOM</b>		<b>489</b>	<b>1029</b>	<b>1518</b>
Val d'Oise	95	301	511	812	Pacifique Sud	PS	33	124	157
Val de Marne	94	342	554	896	Polynésie Française	PF	27	90	117
Ville de Paris	75	883	1262	2145	Saint-Pierre-et-Miquelon	PM	0	1	1
Yvelines	78	424	615	1039	Wallis-et-Futuna		0	0	0
<b>Ile-de-France</b>	<b>11</b>	<b>3425</b>	<b>5339</b>	<b>8764</b>	<b>COM</b>		<b>60</b>	<b>215</b>	<b>275</b>
Aude	11	100	240	340	<b>DOM/COM</b>		<b>549</b>	<b>1244</b>	<b>1793</b>
Gard	30	272	444	716	<b>Total Métropole+Dom+Com</b>		<b>20902</b>	<b>37123</b>	<b>58025</b>
Hérault	34	564	703	1267	Liste Spéciale	99	33	46	79
Lozère	48	22	34	56	<b>Total Général</b>		<b>20935</b>	<b>37169</b>	<b>58104</b>
Pyrénées Orientales	66	183	377	560					
<b>Languedoc-Roussillon</b>	<b>91</b>	<b>1141</b>	<b>1798</b>	<b>2939</b>					
Corrèze	19	69	161	230					
Creuse	23	33	76	109					
Haute Vienne	87	180	263	443					
<b>Limousin</b>	<b>74</b>	<b>282</b>	<b>500</b>	<b>782</b>					

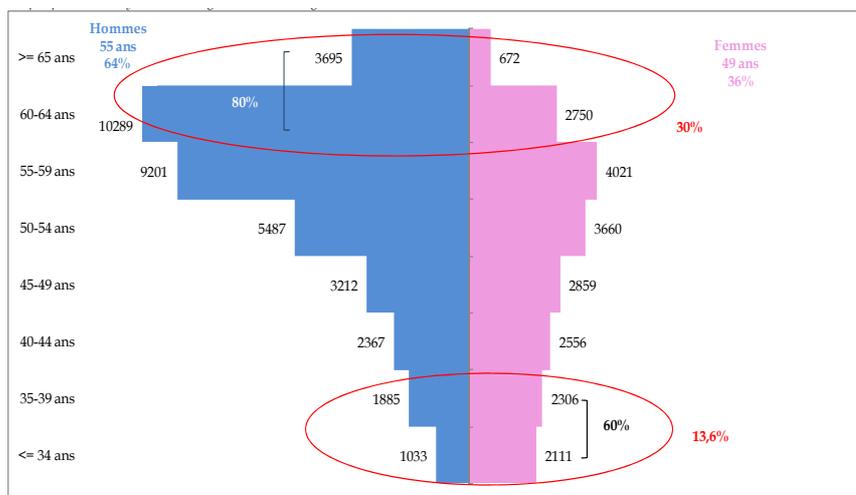
### Annexe 1 : recensement des médecins généralistes en activité en 2015



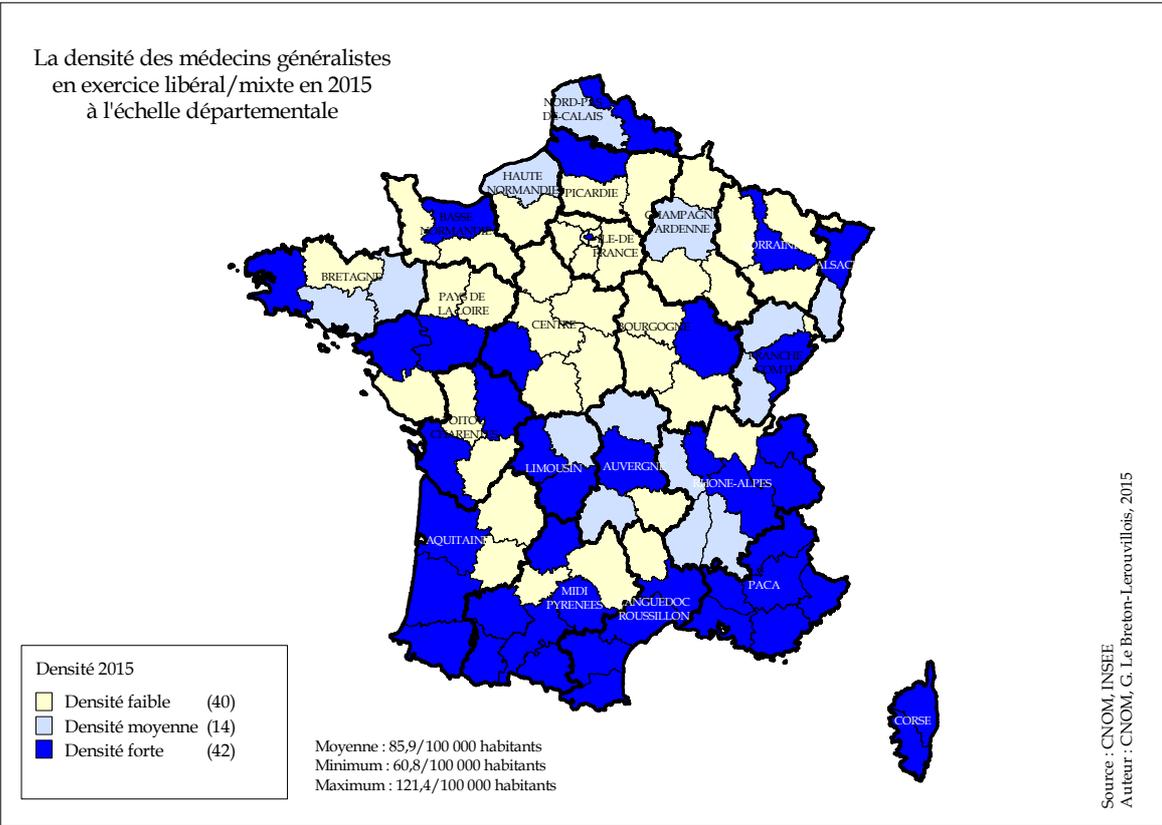
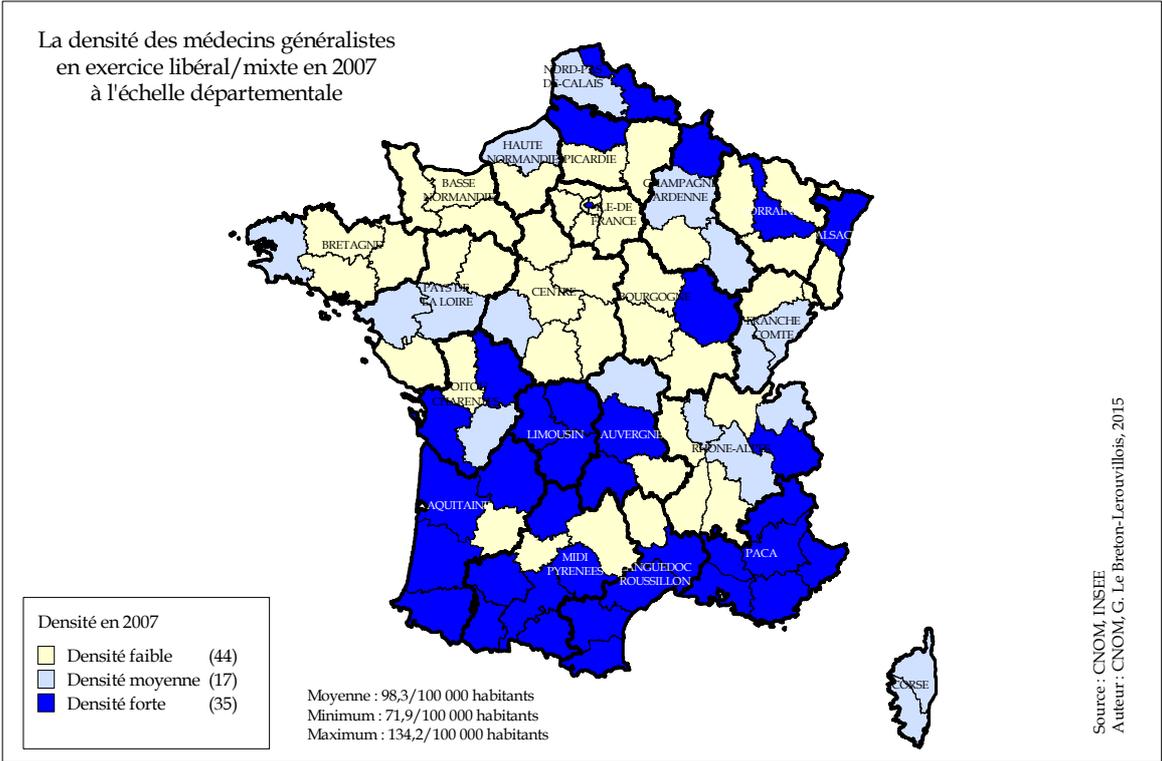
**Annexe 2 : prévision du nombre de médecins généralistes en activité à l'horizon 2020**



**Annexe 3 : diminution du nombre de médecins généralistes par région de 2007 à 2015**



**Annexe 4 : pyramide des âges des médecins généralistes en 2015**



**Annexe 5 : évolution de la densité des médecins généralistes à l'échelle départementale entre 2007 et 2015**

Annexe 6 : les « missions » du médecin généraliste décrites dans le code de la santé publique (article L4130-1) :

1° Contribuer à l'offre de soins ambulatoire, en assurant pour ses patients la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé. Cette mission peut s'exercer dans les établissements de santé ou médico-sociaux.

2° Orienter ses patients, selon leurs besoins, dans le système de soins et le secteur médico-social ;

3° S'assurer de la coordination des soins nécessaire à ses patients ;

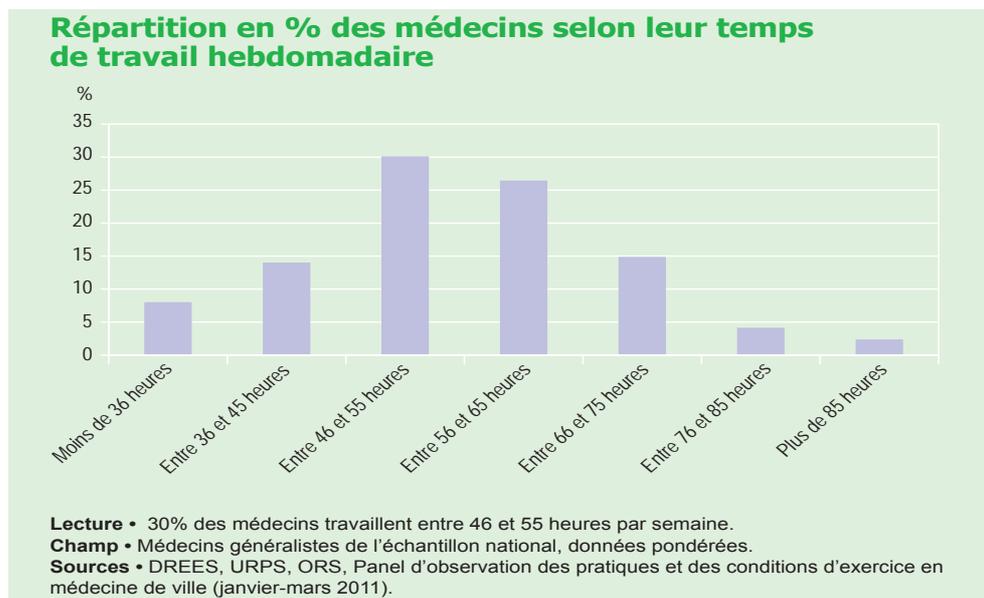
4° Veiller à l'application individualisée des protocoles et recommandations pour les affections nécessitant des soins prolongés et contribuer au suivi des maladies chroniques, en coopération avec les autres professionnels qui participent à la prise en charge du patient ;

5° S'assurer de la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé ;

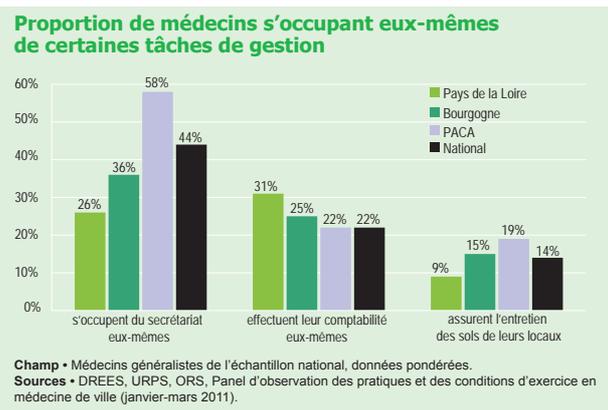
6° Contribuer aux actions de prévention et de dépistage ;

7° Participer à la mission de service public de permanence des soins dans les conditions fixées à l'article L. 6314-1 ;

8° Contribuer à l'accueil et à la formation des stagiaires de deuxième et troisième cycles d'études médicales.



**Annexe 7 : Figure 1 : répartition en % des médecins selon leur temps de travail hebdomadaire**



## Annexe 8 : proportion de médecins s'occupant eux-mêmes de certaines tâches de gestion

**Tâches assurées par le secrétariat**

Proportion de médecins, disposant d'un secrétariat, déclarant que celui-ci...	
Assure la prise de rendez-vous d'examens pour les patients	75%
Joint des professionnels ou organismes, à la demande d'un médecin du cabinet	72%
Délivre des conseils aux patients	40%
Frappe de courriers	36%
Assure la comptabilité de recettes et les écritures comptables	33%
Proportion de médecins, disposant d'un secrétariat au sein du cabinet, déclarant que celui-ci assure...	
L'archivage des éléments de dossiers	92%
Le suivi des quantités de consommables et passage des commandes	81%
L'encaissement des règlements des consultations	14%
Le pesage, toisage des patients	4%

**Champ** • Médecins généralistes de l'échantillon national, données pondérées.  
**Sources** • DREES, URPS, ORS, Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine de ville (janvier-mars 2011).

## Annexe 9 : tâches assurées par le secrétariat dans un cabinet de médecines générales

### Activités de soins, de coordination ou d'expertise exercées par les médecins généralistes en dehors de leur cabinet

Proportion de médecins généralistes déclarant avoir des activités professionnelles en dehors de leur cabinet	
Ensemble des activités de soins, de coordination ou d'expertise	30%
<i>dont...</i>	
Activités en établissement de santé	14 %
Médecin coordonnateur en maison de retraite	8 %
Crèches	4 %
Etablissement pour personnes handicapées	2 %
Expert (permis de conduire...) ou méd. conseil en entreprise	1,5 %
Pompiers, police, armée	1,5 %
Associations, associations humanitaires	1,5 %
Consultations auprès de population en situation précaire	1 %
Consultation de PMI	1 %
En CDAG, centre vaccination, centre d'examen de santé, centre IVG, centre de planification	<1 %
Consultation de santé scolaire	<1 %
Associations sportives	<1 %
<i>Autres</i>	<1 %

**Champ** • Médecins généralistes de l'échantillon national, données pondérées.  
**Sources** • DREES, URPS, ORS, Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine de ville (janvier-mars 2011).

### Répartition des médecins généralistes selon leurs activités professionnelles en dehors du cabinet (en %)



\* Parmi les trois suivantes : « PDS », « Activités de soins, de coordination ou d'expertise », « Activités auprès d'organismes professionnels ».  
**Champ** • Médecins généralistes de l'échantillon national, données pondérées.  
**Sources** • DREES, URPS, ORS, Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine de ville (janvier-mars 2011).

## Annexe 10 : répartition de l'activité des médecins généralistes en dehors de leur cabinet

### Calcul des indices de l'échelle MBI

	<i>Degré de burn out</i>		
	<b>bas</b>	<b>modéré</b>	<b>élevé</b>
<b>Epuisement émotionnel</b> questions : 1.2.3.6.8.13.14.16.20	total < 17	total 18-29	total > 30
<b>Dépersonnalisation</b> questions : 5.10.11.15.22.	total < 5	total 6-11	total > 12
<b>Accomplissement personnel</b> questions : 4.7.9.12.17.18.19.21.	total > 40	total 34-39	total < 36

## Annexe 11 : calcul des indices de l'échelle MBI

## EXEMPLE D'ÉCHELLE DE MESURE DU Maslach Burnout Inventory's

**Fonctionnement :** Évaluer les affirmations des tableaux 1, 2 et 3 à l'aide de l'échelle de numérisation des réponses ci-dessous, pour chaque évaluation additionner la valeur de l'échelle au score du tableau, interpréter le score du tableau.

NUMÉRISATION DES RÉPONSES	2. DÉPERSONNALISATION
<p><b>1. ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL</b></p> <p>1 Jamais 2 Quelques fois par an 3 Une fois par mois 4 Quelques fois par mois</p> <p>5 Une fois par semaine 6 Quelques fois par semaine 7 Tous les jours</p> <p>* Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail * Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail * Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail * Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort</p> <p>* Je sens que je craque à cause de mon travail * Je me sens frustré(e) par mon travail * Je sens que je travaille « trop dur » dans mon travail * Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop * Je me sens au bout du rouleau</p>	<p>* Je sens que je m'occupe de certains patients/clients/élèves de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets * Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail * Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement</p> <p>* Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes patients/clients/élèves * J'ai l'impression que mes patients/clients/élèves me rendent responsable de certains de leurs problèmes</p>
INTERPRÉTATION DES SCORES	3. ACCOMPLISSEMENT PERSONNEL
<p>1. Épuisement professionnel</p> <p>CORRECT (0-18)   ATTENTION (18-30)   DANGEREUX (30-36)</p>	<p>* Je peux comprendre facilement ce que mes patients/clients/élèves ressentent * Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes patients/clients/élèves * J'ai l'impression, à travers mon travail, d'avoir une influence positive sur les gens * J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes patients/clients/élèves</p> <p>* Je me sens ragaillard(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes patients/clients/élèves * Je me sens plein(e) d'énergie * J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail * Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement</p>
<p>2. Dépersonnalisation</p> <p>CORRECT (0-6)   ATTENTION (6-12)   DANGEREUX (12-18)</p>	<p>3. Accomplissement personnel</p> <p>DANGEREUX (0-34)   ATTENTION (34-40)   CORRECT (40-46)</p>

### Annexe 12 : exemple d'échelle de mesure du MBI

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

0 = Jamais

1 = Quelques fois par an, au moins 2 = Une fois par mois au moins

3 = Quelques fois par mois

4 = Une fois par semaine

5 = Quelques fois par semaine

6 = Chaque jour

### **Annexe 13 : test d'inventaire du MBI**

## VIII) Bibliographie :

1. BRUNET Sylvie. La prévention des risques psychosociaux. Journaux officiels.2013, 145 pages. Disponible sur <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/134000304-la-prevention-des-risques-psychosociaux>.
2. Pr. DRUAIS Pierre-Louis. Rapport "La place et le rôle de la Médecine générale dans le système de santé". 80 pages 2015 Mars.
3. DUSMENIL H et Al. Épuisement professionnel chez les médecins généralistes de ville : prévalence et déterminants. Santé Publique. 2009 Oct 5;Vol. 21(4):355–64.
4. WINCKLER M. La Maladie de Sachs. P.O.L éditeur, 1998, 668 p.
5. COHIDON C, et Al. Suicide et activité professionnelle en France : premières exploitations de données disponibles. Saint-Maurice (Fra) : Institut de veille sanitaire, avril 2010. 8 p. Disponible sur : [www.invs.sante.fr](http://www.invs.sante.fr)
6. LEOPOLD Yves. Les chiffres du suicide chez les médecins. Rapport au Conseil National Ordre des Médecins ; Octobre 2003.
7. Dictionnaire Erudit de la Langue Française. Larousse édition 2009, page 1927, colonne II.
8. HOBFOLL, STEVAN E. Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. Am Psychol. 1989 Mar;Vol 44(3):513–24.
9. FREUDENBERGER Herbert J., RICHELSON Géraldine. Burnout: The High Cost of High Achievement. 1981;
10. MASLACH C, JACKSON SE. The measurement of experienced burnout. J Organ Behav. 1981 Apr 1;2(2):99–113.
11. AMAMOU B et Al. Haute prévalence du Burnout dans les unités Tunisiennes prenant en charge des patients en fin de vie. Pan Afr Med J [Internet]. 2014 Sep 4 [cited 2016 May 30];19. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4286216/>
12. LANGEVIN V. Risques psychosociaux : outils d'évaluation Maslach Burnout Inventory (MBI). RÉFÉRENCES EN SANTÉ AU TRAVAIL. 2012;
13. UEHATA T. [Karoshi, death by overwork]. Nihon Rinsho Jpn J Clin Med. 2005 Jul;63(7):1249–53.
14. VARNER DF, FOUTCH BK. Depression and burnout symptoms among Air Force family medicine providers. JAAPA Off J Am Acad Physician Assist. 2014 May;27:42–6.
15. BURCOVEANU T. Workaholisme : état des connaissances. Réf En Santé Au Trav. 2014 Sep;(n°139):143–51.
16. Dr BOUET Patrick et Al. ATLAS DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE EN FRANCE. CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS; 2015.
17. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - Article 36. 2009-879 juillet, 2009.
18. JAKOUBOVITCH Steve et Al. Observatoire régional de la santé (ORS) Pays de la Loire. Les emplois du temps des médecins généralistes. DRESS; 2012.
19. ROUSSEAU B, LEMOINE T. Evaluation et interprétation des facteurs protecteurs de l'épuisement professionnel chez les médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais: réalisée sur la base de 1000 questionnaires [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université du droit et de la santé; 2012.

20. EL OUALI S. Etude du burnout, ou syndrome d'épuisement professionnel, chez les médecins généralistes libéraux du Cher [Thèse d'exercice]. [France]: Université François Rabelais (Tours). UFR de médecine; 2006.
21. HUMBERT G. L'épuisement professionnel des médecins généralistes: Impact de la charge de travail, des relations avec les patients et du sentiment de perte de statut [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Franche-Comté. Faculté de médecine et de pharmacie; 2010.
22. TRUCHOT Didier. Rapport burnout des médecins libéraux de Champagne Ardenne rapport de recherche pour l'URML 2002.
23. VAQUIN Clémentine. Prévalence du burnout en médecine générale: enquête nationale auprès de 221 médecins généralistes du réseau sentinelles, [thèse d'exercice], [Faculté de médecine Paris Descartes France ].58 pages.2007.
24. BEGON-BELLET A. Le syndrome d'épuisement professionnel ou burnout des médecins généralistes de la Loire [Thèse d'exercice]. [Saint-Etienne, France]: U.E.R. de médecine; 2003.
25. CATHEBRAS et AL. Épuisement professionnel chez les médecins généralistes.. 2008 Jan 3; Available from: <https://www-em--premium-com.docadis.ups-tlse.fr/article/102123/resultatrecherche/1>.
26. RENZO A, REGNAULT A, être maître de stage universitaire protège t il du Burnout ? [Thèse d'exercice] [Université d'Angers, France]. 2014.
27. Jammes A. Enquête sur l'épuisement professionnel des médecins généralistes libéraux: étude menée auprès de médecins généralistes de la région biterroise [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier I. Faculté de médecine; 2010.
28. MOURIES R L'épuisement professionnel des médecins libéraux : témoignages, analyses et perspectives, rapport d'enquêtes de l'Urml Ile de France.2007
29. Philippon C. Syndrome d'épuisement professionnel (burn-out): étude descriptive et recherche de facteurs associés chez 189 médecins généralistes Rhône-Alpins [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2004.
30. VIAUD H. Etude de la prévalence du syndrome d'épuisement professionnel des médecins généralistes installés en Maine et Loire. [Thèse d'exercice]. [France]: Université d'Angers; 2011.
31. ZETER C. Burnout, conditions de travail et reconversion professionnelle chez les médecins généralistes de la région Poitou-Charentes. 2004.
32. ROMERO-VIDAL E. L'épuisement professionnel: l'évaluer et le comprendre par une étude épidémiologique auprès des médecins généralistes héraultais [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier I. Faculté de médecine; 2010.
33. TRUCHOT D. Le burn-out des médecins généralistes : influence de l'iniquité perçue et de l'orientation communautaire. Ann Médico-Psychol Rev Psychiatr. 2009 Aug; 167 :422–8.
34. LAMOTHE M et Al. To be or not to be empathic: the combined role of empathic concern and perspective taking in understanding burnout in general practice. BMC Fam Pract. 2014;15:15.
35. TRUCHOT D, RONCARI N, BANTEGNIE D. Burnout, compliance du patient et retrait psychologique chez les médecins généralistes : une étude exploratoire. L'Encéphale. 2011 Feb;37(1):48–53.
36. TSOPRA TAHIRALY R. Construction d'une intervention pour diminuer l'épuisement professionnel des médecins généralistes [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine; 2012.

37. DESBAT O. Etude qualitative des facteurs de risque et de protection du syndrome d'épuisement professionnel ou burn-out syndrom chez douze médecins généralistes installés [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2010.
38. DIDIER F. Facteurs protecteurs de l'épuisement professionnel en maison de santé pluriprofessionnelle: enquête auprès de dix-sept médecins généralistes par entretiens semi-directifs [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Poitiers; 2013.
39. BURKE RJ, GREENGLASS ER. A longitudinal examination of the Cherniss model of psychological burnout. . Soc Sci Med. 1995 May;
40. DELGENES JC ET Al. Le syndrome d'épuisement , une maladie professionnelle étude pour la reconnaissance du syndrome d'épuisement professionnel au tableau des maladies professionnelles. 2014.
41. AWA WL, PLAUMMAN M, WALTER U. Burnout prevention: a review of intervention programs. Patient Educ Couns. 2010 Feb;78(2):184–90.

---

**FRENCH GENERAL PRACTITIONERS BURN OUT SYNDROME : A  
LITERATURE REVIEW**

---

**Introduction:** Burnout is an emotional exhaustion syndrome, depersonalization and reduced personal accomplishment that appears in individuals involved professionally with others.

**Objective:** The objective of this thesis is, with a review of the literature to identify factors associated with a risk of burnout syndrome among general practitioners.

**Method:** literature review from a database: Medline, and on the following search engines: Cairn.info, EMconsult, Sudoc and Google scholar. The key words are in French: médecine générale, syndrome d'épuisement, facteurs de risque, prévention. The key words in English are: family practice, burnout, risk factor, etiology, general practitioner, primary care.

**Results:** Between January 2014 to October 2015, selection of 21 descriptive surveys: epidemiological and 3 qualitative crosses, on general practitioners, with statistical analysis uni or multi varied from MBI. Individual factors were: gender, age and years worked, marital status, number of children, health, alcohol and drug intake, the conversion of desire, personality type, the career guidance. Intrinsic factors were the relationship with patients, care of the uncertainty, relationships with colleagues, qualitative workload and satisfaction with respect to the work.

Extrinsic factors were: the quantitative workload, the number of guards, medical density area, the imbalance privacy / professional, lack of training and academic work, organization and practice location, the financial, legal issues, administrative constraints, the leisure time and holidays, the number of hours of sleep.

**Conclusion:** the burnout of general practitioners is a reality. The literature review found significantly associated with burnout on which it is possible to act to prevent it.

---

TITLE : FRENCH GENERAL PRACTITIONERS BURN OUT SYNDROME : A  
LITERATURE REVIEW.

---

ADMINISTRATIVE DISCIPLINE : General practice

---

KEY WORDS : burnout syndrom, general practice, litterature review

---

INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR :

Université Toulouse III – Paul Sabatier – Faculté de Médecine Toulouse Rangueil – 133  
route de Narbonne – 31062 TOULOUSE Cedex 04

---

Supervisor : Docteur Julie Dupouy

---

**LE SYNDROME D'ÉPUISEMENT DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES  
FRANÇAIS : REVUE DE LA LITTÉRATURE**

---

**Introduction :** Le Burnout est un syndrome d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et de réduction de l'accomplissement personnel qui apparaît chez les individus impliqués professionnellement auprès d'autrui.

**Objectif :** L'objectif de ce mémoire est, par une revue de la littérature, de mettre en évidence les facteurs associés à un risque de syndrome d'épuisement chez les médecins généralistes.

**Méthode :** revue de la littérature à partir d'une base de données : Medline, et sur les moteurs de recherche suivants : Cairn.info, EMconsult, le Sudoc ainsi que Google scholar. Les mots clés sont en français: médecine générale, syndrome d'épuisement, facteurs de risque, prévention. Les mots clés en anglais sont : family practice, burnout, risk factor, etiology, general practitioner, primary care.

**Résultats :** Entre janvier 2014 à octobre 2015, sélection de 21 enquêtes descriptives : épidémiologiques et transversales et 3 qualitatives, portant sur des médecins généralistes, avec des analyses statistiques uni ou multi variées à partir du MBI. Les facteurs individuels étaient : le sexe, âges et années travaillées, le statut marital, le nombre d'enfants, l'état de santé, la consommation d'alcool et prise médicamenteuse, le désir de reconversion, le type de personnalité, l'orientation de carrière. Les facteurs intrinsèques étaient la relation avec les patients, l'incertitude des soins, les relations avec ses confrères, la charge de travail qualitative et la satisfaction vis à vis du travail. Les facteurs extrinsèques étaient : la charge de travail quantitative, le nombre de gardes, la zone de densité médicale, le déséquilibre vie privée/professionnelle, l'absence de formation continue et de travail universitaire, l'organisation et lieu de pratique, l'aspect financier, les problèmes judiciaires, les contraintes administratives, le temps consacré aux loisirs et aux vacances, le nombre d'heures de sommeil.

**Conclusion :** l'épuisement des médecins généralistes est une réalité. La revue de la littérature retrouve des facteurs associés significativement au burnout sur lesquels il est possible d'agir pour s'en prévenir.

---

**TITLE :** FRENCH GENERAL PRACTITIONERS BURNOUT SYNDROME : A LITERATURE REVIEW.

---

**DISCIPLINE ADMINISTRATIVE :** Médecine Générale

---

**MOTS CLES :** syndrome d'épuisement, médecine générale, revue de la littérature

---

**INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR :**

Université Toulouse III – Paul Sabatier – Faculté de Médecine Toulouse Rangueil – 133 route de Narbonne – 31062 TOULOUSE Cedex 04

---

Directrice de thèse : Docteur Julie Dupouy