



UNIVERSITÉ TOULOUSE III - PAUL SABATIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2016

2016 TOU3 1111

THÈSE

**POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE**

Présentée et soutenue publiquement

Par

Edouard BONTOUX

Le 4 octobre 2016

**PRÉVALENCE ET FACTEURS DE RISQUE DU *BURNOUT* CHEZ
LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES DU GERS**

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Julien CHAINET-VILA

JURY

Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC	Président
Monsieur le Professeur Pierre MESTHE	Assesseur
Monsieur le Docteur Bruno CHICOULAA	Assesseur
Monsieur le Docteur Julien CHAINET-VILA	Assesseur
Madame le Docteur Sylvie SEITZ	Assesseur



UNIVERSITÉ TOULOUSE III - PAUL SABATIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2016

2016 TOU3 1111

THÈSE

**POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE**

Présentée et soutenue publiquement

Par

Edouard BONTOUX

Le 4 octobre 2016

**PRÉVALENCE ET FACTEURS DE RISQUE DU *BURNOUT* CHEZ
LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES DU GERS**

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Julien CHAINET-VILA

JURY

Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC	Président
Monsieur le Professeur Pierre MESTHE	Assesseur
Monsieur le Docteur Bruno CHICOULAA	Assesseur
Monsieur le Docteur Julien CHAINET-VILA	Assesseur
Madame le Docteur Sylvie SEITZ	Assesseur

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2015

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. ROUGE D.	Professeur Honoraire	M. BARTHE
Doyen Honoraire	M. LAZORTES Y.	Professeur Honoraire	M. CABARROT
Doyen Honoraire	M. CHAP H.	Professeur Honoraire	M. DUFFAUT
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL B	Professeur Honoraire	M. ESCAT
Professeur 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. VAYASSE
Professeur Honoraire	M. MONROZIES	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE
Professeur Honoraire	M. DALOUS	Professeur Honoraire	M. GUITARD
Professeur Honoraire	M. DUPRE	Professeur Honoraire	M. LAZORTES 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-SCHVEITZER
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. FORTANIER 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. FABIE	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL JF

Professeurs Émérites

Professeur ALBAREDE	Professeur JL. ADER
Professeur CONTÉ	Professeur Y. LAZORTES
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 : JP. VINEL

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ADOUE Daniel	Médecine Interne, Gériatrie
M. AMAR Jacques	Thérapeutique
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)
M. BONNEVILLE Paul	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. BOSSAVY Jean-Pierre	Chirurgie Vasculaire
M. BRASSAT David	Neurologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique
M. BUGAT Roland (C.E)	Cancérologie
M. CARRIE Didier	Cardiologie
M. CHAP Hugues (C.E)	Biochimie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie
M. CLANET Michel (C.E)	Neurologie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DEGUINE Olivier	Oto-rhino-laryngologie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie
M. FERRIERES Jean	Epidémiologie, Santé Publique
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie
M. FRAYSSE Bernard (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie
Mme LAMANT Laurence	Anatomie Pathologique
M. LANG Thierry	Bio-statistique Informatique Médicale
M. LANGIN Dominique	Nutrition
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. MALAVAUD Bernard	Urologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique
M. MARCHOU Bruno	Maladies Infectieuses
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique
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)	Hépatogastro-entérologie

P.U. - P.H.

2ème classe

Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-entéro
M. CALVAS Patrick	Génétique
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct
M. FOURNIE Bernard	Rhumatologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophtalmologie
M. GAME Xavier	Urologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
Mme GENESTAL Michèle	Réanimation Médicale
M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. LAUWERS Frédéric	Anatomie
M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. MAZIERES Julien	Pneumologie
M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. PATHAK Atul	Pharmacologie
M. PAYRASTRE Bernard	Hématologie
M. PERON Jean-Marie	Hépatogastro-entérologie
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie

P.U.

M. OUSTRIC Stéphane	Médecine Générale
---------------------	-------------------

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ere classe

P.U. - P.H.
2ème classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie
M. ALRIC Laurent	Médecine Interne
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie
M. ARLET Philippe (C.E)	Médecine Interne
M. ARNAL Jean-François	Physiologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique
M. BOUTAULT Franck (C.E)	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie
M. BUJAN Louis	Urologie-Andrologie
M. BUSCAIL Louis	Hépto-Gastro-Entérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie
M. CHAMONTIN Bernard (C.E)	Thérapeutique
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie
M. DELABESSE Eric	Hématologie
Mme DELISLE Marie-Bernadette (C.E)	Anatomie Pathologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie
M. GALINIER Michel	Cardiologie
M. GLOCK Yves	Chirurgie Cardio-Vasculaire
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie. Eco. de la Santé et Prévention
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie
M. KAMAR Nassim	Néphrologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. LAURENT Guy (C.E)	Hématologie
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. MALECAZE François (C.E)	Ophtalmologie
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. ACCADBLE Franck	Chirurgie Infantile
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique
M. FRANCHITTO Nicolas	Toxicologie
M. GALINIER Philippe	Chirurgie Infantile
M. GARRIDO-STÔWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
M. HUYGHE Eric	Urologie
M. LAFFOSSE Jean-Michel	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. LEGUEVAQUE Pierre	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Mme MAZEREELUW Juliette	Dermatologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. OTAL Philippe	Radiologie
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne
M. TACK Ivan	Physiologie
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique
M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie

Professeur Associé de Médecine Générale
Pr VIDAL Marc
Pr STILLMUNKES André
Professeur Associé en O.R.L.
Pr WOISARD Virginie

M.C.U. - P.H.

M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
M. BIETH Eric	Génétique
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
Mme CONCINA Dominique	Anesthésie-Réanimation
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
Mme DE MAS Véronique	Hématologie
Mme DELMAS Catherine	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme DUGUET Anne-Marie	Médecine Légale
M. DUPUI Philippe	Physiologie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDÍ Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
M. JALBERT Florian	Stomatologie et Maxillo-Faciale
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
Mme LE TINNIER Anna	Médecine du Travail
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
M. MONTOYA Richard	Physiologie
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PRERE Marie-Françoise	Bactériologie Virologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAGAB Janie	Biochimie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement
M. TRICOIRE Jean-Louis	Anatomie et Chirurgie Orthopédique
M. VINCENT Christian	Biologie Cellulaire

M.C.U. - P.H.

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
M. BES Jean-Claude	Histologie - Embryologie
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CAUSSE Elisabeth	Biochimie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
Mme CLAVE Danielle	Bactériologie Virologie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLLIN Laetitia	Cytologie
M. CORRE Jill	Hématologie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDQUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LAHARRAGUE Patrick	Hématologie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
Mme LAPRIE Anne	Cancérologie
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme LEOBON Céline	Cytologie et histologie
M. LEPAGE Benoit	Bio-statistique
Mme MAUPAS Françoise	Biochimie
M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme PERIQUET Brigitte	Nutrition
Mme PRADDAUDE Françoise	Physiologie
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
M. TKACZUK Jean	Immunologie
Mme VALLET Marion	Physiologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

M.C.U.

M. BISMUTH Serge	Médecine Générale
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	Médecine Générale
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

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC,

Vous me faites l'honneur de présider le jury de ma thèse. Je vous remercie de votre travail quotidien afin de défendre notre spécialité. Veuillez trouver en ces lignes l'expression de mon profond respect et de ma sincère gratitude.

A Monsieur le Professeur Pierre MESTHE,

Vous me faites l'honneur de siéger au jury de ma thèse. Je souhaite que la médecine générale s'exerce partout comme vous la concevez. Soyez assuré de toute ma gratitude et de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur Bruno CHICOULAA,

Vous me faites l'honneur de siéger au jury de ma thèse. Je vous remercie pour votre implication dans la formation des internes. Je tiens à saluer vos qualités de fin pédagogue. Soyez assuré de mon sincère respect.

A Monsieur le Docteur Julien CHAINET-VILA,

C'est un immense plaisir de t'avoir comme directeur de thèse. Je te remercie pour m'avoir ouvert les portes de ton cabinet et de ta maison avec tant de gentillesse et de bonne humeur. Sois assuré de mon amitié et de ma sincère reconnaissance.

A Madame le Docteur Sylvie SEITZ,

C'est une joie pour moi que tu aies accepté de participer à ce jury. J'ai sincèrement apprécié travailler à tes côtés. J'ai été touché par ta bienveillance envers les internes. Sois certaine de ma gratitude, de mon amitié et de mon plus grand respect.

Merci à **tous les médecins généralistes** qui ont répondu à ce questionnaire, sans eux ce travail ne pourrait exister.

A mes parents, voilà j'y suis enfin ! Merci pour votre soutien pendant toutes ces années. Merci pour les valeurs que vous m'avez transmises. Je suis chanceux de vous avoir. Je vous aime fort.

A mon frère Rémi, merci d'être toujours disponible pour me donner un coup de main. Tu es mon Geo Trouvetou, mon Akinator, mon Dr Sait Tout. N'hésite pas à faire des petits, j'aimerais bien être tonton.

A Caroline, merci pour ta patience, ton soutien quotidien mais surtout pour ton amour. Depuis que nos regards se sont croisés sur la piste du « PopArt », je suis accro ! Tu es mon évidence.

A Jacqueline et Pierre, merci de m'avoir accueilli dans votre famille avec tant de simplicité et de joie de vivre. Merci de m'avoir fait découvrir l'art de la gastronomie et le plaisir de randonner sous la pluie.

A mes amis lyonnais, aux croix-roussiens, je suis chanceux d'avoir des potes comme vous. Cela fait bientôt quinze ans qu'on s'éclate ensemble et ce n'est pas prêt de s'arrêter. Vive la Croix-Rousse libre !

A mes amis toulousains, merci pour l'amitié que nous tissons chaque jour depuis maintenant quatre ans. Merci pour les apéros, terrasses, pique-niques et soirées qui rythment les semaines. On se prend un pot ?

A mes amis de l'AIMG-MP, merci à tous pour cette expérience associative. Je suis fier de tous les projets que nous avons pu réaliser. Je suis heureux de faire partie de cette grande famille. Bon courage à la nouvelle génération.

A mes co-internes, merci pour tous ces moments partagés en stage et dans les différents internats. Merci pour toutes les soirées déguisées, tous les fous rires, toutes les galères, qui resteront d'excellents souvenirs.

A Thierry Almont, au CDOM32, merci pour votre aide si précieuse.

Au DUMG, merci pour votre investissement et pour la qualité de la formation.

« Ne prenez pas la vie trop au sérieux, de toute façon, vous n'en sortirez pas vivant. »

Bernard le Bovier de Fontenelle

SOMMAIRE

Introduction	3
I- Contexte	3
II- A propos du <i>burnout</i>	3
III- Les objectifs	5
Matériel et Méthodes	6
I- Population de l'étude	6
II- Élaboration et envoi du questionnaire	6
III- Le <i>Maslach Burnout Inventory</i>	7
IV- Analyse statistique	8
Résultats	9
I- Caractéristiques de la population d'étude	10
II- Prévalence du <i>burnout</i>	11
III- Analyse uni-variée des liens avec le <i>burnout</i>	13
IV- Analyse multi-variée	16
V- Difficultés rencontrées au quotidien par les médecins généralistes	17
VI- Mesures à mettre en place pour prévenir le <i>burnout</i>	18
Discussion	19
I- Objectif principal	19
II- Objectifs secondaires	20
III- Forces et faiblesses	22
IV- Propositions	23
Conclusion	24
Références bibliographiques	25
Annexes	27

LISTE DES ANNEXES

- Annexe 1 : Questionnaire type
- Annexe 2 : Lettre accompagnant le questionnaire
- Annexe 3 : Lettre de relance
- Annexe 4 : Analyse multi-variée du *burnout* et de chacune de ses dimensions
- Annexe 5 : Commentaires libres des médecins répondants

INTRODUCTION

I- Contexte

La médecine générale est une discipline exigeante dont la mission suppose un fort engagement et nécessite de nombreux sacrifices. L'investissement déjà important semble croître en même temps que les contraintes. Les relations avec les patients se modifient, parfois se dégradent, et la position du soignant est remise en question. Tous les ingrédients paraissent être réunis pour conduire à un mal-être généré par un décalage entre l'idéal de départ et la réalité d'un exercice bien plus complexe : exigences de la patientèle, relations compliquées avec certaines institutions, défaut de reconnaissance. Un sentiment de dévalorisation semble aujourd'hui prédominer et les professionnels de santé se détourneraient de l'exercice de la médecine générale, en particulier en milieu rural.

Le Gers est le département français comptabilisant la plus forte baisse de densité médicale toutes spécialités confondues, -20,2 %, sur la période de 2007 à 2016. Nous constatons également une baisse de -18,4 % de l'effectif des médecins généralistes gersois sur cette même période [1]. Conscients de la montée en puissance de la souffrance des soignants et de la réalité de la désertification médicale, nous avons décidé d'étudier le *burnout* ou syndrome d'épuisement professionnel, des médecins généralistes du Gers.

II- A propos du *Burnout*

Littéralement, le verbe « *to burn out* » signifie « échouer, s'user, être épuisé suite à une demande trop importante d'énergie ». Appliqué à un feu ou une bougie, il se traduit par le fait de « laisser brûler jusqu'au bout », « s'éteindre ». Cela évoque une combustion totale, une réduction en cendre d'un objet entièrement consumé dont toute la matière aurait disparu [2]. C'est l'image inspirée de l'industrie aérospatiale qui demeure la plus suggestive. Le terme *burnout* désigne l'épuisement de carburant d'une fusée avec comme résultante la surchauffe et le risque d'éclatement de la machine [3]. En France, on emploie plutôt le terme de syndrome d'épuisement professionnel. Le mot « épuisement » étymologiquement parlant renvoie au fait de « vider de l'eau d'un puits alors que l'on en a déjà trop retiré » [4].

Si le concept de *burnout* est né aux Etats-Unis dans les années 1970, des phénomènes similaires avaient déjà été décrits en France dans les années 1950. Ainsi Claude Veil, l'un des pères fondateurs de la psychopathologie du travail, introduisait le concept

d'épuisement au travail dans le concours médical en 1959. C'est Herbert J. Freudenberger, psychiatre et psychanalyste new-yorkais, qui introduit le concept du *burnout* en observant les modifications cognitives et comportementales qui s'opéraient chez des infirmiers impliqués dans une relation d'aide particulièrement exigeante envers des patients toxicomanes. Il décrivait des soignants dont les ressources internes « venaient à se consumer » [5]. Il définissait le *burnout* comme « un état de fatigue ou de frustration résultant du dévouement à une cause, à un mode de vie ou à une relation qui n'a pas donné les bénéfices escomptés ». Le *burnout* constitue alors une réponse à un stress émotionnel et physique chronique dans lequel l'individu se sent consumé par le travail. A un stade ultime, il conduit au suicide.

Dans les années 1980, Christina Maslach, professeur de psychologie américaine spécialisée dans les domaines du stress et de l'épuisement au travail, définit le *burnout* comme « un syndrome d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et de réduction de l'accomplissement personnel qui apparaît chez les individus impliqués professionnellement auprès d'autrui » [6].

Les travaux de Christina Maslach ont permis de concevoir le *burnout* comme un processus de dégradation du rapport subjectif au travail à travers trois dimensions :

- **L'épuisement émotionnel** : L'individu a le sentiment d'être vidé de ses ressources. On parle de fatigue affective, de « saturation émotionnelle », le soignant ne pouvant alors plus percevoir l'anxiété, la tristesse, la résignation du patient en face de lui. La fatigue peut aussi être physique, elle ne semble pas être améliorée par le repos ou les congés. Dans les formes les plus graves, l'épuisement émotionnel peut conduire à d'authentiques cas de maltraitance.

- **La dépersonnalisation** : C'est la déshumanisation de la relation à l'autre. Le médecin s'occupe alors de l'organe malade de son patient et fait abstraction de la personnalité de celui-ci. A défaut de pouvoir ressentir avec empathie les rencontres avec ses patients, il s'emploie à décrire, avec cynisme et toute puissance, son malade réduit à l'état d'objet. Cette dimension est considérée comme le « noyau dur » du *burnout* [5].

- **La diminution de l'accomplissement personnel** : Passant à côté de la rencontre singulière avec le patient, le médecin a le sentiment de ne plus faire ce pour quoi il s'était engagé : aider le malade. Cette situation crée en lui un sentiment de frustration, d'inutilité et d'échec, questionnant ainsi le sens de sa pratique. A ce stade où le travail n'est plus un plaisir, il perd son sens.

Selon la conceptualisation de Christina Maslach, le *burnout* n'est pas une nouvelle catégorie de maladie psychiatrique, mais une spirale dangereuse susceptible de conduire au basculement dans la maladie – dépression ou maladie somatique – et à la désinsertion sur le plan professionnel, social et familial. 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, et le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5) 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. Même si des caractéristiques communes existent quant à leurs symptômes, le *burnout* se différencie de la dépression car il s'exprime en premier lieu dans la sphère professionnelle. Ce qui n'est pas le cas pour une dépression qui s'étend à tous les aspects de la vie et nécessite un traitement plus global. Le diagnostic de dépression décrit un « état » de l'individu alors que le *burnout* permet de décrire un processus de dégradation du rapport subjectif au travail [7].

III- Objectifs de l'étude

Ce travail de thèse a pour objectif principal l'évaluation de la prévalence du *burnout* chez les médecins généralistes du Gers.

Les objectifs secondaires sont d'identifier : les facteurs de risque du *burnout*, les difficultés quotidiennes rencontrées par les médecins généralistes et les mesures à mettre en place pour prévenir le *burnout*.

MATÉRIELS et MÉTHODES

Nous avons réalisé une étude descriptive observationnelle de type transversale.

I- Population d'étude

Nous avons inclus dans cette étude les médecins généralistes du Gers ayant une activité libérale ou mixte et inscrits au tableau de l'Ordre du département. Nous avons exclu les médecins généralistes ayant uniquement une activité salariée.

Le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins du Gers nous a fourni la liste exhaustive des 188 médecins généralistes répondant à ces critères en date du 1^{er} mars 2016.

II- Elaboration et envoi du questionnaire

Nous avons élaboré un questionnaire composé de quatre parties consultable en annexe 1.

La première partie concernait le profil personnel des médecins généralistes : âge, genre et statut conjugal. La deuxième partie concernait le profil professionnel des médecins généralistes : lieu d'exercice, mode d'exercice, durée d'installation, présence ou non d'un secrétariat, nombre moyen de consultations quotidiennes, nombre moyen de visites quotidiennes, temps de travail hebdomadaire, programmation ou non des actes, orientation de la pratique, activités extérieures au cabinet. La troisième partie était les items du *Maslach Burnout Inventory*. La quatrième partie était composée de deux questions ouvertes : une sur les difficultés rencontrées au quotidien par les médecins généralistes et une sur les mesures de prévention du *burnout* à mettre en place. Un commentaire était possible (annexe 5). Le questionnaire a été testé sur un échantillon de cinq médecins généralistes toulousains sélectionnés par connaissance. Il n'y a pas eu de modification après leur lecture.

Le questionnaire a été envoyé le 29 mars 2016, par voie postale, aux 188 médecins généralistes inclus, avec une lettre d'explication consultable en annexe 2. Une enveloppe de retour cachetée était associée à ce pli. Une relance par courrier postal incluant un questionnaire, une lettre de relance et une enveloppe de retour non cachetée a été faite le 27 avril 2016. La lettre de relance est consultable en annexe 3. Seuls les questionnaires dont le *Maslach Burnout Inventory* était complet étaient inclus dans l'analyse statistique.

III- Le Maslach Burnout Inventory

Le *Maslach Burnout Inventory* est une échelle d'autoévaluation, établie par Maslach & Jackson en 1986 [8] permettant de restituer trois sous-échelles qui mesurent respectivement les trois dimensions du *burnout*. Cette échelle se compose de 22 items, chaque item est coté de 0 à 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 : tous les jours). Chacun de ces items permet d'explorer une des trois dimensions du *burnout* :

- **L'épuisement émotionnel** est coté par neuf items (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 et 20) pour un total de 0 à 54, un score supérieur ou égal à 30 étant considéré comme élevé ;
- **La dépersonnalisation** est cotée par cinq items (5, 10, 11, 15 et 22) pour un total de 0 à 30, un score supérieur ou égal à 12 étant considéré comme élevé ;
- **L'accomplissement personnel** est coté par huit items (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, et 21) pour un total de 0 à 48, un score inférieur ou égal à 33 est considéré comme faible.

Le tableau 1 présente les niveaux de score de l'échelle *MBI* pour chaque dimension du *burnout*.

Tableau 1. Niveau de score pour chaque dimension du *burnout*

	Epuisement émotionnel (EE)	Dépersonnalisation (DP)	Accomplissement personnel (AP)
Score faible	$EE \leq 17$	$DP \leq 5$	$AP \leq 33$
Score modéré	$18 < EE < 29$	$6 < DP < 11$	$34 < AP < 39$
Score élevé	$EE \geq 30$	$DP \geq 12$	$AP \geq 40$

Les scores d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation ont une valence négative : des scores élevés vont dans le sens d'un niveau *burnout* élevé. A l'inverse, le score d'accomplissement personnel a une valence positive : un score élevé va dans le sens d'un niveau de *burnout* faible [9].

L'individu n'a pas un score global de *burnout*, mais un score pour chacune de ses trois dimensions. Un niveau élevé de *burnout* dans une dimension suffit à affirmer son existence.

IV- Méthode statistique

Une première analyse uni-variée descriptive a été réalisée afin d'évaluer les caractéristiques des répondants. L'association entre les scores de chaque dimension du *burnout* et les autres variables quantitatives a été évaluée par le test de corrélation de Pearson. Le test du Chi-deux (χ^2) a été utilisé pour la comparaison des variables qualitatives avec les différentes dimensions du *burnout*. Le test T Mann-Whitney a permis de comparer les distributions des variables quantitatives au sein des différentes dimensions. Des régressions logistiques ont permis de déterminer la relation entre chaque variable explicative et la probabilité d'appartenir à l'une de ses dimensions constituantes. Enfin, les analyses multi-variées ont permis d'ajuster l'effet des variables les unes par rapport aux autres afin de prendre en compte d'éventuels effets de confusion. Les variables rentrées dans le modèle multi-varié sont celles dont la significativité lors de l'analyse uni-variée était inférieure à 0,2.

L'analyse statistique a été réalisée avec le logiciel Stata (Stata Corp., College Station, Texas, USA) avec des tests bilatéraux et un seuil de significativité défini à 5%.

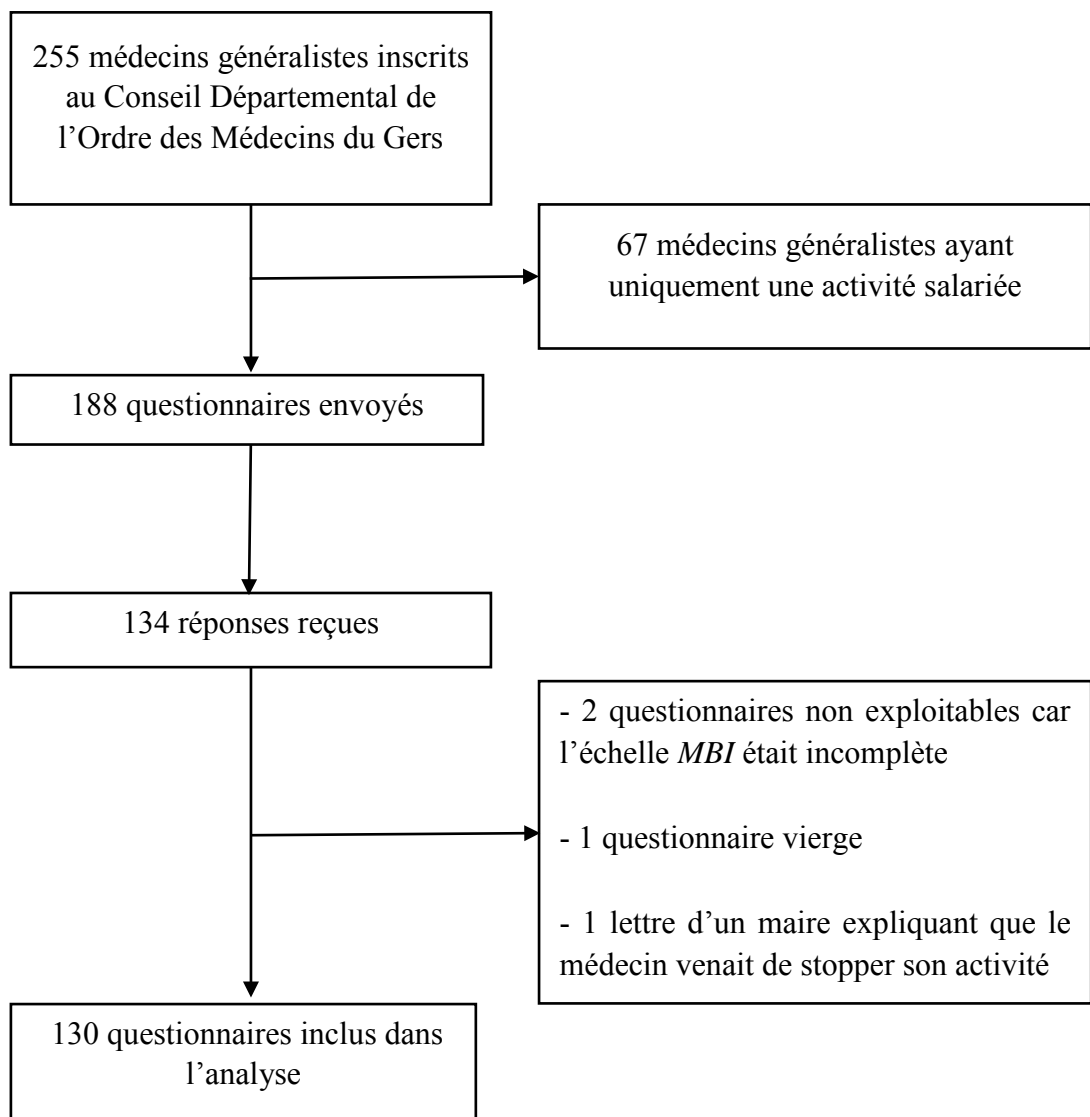
Pour les deux questions ouvertes de la quatrième partie du questionnaire nous avons réalisé une analyse de type qualitative. Les réponses ont été regroupées par thèmes, inspirés de l'étude de Cathébras [10].

RÉSULTATS

Entre le 2 avril et le 10 juin 2016, sur les 188 questionnaires envoyés aux médecins généralistes gersois, nous avons reçus 134 réponses. Après exclusion des réponses ininterprétables, 130 questionnaires ont été inclus dans l'analyse (Figure 1).

Le taux de réponse est alors de 69,1 %.

Figure 1. Diagramme de flux



I- Caractéristiques de la population de l'étude

Les caractéristiques de la population de l'étude sont présentées dans le tableau 1.

Tableau 1. Caractéristiques sociodémographiques des médecins généralistes répondeurs

		Effectif (n=130)	Pourcentage (%)
Sexe	Masculin	78	60
	Féminin	50	38,5
	NR*	2	1,5
Age	25-35 ans	10	7,7
	36-45 ans	15	11,5
	46-55 ans	33	25,4
	56-65 ans	60	46,2
	Supérieur à 65 ans	9	6,9
	NR*	3	2,3
Statut conjugal	En couple	107	82,3
	Célibataire	16	12,3
	NR*	7	5,4
Lieu d'exercice	Rural (< 2000 habitants)	70	53,9
	Semi-rural	28	21,6
	Urbain (> 5000 habitants)	26	20
	NR*	6	4,6
Années d'installation	Moins de 10 ans	19	14,6
	Entre 10 et 20 ans	29	22,3
	Plus de 20 ans	75	57,7
	NR*	7	5,4
Mode d'exercice	Seul	33	25,4
	Cabinet de groupe	77	59,2
	Maison de santé pluridisciplinaire	11	8,5
	Autre	7	5,4
	NR*	2	1,5
Secrétariat	Oui	103	79,2
	Non	19	14,6
	NR*	8	6,2
Temps de travail hebdomadaire	≤ 45 heures	10	7,7
	Entre 46 et 55 heures	51	39,2
	Entre 56 et 65 heures	53	40,8
	Plus de 65 heures	12	9,2
	NR*	4	3,1
Majorité des actes	Programmés	92	70,8
	Non programmés	34	26,1
	NR*	4	3,1
Orientation de la pratique	Oui	36	27,7
	Non	92	70,8
	NR*	2	1,5
Autres activités**	Oui	55	42,3
	Non	73	56,2
	NR*	2	1,5
Être son propre médecin traitant	Oui	111	85,4
	Non	17	13,1
	NR*	2	1,5

*non renseigné ; ** réseau de santé, enseignement, recherche, syndicalisme

Sur les 103 médecins ayant un secrétariat, 74 (71,8 %) ont un secrétariat sur place, 21 (20,4 %) ont un secrétariat téléphonique et 6 (5,8 %) ont les deux types de secrétariat.

Le nombre moyen de consultations et de visites quotidiennes des médecins généralistes répondeurs est présenté dans le tableau 2.

Tableau 2. Nombre moyen de consultations et de visites quotidiennes des médecins généralistes répondeurs

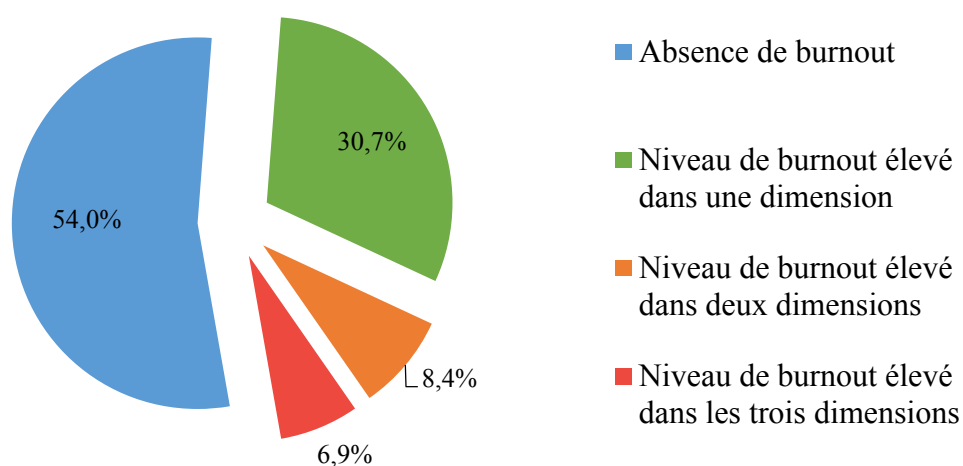
	Moyenne	Ecart-type	Médiane	Minimum	Maximum
Nombre moyen de consultations par jour	25,12	7,36	25	5	45
Nombre moyen de visites par jour	4,06	4	4	0	20

n=124, six médecins n'ont pas renseigné ces données.

II- Prévalence du *burnout*

Sur les 130 médecins généralistes répondeurs, 60 (46 %) sont en *burnout*. Parmi eux, 40 (30,7 %) ont un niveau élevé de *burnout* dans une dimension, 11 (8,4 %) ont un niveau élevé de *burnout* dans deux dimensions, et 9 (6,9 %) ont un niveau élevé de *burnout* dans les trois dimensions. Cette répartition est transposée dans le graphique 1.

Graphique 1. Répartition des médecins généralistes répondeurs en fonction du nombre de dimensions présentant un niveau de *burnout* élevé



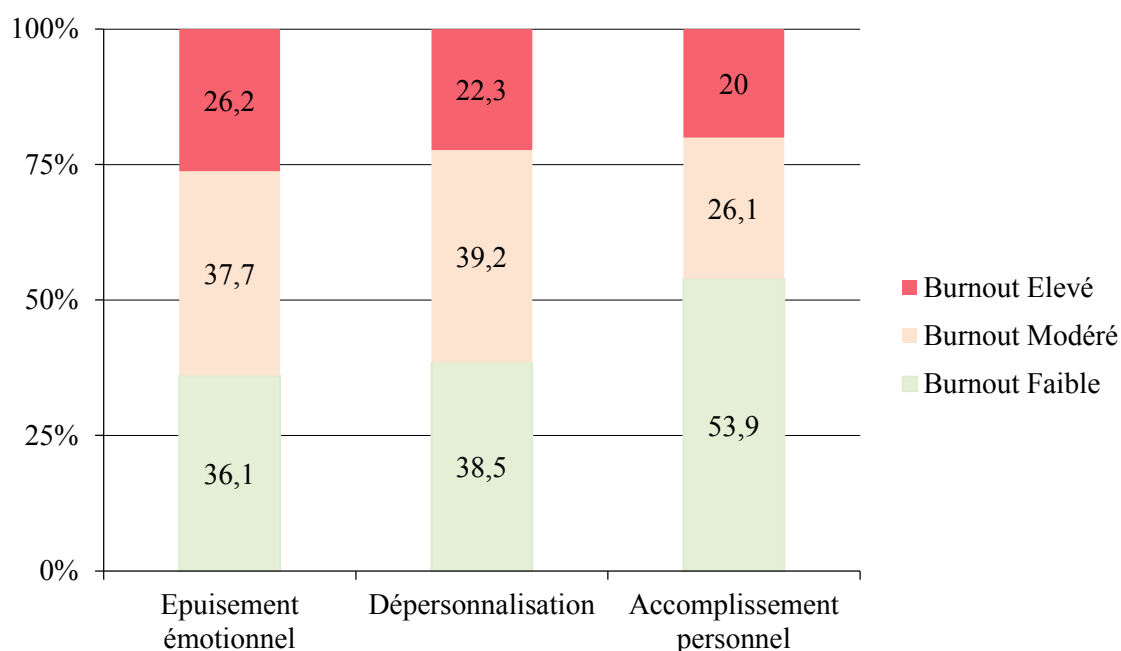
Sur les 130 médecins généralistes répondants, 34 (26,2 %) ont un score d'épuisement émotionnel élevé, 29 (22,3 %) ont un score de dépersonnalisation élevé et 26 (20 %) ont un score d'accomplissement personnel faible. Le tableau 3 présente la répartition des scores des médecins généralistes gersois pour les trois dimensions du *burnout*.

Tableau 3. Score des médecins généralistes pour chaque dimension du *burnout*

	Épuisement émotionnel	Dépersonnalisation	Accomplissement personnel
	N (%)	N (%)	N (%)
Score faible	47 (36,1 %)	50 (38,5 %)	26 (20 %)
Score modéré	49 (37,7 %)	51 (39,2 %)	34 (26,1 %)
Score élevé	34 (26,2 %)	29 (22,3 %)	70 (53,9 %)

Cette répartition est transposée dans le graphique 2.

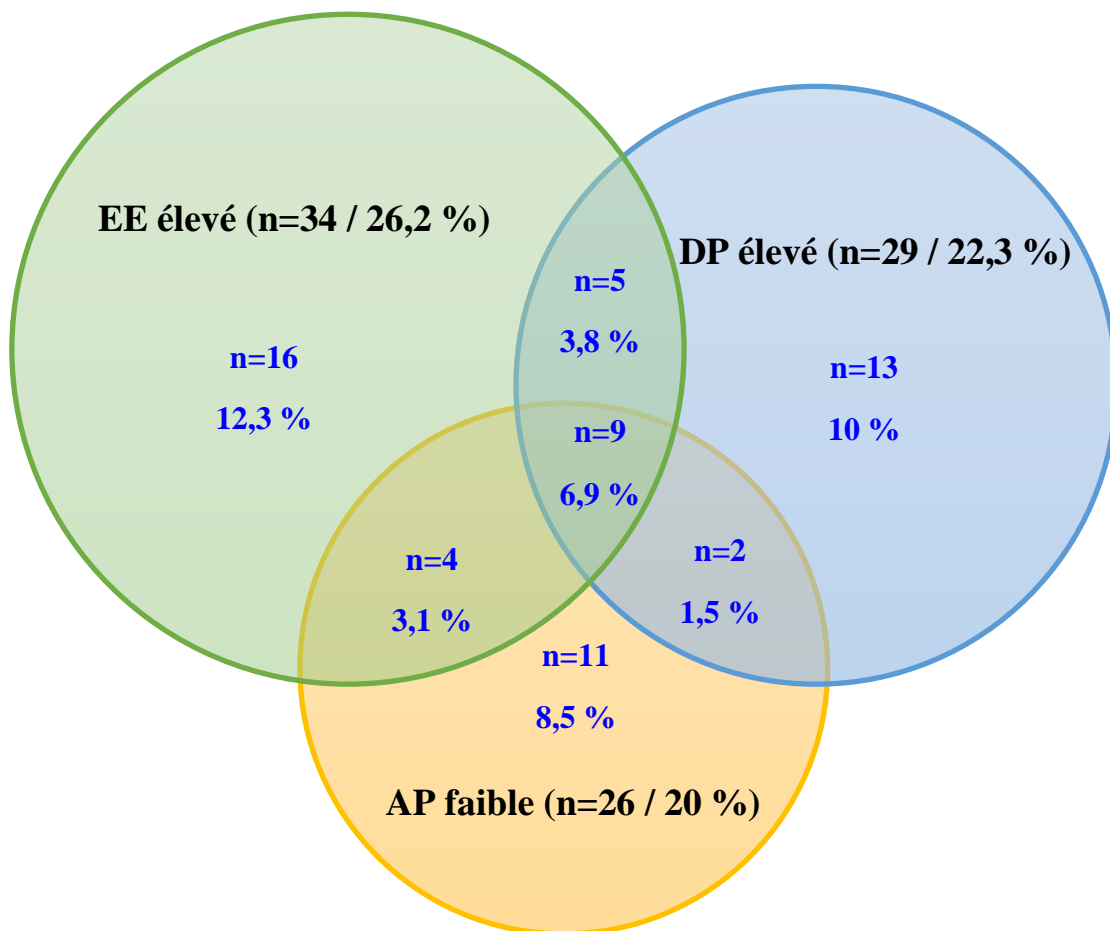
Graphique 2. Prévalence des niveaux de *burnout* en pourcentage pour les trois dimensions chez les médecins généralistes



Le score moyen pour chacune des trois dimensions définit un niveau de *burnout* modéré. La dimension épuisement émotionnel a un score moyen de 21,9 (\pm 11,4). La dimension dépersonnalisation a un score moyen de 7,9 (\pm 5,8). La dimension accomplissement personnel a un score moyen de 38,6 (\pm 6,9).

La figure 2 présente la distribution tridimensionnelle des scores pathologiques au sein de la population en *burnout*. N'apparaissent dans cette figure que l'effectif des 60 médecins généralistes ayant obtenu au moins un niveau élevé de *burnout* pour une des trois dimensions.

Figure 2. Diagramme de Venn présentant la répartition des niveaux élevés de *burnout* pour chaque dimension



EE = épuisement émotionnel ; DP = dépersonnalisation ; AP = accomplissement personnel

III- Analyses uni-variée des liens avec le *burnout*

Il existe une corrélation entre le *burnout* et le fait d'avoir une autre activité que le soin au cabinet (réseau de santé, enseignement, recherche, syndicalisme). Ne pas avoir d'autre activité augmente le risque d'être en *burnout* de 2,17 ($p = 0,035$). Les résultats sont présentés dans le tableau 4.

Tableau 4. Analyse uni-variée des médecins généralistes répondeurs en *burnout*

Variables		Médecins répondeurs en <i>burnout</i> n (%)	OR [IC à 95 %]	p
Sexe (n=59)	Masculin	37 (62,7)	référence	-
	Féminin	22 (37,3)	0,87 [0,42 ; 1,77]	0,704
Age (n=58)	25-35 ans	3 (5,2)	référence	-
	36-45 ans	6 (10,3)	1,55 [0,28 ; 8,53]	0,611
	46-55 ans	15 (25,9)	1,94 [0,42 ; 8,85]	0,390
	56-65 ans	30 (51,7)	2,33 [0,55 ; 9,88]	0,250
	> 65 ans	4 (6,9)	1,86 [0,28 ; 12,3]	0,517
Statut conjugal (n=54)	En couple	45 (83,3)	référence	-
	Célibataire	9(16,7)	1,77 [0,61 ; 9,11]	0,290
Lieu d'exercice (n=58)	Rural	34 (58,6)	référence	-
	Semi-rural	10 (17,2)	0,58 [0,23 ; 1,45]	0,250
	Urbain	14 (24,2)	1,23 [0,50 ; 3,04]	0,646
Années d'installation (n=57)	< 10 ans	7 (12,3)	référence	-
	Entre 10 et 20 ans	15 (26,3)	1,83 [0,56 ; 5,99]	0,563
	Plus de 20 ans	35 (61,4)	1,50 [0,53 ; 4,23]	0,532
Mode d'exercice (n=58)	Seul	16 (27,6)	référence	-
	Cabinet de groupe	34 (58,6)	0,84 [0,37 ; 1,90]	0,676
	Maison de santé pluridisciplinaire	6 (10,3)	1,27 [0,32 ; 5,01]	0,728
	Autre	2 (3,5)	0,42 [0,07 ; 2,51]	0,345
Secrétariat (n=56)	oui	45 (80,4)	référence	-
	non	11 (19,6)	1,77 [0,65 ; 4,77]	0,257
Temps de travail hebdomadaire (n=58)	≤ 45 heures	4 (6,9)	référence	-
	Entre 46 et 55 heures	23 (39,7)	1,23 [0,31 ; 4,89]	0,767
	Entre 56 et 65 heures	23 (39,7)	1,15 [0,29 ; 4,55]	0,842
	Plus de 65 heures	8(13,8)	3,00 [0,52 ; 17,1]	0,217
Majorité des actes (n=58)	Non programmés	13 (22,4)	référence	-
	Programmés	45 (77,6)	1,54 [0,69 ; 3,45]	0,287
Orientation de la pratique (n=58)	non	42 (72,4)	référence	-
	oui	16 (27,6)	0,95 [0,43 ; 2,06]	0,902
Autres Activités * (n=58)	oui	19 (32,7)	référence	-
	non	39 (67,3)	2,17 [1,05 ; 4,47]	0,035
Être son propre médecin traitant (n=58)	non	6 (10,3)	référence	-
	oui	52 (89,7)	1,61 [0,55 ; 4,67]	0,376
Nombre de consultations (moyenne ± écart-type)		24,3 ±7,67	0,94 [0,92 ; 1,02]	0,295
Nombre de visites (moyenne ± écart-type)		4,05 ± 3,32	0,99 [0,88 ; 1,12]	0,970

Significatif si $p < 0,05$; Tendances si $0,05 < p < 0,1$; * Réseau de santé, enseignement, recherche, syndicalisme

Le tableau 5 présente l'analyse des différentes variables en fonction de chacune des dimensions du *burnout*.

Tableau 5. Analyse uni-variée de chacune des trois dimensions du *burnout*

Variables (<i>catégorie de référence</i>)	Epuisement émotionnel		Dépersonnalisation		Accomplissement personnel		
	OR [IC à 95 %]	p	OR [IC à 95 %]	p	OR [IC à 95 %]	p	
Sexe (<i>féminin</i>)	1,13 [0,51 ; 2,51]	0,768	0,68 [0,28 ; 1,65]	0,397	0,78 [0,32 ; 1,93]	0,603	
Age (<i>25 à 35 ans</i>)	36-45 ans	0,36 [0,05 ; 2,68]	0,318	3,27 [0,30 ; 34,7]	0,308	-	-
	46-55 ans	0,87 [0,18 ; 4,14]	0,866	3,79 [0,37 ; 30,5]	0,373	0,33 [0,07 ; 1,59]	0,170
	56-65 ans	0,92 [0,21 ; 3,99]	0,914	2,23 [0,23 ; 17,6]	0,525	0,39 [0,09 ; 1,61]	0,190
	> 65 ans	0,66 [0,08 ; 5,30]	0,702	3,40 [0,19 ; 34,4]	0,476	-	-
Statut conjugal (<i>célibataire</i>)	0,94 [0,28 ; 3,15]	0,921	0,89 [0,23 ; 3,40]	0,867	3,41 [1,19 ; 10,7]	0,035	
Lieu d'exercice (<i>rural</i>)	Semi-rural	0,63 [0,22 ; 1,79]	0,393	1,61 [0,56 ; 4,63]	0,377	1,61 [0,56 ; 4,63]	0,377
	Urbain	0,86 [0,31 ; 2,35]	0,768	2,55 [0,92 ; 7,09]	0,071	1,45 [0,48 ; 4,37]	0,509
Années d'installation (< 10 ans)	Entre 10 et 20 ans	1,06 [0,28 ; 3,93]	0,923	3,25 [0,77 ; 13,8]	0,109	4,69 [0,51 ; 42,5]	0,169
	Plus de 20 ans	1,08 [0,34 ; 3,40]	0,883	1,22 [0,31 ; 4,78]	0,771	5,27 [0,65 ; 42,4]	0,656
Mode d'exercice (<i>seul</i>)	Cabinet de groupe	0,94 [0,38 ; 2,34]	0,887	1,21 [0,45 ; 3,24]	0,695	0,49 [0,18 ; 1,31]	0,158
	MSP*	2,22 [0,54 ; 9,12]	0,268	0,82 [0,14 ; 4,72]	0,829	0,59 [0,10 ; 3,28]	0,549
	Autre	-	-	-	-	1,06 [0,17 ; 6,51]	0,944
Secrétariat (<i>non</i>)	0,45 [0,12 ; 1,68]	0,238	1,31 [0,42 ; 4,04]	0,633	4,26 [1,47 ; 12,3]	0,007	
Temps de travail hebdomadaire (< 45 h)	Entre 46 et 55 heures	3,07 [0,35 ; 26,6]	0,307	1,10 [0,20 ; 5,94]	0,912	0,74 [0,13 ; 4,17]	0,737
	Entre 56 et 65 heures	3,89 [0,45 ; 33,3]	0,215	0,93 [0,17 ; 5,06]	0,933	1,04 [0,19 ; 5,65]	0,957
	Plus de 65 heures	4,50 [0,41 ; 49,7]	0,217	2,85 [0,41 ; 19,6]	0,286	2,00 [0,48 ; 14,1]	0,488
Majorité des actes (<i>programmés</i>)	2,04 [0,76 ; 5,47]	0,156	0,72 [0,29 ; 1,80]	0,487	0,58 [0,23 ; 1,48]	0,260	
Orientation dans la pratique (<i>oui</i>)	0,89 [0,36 ; 2,16]	0,802	0,81 [0,31 ; 2,12]	0,678	0,58 [0,20 ; 1,68]	0,318	
Autres Activités ** (<i>non</i>)	3,25 [0,33 ; 7,91]	0,009	1,79 [0,74 ; 4,35]	0,194	0,94 [0,39 ; 2,29]	0,908	
Etre son propre médecin traitant (<i>oui</i>)	1,80 [0,48 ; 6,72]	0,377	0,62 [0,20 ; 1,96]	0,423	1,15 [0,30 ; 4,36]	0,833	
Nombre de consultations quotidiennes	1,01 [0,95 ; 1,06]	0,658	1,01 [0,95 ; 1,07]	0,662	0,94 [0,87 ; 0,99]	0,043	
Nombre de visites quotidiennes	0,93 [0,80 ; 1,08]	0,375	1,00 [0,86 ; 1,15]	0,985	1,11 [0,97 ; 1,28]	0,127	

Significatif si $p < 0,05$; Tendance si $0,05 < p < 0,1$; *Maison de santé pluridisciplinaire ; **Réseau de santé, enseignement, recherche, syndicalisme

IV- Analyse multi-variée

A l'issue de l'analyse multi-variée, des variables restent liées au *burnout* et à chacune de ses dimensions de façon indépendante. Le tableau 6 présente les résultats du groupe *burnout*.

Tableau 6. Analyse multi-variée du groupe *burnout*

Variable (<i>catégorie de référence</i>)	OR [IC à 95 %]	p
Autres activités (<i>non</i>)	2,96 [1,25 ; 7,00]	0,013
Statut conjugal (célibataire)	3,06 [0,88 ; 10,6]	0,078

Les variables dont $p > 0,15$ ne figurent pas dans le tableau

Le tableau 7 présente les résultats pour chacune des trois dimensions du *burnout*.

Tableau 7. Analyse multi-variée de chaque dimension du *burnout*

Dimensions du <i>burnout</i>	Variable (<i>catégorie de référence</i>)	OR [IC à 95 %]	p
Epuisement émotionnel	Autres activités (<i>non</i>)	3,75 [1,49 ; 9,41]	0,005
	Majorités de actes (<i>Programmés</i>)	2,60 [0,90 ; 7,48]	0,076
Dépersonnalisation	Années d'installation (<i>entre 10 et 20 ans</i>)	2,96 [1,12 ; 7,77]	0,027
	Autres activités (<i>non</i>)	2,06 [0,80 ; 5,26]	0,129
Accomplissement personnel	Statut conjugal (<i>célibataire</i>)	6,05 [1,52 ; 24,0]	0,010
	Secrétariat (<i>non</i>)	5,15 [0,70 ; 37,7]	0,107
	Nombre de consultations quotidiennes	0,92 [0,85 ; 1,00]	0,059

Les variables dont $p > 0,15$ ne figurent pas dans le tableau

L'analyse multi-variée complète du *burnout* et de chacune des ses trois dimensions est consultable en annexe 4.

V- Difficultés rencontrées au quotidien par les médecins généralistes

Le tableau 8 présente les principales difficultés citées par les médecins en réponse à une question ouverte.

Tableau 8. Difficultés rencontrées par les médecins généralistes au quotidien

Difficultés	Fréquence (%)
Surcharge administrative	45,4
Exigences des patients	40,7
Charge de travail excessive	24,7
Manque de temps	23,1
Dévalorisation de la profession	15,4
Multiplication des tâches	11,5
Relation avec l'assurance maladie	10,7
Appels téléphoniques	10,7
Manque de médecins généralistes	10
Gardes	9,2
Gestion des urgences	8,5
Difficultés pour obtenir un avis spécialisé	8,5
Charges financières et gestion du cabinet	8,5
Relations avec les confrères	8,5
Pression exercée par les politiques de santé	8,5
Honoraires insuffisants	7,7
Disponibilité quasi permanente	7,7
Gestion des loisirs / vie privée	7,7
Relation avec les structures de soins hospitalières	6,9
Coordination des soins	6,9
Gestion des problèmes psychosociaux	6,1
Difficultés émotionnelles / stress	6,1
Gestion de l'informatique	5,4
Difficultés pour se former	4,6
Difficultés pour trouver des remplaçants	4,6

VI- Mesures à mettre en place pour prévenir le *burnout*

Le tableau 9 présente les principales mesures à mettre en place citées par les médecins généralistes, en réponse à une question ouverte, pour prévenir le *burnout*.

Tableau 9. Mesures à mettre en place pour prévenir le *burnout* selon les médecins généralistes

Mesures de prévention	Fréquence (%)
Diminuer / simplifier les tâches administratives	26,9
Avoir un secrétariat performant	23,1
Avoir une meilleure rémunération	23,1
Limiter le temps de travail	22,3
Exercer en groupe	16,1
Augmenter le nombre de médecins	16,1
Supprimer / diminuer les gardes	15,4
Valoriser la profession	15,4
Faciliter l'installation des jeunes médecins	14,6
Eduquer les patients	13,8
Transférer des compétences	13,1
Améliorer la coordination des soins	11,5
Avoir du temps libre / des loisirs	10,8
Avoir le soutien des politiques de santé	9,2
Améliorer les relations avec l'assurance maladie	9,2
Aider au financement du secrétariat	8,5
Replacer le médecin généraliste au cœur du système de santé	7,7
Favoriser les échanges entre pairs	7,7
Faciliter l'accès aux remplaçants	5,4
Améliorer / faciliter la formation médicale continue	5,4
Créer un statut de salarié	5,4
Campagne d'information de santé publique	4,6
Faciliter l'accès aux spécialistes	1,5

DISCUSSION

I- Objectif principal

Cette étude permet pour la première fois d'établir la prévalence du *burnout* chez les médecins généralistes du Gers. Ainsi le taux de 46 % de *burnout* dans notre population semble en rapport avec ceux observés dans d'autres études. Une étude réalisée en Picardie en 2010 retrouvait une prévalence du *burnout* de 56 % chez les médecins généralistes [11]. L'étude réalisée par l'Observatoire Régional de la Santé du Limousin en 2014 retrouve un taux de *burnout* de 53,1 % chez les médecins généralistes libéraux de la région [12]. En 2012, une étude menée auprès des médecins généralistes du Nord-Pas-De-Calais retrouvait un taux de *burnout* de 49,2 % [13]. La prévalence nationale du *burnout* chez les médecins généralistes était estimée à 51,5 % en 2007 [14]. D'autres études comme celle de Pierre Cathébras en 2004 [10] ou celle de Coline Gaboulaud en 2016 [15] retrouvent respectivement des prévalences du *burnout* chez les médecins généralistes de 5 % et 3,6 %. Dans ces deux études le diagnostic de *burnout* nécessite un niveau élevé de *burnout* dans les trois dimensions. Dans notre étude, 6,9 % des médecins ont un niveau élevé de *burnout* dans les trois dimensions. Pour comparer des prévalences, il est important d'avoir un traitement similaire des réponses. Quelle que soit la méthode de traitement utilisée, la prévalence du *burnout* de notre étude semble concorder avec les études déjà réalisées.

On note que les scores d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation de notre étude sont semblables aux études menées en Picardie [11], Bourgogne [16], Champagne-Ardenne [17], Corse [14], Nord-Pas-de-Calais [13], Roanne [18], Poitou-Charentes [19], et même en Europe [20]. En revanche, les médecins généralistes gersois ont un meilleur accomplissement personnel. Seulement 20 % des médecins généralistes du Gers ont un score d'accomplissement personnel faible, alors que les études citées précédemment retrouvent un score d'accomplissement personnel faible chez 29,3 à 37,4 % des médecins. Les médecins généralistes gersois gardent donc une bonne satisfaction au travail. Leur vulnérabilité au *burnout* pourrait être en rapport avec leur implication plus importante dans la relation émotionnelle à l'égard de leurs malades, qui est essentielle dans l'exercice du « médecin de campagne ».

II- Objectifs secondaires

Facteurs de risque

Dans notre étude, le taux de *burnout* n'est pas influencé par le genre. Mais les données sont discordantes : quelques études [10] [21] incriminent le sexe féminin comme étant plus à risque de *burnout*, d'autres montrent l'absence d'influence du genre [19] [22]. Pour Christina Maslach, les hommes seraient plus à risque que les femmes [6].

Dans notre étude, comme dans la plupart des autres [13] [14] [15], on ne retrouve pas de lien statistique entre l'âge et le *burnout*.

Contrairement à la majorité des études [16] [23], le statut conjugal influence l'accomplissement personnel des médecins généralistes du Gers. Le fait d'être célibataire est un facteur de risque, statistiquement significatif (OR=6,05 ; IC95% [1,52 ; 24,0] ; p=0,010), d'avoir un score d'accomplissement personnel faible. La ruralité du Gers pourrait expliquer que les médecins célibataires soient impliqués davantage dans leur travail donc plus à risque de *burnout*.

D'après notre travail, le lieu d'exercice ne serait pas un facteur de risque du *burnout*. En Espagne, le *burnout* serait plus important dans les zones urbaines [24]. En Champagne-Ardenne, ce serait les zones rurales qui favoriseraient l'émergence du *burnout* [17].

Nous constatons une influence statistiquement significative du nombre d'années d'installation qui n'est pas retrouvée dans les travaux sur ce sujet. Lorsque le nombre d'années d'installation se situe entre 10 et 20 ans, le risque d'avoir un score de dépersonnalisation élevé est multiplié par 2,96 (p=0,027 ; IC95% [1,12 ; 7,77]). L'âge moyen d'installation des médecins généralistes en France est de 34 ans [1], et l'âge moyen des médecins généralistes au moment du suicide est de 48 ans [25]. Il semblerait cohérent de retrouver un lien statistiquement significatif entre le nombre d'années d'installation et la dépersonnalisation.

Contrairement à ce que nous avons imaginé en raison de l'effet tampon du support social des pairs sur le stress des soignants [26], le fait d'exercer en cabinet de groupe ou en maison de santé pluridisciplinaire ne protège pas du *burnout*.

Avoir un secrétariat est un facteur protecteur du *burnout* [14]. Dans notre étude, cette variable n'est plus significative lors de l'analyse multi-variée. Le faible effectif de médecins en *burnout* n'ayant pas de secrétariat pourrait expliquer ce résultat.

Le temps de travail hebdomadaire n'est pas retrouvé comme facteur de risque du *burnout*. Une fois de plus les données de la littérature sont discordantes. Goehring montre que le

temps de travail est fortement corrélé à un risque de *burnout* [27]. Tandis que Chan Lin montre que travailler trop peu (moins de 20 actes par jour) est un facteur de risque d'épuisement émotionnel élevé [22].

L'augmentation du nombre moyen de consultations quotidiennes a tendance, de manière non significative, à diminuer l'accomplissement personnel. Des résultats similaires sont retrouvés dans les travaux de Cathébras [10] et de l'Observatoire Régional de la Santé des Pays de la Loire [28].

Conformément à la majorité des données de la littérature [13], le type d'acte, ainsi qu'une orientation dans la pratique de la médecine générale n'ont pas d'influence sur le *burnout*.

Le facteur de risque majeur du *burnout* retrouvé par notre étude est l'absence d'une autre activité que le soin au cabinet. Il existe un lien statistiquement significatif pour le *burnout* (OR=2,96 ; IC95% [1,25 ; 7,00] ; p=0,013) et pour sa dimension épuisement émotionnel (OR=3,75 ; IC95% [1,49 ; 9,41] ; p=0,005). Le fait de faire de l'enseignement, de la recherche, du syndicalisme ou de faire partie d'un réseau de santé serait un facteur protecteur. La diversification de l'activité professionnelle est à privilégier pour prévenir le *burnout*.

Difficultés rencontrées au quotidien par les médecins généralistes gersois

Les difficultés sont similaires aux résultats des différentes études menées en France [10] [12]. Il existe un sentiment de dévalorisation, de faible reconnaissance depuis une dizaine d'années. Dans ce contexte d'évolutions sociétales réinterrogeant la position du médecin, 40,7 % des médecins généralistes gersois trouvent les patients trop exigeants. La dérive consumériste, ainsi que les attentes irréalistes de la société vis-à-vis de la médecine, semblent désormais être des déterminants majeurs du *burnout*.

Mesures à mettre en place, selon les médecins généralistes gersois, pour prévenir le *burnout*

Les mesures à mettre en place recourent largement les difficultés rencontrées au quotidien. Nous retrouvons les mêmes attentes que l'étude de l'Union Régionale des Médecins Libéraux d'Ile de France de 2007 [29]. Cela questionne sur la mise en place effective des mesures de prévention et sur leur réelle efficacité depuis ces dix dernières années. Dans notre étude, près d'un quart des médecins pense que la prévention du *burnout* passe par une meilleure rémunération.

III- Forces et faiblesses

Forces

Cette étude a permis d'estimer pour la première fois la prévalence du *burnout* chez les médecins généralistes du Gers. Le taux de réponse de 69,1 % peut être considéré comme élevé pour une enquête postale avec relance. Cela montre l'intérêt des médecins généralistes gersois pour la question du *burnout*. En terme sociodémographique, la population des répondants semble représentative de l'ensemble des médecins généralistes du Gers et l'anonymat a sans doute permis une expression fidèle du vécu des praticiens.

Faiblesses

Sur 188 médecins, 58 ne se sont pas exprimés, il peut donc exister un biais de sélection. On peut supposer que les médecins les plus concernés par le *burnout* sont plus enclins à répondre. A l'inverse, les médecins souffrant de *burnout* pourraient nier ce syndrome et refuser ce travail supplémentaire. Cette étude ne peut inclure les médecins qui, suite à un *burnout*, ont déjà arrêté leur activité.

L'utilisation du *Maslach Burnout Inventory* et son interprétation peuvent prêter à discussion. Bien que cette échelle soit la plus utilisée, c'est une traduction de l'échelle originale, validée sur une population québécoise [30], potentiellement divergente sur le plan culturel. Le fait de considérer qu'un niveau élevé de *burnout* dans une dimension suffit au diagnostic positif de *burnout* tend à augmenter « artificiellement » la prévalence d'après certains auteurs [31]. Cela ne permet pas de différencier les individus les plus à risque (ceux qui ont un niveau élevé de *burnout* dans les trois dimensions) des autres. De plus, cette interprétation ne permet pas de différencier ce que certains auteurs nomment le « core symptom » du syndrome. D'un côté, l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation, et de l'autre les conséquences, à savoir la diminution de l'accomplissement personnel [5] [31]. Par ailleurs, le dépistage du *burnout* par un test très sensible qui met en évidence une forte prévalence du phénomène permet d'évoquer le sujet dans un milieu où l'on ne parle traditionnellement pas de la souffrance au travail [5].

L'analyse de type qualitative est une simple analyse de contenu n'utilisant pas de méthode qualitative. Une étude qualitative s'attachant spécifiquement aux difficultés rencontrées et aux mesures préventives à mettre en place apporterait un niveau de preuve plus élevé.

IV- Propositions

Pour que cette étude ne soit pas un énième constat d'un phénomène de plus en plus important chez les soignants, il apparaît nécessaire de faire quelques propositions.

En premier lieu, il semble important que le *burnout* rentre dans un cadre scientifique et qu'il ait une définition consacrée. Cela faciliterait son diagnostic, sa prise en charge et sa reconnaissance comme maladie professionnelle pour les soignants.

Actuellement, la prise en charge du *burnout* est essentiellement assurée par des associations : MOTS¹ (Médecin Organisation Travail Santé), l'ASBO² (Association Stop Burn Out), l'AFBO³ (Association France Burn Out), l'AAPML⁴ (Association d'Aide aux Professionnels de santé et Médecins Libéraux). Il faut informer les médecins sur l'existence de ces associations, et développer des formations destinées à la prise en charge des confrères malades. L'instauration d'un suivi médical obligatoire pour les médecins généralistes, comme la médecine du travail pour les salariés, permettrait de dépister plus précocement le *burnout* et d'appliquer des mesures préventives au cas par cas.

En amont, les facultés pourraient sensibiliser les étudiants en médecine au *burnout* et intégrer des modules présentant le statut de libéral, la gestion d'un cabinet, les spécificités, les avantages et les difficultés du mode d'exercice libéral. Ces modules pourraient aussi être une incitation au développement d'une « hygiène de vie professionnelle ».

Il paraît nécessaire de développer des actions d'information auprès du grand public et des médias sur le rôle, la complexité, l'importance, les contraintes et les limites de l'action du médecin généraliste.

Il pourrait être judicieux de créer, au niveau institutionnel, un conseil éclairé sur l'ensemble des moyens à mettre en place lors d'une installation (informatique, comptable, matériel, juridique) et de simplifier les formalités administratives quotidiennes.

Améliorer la couverture sociale des médecins limiterait le sentiment d'insécurité financière et de vulnérabilité, source de stress. Par exemple, une diminution du délai de carence de la prise en charge des indemnités journalières par la CARMF et une prise en compte du risque d'accident de travail.

Enfin, les politiques de Santé pourraient mailler les territoires, notamment grâce au milieu associatif, pour mieux comprendre les souffrances des soignants.

¹ <http://www.association-mots.org>

² <http://assostopburnout.wixsite.com/asbo>

³ <http://asso-franceburnout.fr>

⁴ <http://www.aapml.fr>

CONCLUSION

Le *burnout* est un phénomène complexe à la frontière entre la médecine, la psychologie et la sociologie. Ce syndrome, dont la définition est encore discutée, surprend par son ampleur au sein de la population des soignants et nécessite qu'on en parle.

Notre étude a permis d'estimer pour la première fois la prévalence du *burnout* chez les médecins généralistes, dans le département du Gers. Avec un taux de 46 % de *burnout*, elle confirme l'importance du phénomène qui s'inscrit dans des proportions similaires aux précédentes études. Près de 7 % des médecins généralistes avaient un niveau élevé de *burnout* pour les trois dimensions.

Nous avons trouvé des liens statistiquement significatifs entre le *burnout* et des variables sociodémographiques. Le risque de *burnout* est favorisé par le célibat, le nombre d'années d'installation et l'absence de diversification de l'activité professionnelle. Des liens, non significatifs, semblent exister avec la présence d'un secrétariat, le type d'acte et le nombre de consultations quotidiennes. Les difficultés rencontrées ainsi que les mesures à mettre en place pour prévenir le *burnout*, d'après les médecins généralistes gersois, sont les mêmes depuis dix ans. Cela nous questionne sur la réelle mise en place de mesures de prévention ainsi que sur leur efficacité. Il pourrait être intéressant de réaliser une étude s'attachant spécifiquement aux facteurs protecteurs. Une étude longitudinale sur cette même population nous permettrait d'étudier les variations de score et d'évaluer l'efficacité des moyens mis en place.

Nous faisons état d'une situation préoccupante, chez les médecins généralistes gersois, pouvant avoir de graves conséquences sur l'offre de soins. Il semble indispensable de se pencher au plus vite sur la santé de cette catégorie socioprofessionnelle.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1 Le Breton G. *Atlas de la démographie médicale en France - Situation au 1er janvier 2016*. Conseil national de l'ordre des médecins, 2016.
- 2 Girault N. *Burnout, émergences et stratégie d'adaptation : le cas de la médecine d'urgence* (1989).
- 3 Freudenberger H. *L'épuisement professionnel : la brûlure interne* (1987).
- 4 Lebigot F, Lafont B. Psychologie de l'épuisement professionnel. *Annales Médico-psychologiques*, 8 (1985), 769-775.
- 5 Canoui P, Mauranges A. *Le burnout à l'hôpital : le syndrome d'épuisement professionnel des soignants*. Broché, 2008.
- 6 Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour*, 2 (1981), 99-113.
- 7 DGT, Anact, INRS. *Le syndrome d'épuisement professionnel ou burnout - Mieux comprendre pour mieux agir*. 2015.
- 8 Maslach C, Jackson SE. *Maslach Burnout Inventory Manual*. 2nd edition (1986).
- 9 Langevin V, Boini S, François M, Riou A. Risque psycho-sociaux : outils d'évaluation. *Référence en santé au travail*, 131 (Septembre 2012), 157.
- 10 Cathébras P., Begnon A., Laporte S., Bois C., Truchot D. Epuisement professionnel chez les médecins généralistes. *Presse Med* (2004), 33:1569-74.
- 11 Guerin D. *Le burnout des médecins généralistes en Picardie*. Thèse d'exercice, Amiens, 2010.
- 12 OBSERVATOIRE RÉGIONAL DE LA SANTÉ EN LIMOUSIN. *La souffrance des soignants en Limousin*. 2015.
- 13 Faille A. *Etude descriptive de la population des médecins généralistes libéraux du nord-pas-de-calais et prévalence du burnout*. Thèse d'exercice, Lille, 2012.
- 14 Vaquin C. *Prévalence du burnout en médecine générale : enquête nationale auprès de 221 médecins généralistes du réseau sentinelle*. Thèse d'exercice, Paris 5, 2007.
- 15 Gaboulaud C. *Burnout et addiction au travail chez les médecins généralistes de l'île de la Réunion*. Thèse d'exercice, Bordeaux, 2016.

- 16 Truchot D. Le burnout des médecins libéraux de bourgogne. Rapport de recherche pour l'UPMLB (2001).
- 17 Truchot D. Le burnout des médecins libéraux de champagne-ardenne (2002).
- 18 Otton B. *Etude des soins de premier recours à l'échelle d'un territoire de santé : la médecine générale dans le roannais, état des lieux et perspective*. Thèse d'exercice, Lyon, 2010.
- 19 Zeter C. *Burnout, conditions de travail et reconversion professionnelle chez les médecins généralistes de la région Poitou-Charentes*. Thèse d'exercice, Poitiers, 2004.
- 20 Soler Jk, Yaman H, Esteva M. Burnout in european general practice and family medicine. *Soc behav personl*, 35 (2007), 1149-50.
- 21 McMurray JE. *The work lives of women physicians*. Gen Intern Med. 2000.
- 22 Chan Lin S. *Le burnout des médecins généralistes libéraux de Tahiti*. Thèse d'exercice, Paris 5, 2006.
- 23 Truchot D. *Le burnout des médecins généralistes de Poitou-Charentes*. Pour l'URMLPC, 2004.
- 24 Prieto Albino L, Robles Aguero E. Burnout in primary care doctors of the province of caceres. *Aten primaria*, 29 (2002), 294-302.
- 25 Giorgio MT. Epuisement professionnel, burnout chez les médecins. *Les médecins maitres - Toile* (2009).
- 26 Winnubst J. Organisational structure, social support and burnout (1993).
- 27 Goehring C, Kunzi B. Psychosocial and professional characteristics of burnout in swiss primary care praticiens (Février 2005), 101-108.
- 28 ORS Pays de la Loire, URML Pays de la Loire. *Vie professionnelle, vécu du travail et état de santé des médecins généralistes des Pays de la Loire*. Juin 2010.
- 29 Galam E. *L'épuisement professionnel des médecins libéraux franciliens : témoignages, analyses et perspectives*. URML Ile de France, 2007.
- 30 Dion G, Tessier R. Validation de la traduction de l'inventaire d'épuisement professionnel de Maslach et Jackson. *Revue canadienne des sciences du comportement*, 26 (1994), 210-27.
- 31 Lourel M, Gueguen M. A meta-analysis of job burnout using MBI scale. *Encephale*, 33(6) (décembre 2007), 947-953.

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire type

Thèse de Médecine générale : Évaluation du degré d'épuisement professionnel des médecins généralistes du département du Gers

Partie 1 : Qui êtes vous ?

Votre genre :

- Masculin
 Féminin

Votre âge :

- Entre 25 et 35 ans
 Entre 36 et 45 ans
 Entre 46 et 55 ans
 Entre 56 et 65 ans
 Supérieur à 65 ans

Votre situation familiale :

- Célibataire
 En couple

Partie 2 : Quel est votre mode d'exercice ?

Votre lieu d'exercice :

- Rural (< 2000 hab)
 Semi-rural
 Urbain (> 5000 hab)

Vous exercez :

- Seul
 En cabinet de groupe
 En maison de santé pluridisciplinaire
 Autre :

Avez vous un secrétariat :

- Oui
 Non

Vous êtes installé(e) depuis :

- Moins de 10 ans
 Entre 10 et 20 ans
 Plus de 20 ans

Si oui, ce secrétariat est :

- Sur place
 Téléphonique

Votre Temps de travail par semaine :

- Moins de 45 heures
 Entre 46 et 55 heures
 Entre 56 et 65 heures
 Plus de 65 heures

Quel est votre nombre moyen de consultation par jour ?

...../jr

Quel est votre nombre moyen de visite par jour ?

...../jr

La majorité de vos actes (visite et consultation) sont :

- Programmés Non programmés

Avez vous une orientation particulière dans votre pratique de la médecine générale ?

- Oui Non

Êtes vous impliqué(e) dans d'autres activités que le soin au cabinet (réseau de santé, enseignement, association de recherche, syndicat...)?

- Oui Non

Etes vous votre propre médecin traitant ?

- Oui Non

Partie 3 : Evaluation de l'épuisement professionnel

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

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

01 - Je me sens émotionnellement vidé 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 ressentent	0	1	2	3	4	5	6
05 - Je sens que je m'occupe de certains patients 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'efforts	0	1	2	3	4	5	6
07 - je m'occupe très efficacement des problèmes de mes patients	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 devenue 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	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	0	1	2	3	4	5	6
18 - Je me sens ragaillard(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de patients	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 certains de mes patients me rendent responsable de certains de leurs problèmes	0	1	2	3	4	5	6

Partie 4 : Questions ouvertes

Pour vous, quelles sont les principales difficultés que vous rencontrez au quotidien ?

Pour vous, quelles mesures sont à mettre en place pour prévenir l'épuisement professionnel des médecins généralistes libéraux ?

Commentaires libres :

Annexe 2 : Lettre accompagnant le questionnaire

Edouard BONTOUX
Interne DES Médecine Générale

6 Allée du Niger
Bâtiment A – APT 314
31000 Toulouse
Tel : 06.19.85.13.01
bontoux.edouard@hotmail.fr

Toulouse, le 29 mars 2016

Objet : Thèse de Médecine générale

Chères consœurs, chers confrères,

En tant qu'interne de médecine générale et remplaçant dans le Gers, je me permets de vous solliciter pour mon travail de thèse. L'épuisement professionnel des médecins généralistes libéraux est une réalité. Selon les études le taux d'épuisement professionnel varie de 25 à 50 %.

Aucune étude a été effectuée dans le Gers qui pourtant est un département à densité médicale faible.

L'objet de mon travail de thèse est d'évaluer l'épuisement professionnel des médecins généralistes libéraux du Gers. Cette évaluation permettra d'élaborer des pistes d'amélioration de la pratique médicale au sein du département.

Pour cela, il vous suffit de me retourner le questionnaire ci-joint dans l'enveloppe affranchie prévue à cet effet. Je vous rappelle que les données sont traitées de manière anonyme.

Les résultats de cette étude seront présentés à l'ARS ainsi qu'au CDOM 32.

Je vous remercie de l'intérêt que vous porterez à mon travail.

Je me tiens à votre disposition pour plus d'informations et/ou si vous souhaitez recevoir les résultats.

Bien confraternellement,

Edouard BONTOUX
Interne de Médecine Générale à Toulouse

Annexe 3 : Lettre de relance

Edouard BONTOUX
Interne DES Médecine Générale

6 Allée du Niger
Bâtiment A – APT 314
31000 Toulouse
Tel : 06.19.85.13.01
bontoux.edouard@hotmail.fr

Toulouse, le 27 avril 2016

Objet : Thèse de Médecine générale
Lettre de relance

Chères consœurs, chers confrères,

En tant qu'interne de médecine générale et remplaçant dans le Gers, je vous ai récemment sollicité pour mon travail de thèse.

L'épuisement professionnel des médecins généralistes libéraux est une réalité. Selon les études le taux d'épuisement professionnel varie de 25 à 50 %. Aucune étude a été effectuée dans le Gers qui pourtant est un département à densité médicale faible.

L'objet de mon travail de thèse est d'évaluer l'épuisement professionnel des médecins généralistes libéraux du Gers. Cette évaluation permettra d'élaborer des pistes d'amélioration de la pratique médicale au sein du département.

Près de la moitié d'entre vous m'ont déjà répondu et je vous en remercie vivement. **Pour ceux qui n'ont pas encore répondu, il vous suffit de me retourner le questionnaire ci-joint dans l'enveloppe prévue à cet effet.** Je vous rappelle que les données sont traitées de manière anonyme.

Les résultats de cette étude seront présentés à l'ARS ainsi qu'au CDOM 32.

Je vous remercie de l'intérêt que vous porterez à mon travail. Dans le cas où vous auriez déjà répondu à ce questionnaire, je vous prie de bien vouloir ne pas tenir compte de ce courrier de relance.

Je me tiens à votre disposition pour plus d'informations et/ou si vous souhaitez recevoir les résultats.

Bien confraternellement,

Edouard BONTOUX
Interne de Médecine Générale à Toulouse

Annexe 4 : Analyse multi-variée du groupe *burnout* et de chacune de ses trois dimensions

Tableau. Analyse multi-variée du groupe *burnout*

Variable (<i>catégorie de référence</i>)	OR [IC à 95 %]	p
Sexe (<i>féminin</i>)	0,79 [0,39 ; 2,36]	0,590
Statut conjugal (<i>célibataire</i>)	3,06 [0,88 ; 10,6]	0,078
Lieu d'exercice (<i>semi-rural</i>)	0,85 [0,30 ; 2,37]	0,768
Lieu d'exercice (<i>urbain</i>)	1,09 [0,37 ; 3,19]	0,865
Mode d'exercice (<i>cabinet de groupe</i>)	1,53 [0,46 ; 5,09]	0,486
Mode d'exercice (<i>maison de santé pluridisciplinaire</i>)	2,74 [0,49 ; 15,3]	0,249
Secrétariat (<i>non</i>)	1,83 [0,40 ; 8,32]	0,433
Autres activités* (<i>non</i>)	2,96 [1,25 ; 7,00]	0,013
Majorité des actes (<i>programmés</i>)	1,95 [0,70 ; 5,40]	0,196
Nombre de consultation quotidienne	0,97 [0,92 ; 1,03]	0,397

* Réseau de santé, enseignement, recherche, syndicalisme

Tableau. Analyse multi-variée de chaque dimension du *burnout*

Dimensions du <i>burnout</i>	Variable (<i>catégorie de référence</i>)	OR [IC à 95 %]	p
Epuisement émotionnel	Sexe (<i>féminin</i>)	1,03 [0,43 ; 2,44]	0,944
	Autres activités* (<i>non</i>)	3,75 [1,49 ; 9,41]	0,005
	Majorités de actes (<i>Programmés</i>)	2,60 [0,90 ; 7,48]	0,076
Dépersonnalisation	Sexe (<i>féminin</i>)	0,73 [0,27 ; 1,92]	0,529
	Lieu d'exercice (<i>semi-rural</i>)	1,46 [0,46 ; 4,42]	0,500
	Lieu d'exercice (<i>urbain</i>)	2,15 [0,74 ; 6,25]	0,158
	Années d'installation (<i>entre 10 et 20 ans</i>)	2,96 [1,12 ; 7,77]	0,027
	Années d'installation (<i>Plus de 20 ans</i>)	1,05 [0,25 ; 4,39]	0,941
	Autres activités* (<i>non</i>)	2,06 [0,80 ; 5,26]	0,129
Accomplissement personnel	Sexe (<i>féminin</i>)	0,77 [0,23 ; 2,51]	0,669
	Années d'installation (<i>Plus de 20 ans</i>)	0,56 [0,10 ; 3,06]	0,511
	Mode d'exercice (<i>cabinet de groupe</i>)	3,01 [0,48 ; 20,0]	0,233
	Mode d'exercice (<i>maison de santé pluridisciplinaire</i>)	5,18 [0,44 ; 60,0]	0,188
	Statut conjugal (<i>célibataire</i>)	6,05 [1,52 ; 24,0]	0,010
	Secrétariat (<i>non</i>)	5,15 [0,70 ; 37,7]	0,107
	Nombre de consultation quotidienne	0,92 [0,85 ; 1,00]	0,059

*Réseau de santé, enseignement, recherche, syndicalisme

Annexe 5 : Commentaires libres des médecins répondants

« Toujours passionné par mon métier malgré le surplus de travail. »

« La médecine générale n'a aucun avenir, nous ne servons que de tampon entre patients et spécialistes. »

« Je trouve mon métier passionnant, même après 43 ans d'exercice. Je pars le matin heureux comme au premier jour d'exercice. »

« Tout va bien, le bateau coule. Les généralistes qui restent deviennent corvéables à merci, une maison médicale a un cahier des charges aberrant. Mais tout baigne comme dit Marysol ! »

« Sans nos secrétaires on serait morts, ça nous coûte un bras mais on résiste ainsi. »

« Je crois qu'au fond « ils » cherchent à tuer les médecins généralistes... un métier qui va disparaître à court terme... »

« Vivement la retraite ! »

« Il faudrait que nos brillants professeurs du CHU, toujours prompts à blâmer la médecine générale, viennent nous suivre pendant une à deux semaines pour se rendre compte des réalités. On est prêt à les héberger. Il y a certes des situations simples à gérer mais aussi de plus en plus de situations complexes et difficiles et on est tout seul. »

« Globalement je trouve que depuis 3 ans nos conditions de travail se dégradent vite. Je pense que les médecins généralistes sont des passionnés, mais à trop nous en demander on risque d'épuiser même les plus motivés. »

« Au niveau de ce métier, au niveau humain : on ne s'y retrouve plus !! »

« Malgré ces réflexions pessimistes, je trouve ce métier immensément riche. »

« S'engager dans la médecine générale c'est être assuré d'avoir une vie professionnelle passionnante, entrer et participer à un jeu dont on ne connaît ni toutes les règles ni tous les partenaires. »

« Trois suicides d'amis médecins généralistes ces 10 dernières années : Gimont, Simorre, Cornebarrieu. »

« J'aime mon métier, j'aime écouter mes patients et prendre mon temps avec eux. Mais si notre travail n'est pas mieux valorisé je pense sérieusement m'expatrier »

« Fin des hostilités en juillet 2018 ! Si j'y arrive !! »

« La bêtise des confrères surtout jeunes qui pensent qu'une médecine plus fonctionnarisée sera meilleure et moins stressante. »

« Je trouve ce métier immensément riche, la science médicale en elle même est passionnante, avec toujours de nouvelles découvertes et le contact avec les gens nous ouvre tellement de possibilités. Quel riche et beau métier nous faisons. »

« La médecine générale est morte ! »

« Depuis que je suis remplaçante, j'ai compris que je suis simplement un service »

« Les goûts, les envies, les besoins inconsiderés des gens enlèvent aux jeunes médecins le goût de s'installer durablement dans la vocation. Sans la santé personnelle, il n'y a plus de santé conjugale, familiale et professionnelle. »

« Merci pour ce sujet de mettre le doigt sur un problème un peu tabou chez les généralistes libéraux. »

« Il est indispensable de remettre à plat complet l'organisation du système de soins. Les caisses et les mutuelles doivent nous aider au lieu de nous assommer de demandes supplémentaires. Les soignants veulent soigner ! »

« Pour ma part, j'ai 3 enfants, j'exerce en groupe, 3,5 à 4 jours par semaine, soit 45 heures environ, ce qui me semble-t-il permet d'assurer une écoute et une qualité de travail correctes. »

« Installez-vous !! »

« *Burnout* il y a 3 ans environ en raison de l'absence de la remplaçante habituelle pour grossesse. Pas de vacances, toutes les gardes : épuisant !! »

« J'ai le privilège, parce que je l'ai décidé ainsi de ne travailler qu'une semaine sur deux, avec un collègue qui assure l'autre semaine. Cela implique des semaines de travail supérieures à 65 heures suivies d'une semaine d'autres activités personnelles. Cela me convient. Je m'approche de la retraite que je prendrai à 62 ans. »

« Sujet de thèse très pertinent ! »

« A l'approche de la retraite, résultats globalement très positifs. »

« J'ai 61 ans, je souhaite travailler moins pour mieux suivre les patients, faire davantage de prévention ; les actes de prévention m'intéressent davantage et l'accompagnement des arrêts. »

« Je gagne moins que mes confrères mais je n'ai pas l'impression de faire de l'abattage ! Les patients sont contents car ils ont une écoute de la part de ma collaboratrice aide-soignante et elle est à même de faire un mini-compte-rendu des problèmes rencontrés. Un plus pour tout le monde ! »

« Etre médecin généraliste c'est pour moi le plus beau métier au monde, développons notre propre façon de travailler. Allégeons l'obligation de travailler 60h/semaine si on veut s'en sortir financièrement. »

« Vous les nouveaux diplômés, vous avez travaillé pour prendre notre succession... Alors qu'attendez-vous ??? »

« Votre questionnaire est compliqué à répondre !! Et je doute fort qu'un MG ait le temps et l'envie d'y participer... ! »

« J'ai fait un *burnout* très précoce durant mes études. J'ai donc évalué ma capacité de travail en fonction de mes limites, afin de ne jamais dépasser. J'aime mon métier, j'aime écouter mes patients et prendre mon temps avec eux. Mais si notre travail n'est pas mieux valorisé, je pense sérieusement m'expatrier. »

Titre : Prévalence et facteurs de risque du *burnout* chez les médecins généralistes du Gers

Résumé

Objectifs : Évaluer la prévalence du *burnout* chez les médecins généralistes du Gers. Secondairement, définir les facteurs de risque, identifier les difficultés rencontrées au quotidien et les mesures de prévention à mettre en place. **Méthodes :** Nous avons réalisé une étude descriptive transversale par envoi postal d'un questionnaire auprès de l'ensemble des médecins généralistes du Gers, à l'exclusion de ceux ayant uniquement une activité salariée. L'échelle de mesure du *burnout* utilisée était le *Maslach Burnout Inventory*. **Résultats :** Le taux de réponse est de 69,1% (130/188). 60 (46 %) des médecins généralistes étaient en *burnout*. 9 (6,9 %) présentaient un niveau élevé de *burnout* pour les trois dimensions. Le célibat et le nombre d'années d'installation sont des facteurs de risque statistiquement significatifs. La diversification de l'activité professionnelle est un facteur protecteur (OR=3,75 ; IC95% [1,49 ; 9,41] ; p=0,005). **Conclusion :** Le *burnout* des médecins généralistes gersois apparaît être une réalité. Il semble urgent de mettre en place des mesures de prévention efficaces au niveau institutionnel et individuel.

Mots clefs : *burnout*, épuisement professionnel, médecin généraliste, échelle *MBI*, Gers

Title : Prevalence and risk factors of burnout among general practitioners in the Gers

Abstract

Objectives: The purpose of the study is to assess the prevalence of *burnout* among general practitioners in the Gers. Secondly, to define the risk factors, to identify the difficulties faced on a daily basis and the prevention measures to put in place. **Tools and methods:** We carried out a descriptive cross-sectional study by sending a questionnaire by postal delivery to all the general practitioners in the Gers, except those who are only salaried. The scale of measure used for the *burnout* was the *Maslach Burnout Inventory*. **Results:** the response rate was 69.1% (130/188). 60 general practitioners (46%) were in *burnout*. 9 (6.9%) showed a high level of burnout for the three dimensions. Celibacy and the number of years in the job are statistically significant risk factors. Diversification of the professional activity is a protective factor (OR=3.75; CI95% [1.49; 9.41]; p=0.005). **Conclusion:** *Burnout* among general practitioners in the Gers seems to be a reality. It seems to be urgent to put in place effective prevention measures, on an institutional and individual level.

Keywords : *burnout*, professional exhaustion, general practitioner, *MBI* scale, Gers

Discipline administrative : MÉDECINE GÉNÉRALE

Directeur de thèse : Docteur Julien CHAINET-VILA