

Année 2016

2016 TOU3 1118

THÈSE

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

Présentée et soutenue publiquement
par

Yasmine ARVERS

Le 07 OCTOBRE 2016

**BÉNÉFICES DE LA DIVERSIFICATION DE L'ACTIVITÉ, ET DE L'HYPNOSE
MÉDICALE, SUR L'ÉPANOUISSEMENT PROFESSIONNEL DES MEDECINS
GENERALISTES.**

(Satisfaction professionnelle, stress professionnel et syndrome d'épuisement professionnel)

Enquête transversale auprès des médecins généralistes de Midi-Pyrénées

Directeur de thèse : Dr Léonard AMETEPE
CoDirecteur de thèse : Dr Serge BISMUTH

JURY :

Monsieur le Professeur Jean-Marc SOULAT

Madame la Docteure Brigitte ESCOURROU

Monsieur le Docteur Léonard AMETEPE

Monsieur le Docteur Serge BISMUTH

Président

Assesseur

Assesseur

Assesseur

BÉNÉFICES DE LA DIVERSIFICATION DE L'ACTIVITÉ, ET DE L'HYPNOSE MÉDICALE, SUR L'ÉPANOUISSEMENT PROFESSIONNEL DES MEDECINS GENERALISTES.

(Satisfaction professionnelle, stress professionnel et syndrome d'épuisement professionnel)

Enquête transversale auprès des médecins généralistes de Midi-Pyrénées

SOMMAIRE

1	INTRODUCTION :	3
2	CONTEXTE :	7
2.1	Clarification de concepts :	8
2.1.1	La satisfaction au travail :	8
2.1.2	Le stress perçu :	9
2.1.3	Le syndrome d'épuisement professionnel (SdEP) ou burnout (BO) :	11
2.1.4	Epanouissement professionnel :	12
2.2	Les conséquences du malaise des soignants :	13
2.2.1	Conséquences individuelles :	13
2.2.2	Conséquences sociétales :	14
2.3	Diversification de l'activité :	16
2.3.1	Activité complémentaire :	16
2.3.2	Mode d'exercice particulier :	17
2.3.3	Hypnose médicale:	19
3	METHODE :	21
3.1	Elaboration du questionnaire :	21
3.1.1	Recherche bibliographique :	21
3.1.2	Choix des critères de jugement :	21
3.1.3	Le questionnaire : (annexe 1) :	22
3.2	Population concernée :	25
3.3	Analyse statistique :	26
4	RESULTATS.....	27
4.1	Analyse descriptive :	28

4.1.1	Caractéristiques de la population étudiée : (annexe 2)	28
4.1.2	Epanouissement professionnel et diversification de l'activité :.....	34
4.2	Etude statistique univariée :	37
4.2.1	Diversification de l'activité et épanouissement professionnel des médecins :37	
4.2.2	Déterminants de la satisfaction professionnelle.....	38
4.2.3	Liens des différents indicateurs de santé psychologique entre eux :	40
5	DISCUSSION :.....	41
5.1	Représentativité de notre échantillon :.....	41
5.1.1	Caractéristiques socio démographiques, modalités d'exercices, charge de travail :	41
5.1.2	Diversification de l'activité :	42
5.1.3	L'épanouissement professionnel :.....	44
5.2	La diversification de l'activité : un atout pour l'épanouissement professionnel	47
5.2.1	Intérêt d'un critère composite d'épanouissement professionnel :.....	47
5.2.2	La diversification de l'activité : une définition discutable.....	49
5.2.3	Le cas particulier de l'hypnose médicale :.....	50
5.3	Autres perspectives pour l'épanouissement professionnel :	51
5.4	Les autres déterminants de la satisfaction professionnelle :	52
5.5	Forces et Limites :	55
5.5.1	Des concepts complexes :.....	55
5.5.2	Une causalité difficile à démontrer :	57
5.5.3	Le problème de l'effectif pour les hypnothérapeutes :.....	58
6	CONCLUSION :.....	59
7	BIBLIOGRAPHIE :.....	62
8	ANNEXES :.....	70

1 INTRODUCTION

L'épanouissement professionnel des soignants

Depuis plusieurs décennies les études se sont multipliées autour des risques psychosociaux et de leurs conséquences pour les soignants. Elles ont révélé chez les médecins des niveaux importants de stress, de *burnout* ou d'insatisfaction professionnelle.

Ce "malaise" des soignants risque d'augmenter la morbidité notamment psychologique des médecins (1), (2), (3), mais aussi de dégrader la qualité de soins (4), (5), (6), et d'aggraver la pénurie annoncée en terme de démographie médicale (1), (7).

En médecine générale, les chiffres sont alarmants. La pression et la tension au travail sont importants (8). En France, 5 % à 6,5% des généralistes présentaient des scores très élevés de *burnout* (score élevé dans les trois dimensions du MBI), et seulement 16 à 41% d'entre eux étaient complètement indemnes de *burnout* (9), (10).

Si les médecins généralistes sont stressés, et épuisés professionnellement, sont-ils globalement satisfaits par leur travail? Question cruciale car nous savons aujourd'hui que la satisfaction au travail, à niveau de stress équivalent, est un élément protecteur vis à vis de la morbidité psychiatrique (11), mais aussi physique (12).

L'étude de la satisfaction au travail s'inscrit dans la lignée de la psychologie positive (*étude des conditions et processus qui contribuent à l'épanouissement ou au fonctionnement optimal des individus, des groupes et des institutions*) qui a introduit l'importance de sortir de la simple pathologie pour réorienter notre réflexion et nos efforts vers un objectif : "*améliorer la vie de tous les gens*" (13).

Plusieurs études ont retrouvé des associations étroites entre ces trois indicateurs : stress perçu, épuisement professionnel et satisfaction professionnelle.

La satisfaction est apparue inversement liée au risque d'épuisement professionnel dans plusieurs études (8), (14) et dans une autre étude auprès des généralistes français, le stress perçu induisait l'épuisement qui avait un effet sur l'insatisfaction professionnelle (15).

L'évaluation et l'association de ces trois indicateurs (satisfaction professionnelle globale, stress professionnel perçu, épuisement professionnel) permet donc d'explorer autant le désenchantement que l'épanouissement des médecins généralistes.

La diversification de l'activité et l'hypnose médicale : des déterminants de l'épanouissement professionnel ?

Diversification de l'activité

Aujourd'hui de nombreux médecins généralistes diversifient leur activité au sein du cabinet via un mode d'exercice particulier, ou hors cabinet par une activité médicale (activité en centre de soin, coordination d'EPHAD, médecine scolaire, médecine sportive, recherche...), ou une activité para-professionnelle médicale (enseignement, responsabilité au sein d'organisations para-professionnelles) (16).

Ainsi dans un rapport de l'URMLA auprès des généralistes aquitains , seul un quart des praticiens interrogés n'exerçaient qu'en libéral, sans compétence ou orientation particulière ni activité médicale hors soin (17).

La variété dans la vie professionnelle semble intimement liée à une amélioration du ressenti des généralistes vis à vis de leur travail.

Dans son étude concernant les déterminants de la cessation d'activité , Anne Vega a relevé que les médecins pour lesquels le travail avait été synonyme de satisfaction et d'épanouissement se caractérisaient par la pluralité de leurs investissements dans des activités non libérales voir non directement médicales (18). Dans son analyse globale elle évoque l'importance dans le processus de décision de "*l'aptitude à s'investir dans d'autres activités et (...) d'avoir eu ou non l'occasion de découvrir d'autres formes d'exercice ou d'autres formes d'investissement professionnel*" (19).

Dans de nombreuses études, on retrouve la diversité de l'activité comme déterminant important de la satisfaction au travail des médecins généralistes (20), (21).

Selon L'URML d'Ile-de-France il y aurait "*une universalité du désir de singularité, remède essentiel pour lutter contre l'épuisement professionnel et la démotivation*" (22).

L'investissement dans une activité complémentaire (AC) et/ou d'un mode d'exercice particulier (MEP) pourrait donc augmenter la satisfaction professionnelle et prévenir le *burnout* des soignants.

L'hypnose médicale , un mode d'exercice très particulier

L'hypnose médicale est un MEP à part, habituellement classée parmi les médecines "non conventionnelles". Celles-ci sont, selon les instances européennes, "*les procédés thérapeutiques qui ne relèvent pas, ou pas encore, de la médecine traditionnelle, qui entraînent très probablement la guérison qu'ils promettent et dont l'exercice n'est pas nécessairement lié à l'obtention d'un diplôme d'État dans le domaine de la science médicale*" (1997). L'hypnose médicale est pourtant actuellement intégrée dans la médecine conventionnelle de plusieurs pays européens, puisque enseignée par exemple dans le cursus initial en Angleterre et en Allemagne.

En France, si l'Académie nationale de médecine a récemment reconnu l'hypnose comme étant "*un élément précieux de ce qu'on est convenu d'appeler les ThC (thérapies*

complémentaires), sachant qu'il s'agit avant tout de techniques psychothérapeutiques et psychocorporelles" (23), elle n'est pas encore intégrée dans le cursus universitaire initial ni remboursée par l'assurance maladie et reste méconnue de nombreux praticiens.

Pourtant son attrait au sein de la population soignante est croissant. De nombreuses formations (universitaires ou non) se développent actuellement. Plusieurs centres hospitaliers la propose également. L'HAS (Haute Autorité de Santé) la répertorie parmi les moyens non pharmacologiques utilisables en complément des antalgiques pour traiter la douleur de l'enfant.

Cet intérêt se justifie car aujourd'hui l'hypnose médicale est sortie du mysticisme qui l'entourait pour entrer dans le domaine de l'Evidence Based Medicine. Les neurosciences ont validé la réalité neurologique de l'état hypnotique (24) et de nombreuses études ont confirmé son efficacité clinique (25), (26).

Cette pratique, apporte au patient et au médecin une solution efficace et donc satisfaisante pour de nombreuses pathologies fréquemment rencontrées en médecine générale telle que la douleur, les troubles psychiatriques, les maladies psychosomatiques (27), (28), (29).

L'hypnose médicale s'appuie sur une communication bien particulière où l'écoute et l'empathie sont centrales comme on peut le voir avec l'activation du système des neurones miroirs (30). Les relations des médecins avec leurs patients mais aussi leurs confrères et leurs proches, deviennent plus apaisées, plus faciles à gérer.

Le *burnout* et la satisfaction professionnelle sont étroitement liés à la qualité de ces relations et à la capacité des médecins à gérer les conflits (11), (31), deux déterminants particulièrement améliorés par de l'hypnose médicale (32), (33).

Outre le bénéfice relationnel, les médecins généralistes interrogés au sujet de l'hypnose médicale se sont dits plus épanouis, gérant mieux leurs affects et vivant l'activité comme plus reposante depuis qu'ils la pratiquaient (32), (33).

On peut alors supposer que la pratique de l'hypnose, en plus de diversifier l'exercice, pourrait avoir un impact particulier sur la satisfaction professionnelle globale, le stress et l'épuisement professionnel des soignants, en améliorant la qualité de leurs relations interpersonnelles et en favorisant leur épanouissement.

Les objectifs de notre travail

Objectif principal

Etudier l'association entre la diversification de l'activité (activité complémentaire, mode d'exercice particulier et hypnose médicale) et l'épanouissement professionnel des médecins généralistes de Midi-Pyrénées ?

Objectifs secondaires

Rechercher plus spécifiquement un lien éventuel entre l'hypnose médicale et l'épanouissement professionnel.

Rechercher les différents déterminants associés à la satisfaction au travail chez les médecins généralistes interrogés.

Savoir si, comme le décrit la littérature, il existe des liens significatifs entre les trois indicateurs de santé utilisés dans notre étude (stress perçu, syndromes d'épuisement professionnel, satisfaction professionnelle globale).

2 CONTEXTE

2.1 Clarification de concepts

Les définitions et les outils d'évaluation utilisés pour l'ensemble des concepts de psychopathologie du travail sont complexes et multiples. Il est essentiel, avant de débiter cette étude, de redéfinir brièvement ceux que nous avons utilisés.

2.1.1 La satisfaction au travail

- Définitions

Pour Cranny et al. (1992), il existe une définition consensuelle de la satisfaction au travail comme *"une réaction affective et émotionnelle à son travail, qui découle d'une comparaison inhérente des résultats obtenus avec ceux désirés (attendus, mérités, etc.)"*.

Cette définition correspond à celle de Locke (1976, p.1300) pour lequel elle est *"un état émotionnel agréable ou positif résultant de l'évaluation faite par une personne de son travail ou de ses expériences au travail"*

Les auteurs s'accordent également pour la considérer comme une attitude, autrement dit une évaluation globale de l'objet : ici le travail (34), (35).

Pour résumer, la personne évalue l'adéquation entre :

- ses attentes vis à vis de son travail,
- sa perception des aspects positifs/négatifs de celui-ci,

Le ressenti émotionnel qui en résulte constitue la satisfaction au travail.

- Facteurs liés à la satisfaction au travail chez les médecins généralistes

- Les facteurs personnels :

Ce sont l'âge, le sexe, l'ethnie, les variables de personnalité. Les différentes études sont souvent contradictoires les concernant.

- Les facteurs organisationnels :

L'étude de Cooper en 1989 identifie quatre catégories de stressés professionnels liés à l'insatisfaction au travail : les exigences liées au métier et aux attentes des patients, les interférences avec la vie de famille, les interruptions constantes dans le travail et au domicile, et la *charge administrative* (36).

Dans la revue systématique de la littérature de Van Ham et al. en 2006, les facteurs qui amélioraient le plus la satisfaction au travail étaient : la diversité du travail, les relations et contact avec les collègues, et l'implication dans la formation des étudiants (20).

▪ Mesure

La satisfaction professionnelle peut être évaluée soit par des échelles composites, selon les différentes facettes du travail, soit par une échelle globale qui évalue la satisfaction générale de l'individu par rapport à son travail au travers d'un ou plusieurs items. Il existe un très grand nombre d'échelles de satisfaction plus ou moins longues, peu sont traduites en langue française et il n'y a pas aujourd'hui de consensus en faveur de l'utilisation de l'une ou l'autre (37).

2.1.2 Le stress perçu

▪ Définitions :

Le stress a d'abord été défini comme une "*réaction physiologique liée aux émotions et visant à rétablir l'homéostasie*". Cannon (1927) ou comme "*une réponse non spécifique de l'organisme à toute demande qui lui est faite*" Seyle (1956).

Le stressor induit une première phase d'alarme qui permet à l'organisme de réagir. Celui-ci s'adapte ensuite à la perturbation. Si le stressor persiste, les capacités d'adaptation sont dépassées. L'organisme s'épuise et des manifestations physiques apparaissent (MCV, troubles digestifs, troubles du sommeil, etc.).

Les travaux réalisés en biopsychologie intègrent à cette vision les émotions, comme régulatrices de la réaction hormonale. Le stress sort du modèle biologique linéaire pour évoluer vers un modèle complexe et dynamique où les différents facteurs interagissent et modulent l'impact de l'évènement stressant sur l'organisme.

Il devient *"une transaction entre la personne et l'environnement, dans laquelle la situation est évaluée comme débordant les ressources d'un l'individu et pouvant mettre en danger son bien-être"* (Lazarus et Folckman, 1984).

De ces modèles dits "transactionnels" naît la notion de stress perçu ou subjectif, qui correspond à la *"discordance ressentie entre les ressources existantes et perçues comme insuffisantes, et les contraintes de la situation"* (Sarafino, 1994).

Peu à peu s'affirme l'idée selon laquelle, dans une situation stressante, l'évaluation qu'on en fait, la manière de la ressentir, sont plus importantes que l'évènement lui-même et qu'elle est plus prédictive de la morbidité associée à ce stress.

Ce stress perçu peut être aigu ou chronique, la chronicité aggravant considérablement ses effets néfastes sur la santé (38).

- Facteurs liés au stress chez les soignants

Certains facteurs de stress sont spécifiquement liés à la fonction soignante, comme la nécessité de prendre des décisions vitales sur la base d'informations ambiguës, le risque d'erreurs aux conséquences graves, les contacts émotionnellement chargés avec les patients, leurs familles et les autres professionnels de santé (1).

- Mesure

Comme pour la satisfaction au travail, il existe de nombreuses échelles de mesure du stress professionnel, souvent étroitement liées aux modèles conceptuels auxquels elles se rapportent.

Parmi celles mesurant le stress perçu, certaines comportent plusieurs items comme la *Perceived Stress Scale (PSS)* en 10 ou 14 items, ou l' *HADS : Hospital Anxiety and Depression Scale* (39); d'autres évaluent globalement celui-ci par exemple au moyen d'une échelle visuelle analogique (40) ou numérique comme l'IB stress utilisé dans cette étude (41).

2.1.3 Le syndrome d'épuisement professionnel (SdEP) ou burnout (BO)

- Définitions

Spécifique à la sphère professionnelle, il correspond à une défaillance psychologique causée par un stress chronique non surmonté et se traduisant par une fatigue et une frustration (Freudenberger, 1974).

Maslach et Jackson le définissent 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"* (42).

Ils distinguent trois dimensions :

- L'épuisement émotionnel (EE), décrit le sentiment d'être vidé de son énergie, incapable de se "donner" émotionnellement à l'autre. C'est la composante centrale, par laquelle s'enclenche le *burnout* et qui est la plus sensible aux stressseurs de l'environnement du travail (43).

- La dépersonnalisation (DP) correspond à la déshumanisation de la relation à l'autre, la perte de l'empathie. C'est une réaction défensive caractérisée par des attitudes impersonnelles envers les personnes dont l'individu s'occupe.

- La baisse de l'accomplissement personnel (AP) se traduit par une perte de l'estime de soi et du sentiment d'auto-efficacité. Elle est souvent considérée comme une caractéristique personnelle plus que comme une composante du *burnout*.

- Facteurs liés au syndrome d'épuisement professionnel en médecine générale :

L'étude KCE belge a distingué parmi les facteurs impliqués :

- les facteurs liés à la personne : caractéristiques démographiques, personnalité.
- les facteurs intrinsèques à la pratique de la médecine sont ceux sur lesquels le médecin devrait théoriquement pouvoir avoir prise.
- les facteurs extrinsèques sont ceux liés à l'organisation de la profession ou au système de soins de santé (44).

- Mesures :

La principale échelle , validée internationalement est celle qui a été conçue par Maslach et Jackson : le *MBI (Maslach Burnout Inventory)* (45). Elle évalue le niveau de *burnout* pour chacune des dimensions, mais ne définit pas clairement de seuil permettant d'établir un diagnostic positif, ce qui rend son utilisation très variable selon les études.

D'autres outils existent mais restent peu représentés dans la littérature. On distingue les méthodes de «portée restreinte» (*burnout questionnaire* de Freudenberg par exemple), simples inventaires sans portée statistique, des méthodes de "portée large".

Ces dernières sont par exemple le *MBI*, mais aussi le *CBI (Copenhagen Burnout Inventory)* qui analyse l'épuisement physique et psychologique (utilisé dans l'étude européenne multicentrique PRESS-NEXT concernant l'insatisfaction et l'épuisement des soignants européens)(46).

2.1.4 Epanouissement professionnel

Selon L'OMS la santé se définit comme "*un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité*".

Et la santé mentale est considérée comme *"un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté"*.

Dans ce domaine complexe de la santé au travail il existe de multiples concepts tels que la qualité de vie au travail, le bien-être au travail qui ont leurs définitions propres et des échelles de mesure spécifiques. Ils abordent la santé au travail autant sous l'angle psychologique que physique.

Dans notre étude nous nous sommes intéressés exclusivement à la dimension psychologique de la santé au travail. Nous avons donc préféré parler d'épanouissement professionnel, qui dépendrait à la fois du ressenti positif évalué par la satisfaction professionnelle, et du ressenti négatif évalué par le stress et l'épuisement professionnel.

2.2 Les conséquences du malaise des soignants

2.2.1 Conséquences individuelles

Les données de la littérature concernant la prévalence des troubles de la santé psychologique en médecine générale sont inquiétantes. Dans son étude en 1994, Caplan retrouvait des dépressions et des idéations suicidaires plus fréquentes chez les généralistes que chez les praticiens hospitaliers (47).

En France les résultats des enquêtes de Truchot retrouvaient en Bourgogne un niveau élevé de détresse psychologique chez 17% des médecins, contre 11% seulement chez les cadres ou professions intellectuelles de la population générale (48).

Le taux de suicide chez les médecins libéraux français était de 14% décès en 2003 contre 5,6 % des décès en 1999 dans la population générale, selon le conseil national de l'Ordre (49).

Les risques psychosociaux et les stressseurs induisent un mal-être qui va se traduire par une insatisfaction et un épuisement professionnel qui ont pour corollaire l'apparition de troubles d'ordres psychiatriques (troubles anxieux, dépression, addictions) mais aussi de conséquences physiques.

Dans la population générale, Faragher et al ont ainsi montré une corrélation significative entre la satisfaction au travail et une bonne santé. Ce lien prédominait pour les problèmes mentaux ou psychosociaux (*burnout* surtout mais aussi dépression, anxiété, estime de soi, ou santé mentale globale). Elle impactait plus modérément la santé physique sous forme de pathologies cardio-vasculaires ou de troubles musculo-squelettiques (12).

Dans une revue de la littérature Iacovides et al. ont mis en évidence une forte association entre stressseurs professionnels et troubles psychiatriques dont la dépression sévère (3).

Le *burnout* des médecins généralistes était lié à la survenue de dépressions, de consommations abusives d'alcool et de tabac , mais aussi de pathologies cardio-vasculaires dans une revue de la littérature Belge (2). Dans les pays de la Loire, Truchot retrouvait une association significative entre le *burnout* et les idéations suicidaires, la consommation d'alcool et de psychotropes chez les médecins généralistes (1).

2.2.2 Conséquences sociétales

2.2.2.1 Impact sur la qualité des soins

Plusieurs études ont mis en évidence une dégradation de la qualité des soins, et une augmentation des erreurs médicales, liées à l'insatisfaction au travail ou au *burnout* (4), (5), (6).

Cet effet prédominerait cependant pour les demandes d'ordre psychologique et psychosociales. C'est principalement la capacité d'écoute et la qualité de la relation des médecins avec leur patient qui est altérée. Ainsi, dans une étude anglaise de 2003, si la satisfaction altère la qualité de soin pour les patients douloureux ou déprimés, elle ne la dégrade pas de manière significative pour le reste des patients (50).

2.2.2.2 *Impact socio-économique*

- Démographie médicale

En France la pénurie médicale s'aggrave. Au 1 janvier 2015, la densité départementale moyenne était de 266,4 médecins en activité régulière pour 100000 habitants (275,7/100000 habitants au 1er janvier 2007) (51). Selon la DREES elle pourrait diminuer de 10,6% d'ici 2030, et atteindre son taux le plus bas en 2020 (52).

L'insatisfaction et l'épuisement professionnel sont étroitement liés à des départs prématurés en retraite, des reconversions professionnelles et des arrêts de travail qui diminuent encore le nombre de médecins.

Dans le Rhône-Alpes, l'insatisfaction globale au travail des généralistes et le *burnout* étaient significativement liés avec la cessation d'activité (7).

Le désir de reconversion professionnelle était lié significativement aux trois composantes du *burnout* dans l'étude de Truchot (médecins généralistes de la Loire, 2003) (1).

- retombées économiques

L'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail estimait en 2010 les coûts liés au stress à plus de 20 milliards d'euros.

En France, les estimations, tout aussi délicates, atteignaient de 1,9 à 3 milliards d'euros en 2007, sur la base d'une population active de 27,8 millions de personnes.

Au Canada le coût du *burnout* des médecins en général a été évalué à 213 millions de dollars du fait des départs prématurés et des arrêts de travail (53).

Le malaise des médecins est pourvoyeur de troubles psychologiques chez les soignants. En médecine générale, en 2011, les maladies psychiatriques représentaient la principale cause des invalidités des généralistes et des arrêts longue durée (supérieurs à 3 mois). Ceux-ci avaient beaucoup augmentés entre 2001 et 2011 (36% de bénéficiaires d'indemnités journalières en plus) (54).

Les conséquences des erreurs médicales et la détérioration de la qualité des soins peuvent aussi engendrer des dépenses supplémentaires. Les médecins insatisfaits auraient aussi tendance à prescrire plus de médicaments et à réadresser plus fréquemment (4).

2.3 Diversification de l'activité

2.3.1 Activité complémentaire

2.3.1.1 Définitions

Dans notre étude, est considérée comme "activité complémentaire" toute activité réalisée en dehors l'exercice libéral au cabinet, qu'elle soit ou non rémunérée, salariée ou non.

Nous les avons catégorisées en trois groupes :

- les activités médicales hors cabinet, rémunérées ou non (régulation médicale, médecin pompier, médecine scolaire, encadrement d'évènements sportifs, médecine humanitaire, coordination d'EPHAD ...),
- les activités para-professionnelles considérées comme les activités "hors soin", relatives au domaine médical (enseignement, recherche, organisations professionnelles ...),
- les activités extra-professionnelles : engagement politique, associatif, sportif ou artistique...

2.3.1.2 *Etat des lieux*

Dans le rapport de l'URML (Union Régionale des Médecins Libéraux) d'Aquitaine en 1999 :

- 134 médecins (14,3% du total des répondants) avaient mentionné une activité médicale non rémunérée.
- les principales activités médicales hors soin étaient l'épidémiologie, la recherche, la participation aux organisations professionnelles, l'expertise, l'enseignement.

2.3.2 Mode d'exercice particulier (MEP)

2.3.2.1 *Définitions :*

Dans les années 70 la Caisse Nationale d'Assurance Maladie, définit les médecins à exercice particulier comme ayant *"un mode de diagnostic et/ou thérapeutique différent des médecins généralistes «traditionnels»"*.

Selon l'IRDES (Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé) c'est *"un médecin dont la spécialité n'est pas reconnue par la Sécurité sociale, telles l'acupuncture et l'homéopathie ou un médecin généraliste exerçant plusieurs disciplines pour lesquelles il a été qualifié"*.

L'examen de la littérature retrouve une grande disparité dans la conception du "mode d'exercice particulier" (MEP) ou du "médecin à exercice particulier", parfois désignés sous le terme "médecins à orientation particulière (22).

Les données concernant la fréquence des MEP pour les généralistes français sont disparates. Le manque de consensus rend particulièrement difficile l'évaluation de ces pratiques.

Pour la sécurité sociale les MEP se répartissent en deux groupes : MEP proche de la médecine générale (gériatrie, médecine du sport, addictologie, douleurs ...) et MEP éloigné de la médecine générale (allergologie, médecine légale, nutrition, angiologie).

Un troisième groupe est constitué par les MEP "non conventionnels", terme retenu par le parlement européen pour désigner les médecines alternatives ou complémentaires. L'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) définit ces dernières comme *"un vaste ensemble de pratiques de santé qui ne font pas partie de la tradition ni de la médecine conventionnelle du pays, et ne sont pas pleinement intégrées à son système de santé prédominant"*.

Le NCCAM (National Center for Complementary and Alternative Medicine) les classe en trois catégories :

- les thérapies fondées sur des produits naturels (plantes, minéraux ...)
- les thérapies du corps et de l'esprit (méditation, hypnothérapie, yoga...)
- les thérapies fondées sur la manipulation (ostéopathie, chiropraxie, réflexologie)

Dans notre étude nous n'avons pas limité les disciplines pouvant être considérées comme des modes d'exercice particulier, précisant seulement que ceux-ci devaient faire l'objet de consultations dédiées et excluant les médecins qui exerçaient exclusivement l'une ou l'autre de ces thérapies.

2.3.2.2 *Etat des lieux en médecine générale*

Dans le rapport de l'URML d'aquitaine, les médecins pratiquant au moins une médecine différente (homéopathie, mésothérapie, acupuncture, médecine physique,

auriculothérapie, phytothérapie, oligothérapie, sophrologie...)représentaient 62,3% des médecins répondants qui ont déclaré une compétence particulière (17).

Les jeunes médecins français déclaraient des taux de formations complémentaires importants (42% à 65% selon les études) ce qui confirme l'intérêt croissant pour ces modes d'exercices (16).

2.3.3 Hypnose médicale:

2.3.3.1 Définition :

Père de la communication moderne, et surtout de l'hypnose médicale telle qu'elle est pratiquée et enseignée aujourd'hui, Milton Erickson la définit comme un *"Etat de conscience dans lequel vous présentez à votre sujet une communication, avec une compréhension et des idées, pour lui permettre d'utiliser cette compréhension et ces idées à l'intérieur de son propre répertoire d'apprentissages"* (Milton Erickson 1980).

Le docteur Jean Godin (1931-2002), qui a réintroduit et diffusé l'hypnose médicale en France, la décrit comme un *"mode de fonctionnement psychologique dans lequel un sujet, grâce à l'intervention d'une autre personne, parvient à faire abstraction de la réalité environnante, tout en restant en relation avec l'accompagnateur. Ce "débranchement de la connexion à la réalité extérieure" faisant naître des possibilités supplémentaires d'action de l'esprit sur le corps, ou de travail psychologique à un niveau inconscient* (55).

Pour l'Executive Committee of the American Psychological Association (1994), l'hypnose est une procédure pendant laquelle un professionnel de santé ou un chercheur suggère qu'un patient ou un sujet d'expérience puisse changer de sensations, de perceptions, de pensées, ou de comportement.

Selon l'académie de médecine : *"L'hypnose est un état d'attention focalisée et "d'absorption interne" avec suspension partielle de l'éveil (...) Cet état est considéré comme doté de vertus réparatrices et susceptibles de faciliter secondairement, spontanément ou par suggestion, une meilleure homéostasie et un meilleur aménagement des relations de l'organisme avec son milieu"* (23).

2.3.3.2 Etat des lieux en médecine générale :

Même s'il est difficile d'obtenir des données chiffrées concernant le nombre de médecins généralistes se formant chaque année à l'hypnose et le pratiquant, nous savons aujourd'hui que son attrait est croissant. En Suisse, 50% des médecins généralistes estimaient que l'hypnose pouvait avoir une place importante comme traitement adjuvant en médecine générale 10% d'entre eux pratiquaient l'hypnose (56).

Les indications pour lesquelles elle a montré son efficacité correspondent aux motifs de consultation fréquemment rencontrés en soins primaires :

- Les troubles psychiatriques (troubles de l'humeur, trouble anxieux, dépendance à l'alcool, trouble psychosomatique) représentent 34.1 % des patients de médecine générale (57). L'hypnose médicale est reconnue dans le traitement de l'anxiété et des conséquences (27), de la dépression(26), des addictions, et de nombreux troubles psychosomatiques tels que la colopathie fonctionnelle (29) ou certains problèmes dermatologiques favorisés par le stress (58).
- La plainte douloureuse dont on connaît la forte prévalence en médecine générale (59), (60). L'hypnose a fait ses preuves dans le traitement des douleurs notamment chroniques et fait partie des indications les plus documentées du point de vue des essais cliniques contrôlés des publications internationales (28), (61), (62).
- D'autres indications, fréquentes en médecine générale, peuvent également être soignées par l'hypnose : sevrage tabagique, asthme, maladies cardiovasculaires etc.

En France, il n'y a pas de cadre légal précis encadrant la pratique de l'hypnose ni de l'EMDR. Les DU d'hypnose et d'EMDR ne sont pas reconnus par l'Ordre des médecins.

L'enseignement existe au niveau universitaire, sous la forme de DU/DESU. L'enseignement existe également au niveau associatif et privé, avec des formations de durée variable (de 2-3 jours à 45 jours ou plus répartis sur plusieurs années). Elles sont ouvertes à un public plus ou moins large. De nombreuses formations sont proposées dans le cadre de la formation continue et du développement professionnel continu (DPC).

3 METHODE

Nous avons réalisé une étude descriptive transversale auprès des médecins généralistes de Midi-Pyrénées.

Un questionnaire en ligne, élaboré sur Google Form, a été envoyé via l'URPS (Union Régionale des Professionnels de Santé) de Midi-Pyrénées, d'abord le 15 janvier 2016, auprès de 2459 médecins, puis le 02 février 2016 auprès de 2246 médecins pour une unique relance.

Les réponses ont été recueillies entre le 15 janvier et le 15 février 2016, date à laquelle nous avons clôturé le questionnaire.

Les réponses étaient anonymes.

3.1 Elaboration du questionnaire

3.1.1 Recherche bibliographique

Nous avons préalablement réalisé une recherche bibliographique détaillée sur les bases Google, Pub Med, EM-consulte et Cairn info.

3.1.2 Choix des critères de jugement

Nous avons déterminé suite à ce travail de revue, les indicateurs et leurs outils de mesure qui nous semblaient les plus judicieux et les plus adaptés afin d'associer efficacement validité et faisabilité.

Nous avons choisi d'évaluer l'épanouissement professionnel soignant au travers de trois indicateurs, regroupant le ressenti positif et négatif vis à vis du travail :

- la satisfaction professionnelle globale.
- le stress perçu.
- le syndrome d'épuisement professionnel.

3.1.3 Le questionnaire : (Annexe 1)

3.1.3.1 Données sociodémographiques et modalités d'exercice

La première partie concernait les données sociodémographiques et les modalités d'exercice : activité libérale ou mixte, secteur conventionné ou non, lieu d'exercice, seul ou en groupe, et enfin la charge de travail (évaluée en nombre d'heure par semaine) ainsi que la participation à des gardes.

3.1.3.2 Diversification de l'activité

- Activité complémentaire

Nous avons questionné les médecins concernant leur implication dans une ou plusieurs activité(s) complémentaire(s), rémunérée(s) ou non, et la fréquence de cette implication. La question, assez large était formulée de la façon suivante : "Etes-vous sérieusement impliqué dans une activité complémentaire, rémunérée ou non?"

- Mode d'exercice particulier

Nous leur avons demandé s'ils pratiquaient un mode d'exercice particulier autre que l'hypnose, avec des consultations dédiées, et la place que représentait celui-ci dans leur exercice en termes de fréquence.

- Hypnose médicale

Nous avons interrogé l'ensemble des médecins sur leur connaissance de l'hypnose médicale et leur formation ou non à cette discipline. Puis nous avons demandé aux médecins formés de préciser le type de formation, l'ancienneté et la fréquence de la pratique. Nous avons également voulu savoir si les médecins formés à l'hypnose utilisaient l'autohypnose, et si oui, à quelle fréquence.

Pour l'analyse statistique les médecins étaient considérés comme pratiquant l'hypnose médicale s'ils pratiquaient l'hypnose médicale au cabinet et/ou s'ils pratiquaient l'autohypnose.

- Diversification de l'activité

Les médecins qui étaient impliqués dans au moins une activité complémentaire, et/ou pratiquaient un MEP et/ou pratiquaient l'hypnose médicale étaient considérés comme ayant une activité diversifiée.

3.1.3.3 *Epanouissement professionnel ou équilibre psychologique des soignants*

- La satisfaction professionnelle globale a été évaluée par un item unique.

Il était issu d'une étude nationale française de la DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) concernant l'exercice de la médecine générale (63). La question était : "globalement, à propos de votre activité professionnelle, vous êtes : très satisfait/plutôt satisfait/peu satisfait/pas du tout satisfait ?"

Les deux premières modalités ont été regroupées pour décrire les médecins satisfaits par leur activité professionnelle et les deux dernières pour décrire ceux qui ne l'étaient pas.

- Le stress professionnel a été évalué au moyen de l'intervention brève du stress perçu (IB stress) outil mis au point pour évaluer simplement et rapidement : le niveau de stress perçu sur une échelle numérique de 1 à 10, le caractère aigu ou chronique (supérieur à 3 mois) de celui-ci, son caractère professionnel, mixte ou extra-professionnel.

Selon cet indice le niveau de stress est faible entre 1 et 4, modéré entre 4 et 7, et élevé de 7 à 10.

Nous avons considéré stressés professionnellement les sujets ayant un stress modéré à élevé, chronique, d'origine professionnelle ou mixte, et comme non stressés professionnellement ceux qui avaient un niveau de stress faible, aigu ou d'origine purement extraprofessionnelle.

- Le niveau d'épuisement professionnel (ou *burnout*) a été évalué par l'échelle MBI validée internationalement. Sa traduction française, validée également, évalue en 22 items, les trois dimensions du BO : Epuisement Emotionnel (EE) faible en dessous de 17, moyen de 18 à 29, élevé au-delà de 30 ; Dépersonnalisation (DP) faible pour les scores inférieurs à 5, moyenne entre 6 et 11, et élevée si supérieurs à 12 ; et Accomplissement Professionnel (AP): faible en dessous de 33, moyen entre 34 et 39, élevé au-dessus de 40. Le score global n'est pas utilisé en pratique.

Les trois dimensions étant indépendantes, certains auteurs considèrent qu'un score élevé d'épuisement émotionnel ou de dépersonnalisation, ou un niveau faible d'accomplissement professionnel est suffisant pour parler d'épuisement professionnel. Le niveau de *burnout* est alors classé en faible, modéré, ou élevé selon qu'une, deux, ou trois dimensions sont atteintes.

Le MBI ne permettant pas d'établir un diagnostic positif, et la dimension de l'accomplissement personnel étant parfois controversée par les auteurs, nous avons préféré nous appuyer sur l'étude récente de Galam et al.(9) qui exprime ses résultats en niveau d'épuisement professionnel, dépendant du nombre de dimensions atteintes.

Comme dans cette étude, nous avons considéré comme ayant un niveau important d'épuisement professionnel les médecins qui avaient au moins deux dimensions du MBI atteintes.

Cette question était facultative du fait des limites diagnostiques du MBI et puisque la durée nécessaire pour y répondre alourdissait considérablement le questionnaire.

Pour permettre aux personnes interrogées d'obtenir directement leur résultat en conservant l'anonymat et en simplifiant le traitement des données, nous avons inséré un lien permettant de répondre et de calculer directement son MBI sur Internet. Il suffisait ensuite de reporter les résultats obtenus, pour chaque dimension, dans le questionnaire proposé. Cf **Annexe 1**

- Epanouissement professionnel

Les médecins étaient considérés non épanouis lorsqu'il y avait une atteinte d'au moins deux indicateurs sur les trois soit : insatisfaction et stress professionnel ou épuisement professionnel; ou satisfaction mais atteinte pour les deux indicateurs négatifs.

Les autres étaient considérés comme épanouis. Soit les médecins satisfaits et indemnes pour au moins un des indicateurs négatif, et les médecins insatisfaits mais ni stressés ni épuisés professionnellement.

3.2 Population concernée

Tous les médecins généralistes inscrits à l'URPS de Midi-Pyrénées ont reçu le questionnaire par mail.

Parmi les réponses obtenues, nous avons exclu avant analyse:

- les médecins n'ayant pas d'activité libérale.

- les médecins pratiquant exclusivement une activité complémentaire ou un mode d'exercice particulier, hypnose comprise.

- les réponses provenant d'une même personne car possibilité de doublon avec Google Form.

Nous avons secondairement exclu de l'analyse statistique les médecins qui n'avaient pas répondu à l'ensemble des indicateurs, le MBI étant facultatif dans notre questionnaire.

3.3 Analyse statistique

Nous avons décrit dans un premier temps les variables quantitatives en termes de moyenne et écart-type, et les variables qualitatives en termes de pourcentages et d'effectifs.

Nous avons analysé en uni-varié l'association statistique entre la diversification de l'activité et l'épanouissement professionnel des médecins.

Cette analyse ne concernait que les médecins ayant répondu à l'ensemble des indicateurs, dont le MBI, afin de faciliter le traitement des résultats et l'utilisation des critères composites.

Secondairement nous avons étudié, en uni-varié également, l'association entre :

- la satisfaction au travail et ses principaux déterminants.
- les différents indicateurs d'épanouissement personnel au travail entre eux

Pour analyser l'association des variables qualitatives, nous avons utilisé le test du Chi 2 ou, s'il n'était pas réalisable, le test exact de Fisher.

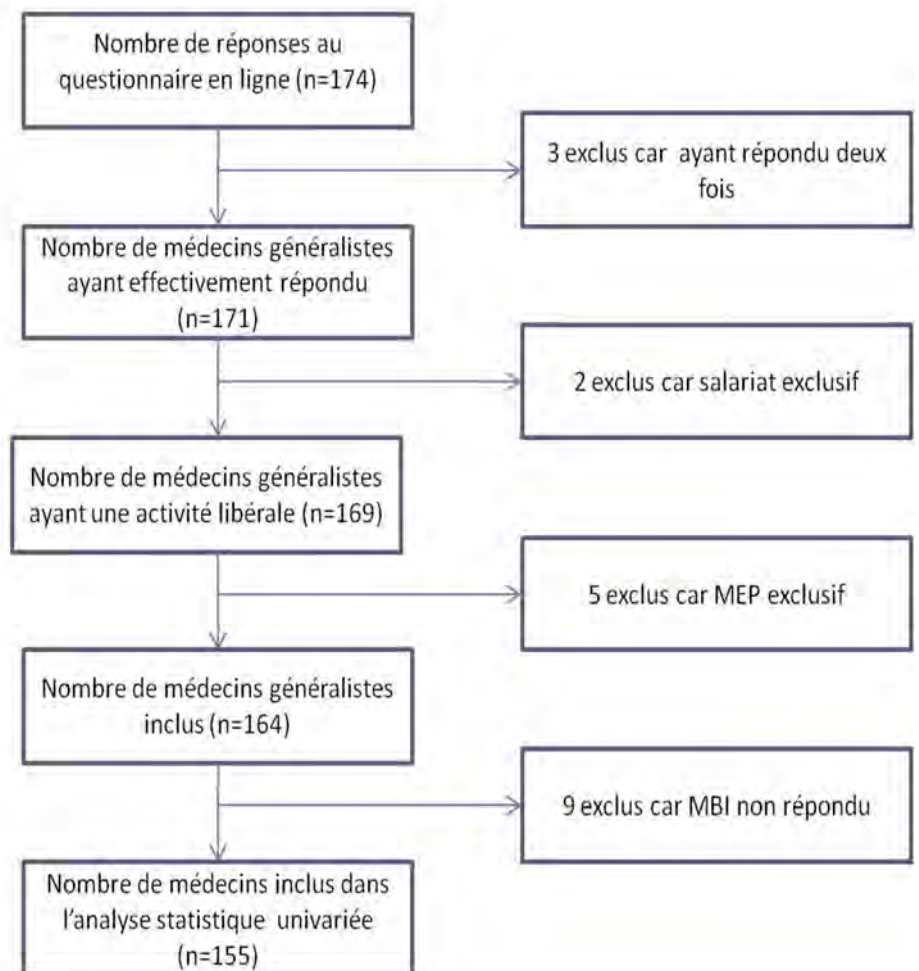
Les variables quantitatives ont été comparées par un test de Student.

L'association était considérée comme statistiquement significative si la valeur de p était inférieure à 0,05.

4 RESULTATS

174 réponses ont été reçues. Nous avons exclu 5 médecins qui pratiquaient uniquement selon leur MEP sans consultations de soin primaire, et 2 qui étaient salariés exclusifs. Trois personnes ont répondu deux fois au questionnaire, leur première réponse a été exclue également.

Figure 1 . Flow-chart : Inclusion des sujets interrogés



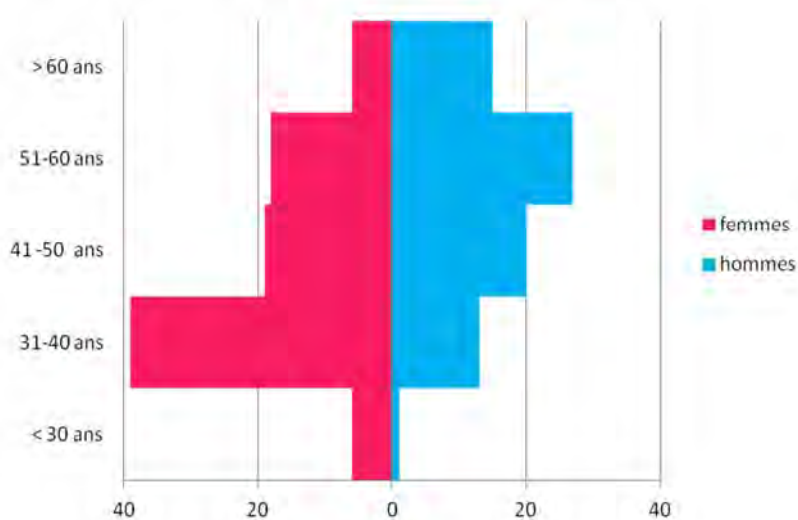
4.1 Analyse descriptive

4.1.1 Caractéristiques de la population étudiée (annexe 2)

4.1.1.1 Données sociodémographiques

Notre échantillon était composé de 54 % de femmes (88 pour 76 hommes). Les médecins de moins de 41 ans représentaient 36% de la population, ceux de plus de 60 ans 13%.

Figure 2. pyramide des âges dans l'échantillon total



4.1.1.2 Modalités d'exercice

- Type d'activité : 140 (85%) médecins généralistes exerçaient en libéral exclusivement. **Figure 3**
- Secteur d'activité: 98% sont conventionnés en secteur 1.

- Lieu d'exercice : 60 médecins exerçaient en zone urbaine (36%), 65 en semi-rural (40%) et 39 en milieu rural (24%).
- Exercice de groupe : 76% des médecins de l'échantillon travaillent en cabinet de groupe.

Figure 3. Part du salariat chez les médecins exerçant une activité mixte salariée/libérale .

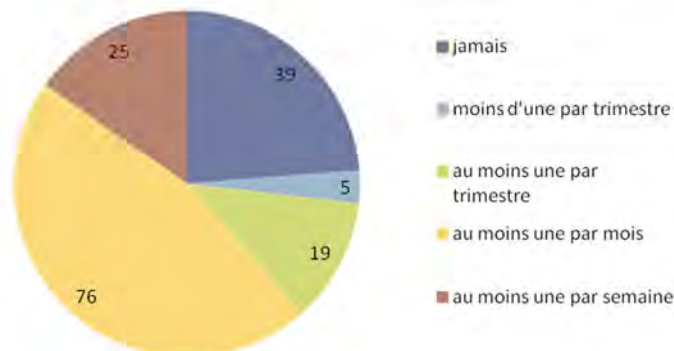


4.1.1.3 Charge de travail

La charge moyenne de travail déclarée était de 48,80 heures par semaine.

24% des médecins de l'échantillon ne participaient jamais à des gardes, la majorité en effectuait une par mois ou plus. **Figure 4**

Figure 4 . fréquence de participation à des gardes parmi les médecins de l'échantillon



4.1.1.4 Diversification d'activité

- Activité complémentaire

80 médecins (49%) déclaraient être sérieusement impliqués dans une (ou plusieurs) activité(s) complémentaire(s) rémunérée(s) ou non.

Il s'agissait de pratiques médicales hors cabinet pour 16% d'entre eux, et/ou d'activités para-professionnelles pour 73%, et 39% s'impliquaient dans des activités extraprofessionnelles associatives, sportives, artistiques ou autres. 48 médecins étaient maître de stage universitaire (MSU). **Annexe 3**

En termes de fréquence, 54% déclaraient pratiquer la ou leurs activité(s) au moins une fois par semaine, 24% s'y investissaient au moins une fois par jour. **Figure 5**

- Mode d'exercice particulier

21% (35 médecins) pratiquaient un ou plusieurs mode(s) d'exercice particulier autre que l'hypnose médicale. Les plus fréquents sont l'homéopathie en première position, puis l'ostéopathie, la médecine du sport et la mésothérapie. **Annexe 3**

Parmi eux, 29% s'y consacraient de façon quotidienne et 43% au moins une fois par semaine. **Figure 5**

Figure 5. fréquence de la pratique dans les groupes « activité complémentaire » et « mode d'exercice particulier »

activité complémentaire



mode d'exercice particulier



- Hypnose médicale

27% des médecins interrogés ne connaissaient pas l'hypnose médicale.

19 médecins, soit 12% de notre échantillon, ont été formés à l'hypnose. Les formations sont diverses, universitaires et privées, cf. **Annexe 4**. Parmi les médecins formés : 4 ne pratiquaient pas encore, deux l'exerçaient depuis moins d'un an, neuf depuis 1 à 5 ans et quatre depuis plus de 5 ans.

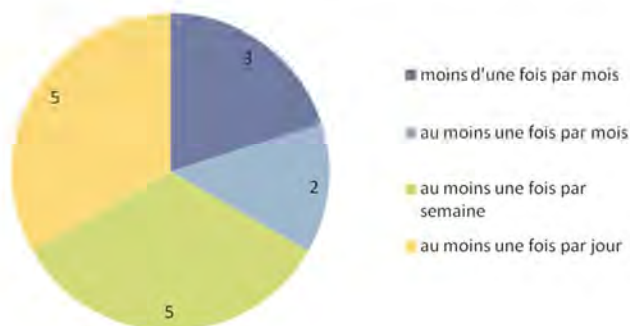
Parmi ceux qui la pratiquaient, 73% le faisaient une fois par semaine ou plus. **Figure 6**

Figure 6. fréquence de la pratique de l'hypnose médicale chez les médecins concernés (n= 15)



Les médecins formés à l'hypnose médicale utilisaient l'autohypnose dans 79% des cas. Parmi les médecins utilisant l'autohypnose, trois étaient simplement formés et ne pratiquaient pas encore auprès des patients. Un tiers d'entre eux effectuait ces séances d'autohypnose une fois par mois ou moins, un tiers le faisait au moins une fois par semaine, le tiers restant l'utilisait quotidiennement. **Figure 7**

Figure 7. fréquence de la pratique de l'autohypnose chez les médecins concernés (n=15)



- Diversification d'activité :

Au total 60% des 164 médecins de l'échantillon pratiquaient une (ou plusieurs) activité complémentaire, et/ou un MEP (hors hypnose), et/ou l'hypnose médicale

4.1.1.5 Indicateurs de santé au travail

- Satisfaction professionnelle globale :

Seuls 1% des médecins généralistes de notre échantillon ne se sentaient "pas du tout" satisfaits concernant leur activité professionnelle. 16% l'étaient "peu".

Parmi les 136 médecins satisfaits on comptait 68% de praticiens "plutôt" satisfaits et 15% de médecins "très" satisfaits.

- Stress perçu :

10% des médecins auto-évaluaient leur stress à un niveau élevé, 45% se sentaient modérément stressés, le stress était faible pour les 45% restant.

Ce stress était d'origine professionnelle pour plus de la moitié (54%), et mixte pour 41% d'entre eux. Il était chronique dans 90% des cas.

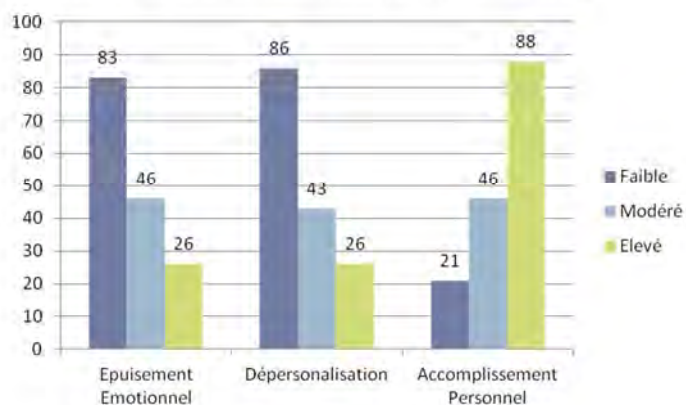
La moitié de l'échantillon était stressé professionnellement selon notre définition.

- Syndrome d'épuisement professionnel

155 médecins ont répondu à la question facultative du SdEP soit 95% de notre échantillon.

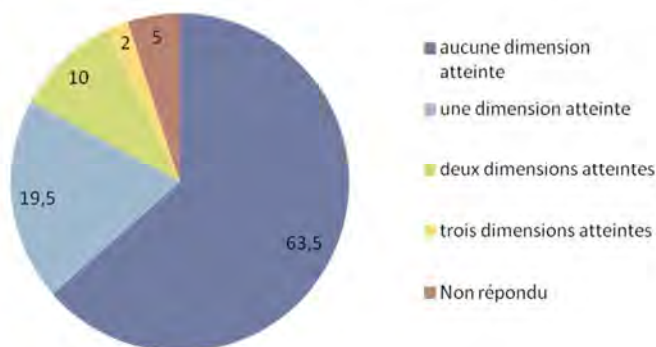
Figure 8

Figure 8. Répartition des effectifs pour chaque dimension du syndrome d'épuisement professionnel (n=155)



Parmi les répondants, 12% avaient un niveau important d'épuisement professionnel avec au moins 2 dimensions atteintes. **Figure 9**

Figure 9. Prévalence du syndrome d'épuisement professionnel parmi les médecins interrogés (n=164)



- Epanouissement professionnel

83 % des médecins ayant répondu à l'ensemble du questionnaire (n=155) étaient épanouis professionnellement selon notre critère composite.

4.1.2 Epanouissement professionnel et diversification de l'activité

4.1.2.1 Diversification de l'activité

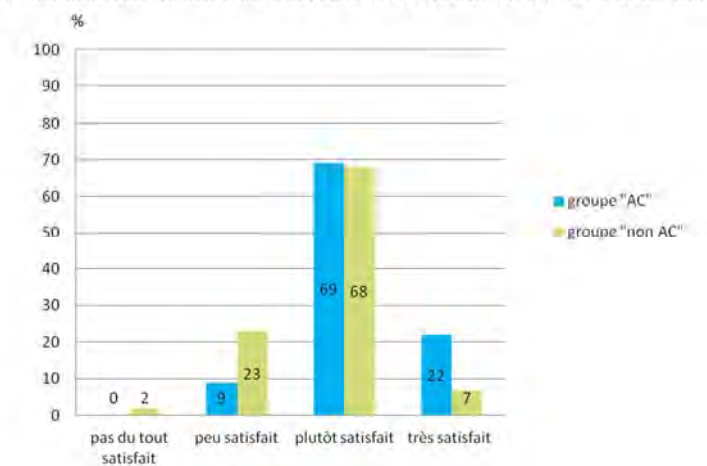
87% des médecins à activité diversifiée étaient épanouis professionnellement, 87% également étaient satisfaits professionnellement. Le stress professionnel concernait 44% d'entre eux, et le niveau d'épuisement professionnel n'était important que pour 6%.

4.1.2.2 Activité complémentaire

- Satisfaction professionnelle. Figure 10

Parmi les 80 médecins pratiquant une ou plusieurs activité(s) complémentaire(s), 18, soit 22%, s'estimaient très satisfaits. Au total 91 % étaient satisfaits professionnellement.

Figure 10. Satisfaction professionnelle chez les médecins pratiquant (n=80) ou non (n=84) une activité complémentaire (AC)



- Stress professionnel perçu

44 % d'entre eux percevaient un stress professionnel.

- Epuisement professionnel

Parmi les 95% d'entre eux ayant répondu au MBI, 6 % avaient un niveau d'épuisement professionnel important et 66% étaient indemnes pour toutes les dimensions.

- Epanouissement professionnel

Seuls 9% des médecins pratiquant une AC n'étaient pas épanouis professionnellement.

4.1.2.3 *Mode d'exercice particulier*

- Satisfaction professionnelle

Chez les médecins ayant un MEP, un très haut niveau de satisfaction était retrouvé pour 9%, parmi les 83 % satisfaits professionnellement.

- Stress professionnel perçu

Le stress professionnel concernait 63% des médecins pratiquant un mode d'exercice particulier.

- Epuisement professionnel

9% des médecins pratiquant un MEP présentaient un niveau important d'épuisement professionnel, 6 % n'avaient pas répondu.

- Epanouissement professionnel

82% des praticiens ayant un MEP étaient épanouis professionnellement.

4.1.2.4 *Hypnose médicale*

- Satisfaction professionnelle

84% des médecins formés à l'hypnose étaient satisfaits professionnellement dont 21% "très satisfaits". Aucun d'entre eux ne s'estimait "pas du tout satisfait".

Dans le groupe non hypnose 14% se déclaraient très satisfaits.

- Stress perçu

Aucun des médecins formés à l'hypnose ne présentait de stress élevé, 63% étaient faiblement stressés.

Le stress professionnel selon notre définition concernait 37% des médecins dans le groupe "hypnose" (n=19) et 52% dans le groupe des praticiens non formés à l'hypnose (n=145).

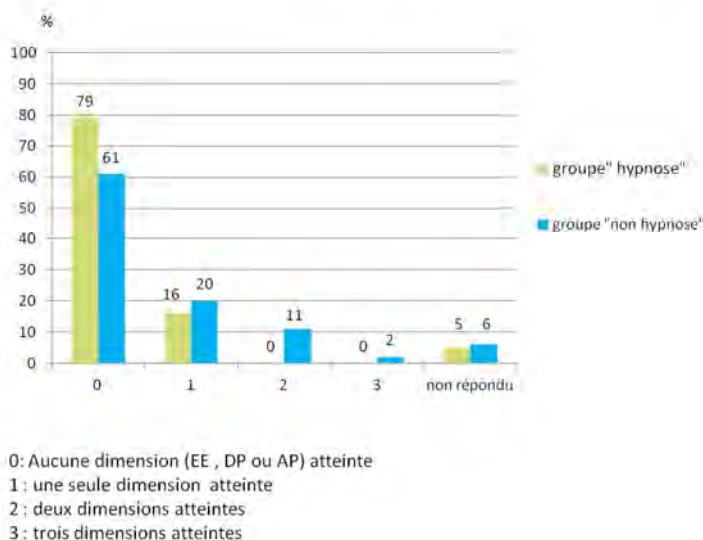
- Syndrome d'épuisement professionnel **Tableau 1**

Parmi les praticiens formés à l'hypnose aucun des médecins ne présentait de niveau important d'épuisement professionnel. **Figure 11**

Tableau 1. Détails des scores pour les différentes dimensions du SdEP chez les praticiens formés ou non à l'hypnose médicale

	groupe hypnose (n=19)		groupe non hypnose (n=145)	
	N	%	N	%
<i>MBI non répondu</i>	1	5	8	6
<i>Epuisement émotionnel</i>				
Faible	11	58	72	50
Modéré	5	26	41	28
Fort	2	11	24	16
<i>Dépersonnalisation</i>				
Faible	14	74	72	50
Modérée	3	16	40	27
Forte	1	5	25	17
<i>Accomplissement personnel</i>				
Faible	0	0	21	14
Modéré	2	11	44	30
Fort	16	84	72	50

Figure 11. Nombre de dimensions du MBI atteintes chez les médecins formés à l'hypnose (n=19) et non formés à l'hypnose (n=145).



- Epanouissement professionnel

Tous les praticiens formés à l'hypnose (et ayant répondu au MBI) étaient épanouis professionnellement.

4.2 Etude statistique univariée

4.2.1 Diversification de l'activité et épanouissement professionnel des médecins

Tableau 2

Le fait de diversifier son activité en s'impliquant dans une activité complémentaire, ou en pratiquant un MEP dont l'hypnose médicale n'était pas significativement associé ($p=0,07$) à notre critère composite d'épanouissement professionnel.

Tableau 2 . Analyse statistique univariée : épanouissement professionnel (satisfaction /stress /épuiement professionnels) selon la diversification d'activité (activité complémentaire, mode d'exercice particulier, hypnose médicale)

	Activité diversifiée			Activité complémentaire			Mode d'exercice particulier			Hypnose médicale		
	% oui (n= 93)	% non (n=62)	p	% oui (n= 75)	% non (n= 80)	p	% oui (n= 33)	% non(n=122)	p	% oui (n= 18)	% non(n=137)	p
satisfaction professionnelle*	88	76	0,07	91	75	0,01	82	83	0,9	83	82	1
stress professionnel perçu**	44	56	0,13	41	56	0,06	61	46	0,13	28	52	0,07
épuiement professionnel***	8	18	0,09	6	18	0,04	9	13	0,76	0	14	0,1
épanouissement professionnel****	88	76	0,07	91	75	0,01	82	83	0,9	100	83	0,04

* sujets satisfaits professionnellement selon l'échelle en un item , regroupant les personnes "plutôt" et "très" satisfaites.

** stress professionnel perçu selon l'IB stress : stress moyen à élevé , chronique , et d'origine professionnelle ou mixte

***niveau d'épuisement professionnel important : selon le MBI, si au moins deux dimensions atteintes

**** épanouissement professionnel si : indemne pour au moins deux des indicateurs précédents.

4.2.1.1 Activité complémentaire

L'implication dans une activité complémentaire était statistiquement liée à la satisfaction professionnelle ($p= 0,01$).

Il y avait également une corrélation statistiquement significative entre le niveau d'épuisement professionnel et la pratique d'une activité complémentaire ($p=0,04$).

L'épanouissement professionnel selon notre critère composite était également lié significativement à la pratique d'une activité complémentaire ($p=0,01$)

4.2.1.2 Mode d'exercice particulier

Nous ne retrouvons pas de lien significatif entre la pratique d'un MEP et l'épanouissement, la satisfaction, le stress ou l'épuisement professionnels des soignants,

4.2.1.3 Hypnose médicale

L'hypnose médicale était significativement associée à notre critère d'épanouissement professionnel ($p=0,04$) mais pas à la satisfaction au stress ni à l'épuisement professionnels pris indépendamment.

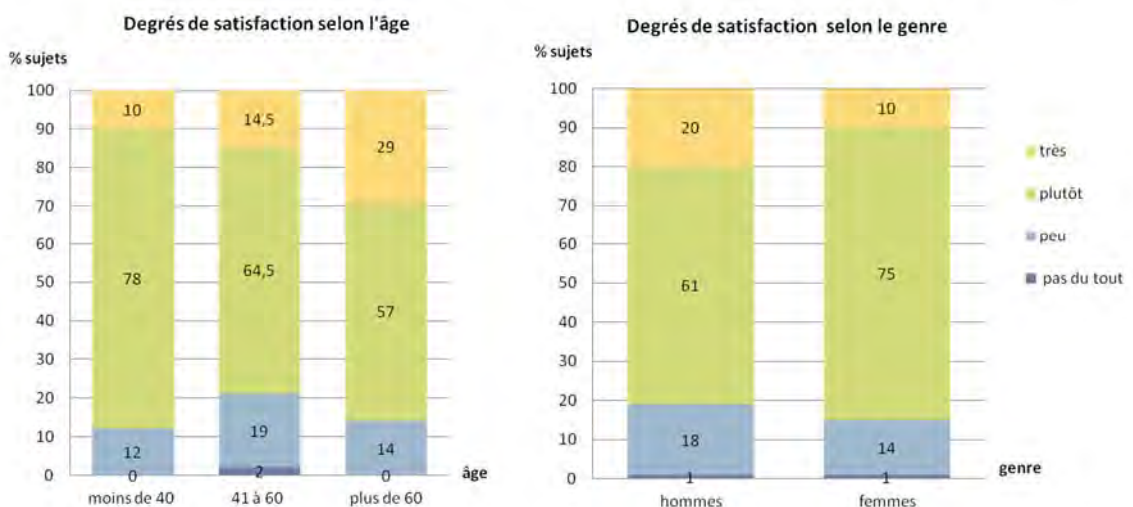
4.2.2 Déterminants de la satisfaction professionnelle

4.2.2.1 Facteurs sociodémographiques, modalités d'exercice, charge de travail

- Facteurs sociodémographiques

L'analyse uni-variée ne retrouve pas de lien significatif entre la satisfaction professionnelle et le genre ou l'âge. Le pourcentage de sujets se déclarant "très satisfaits" est deux fois plus élevé chez les hommes, et augmente avec l'âge des médecins. **Figure 12**

Figure 12. Influence des caractéristiques sociodémographiques sur le niveau de satisfaction professionnelle



- Modalités d'exercice

L'exercice en cabinet individuel ou groupé, le lieu d'exercice, l'activité purement libérale ou mixte salariat et libéral, le secteur d'activité n'influençaient pas significativement la satisfaction au travail. **Tableau 3**

Tableau 3. Influence des modalités d'exercice sur la proportion de médecins satisfaits professionnellement (n=164)

		% pour chaque niveau de satisfaction				Analyse uni-variée *
		pas du tout satisfait	peu satisfait	plutôt satisfait	très satisfait	p value
cabinet	individuel (n=39)	0	21	64	15	NS
	groupé (n=125)	2	14	70	14	
lieu d'exercice	urbain (n=60)	2	15	65	18	NS
	semi-urbain (n=65)	2	14	75	9	
	rural (n=39)	0	21	61	18	
mode d'exercice	libéral (n=140)	1	16	69	14	NS
	mixte (n=24)	0	13	66	21	
secteur	1 (n=160)	1	16	68	15	NS
	2 (n=4)	0	0	100	0	

* l'analyse uni-variée regroupe en « satisfaits »: les sujets « plutôt satisfait » et « très satisfait » et en « insatisfaits » les sujets « pas du tout satisfait » et « peu satisfait »

- Charge de travail et gardes

Ni la participation à des gardes ni la charge de travail ne sont corrélées significativement à la satisfaction dans notre analyse uni-variée.

La charge de travail déclarée en nombre moyen d'heure par semaine était plus importante pour les médecins qui déclaraient n'être "pas du tout satisfait": 55 heures en moyenne.

Tableau 4

Tableau 4. Influence de la charge de travail et de la participation aux gardes sur la satisfaction professionnelle (n=164)

		% de sujets pour chaque niveau de satisfaction				analyse uni-variée*
		pas du tout satisfait	peu satisfait	plutôt satisfait	très satisfait	p value
gardes	Aucune (n=39)	0	4	16	3,5	NS
	<1/trimestre (n=5)	0	0	3	0	
	≥ 1/trimestre (n=19)	0	0	10,5	1	
	≥ 1/mois (n=76)	1	9	31	5	
	≥ 1/semaine (n=25)	0	2,5	8	5	
		moyenne (heures /semaine)				
quantité travaillée		55	51,23	47,85	50,04	NS

* l'analyse uni-variée pour les gardes compare les personnes participant à des gardes quelle que soit la fréquence avec celles qui n'y participent pas du tout

4.2.3 Liens des différents indicateurs de santé psychologique entre eux

La satisfaction au travail était inversement associée au stress perçu ($p=0,005$) et au fait d'avoir au moins une dimension pathologique au MBI ($p=0,006$).

Le stress professionnel perçu était significativement associé à un niveau important d'épuisement professionnel. **Tableau 5**

Tableau 5 . Analyse univariée des liens entre les différents indicateurs de santé psychologique au travail

p value	Satisfaction*/stress**	Stress**/SdEP***			Satisfaction/SdEP		
		MBI ≥1 dimension	MBI ≥2 dimensions	MBI EE élevé	MBI ≥1 dimension	MBI ≥2 dimensions	MBI EE élevé
	0,0005	0,001	0,005	0,002	0,0006	NS	NS

p value :significatif si $p<0,05$, NS =non significatif

*Satisfaction professionnelle globale

**Stress Professionnel Perçu

*** Syndrome d'épuisement professionnel , évalué par l'échelle MBI

MBI= Maslash Burnout Inventory évaluant l'EE : Epuisement Emotionnel , la DP : Dépersonnalisation, l'AP : Accomplissement Personnel

Dans notre étude , le niveau de burnout était considéré comme élevé si au moins 2 dimensions du MBI étaient atteintes

5 DISCUSSION

5.1 Représentativité de notre échantillon

5.1.1 Caractéristiques socio démographiques, modalités d'exercices, charge de travail.

Sur le plan démographique, la proportion de femmes est plus élevée (54%) que celle retrouvée en 2015 pour la région (37%). Cette "féminisation" concorde avec l'âge de notre échantillon. Notre population est en effet plus jeune que la moyenne régionale. 36% ont moins de 41 ans (13% de moins de 40 ans sur la région) et seuls 13% ont plus de 60 ans, au lieu de 32% sur l'ensemble des médecins généralistes libéraux ou mixtes de la région (64).

Ces différences peuvent refléter des biais de sélection. Les médecins les plus jeunes sont peut-être plus curieux de se situer vis à vis de leur épanouissement professionnel, indispensable pour continuer d'exercer dans de bonnes conditions. Ils peuvent également être plus sensibles aux questions concernant la diversification d'activité puisque plus susceptibles de développer de nouvelles compétences et de modifier leurs modes d'exercice.

Les médecins pratiquant de façon mixte (salarié/libéral) représentaient seulement 15% de notre échantillon, ce qui semble faible comparé aux résultats de 2008 où 43% des médecins exerçaient en salariat. Notons toutefois que ce résultat incluait les médecins en salariat exclusif qui ont été exclus de notre panel.

Plus de neuf médecins sur dix exerçaient en secteur 1 ce qui correspond aux résultats observables dans d'autres régions françaises (63).

Concernant le lieu d'exercice, on comptait 36% de médecins urbains et 24% de ruraux dans notre échantillon, pour 46,6% de médecins urbains et 21% de médecins ruraux parmi les médecins du réseau sentinelle. La répartition est cohérente avec la population générale des médecins généralistes (65).

Parmi les médecins de notre échantillon, 76% exerçaient en groupe. En France en 2011 ce type d'exercice concernait 54% des médecins (66). Au vu de l'augmentation rapide des regroupement entre 1998 et 2009 (67), il semble cohérent que cette proportion est continuée à croître, même si aucunes données récentes sur la région ne nous permet de l'affirmer. Notre échantillon est également plus jeune que la moyenne, ce qui peut augmenter la proportion de l'exercice de groupe.

La charge moyenne de travail déclarée dans notre étude (48.8 heures/semaines) était inférieure à celle d'autres enquêtes françaises. Selon la synthèse de l'IRDES le temps de travail déclaré s'échelonnait de 52 à 60 heures moyenne par semaine (68).

Dans l'étude de la DREES ce temps de travail s'élevait selon les régions de 55,4 à 59,2 h/semaine, mais ce temps comprenait les gardes et astreintes, non inclus dans notre évaluation (63). En Midi-Pyrénées en 2008, les médecins déclaraient, travailler 50,8 heures par semaine pour un travail à temps plein. Ce temps était moindre pour ceux qui exerçaient principalement une autre compétence que la médecine générale : 48,9 heures par semaine. Ceci peut expliquer notre résultat , par effet de sélection les médecins ayant une activité complémentaire ou un MEP ont peut-être plus répondu que les autres.

Il peut aussi être lié à la proportion de femmes plus élevée dans notre échantillon , car celles-ci travaillent globalement moins (63), (69), (68).

5.1.2 Diversification de l'activité

Au total 60% des médecins interrogés avaient une activité diversifiée en général. Parmi eux : 49% étaient impliqués dans une activité complémentaire, 21% déclaraient pratiquer un mode d'exercice particulier autre que l'hypnose et 12% étaient formés à l'hypnose médicale.

Dans la littérature :

- en 1999 selon l'URMLA seulement un quart des médecins libéraux ne présentaient aucune diversification d'activité. Cette diversification regroupait les compétences particulières et les activités médicale hors soin et non libérales (17).

- la DREES, en 2007, retrouvait selon les régions de 12,3 à 17,9% de médecins à mode d'exercice particulier (les médecins exerçant exclusivement un MEP étant exclus du panel).

-en 2008 en Midi-Pyrénées 75% des médecins généralistes déclaraient une compétence particulière, parmi lesquelles se confondaient des modes d'exercices particuliers (homéopathie, gériatrie, médecine du sport...) et des activités complémentaires, médicales hors cabinet (coordination EPHAD, médecin pompier...) ou para-professionnelles (enseignement, expertise). Les compétences les plus fréquemment citées rejoignaient celles répertoriées dans notre enquête.

- en 2009 en Meurthe et Moselle, les médecins sans aucune diversification ne représentaient que 28% des médecins interrogés. La part des MEP était bien supérieure à la nôtre (42% pour les MEP alternatifs, 24,8 pour les MEP non alternatifs). Cette différence s'explique aisément. En effet dans son questionnaire il intégrait les praticiens en MEP exclusif et ceux qui exerçaient de façon occasionnelle. Nous ne nous sommes intéressés qu'aux cas où le MEP était pratiqué suffisamment régulièrement pour faire l'objet de consultations dédiées.

- en 2009 l'INPES enregistrait également 67,4% pour les MEP exclusifs, réguliers et occasionnels (70). Les médecins qui pratiquaient régulièrement représentaient 18% de l'échantillon, ce qui se rapproche de notre résultat. Comme dans notre étude l'homéopathie, la mésothérapie et l'acupuncture apparaissaient parmi les disciplines les plus pratiquées. Les activités associées à l'exercice de la profession concernaient 40% de l'échantillon. 20% des médecins étaient de maître de stage tandis que dans notre étude ils étaient 30%. Cette différence peut s'expliquer par un investissement plus important des MSU dans les activités de recherche avec un taux de réponse plus important aux questionnaires relatifs à des thèses.

- Enfin les activités médicales hors cabinet concernaient près de la moitié des omnipraticiens du Maine et Loire en 2009 (71).

Concernant l'hypnose médicale, notre mode de sélection (mailing sélectif auprès de médecins généralistes inscrits auprès d'organisme de formation à l'hypnose) a pu induire une surreprésentation des médecins formés et pratiquant cette discipline. Aucune étude nationale ne recense le nombre de généralistes pratiquant l'hypnose donc nous ne pouvons pas comparer notre résultat.

Malgré cette surreprésentation, 27% des médecins ignoraient ce qu'était l'hypnose et certains commentaires étaient révélateurs de la méconnaissance de cette discipline et des confusions qui l'entourent : *"Je considère l'hypnose comme une énième méthode stupide qui tente de vendre du rêve aux naïfs et aux simples d'esprit, au même titre que l'homéopathie ou l'astrologie"*.

40% des médecins qui pratiquaient l'hypnose dans notre étude l'utilisaient quotidiennement. C'est un peu plus faible que dans l'étude de Brel où 50% s'en servaient chaque jour.

5.1.3 L'épanouissement professionnel

- Satisfaction professionnelle

Une grande majorité (81%) des médecins généralistes de notre étude se déclaraient globalement satisfaits (de plutôt à très satisfait). Ce résultat concorde avec l'étude nationale de la DRESS dans laquelle les médecins satisfaits représentaient 76% de l'effectif total (63). Le profil de est aussi superposable à celui de l'INPES de 2009 comptant 81,9 de médecins satisfaits (70).

%	thèse actuelle	INPES
pas satisfaits	1	2,3
peu satisfaits	16	15,4
plutôt satisfaits	68	62,5
très satisfaits	16	19,4

Dans l'étude de Ramirez et Al. en 1996, publiée dans le Lancet, la satisfaction professionnelle des praticiens hospitaliers était aussi évaluée par un item unique de 0 à 4 ("pas du tout" à "extrêmement" satisfait). Elle retrouvait également 78% de médecins satisfaits (scores 3 à 4) (11).

- Stress professionnel perçu

Dans notre étude le stress concernait 63% des médecins, tandis que dans l'étude de Gleizes-Vidal il touchait presque un médecin sur deux (72). Déjà en 1994, Caplan montrait que le stress professionnel n'épargnait que 38% des médecins interrogés (47).

- Syndrome d'épuisement professionnel

Dans notre échantillon le niveau d'épuisement professionnel était important (au moins deux dimensions pathologiques), pour 12% des médecins.

Il est difficile de comparer ces données avec les autres études françaises. Les médecins sont souvent considérés en *burnout* dès qu'une dimension est pathologique. Les effectifs selon le nombre de dimensions atteintes sont rarement détaillés.

On retrouve dans la thèse de Clémentine Vaquin des données plus précises (65) . Dans cette enquête 27.1 % des médecins généralistes français présentaient un niveau important d'épuisement professionnel selon notre définition.

Dans un rapport très récent auprès des médecins du Limousin, 20% des médecins généralistes avaient un degré élevé d'épuisement professionnel mais la définition de ce seuil n'est pas détaillée dans la synthèse consultable (73) .

On peut cependant plus facilement comparer les détails des scores, pour chaque dimension.

Tableau 6 Pourcentage de médecins présentant des résultats pathologiques au MBI

	Thèse actuelle	Truchot, 2002 (69)	Cathébras, 2004 (10)	Vaquin, 2007 (65)	Truchot, 2009 (43)
EE élevé	17	42,3	26	27,1	43,2
DP élevée	17	44,5	34	32,6	33
AP faible	14	37,4	19	27,1	30

Dans notre enquête les médecins généralistes semblent donc moins épuisés professionnellement que dans les études françaises antérieures.

Il est possible que la méthode utilisée pour le recueil des scores de MBI ait permis aux médecins interrogés de revoir leurs scores à la baisse. En effet, le résultat était obtenu sur internet et les scores finaux apparaissaient. Il est donc envisageable que les médecins non satisfaits par leurs résultats n'aient pas retourné le questionnaire, ou qu'ils aient modifié leurs réponses afin d'obtenir des scores qui leur convenaient mieux.

Autre explication possible, entre 2009 et 2016, le dépistage, la prévention et la prise en charge du *burnout* se soient développés, améliorant ainsi les scores d'épuisement professionnel. Ainsi en Midi-Pyrénées, l'association MOTS sensibilise aux problématiques de santé au travail et propose son soutien à tout médecin généraliste susceptible de rencontrer des difficultés professionnelles.

Il faut également souligner que l'évaluation du *burnout* était facultative et que 95% des médecins de l'étude y ont répondu. Ceci révèle un intérêt notable des médecins généralistes concernant ces problématiques.

5.2 La diversification de l'activité : un atout pour l'épanouissement professionnel

Nous n'avons pas confirmé la corrélation attendue entre la diversification de l'activité et l'épanouissement professionnel des médecins généralistes de Midi-Pyrénées ($p=0,07$). Par contre la pratique d'une activité complémentaire était significativement associée à l'épanouissement professionnel ($p=0,01$), à la satisfaction professionnelle ($p=0,01$) et au niveau de burnout ($p=0,04$).

Nous n'avons pas retrouvé en France ni à l'étranger, d'étude quantitative qui se soit intéressée spécifiquement à l'influence de la diversification sur la satisfaction, sur le stress et/ou sur le *burnout*, ce qui rend notre travail particulièrement utile.

La diversité du travail constitue un des facteurs reconnu comme améliorant la satisfaction professionnelle, comme l'a montré la revue systématique de la littérature de Van Ham qui répertorie les facteurs principaux déterminant la satisfaction professionnelle des médecins généralistes (20).

En Angleterre une étude qualitative a également retrouvé une amélioration de la satisfaction professionnelle chez les médecins ayant développé un "intérêt clinique particulier" (65). Précisons toutefois que les activités regroupées sous le terme de "special clinical interest" ne rejoignent pas tout à fait notre définition de la diversification d'activité puisqu'il s'agit plutôt de spécialisations dans des domaines cliniques particuliers : infiltrations, ORL, examens cardiologiques... avec pour objectif de désengorger les urgences.

5.2.1 Intérêt d'un critère composite d'épanouissement professionnel

- Interdépendance de la satisfaction, du stress et de l'épuisement professionnels

Dans notre étude, les associations entre satisfaction professionnelle et l'absence de stress professionnel perçu d'une part ($p=0,0005$), l'absence de dimension atteinte au MBI d'autre

part ($p=0,0006$) étaient significatives. Le stress professionnel perçu était au contraire corrélé au niveau d'épuisement professionnel.

En 1996, Ramirez retrouvait aussi une relation inverse entre stress et satisfaction professionnelle globale. Dans son étude le stress était corrélé à l'augmentation de l'épuisement émotionnel et de la dépersonnalisation (11).

- Un indicateur plus fiable ?

Ces résultats suggèrent que la satisfaction au travail, le stress professionnel et le *burnout* constituent des composantes d'un même ensemble, que nous avons ici nommé "épanouissement professionnel". La satisfaction évalue le ressenti positif, tandis que le stress et le *burnout* reflètent le ressenti négatif.

Notre critère composite en tenant compte de ces deux aspects, a pu permettre d'éliminer en partie les biais de déclaration inhérents au mode déclaratif et aux autoévaluations, surtout lorsqu'il s'agit de thématiques tabous et subjectives comme la santé mentale.

La satisfaction professionnelle est primordiale dans l'équilibre psychologique du travailleur. Dans l'étude de Ramirez, la satisfaction modulait l'impact du stress sur la santé psychologique du travailleur (11).

Cependant elle n'est pas suffisante, car un médecin chroniquement stressé par le milieu professionnel ou épuisé professionnellement est beaucoup plus à risque de troubles psychologiques et physiques (1),(2),(3).

Traiter sur un versant positif les problèmes d'insatisfaction au travail a certainement aussi permis d'obtenir plus de réponses qu'en abordant frontalement la notion de *burnout* ou de stress. C'est à l'image de la communication Ericksonienne orientée sur les ressources individuelles. Et, comme l'a souligné l'EGPRN (European General Practice Research Workshop) dans son projet européen de promotion de la médecine générale face à la pénurie médicale, il est aujourd'hui nécessaire de "*s'extraire des modèles négatifs et de mettre en avant les facteurs de satisfaction des Médecins Généralistes installés et heureux dans leur métier*" pour revaloriser la médecine générale (75).

5.2.2 La diversification d'activité : une définition discutable

- Définir et catégoriser la diversification d'activité

Dans notre étude, la diversification de l'activité a été considérée comme toute implication dans une activité qu'elle soit professionnelle ou non et/ou toute pratique d'un mode d'exercice particulier.

La formulation de notre question concernant l'activité complémentaire pouvait être interprétée par les répondants de façon très large. Leurs réponses sortaient parfois totalement du cadre professionnel. Certains ont ainsi cité exclusivement des loisirs, de type sportif ou artistique par exemple. Le qualificatif "sérieusement" utilisé pour caractériser le niveau d'implication est aussi très subjectif. Ceci pourrait nous être reproché mais nous avons considéré que l'investissement ressenti avait plus d'importance que le type ou la fréquence de l'activité.

Dans la littérature il n'existe aucune étude qui se soit intéressée à la diversification d'activité dans son sens étendu. La plupart des articles concernant les facteurs déterminants la satisfaction ou le *burnout* parlent de variété dans l'exercice médical. Les études citant la diversité au travail comme facteur de satisfaction professionnelle sont nombreuses. Parmi celles que nous avons pu consulter, la définition de cette diversité n'est jamais détaillée, pas plus que son cadre (au sein du cabinet ou hors cabinet).

Notre étude définit et catégorise plus précisément cette diversification. Nous avons essayé d'inclure dans notre classification toutes les sources possibles de diversification d'activité. Dans un souci de comparaison avec les données de la littérature existante, il aurait pu être pertinent de distinguer la diversité de l'exercice professionnel et/ou para-professionnelle, de celle de la sphère extra-professionnelle.

- Des résultats variables selon le type de diversification.

La pratique d'une activité complémentaire dans notre étude a montré une association significative avec l'épanouissement et la satisfaction. Elle était aussi liée à un moindre niveau d'épuisement professionnel. La pratique d'un mode d'exercice particulier n'était par contre pas significativement associée à l'épanouissement professionnel.

Il semblerait donc que le fait de s'investir dans des activités hors des consultations soit plus important pour l'épanouissement professionnel que la diversité du type de soins pratiqué.

La question de la causalité se pose cependant du fait de notre approche très large de la diversification. En effet un médecin présentant des troubles psychologiques sérieux aura probablement plus de difficultés à s'investir dans des activités diversifiées, professionnellement et extra-professionnellement.

Le lien concernant la diversité de l'activité professionnelle, avec la satisfaction professionnelle a bien été étudié comme nous l'avons vu avec la revue de la littérature de Van Ham. Par contre aucune pour les activités para et extra-professionnelles, les études sont inexistantes.

5.2.3 Le cas particulier de l'hypnose médicale

Notre étude retrouve une association significative entre la pratique de l'hypnose médicale et l'épanouissement professionnel ($p = 0,04$).

On peut souligner aussi qu'aucun d'entre eux ne présentait de niveau important d'épuisement professionnel, ni d'insatisfaction majeure bien que nous n'ayons pas retrouvé d'association significative pour ces critères. Le faible effectif de médecins hypnothérapeutes interrogés pourrait expliquer le manque de significativité des résultats.

Ce résultat rejoint cependant ceux d'une étude française réalisée à l'hôpital Cochin. Cette enquête recherchait un lien potentiel entre pratique de l'hypnose et épuisement professionnel auprès d'une centaine d'anesthésistes/réanimateurs. Publiée au congrès

annuel de la SFAR en 2015, elle retrouvait une diminution significative de la prévalence du *burnout* chez les médecins pratiquant l'hypnose au bloc opératoire (66).

Une autre étude, plus ancienne retrouvait une augmentation de la satisfaction professionnelle chez 63% des pédiatres interrogés, suite à un stage de formation à l'hypnose (65). La littérature est cependant très pauvre concernant ce sujet. Il serait donc intéressant de poursuivre les investigations avec par exemple des études prospectives ou qualitatives centrées sur le lien entre l'hypnose et le bien-être au travail.

En plus de diversifier l'activité il nous semble que le lien entre hypnose et épanouissement professionnel s'explique pour les deux raisons suivantes.

- Elle permet d'améliorer la qualité de la communication, donc la qualité de la relation médecin-patient. Dans l'enquête de C.Desmars (32) les médecins rapportaient des relations facilitées vis à vis des patients mais également de leur famille, et une amélioration de la communication avec moins d'interprétation et plus d'écoute. Dans celle de M.Brel.(33), les médecins comme les patients décrivaient une modification positive de cette relation.

La qualité du lien soignant-soigné est aujourd'hui reconnue comme étant un facteur prépondérant pour le bien-être des médecins. Les relations de qualité, associées avec un bon estime de soi, étaient le principal facteur de satisfaction professionnelle dans l'étude de Ramirez et al.(11). Pour Maslach, les relations difficiles, exigeantes émotionnellement, étaient une cause majeure de *burnout*. Dans une méta-analyse de 2013 (31), l'importance de la relation interpersonnelle ainsi que les conflits professionnels et personnels étaient fortement liés au *burnout*. En France, Truchot a décrit l'impact du déséquilibre des relations avec les patients sur l'épuisement professionnel (43).

- Elle peut servir de stratégie de gestion du stress notamment via l'autohypnose. C'est pour cette raison que nous avons choisi d'inclure dans l'analyse statistique finale les médecin formés à l'hypnose qui, même s'ils ne pratiquaient pas encore auprès des patients, utilisaient l'autohypnose.

5.3 Autres perspectives pour l'épanouissement professionnel

L'ouverture récente d'un DIU intitulé "soigner le soignant" témoigne de l'intérêt croissant du conseil de l'ordre des médecins et de la faculté de Médecine sur la santé des médecins. L'objectif de cette formation est d'aider les médecins à mieux concilier projet de vie, santé et exercice professionnel. Les médecins y sont formés à prendre en charge leurs confrères ainsi qu'eux même, notamment vis à vis de l'équilibre psychologique et de la santé mentale. Ce type d'enseignement devrait à notre sens faire partie intégrante de la formation des médecins, car chacun peut être amené à s'occuper d'un confrère, et que nous avons tous une tendance à nous soigner nous-mêmes.

Encourager tout médecin à avoir un médecin traitant, plutôt que de s'autodiagnostiquer et s'automédiquer, nous semble une priorité pour la santé des soignants.

Afin de sensibiliser et dépister les maladies professionnelles liées à l'exercice du soignant, on peut aussi envisager la création de consultations spécialisées, obligatoires au cours de la carrière professionnelle. En diagnostiquant précocement les troubles, elles permettraient de proposer des solutions personnalisées et adaptées aux projets personnels.

Le réseau associatif a un rôle important aussi dans cette sensibilisation. L'association MOTS, née en Midi-Pyrénées, et aujourd'hui présente dans de nombreuses régions françaises, a été l'une des premières à ouvrir le dialogue et à apporter des solutions concrètes. Elle apporte écoute et accompagnement à tout médecin en difficulté *"afin de les aider à retrouver des conditions favorables à leur épanouissement professionnel"*. Au travers de cette activité, elle permet *"l'identification de facteurs prédictifs (aggravant et limitant) des risques psycho sociaux et d'épuisement professionnel qui, communiqués aux institutions professionnelles locorégionales adhérentes, peuvent faire l'objet de préconisations en matière de prévention primaire"*.

Enfin l'indemnisation des arrêts de travail pour les professions libérales devrait aussi être revue, car avec quatre-vingt dix jours de délai de carence, il est aujourd'hui très difficile pour les médecins généralistes de s'arrêter pour souffler ou de prendre le temps nécessaire pour s'occuper de leur propre santé.

5.4 Les autres déterminants de la satisfaction professionnelle

Dans notre étude, nous n'avons pas démontré d'association significative des données sociodémographiques, des modalités d'exercice (lieu, exercice de groupe, secteur, exercice mixte), ni de la charge de travail, avec la satisfaction professionnelle.

- Caractéristiques sociodémographiques

Dans notre étude, bien que l'association ne soit pas significative, il est intéressant de noter que la proportion de médecins se disant "très satisfait" est nettement supérieure chez les plus de 60ans.

L'examen de la littérature retrouve plusieurs études qui suggèrent qu'à partir d'un certain âge la satisfaction au travail s'améliore (63), et l'épuisement professionnel décroît (69). "*Les médecins qui vieillissent bien dans le métier y subsistent*" comme l'a interprété François Guillaumat (63).

Les médecins les plus âgés pourraient alors se sentir moins concernés par le sujet, puisqu'ayant déjà développé des stratégies professionnelles et/ou personnelles efficaces pour faire face aux exigences de la profession.

Le sexe féminin est associé dans plusieurs études à une meilleure satisfaction professionnelle (36) et un moindre niveau d'épuisement professionnel (75), (69). Ceci pourrait constituer un effet de sélection positive, avec plus de facilité à se confronter à ces sujets, encore très tabou pour les médecins touchés. Dans notre échantillon cette différence n'était pas significative.

Il faut rester prudent dans ces interprétations car les études sont loin d'être unanimes. Nombreuses sont celles qui, comme la nôtre, ne retrouvaient aucune différence significative pour les critères sus-cités (43), (68), (77). Certaines retrouvaient des résultats franchement contradictoires (78).

- Modalités d'exercice

Contrairement à nos résultats, le salariat a plusieurs fois été identifié comme un facteur protecteur du *burnout* (79), (80) de même que l'exercice en secteur 2 (63). Précisons toutefois que dans ces études le salariat exclusif était inclus, ce qui n'était pas notre cas. La faible proportion de médecin en secteur 2 dans notre échantillon a pu diminuer la significativité de nos résultats pour ce paramètre.

Le lieu d'exercice n'était pas non plus lié à la satisfaction dans notre échantillon, ce qui rejoint plusieurs autres études (65), (75), (81) et en contredit d'autres (69).

De la même manière les résultats concernant l'influence de l'exercice de groupe sont contradictoires. S'il a parfois été décrit comme protecteur (63), (69), il a également été identifié comme source de dépersonnalisation (82) ou d'insatisfaction (83).

Dans notre étude, le regroupement n'était pas associé significativement avec la satisfaction professionnelle.

On peut facilement expliquer ces résultats disparates. Le travail de groupe peut améliorer la répartition de la charge de travail notamment administrative et favoriser les rapports confraternels et les échanges entre professionnels.

Mais il peut aussi être source de tension et de surcharge de travail en fonction du mode de fonctionnement comme le montre le commentaire libre d'un des répondants de notre étude : "*aggravation +++ depuis passage en MSP avec contraintes ++++*".

Et comme l'a résumé Florian Didier dans sa thèse, le fait d'exercer en maison de santé pluri-professionnelle ne constitue pas en soi un facteur de prévention du *burnout*. S'il peut permettre de regrouper plusieurs facteurs protecteurs, il nécessite aussi d'être bien encadré afin de favoriser l'épanouissement de chacun des protagonistes (84).

- Charge de travail

Contrairement à l'étude française impulsée par la DRESS.(63) et aux résultats de la revue systématique de la littérature de Van Ham (20), le nombre d'heures travaillées par semaine n'était pas significativement associé à la satisfaction dans notre échantillon. Nous avons cependant noté que chez les médecins les moins satisfaits de notre panel, la moyenne d'heure travaillée était plus élevée (55 heures en moyenne par semaine).

Dans la littérature on retrouve également la charge de travail comme facteur aggravant l'épuisement professionnel. Cette association concerne principalement l'épuisement émotionnel, plus sensible aux stressseurs professionnels (43). Comme nous l'avons vu précédemment, épuisement professionnel et satisfaction sont inversement liés, ce qui confirme le lien très probable entre quantité d'heures travaillées et baisse de la satisfaction professionnelle. Le fait que nous n'ayons pu confirmer cette association peut être lié à la méthode statistique utilisée dans notre étude.

5.5 Forces et Limites

5.5.1 Des concepts complexes

Comme souvent pour les concepts de psychologie, les définitions sont multiples et dépendent fortement des modèles théoriques utilisés.

Les outils de mesure découlent de ces modèles théoriques et n'apportent donc qu'un regard partiel sur les questions abordées. Que ce soit pour la satisfaction professionnelle, le stress professionnel, ou l'épuisement professionnel il n'existe aucune définition consensuelle ni d'outil de mesure parfaitement standardisé.

Cette multiplicité rend difficile le choix des outils à utiliser mais aussi la possibilité de comparer les résultats.

A ceci s'ajoute le fait que nous étudions un domaine subjectif et donc particulièrement difficile à quantifier scientifiquement.

Il est aussi difficile de généraliser des résultats d'études réalisées dans des pays dont les systèmes de soin, mais aussi la culture diffèrent parfois profondément.

Malgré ces difficultés, nous avons choisi d'utiliser une approche quantitative car aujourd'hui les études qualitatives restent encore trop minoritaires pour permettre les comparaisons.

Pour élaborer notre questionnaire, il nous a fallu choisir parmi les multiples échelles et type d'évaluation disponibles.

- Evaluation de la satisfaction au travail

Nous avons préféré une évaluation de la satisfaction globale plutôt qu'à facette. Les mesures à facettes sont en effet toujours construite sur la base d'une définition bien spécifique de la satisfaction, et ces définitions ne sont pas les mêmes selon les échelles (37). Au contraire évaluer la satisfaction professionnelle globale permet une approche plus universelle.

Utiliser un item unique peut-être critiqué. Il est impossible d'en mesurer la consistance interne (85) et sa fiabilité est discutée par certains auteurs qui considèrent que plus l'échelle comporte d'items validés, moins l'inconsistance d'une réponse influencera la mesure générale (37). Mais ce choix était appuyé par l'existence de plusieurs études validant ce mode d'évaluation pour la satisfaction professionnelle (35), (86), (87), et nous permettait d'alléger considérablement le questionnaire afin d'en favoriser la faisabilité.

De plus la formulation très large de notre question, pouvait induire des interprétations variées, comme l'ont bien notifié les auteurs de l'étude dont elle était issue (63). Mais la manière dont on la comprend révèle selon nous une pondération individuelle des différentes dimensions de la satisfaction professionnelle. Elle pourrait alors être plus révélatrice du ressenti et des attentes propres à chaque individu.

- Evaluation du stress professionnel

Nous avons choisi un indicateur de stress perçu appelé IB stress. Nous n'avons pas retrouvé dans la littérature d'étude validant cet indicateur, mais il nous a paru intéressant car intégrant la notion de chronicité.

Pour des raisons pratiques nous avons converti l'échelle visuelle initiale en cotation numérique ce qui a pu modifier sa justesse. Nous avons également été gênés par le fait que ces auteurs ne définissaient pas réellement le stress professionnel selon les trois dimensions explorées (niveau de stress, caractère professionnel ou non et chronicité).

Il était difficile de comparer les résultats obtenus aux données de la littérature puisqu'aucune étude n'utilisait d'indicateur équivalent.

- Evaluation de l'épuisement professionnel

Le MBI a largement fait la preuve de sa validité, y compris en langue française et est internationalement utilisé (45), (88).

Cependant il ne permet pas réellement d'établir un diagnostic positif concernant le *burnout*. La pertinence des différentes dimensions est parfois discutée, notamment celle de l'accomplissement personnel (89).

Cela se traduit en pratique par des incohérences dans les définitions de l'épuisement professionnel. Chaque auteur interprète le MBI différemment, certains s'appuyant sur le nombre de dimensions pathologiques, d'autre les scores pour chaque dimension ou uniquement sur l'épuisement émotionnel.

Aucun outil ne permettant actuellement d'identifier rigoureusement le *burnout* (90), nous avons malgré ces limites choisi le MBI car il était le plus utilisé dans la littérature. Ces difficultés de définition et de mesure ont été un argument supplémentaire en faveur de l'établissement d'un critère composite pour évaluer le ressenti des médecins face à leur travail.

5.5.2 Une causalité difficile à démontrer

Notre étude, comme toute étude transversale ne permet pas d'établir de lien de causalité, entre la pratique d'une activité complémentaire ou de l'hypnose médicale et l'amélioration de l'épanouissement professionnel.

On peut d'ailleurs aisément imaginer qu'un médecin épuisé professionnellement et profondément insatisfait soit moins enclin à développer de nouveaux champs de compétences ou à s'investir des activités para-professionnelles.

Et parmi la littérature, il manque d'études solides pour appuyer cette causalité. D'autant que comme nous l'avons vu précédemment les études sont souvent difficiles à comparer car s'appuyant sur des définitions et des outils de mesure divers et variés.

5.5.3 Le problème de l'effectif pour les hypnothérapeutes

Si nous avons pu démontrer une association significative entre la pratique de l'hypnose médicale et l'amélioration de l'épanouissement professionnel, les résultats n'étaient pas significatif pour chacun des critères pris indépendamment (satisfaction, épuisement professionnel et stress professionnel).

Ce résultat pourrait être lié au faible effectif de médecins hypnothérapeute et à l'importante différence de taille entre les échantillons.

Au vu du peu de médecins pratiquant aujourd'hui l'hypnose médicale en médecine générale, il aurait peut-être été plus judicieux d'utiliser une méthodologie de type cas-témoin pour que nos groupes soient plus comparables.

6 CONCLUSION

L'épanouissement professionnel des médecins généralistes

Dans notre étude 17% des médecins interrogés n'étaient pas épanouis professionnellement. Plus précisément : 17% étaient insatisfaits, 12% avaient un niveau d'épuisement professionnel élevé, et 50% étaient stressés professionnellement. Ces chiffres, bien que légèrement inférieurs à ceux des précédentes études françaises, révèlent que l'équilibre psychologique des généralistes reste précaire.

Dans le contexte actuel de pénurie démographique médicale avérée et s'aggravant, ce "malaise" des soignants doit être considéré avec une attention particulière. Les conséquences qui en découlent sont majeures, autant pour leur santé que pour la société. *"Si la santé des médecins généralistes est primordiale pour eux-mêmes, elle représente aussi un enjeu pour la société, tant pour la qualité des soins délivrés que pour garantir la continuité des soins à leur patientèle (...). Outre la souffrance personnelle qu'il subit, un médecin généraliste en burnout sera moins à même d'accomplir adéquatement ses tâches professionnelles : il adoptera une attitude négative envers ses patients, et risquera de commettre des erreurs médicales ... Dans les cas les plus sévères, il sera contraint d'arrêter d'exercer la médecine, temporairement ou définitivement. La surcharge de travail occasionnée par son absence augmentera par ricochet le risque de burnout de ses confrères, dans la mesure où ils devront assumer une patientèle supplémentaire";* comme l'ont bien résumé les Belges dans leur étude nationale pour la prévention du *burnout* (44).

Il est donc primordial de mettre en place des mesures de prévention efficaces, adaptées à la médecine générale française et permettant de prendre en charge globalement cette problématique complexe.

La diversification d'activité : un outil pour améliorer l'épanouissement ?

Notre travail a montré que l'épanouissement concernait 93% des médecins qui pratiquaient une activité complémentaire et 87% des médecins à activité diversifiée, pour 75% dans l'échantillon total.

L'existence d'un lien significatif entre la pratique d'une activité complémentaire et l'épanouissement professionnel illustre l'importance pour les soignants de pouvoir s'ouvrir à d'autres disciplines, médicales hors cabinet, paraprofessionnelles, ou même extraprofessionnelles. Ce résultat rejoint les données de la littérature puisque la variété de l'exercice professionnel apparaissait comme facteur protecteur dans plusieurs études.

D'autres travaux, telle une méta-analyse ou une étude de causalité pourraient venir compléter ce travail. Il serait intéressant de préciser la nature et la puissance des liens observables et de le comparer aux autres déterminants de l'épanouissement professionnel. Il faudrait également préciser les associations selon le type de diversification, en catégorisant précisément chacun des domaines explorés, et surtout en distinguant bien les activités liées au travail des loisirs purs.

Ce résultat nous offre ainsi une piste de réflexion intéressante vis à vis de la lutte contre la pénurie démographique médicale.

Aujourd'hui, pour prévenir efficacement le désintérêt et la désertion des jeunes généralistes il est indispensable de valoriser la médecine générale. En Belgique, au terme d'une enquête nationale concernant la prévention du *burnout*, diversifier les activités et les perspectives de carrière était cité comme un outil d'attractivité, pouvant permettre de lutter contre l'épuisement des soignants.

Il semble donc primordial de favoriser une liberté dans l'exercice et de s'assurer que les généralistes puissent aisément varier leurs activités, du début de leur exercice jusqu'à la fin de leur carrière.

La formation, initiale et continue, doit ainsi leur permettre de découvrir et d'acquérir de nouvelles compétences. La faculté de Médecine a notamment un rôle essentiel à jouer dans l'enseignement d'approches complémentaires et la sensibilisation à la diversification des activités professionnelles.

La reconnaissance et la valorisation financière de ces différentes compétences pourraient aussi favoriser leur essor.

Il faut également permettre aux médecins de trouver le temps nécessaire pour se former puis s'investir. Mettre en place des formations qui aideraient les médecins à organiser de façon optimale leur emploi du temps, comme proposé en Belgique suite à l'étude KCE, pourrait les aider à équilibrer vie professionnelle et familiale et favoriser la variété de l'activité.

L'hypnose médicale une discipline particulièrement épanouissante.

Nous avons pu constater que, bien que validée scientifiquement dans de nombreuses indications, l'hypnose reste méconnue de plus d'un médecin généraliste sur quatre.

Dans notre étude, tous les médecins pratiquant l'hypnose médicale, que ce soit auprès des patients et/ou en autohypnose, étaient épanouis et aucun n'avait de niveau important d'épuisement professionnel. Ce résultat était statistiquement significatif ($p=0,04$) et concorde avec les rares données que nous avons pu retrouver dans la littérature.

Il semblerait donc intéressant d'étudier ce lien à plus grande échelle et avec une méthodologie plus adaptée au nombre encore restreint de praticiens formés. Une étude qualitative spécifique pourrait également être intéressante.

Favoriser le développement de cette pratique pourrait permettre de réhumaniser profondément la relation avec le patient en replaçant l'empathie au premier plan.

L'hypnose permet aux praticiens d'être à l'écoute du patient autrement, de mieux communiquer et de proposer des solutions relationnelles plus naturelles et plus en phase avec leurs attentes. Le fait d'avoir un retour positif rapide est aussi source de bien-être pour les soignants.

D'autant qu'en dehors d'une pratique formelle en consultations dédiées, elle permet d'accéder à des principes de communication de base qui peuvent améliorer nos échanges confraternels, avec les patients et même avec nos proches.

Et s'il était possible de voir le verre à moitié plein plus souvent qu'à moitié vide, et de rassurer nos patients plutôt que de ne pas les inquiéter, l'épanouissement prendrait peut-être plus facilement le dessus sur l'épuisement.

Toulouse, le 16/09/16
Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
de médecine Rangueil
Elle SERRANO

Professeur Jean-Marc SOULA
Chef de Pôle
du Pôle Santé Publique et Médecine Sociale
CHU TOULOUSE - Hôpital Purpan
TSA 40031 - 31059 TOULOUSE Cedex 9

7 BIBLIOGRAPHIE

1. Cathébras P, Begon A, Laporte S, Bois C, Truchot D. Épuisement professionnel chez les médecins généralistes. *Presse Médicale*. 2004;33(22):1569-74.
2. Kacenebogen N, Offermans AM, Roland M. Burnout of general practitioners in Belgium: societal consequences and paths to solutions. *Rev Médicale Brux*. 2011;32(4):413-23.
3. Iacovides A, Fountoulakis K., Kaprinis S, Kaprinis G. The relationship between job stress, burnout and clinical depression. *J Affect Disord*. 2003;75(3):209-21.
4. Grol R, Mokkink H, Smits A, Van Eijk J, Beek M, Mesker P, et al. Work satisfaction of general practitioners and the quality of patient care. *Fam Pract*. 1985;2(3):128-135.
5. Williams ES, Manwell LB, Konrad TR, Linzer M. The relationship of organizational culture, stress, satisfaction, and burnout with physician-reported error and suboptimal patient care: results from the MEMO study. *Health Care Manage Rev*. 2007;32(3):203-12.
6. DeVoe J, Fryer Jr GE, Hargraves JL, Phillips RL, Green LA. Does career dissatisfaction affect the ability of family physicians to deliver high-quality patient care? *J Fam Pract*. 2002;51(3):223-8.
7. Ramos Da Cruz M. Déterminants à la cessation anticipée d'activité libérale des médecins généralistes de plus de 50 ans en région Rhône-Alpes: une analyse quantitative du phénomène .Th.D: Med : Grenoble, France , Université Joseph Fourier : 2014.
8. Sobrequés J, Cebrià J, Segura J, Rodríguez C, García M, Juncosa S. [Job satisfaction and burnout in general practitioners]. *Atencion Primaria Soc Esp Med Fam Comunitaria*. 2003;31(4):227-33.
9. Galam E, Komly V, Tourneur AL, Jund J. Burnout among French GPs in training: a cross-sectional study. *Br J Gen Pract*. 2013;63(608):217-24.
10. Cathébras P, Begon A, Laporte S, Bois C, Truchot D. Burn out among French general practitioners. *Presse Médicale Paris Fr* 1983.2004;33(22):1569-74.
11. Ramirez A., Graham J, Richards M., Gregory W., Cull A. Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work. *The Lancet*. 1996;347(9003):724-8.
12. Faragher EB, Cass M, Cooper CL. The relationship between job satisfaction and health: a meta-analysis. *Occup Environ Med*. 2005;62(2):105-12.
13. Seligman MEP. The president address. 1999;54(8):559-62.
14. Kuhn G, Goldberg R, Compton S. Tolerance for Uncertainty, Burnout, and Satisfaction With the Career of Emergency Medicine. *Ann Emerg Med*. 2009;54(1):106-113.

15. Koleck M, Bruchon-Schweitzer M, Thiebaut E, Dumartin N, Sifakis Y. Job stress, coping and burnout among french general practitioners. *Eur Rev Appl Psychol.* 2000;50(3):309-14.
16. Leroux M-E. Modes d'exercice particulier et diversification de l'exercice en médecine générale: Enquête descriptive auprès d'un échantillon représentatif de médecins généralistes en Meurthe-et-Moselle .Th.D: Med : Université de Nancy I. : 2009.
17. Rapport de l'URMLA , commission "évaluation des pratiques médicales particulières". Des modes d'exercices pas si particuliers. 1999.
18. Anne V. Les comportements de cessation d'activité des médecins généralistes libéraux. 2007 [cité 14 juin 2016]; Disponible sur : <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ministere/Drees/SerieEtudes/2007/73/serieetud73.pdf>
19. Véga A, Cabé M-H, Blandin O. cessation d'activité des médecins généralistes: motivations et stratégies. *Solidar Santé* [Internet]. 2008 [cité 16 juin 2016]; Disponible sur: <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ministere/Drees/DossiersSolidariteSante/2008/6/1.pdf>
20. Van Ham I, Verhoeven AAH, Groenier KH, Groothoff JW, De Haan J. Job satisfaction among general practitioners: A systematic literature review. *Eur J Gen Pract.* 2006;12(4):174-80.
21. Monfort A. Satisfactions des internes de Médecine Générale: étude qualitative par entretiens semi-dirigés.Th.D : Med: Université de Bretagne occidentale; 2013.
22. URML IDF, Comité MEP. Voyages au centre de vos pratiques. conférence de presse; 2008.
23. Académie de Médecine. Thérapies complémentaires, leur place parmi les ressources de soins. [Internet]. 2013 [cité 2 juin 2014]. Disponible sur: <http://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2013/07/4.rapport-Th%C3%A9rapies-compl%C3%A9mentaires1.pdf>
24. Faymonville. Hypnose : des bases neurophysiologiques à pratique clinique. *Conférences Actual 2005.* 2005;59-69.
25. Tefikow S, Barth J, Maichrowitz S, Beelmann A, Strauss B, Rosendahl J. Efficacy of hypnosis in adults undergoing surgery or medical procedures: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Clin Psychol Rev.* 2013;33(5):623-36.
26. Alladin A. Evidence-based hypnotherapy for depression. *Int J Clin Exp Hypn.* 2010;58(2):165-85.
27. Hammond DC. Hypnosis in the treatment of anxiety- and stress-related disorders. *Expert Rev Neurother.* 2010;10(2):263-73.
28. Adachi T, Fujino H, Nakae A, Mashimo T, Sasaki J. A meta-analysis of hypnosis for chronic pain problems: a comparison between hypnosis, standard care, and other psychological interventions. *Int J Clin Exp Hypn.* 2014;62(1):1-28.

29. Schaefer R, Klose P, Moser G, Häuser W. Efficacy, tolerability, and safety of hypnosis in adult irritable bowel syndrome: systematic review and meta-analysis. *Psychosom Med.* 2014;76(5):389-98.
30. Rossi EL, Rossi KL. The neuroscience of observing consciousness & mirror neurons in therapeutic hypnosis. *Am J Clin Hypn.* 2006;48(4):263-78.
31. Lee RT, Seo B, Hladkyj S, Lovell BL, Schwartzmann L. Correlates of physician burnout across regions and specialties: a meta-analysis. *Hum Resour Health.* 2013;11(1):48.
32. Desmars C. Intérêts de la pratique de l'hypnose ericksonienne en médecine générale: enquête qualitative par entretiens semi-directifs auprès de médecins généralistes formés à l'hypnose ericksonienne. Th.D : Med : Université européenne de Bretagne; 2011.
33. Brel M. Intérêt de la pratique de l'hypnose thérapeutique par des médecins généralistes réunionnais en cabinets et en établissements de santé publics et privés. Th. D.:Med: Université de Bordeaux II; 2013.
34. Iglesias Rutishauser K. L'utilisation des modèles à effets mixtes avec effets aléatoires croisés pour l'analyse de données de type questionnaire dans le champ de la satisfaction au travail [Internet]. University of Geneva; 2011 [cité 27 mai 2016]. Disponible sur: <http://archive-ouverte.unige.ch/unige:16771>
35. Tavani JL, Botella M, Collange J. Quelle validité pour une mesure de la satisfaction au travail en un seul item ? *Prat Psychol.* 2014;20(2):125-42.
36. Cooper CL, Rout U, Faragher B. Mental health, job satisfaction, and job stress among general practitioners. *BMJ.* févr 1989;298(6670):366-70.
37. Iglesias K, Renaud O, Tschan F. La satisfaction au travail: Une conséquence du choix des outils statistiques et des instruments de mesure en GRH. *Rev Int Psychosociologie.* 2010;XVI(40):245.
38. Mhiri S. L'impact du stress professionnel sur l'implication organisationnelle, l'absentéisme et l'intention de quitter chez les cadres [Internet]. Nice; 2013 [cité 25 juill 2016]. Disponible sur: <http://www.theses.fr/2013NICE0052>
39. Bellinghausen L, Collange J, Botella M, Emery J-L, Albert É. Validation factorielle de l'échelle française de stress perçu en milieu professionnel. *Santé Publique.* 21(4):365-73.
40. Lesage F-X, Chamoux A. Utilisation de l'échelle visuelle analogique (EVA) dans l'évaluation du stress au travail : limites et perspectives. *Revue de la littérature. Arch Mal Prof Environ.* 2008;69(5-6):667-71.
41. Phan Chan Thé E. Intervention brève d'évaluation du stress perçu IB-stress. juin 2008 [cité 25 juill 2016];(99). Disponible sur: http://www.sante-durable.fr/telechargement/FC_PS99.pdf

42. Christina Maslach SEJ. The Maslach Burnout Inventory Manual. Eval Stress Book Resour. 1997;191-218.
43. Truchot D. Le burn-out des médecins généralistes : influence de l'iniquité perçue et de l'orientation communautaire. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. 2009;167(6):422-8.
44. KCE. Le Burnout des médecins généralistes: prévention et prise en charge | KCE [Internet]. [cité 27 janv 2016]. Disponible sur: <https://kce.fgov.be/fr/publication/report/le-burnout-des-medecins-generalistes-prevention-et-prise-en-charge#.VqkHmFIWJD8>
45. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. J Organ Behav. 1981;2(2):99-113.
46. Santé et satisfaction des soignants au travail : en France et en Europe - Livre [Internet]. Les Presses de l'EHESP. [cité 17 juin 2016]. Disponible sur: <http://www.presses.ehesp.fr/produit/sante-et-satisfaction-des-soignants-au-travail-en-france-et-en-europe/>
47. Caplan RP. Stress, anxiety, and depression in hospital consultants, general practitioners, and senior health service managers. BMJ. 12 nov 1994;309(6964):1261-3.
48. Truchot D. Le burn-out des médecins libéraux de Bourgogne . Rapp Rech Pour L'Union Régionale Médecins Libéraux Bourgogne.
49. Léopold Y. Les chiffres du suicide chez les médecins. Rapp Au Cons Natl Ordre Médecins. 2003;
50. Grembowski D, Paschane D, Diehr P, Katon W, Martin D, Patrick DL. Managed Care, Physician Job Satisfaction, and the Quality of Primary Care. J Gen Intern Med. mars 2005;20(3):271-7.
51. Atlas de la démographie médicale 2015 [Internet]. [cité 30 mai 2016]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_national_de_la_demographie_medicale_2015.pdf
52. La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales - er679.pdf [Internet]. [cité 30 mai 2016]. Disponible sur: <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er679.pdf>
53. Dewa CS, Jacobs P, Thanh N, Loong D. An estimate of the cost of burnout on early retirement and reduction in clinical hours of practicing physicians in Canada. BMC Health Serv Res. 2014;14(1):254.
54. Informations de la CARMF n°60 [Internet]. [cité 31 mai 2016]. Disponible sur: <http://www.carmf.fr/doc/publications/infocarmf/60-2012/infocarmf.php?tete=stat05>
55. Godin J.. Hypnothérapie. EMC - Psychiatrie 1991;1-0 [Article 37-820-B-50].

56. Roggiani W. Intérêt et connaissances des médecins généralistes et internistes du canton de Genève pour l'hypnose médicale [Internet]. University of Geneva; 2002 [cité 3 juin 2014]. Disponible sur: <http://archive-ouverte.unige.ch/unige:135>
57. Norton J, De Roquefeuil G, Boulenger J-P, Ritchie K, Mann A, Tylee A. Use of the PRIME-MD Patient Health Questionnaire for estimating the prevalence of psychiatric disorders in French primary care: comparison with family practitioner estimates and relationship to psychotropic medication use. *Gen Hosp Psychiatry*. 2007;29(4):285-93.
58. Shenefelt PD. Hypnosis in dermatology. *Arch Dermatol*. 2000;136(3):393-9.
59. Huas D. Prévalence et prise en charge de la douleur en médecine générale. EMC - Douleurs. 2001 -2-3-1624-5687-101019-ART89
60. Elliott AM, Smith BH, Penny KI, Cairns Smith W, Alastair Chambers W. The epidemiology of chronic pain in the community. *The Lancet*. 1999;354(9186):1248-52.
61. Yvay S. L'analgésie sous hypnose: approches théoriques, expérimentales et thérapeutiques. Th.D : Med : Université d'Angers; 2005.
62. Elkins G, Jensen MP, Patterson DR. Hypnotherapy for the management of chronic pain. *Int J Clin Exp Hypn*. 2007;55(3):275-87.
63. Guillaumat-Tailliet F. L'exercice de la médecine générale libérale : premiers résultats d'un panel dans cinq régions françaises. 7 juin 2012 [cité 27 janv 2016]; Disponible sur: <http://www.epsilon.insee.fr:80/jspui/handle/1/12796>
64. Atlas de la démographie médicale Midi-Pyrénées 2015 [Internet]. [cité 29 mai 2016]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_midi_pyrenees_2015.pdf
65. Vaquin C. La prévalence du burnout en médecine générale. Enquête nationale auprès de 221 médecins généralistes du réseau Sentinelles. Th. D. : Med : Université René Descartes Paris5 : 2007.
66. L'exercice en groupe des médecins généralistes - Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine général. ORPS URPS-MI Pays Loire. déc 2011;
67. Baudier F, Bourgueil Y, Evrard I, Gautier A, Le Fur P, Mousquès J. La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009. *Quest D'économie Santé* [Internet]. 2010 [cité 24 août 2016];157(6). Disponible sur: <http://www.egora.com/sites/default/files/Qes157.pdf>
68. Le temps de travail des médecins généralistes. Une synthèse des données disponibles - Qes144.pdf [Internet]. [cité 6 juin 2016]. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes144.pdf>
69. Truchot D. Le Burn-out des médecins libéraux de Champagne-Ardenne. *Rapp Rech Pour L'URML Champagne-Ardenne*. 2002.

70. Gautier A. Baromètre santé médecins généralistes 2009. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (France) ,Saint-Denis: INPES éd.; 2011.
71. Jean O, Leloup M, Vardon D, Fanello S. Activités médicales hors cabinet des médecins généralistes. Santé Publique. 18 janv 2010;21(5):453-464.
72. Gleizes M, Razavet A. Evaluation du stress perçu chez le médecin généraliste et recherche de ses causes en Haute-Garonne et à Paris [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine. Site Villemin; 2002.
73. Ferley J.P, Roch- Bigat B. La souffrance des soignants en Limousin. Etude de la CRSA Limousin, réalisée par l'ORS du Limousin, initiée par le CROM, l'ARS, l'Ordre des Sages-Femmes et l'URPS-Sages-femmes du Limousin; 2015.
74. Boggis ARJ, Cornford CS. General Practitioners with special clinical interests: a qualitative study of the views of doctors, health managers and patients. Health Policy Amst Neth. 2007;80(1):172-188.
75. Soler JK, Yaman H, Esteva M, Dobbs F, Asenova RS, Katic M, et al. Burnout in European family doctors: the EGPRN study. Fam Pract.2008;25(4):245-265.
76. Maslach C. The Client Role in Staff Burn-Out. J Soc Issues. 1978;34(4):111-124.
77. Esteva M, Larraz C, Jiménez F. La salud mental en los médicos de familia: efectos de la satisfacción y el estrés en el trabajo. Rev Clin Esp. 2006;206(2):77-83.
78. Doppia M-A, Estry-Béhar M, Fry C, Guetarni K, Lieutaud T. Enquête comparative sur le syndrome d'épuisement professionnel chez les anesthésistes réanimateurs et les autres praticiens des hôpitaux publics en France (enquête SESMAT). Ann Fr Anesth Réanimation. 2011;30(11):782-794.
79. Jammes A. Enquête sur l'épuisement professionnel des médecins généralistes libéraux: étude menée auprès de médecins généralistes de la région biterroise. Th.D : Med : Université de Montpellier I : 2010.
80. Galam E, Mouries R. L'épuisement professionnel des médecins libéraux : témoignages, analyses et perspectives. URML Ile--Fr. juin 2007;47.
81. Truchot D. Le Burn out des médecins généralistes de Poitou-Charentes. Rapp Rech Pour L'Union Régionale Médecins Libéraux Poitou-Charentes. 2004;
82. Orton P, Orton C, Pereira Gray D. Depersonalised doctors: a cross-sectional study of 564 doctors, 760 consultations and 1876 patient reports in UK general practice. BMJ Open. 2 févr 2012;2(1):e000274-e000274.
83. Hueston W. General practitioner's satisfaction with practice. 1998;(7):242-247.

84. 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.
85. Mcfarlane L, Martin H. Job satisfaction and organizational commitment in relation to work performance and turnover intentions. *Hum Relat.* 1989;42(7):625-38.
86. Castel D, Durand-Delvigne A, Lemoine C. Équivalence échelle composite — échelle globale dans la mesure de la satisfaction au travail. *Psychol Trav Organ.* 2011;17(1):73-84.
87. Nagy MS. Using a single-item approach to measure facet job satisfaction. *J Occup Organ Psychol.* 2002;75(1):77-86.
88. Dion G, Tessier R. Validation de la traduction de l'Inventaire d'épuisement professionnel de Maslach et Jackson. *Can J Behav Sci Can Sci Comport.* 1994;26(2):210.
89. Lourel M, Gueguen N. Une méta-analyse de la mesure du burnout à l'aide de l'instrument MBI. *L'Encéphale.* 2007;33(6):947-53.
90. Collange J, Tavani J-L, Soula M-C. Regards croisés sur le burn-out : aspects médicaux et psychologiques. *Arch Mal Prof Environ.* 2013;74(1):35-43.

8 ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire : La diversification de l'activité et l'hypnose en médecine générale peuvent-elles améliorer la satisfaction au travail des soignants? *Obligatoire

Données socio-démographiques

1- Age *

- moins de 30
- 31 à 40
- 41 à 50
- 51 à 60
- plus de 60

2- Sexe *

- Masculin
- Féminin

Lieu et Mode d'exercice

3- Lieu d'exercice libéral : *

- Rural
- Semi-rural
- Urbain

4- Type d'exercice : *

- Libéral
- Mixte salarié et libéral

5- Si vous avez une activité mixte, quelle part le salariat représente-t-il dans votre emploi du temps?

- 3 jours ou plus par semaine
- 1 à 2 jours par semaine
- moins d'un jour par semaine
- Autre :

6- Exercez-vous seul ou en cabinet de groupe ? *

- Seul
- Deux ou plus

Charge de travail

7- Quelle est votre charge de travail moyenne ? *

Nombre d'heures travaillées pour une semaine type

8- Participez-vous à des gardes ? *

- au moins une fois par semaine
- au moins une fois par mois
- au moins une fois par trimestre
- Moins d'une fois par trimestre
- Jamais

Activité

9- Etes-vous sérieusement impliqué dans une activité complémentaire, rémunérée ou non ? *

par exemple : engagement municipal , politique, associatif ,sportif , enseignement/formation ...

- oui
- non

10- Si oui laquelle ?

11- Si oui ,à quelle fréquence ?

- Au moins une fois par jour
- Au moins une fois par semaine
- Au moins une fois par mois
- Moins d'une fois par mois
- Autre :

12- Avez-vous un ou plusieurs mode d'exercice particulier, autre que l'hypnose médicale (avec des consultations dédiées) *

ex: homéopathie, ostéopathie, acupuncture ...

- Oui
- Non

13- Si oui laquelle/lesquelles ?

14- Si oui à quelle fréquence ?

- Au moins une fois par jour
- Au moins une fois par semaine
- Au moins une fois par mois
- Moins d'une fois par mois
- Autre :

Hypnose médicale

15- Connaissez-vous l'hypnose médicale ? *

- oui
- non

16- Etes-vous formé à l'hypnose médicale ? *

- Oui
- Non : PASSEZ DIRECTEMENT A LA QUESTION 22

17- Précisez l'organisme formateur et la durée de la formation .

ex : institut Milton Erickson , 15 jours de formation

18- Depuis combien de temps pratiquez-vous l'hypnose ?

- moins de 1 an
- 1 à 5 ans
- plus de 5 ans
- vous ne pratiquez pas encore

19- Si vous la pratiquez, à quelle fréquence ?

- Au moins une fois par jour
- Au moins une fois par semaine
- Au moins une fois par mois
- Moins d'une fois par mois

20- Pratiquez vous l'auto-hypnose?

- Oui
- Non

21- Si vous la pratiquez , à quelle fréquence ?

- Au moins une fois par jour

- Au moins une fois par semaine
- Au moins une fois par mois
- Moins d'une fois par mois

Satisfaction au travail

22- Globalement, à propos de votre activité professionnelle, vous êtes ? *

- très satisfait(e)
- plutôt satisfait(e)
- peu satisfait(e)
- pas du tout satisfait(e)

Stress au travail : Intervention brève d'évaluation du stress perçu (IB-stress)

23- Quel est votre niveau de stress actuel sur une échelle numérique graduée de 1 à 10 (1 étant le niveau minimal de stress perçu et 10 étant le niveau maximal de stress perçu) ? *

Donnez une valeur entre une valeur minimale et une valeur maximale.

24- Quelles sont les causes de votre niveau de stress actuel ? *

- Professionnelles
- Extraprofessionnelles
- Mixtes

25- Depuis combien de temps ce niveau de stress existe-il ? *

- Moins de trois mois
- Trois mois ou plus

Evaluation du score de burn-out ,échelle MBI:

<http://www.masef.com/scores/burnoutsyndromeéchellembi> Pour évaluer plus finement votre niveau d'épuisement professionnel, vous pouvez ,en suivant le lien ci-dessus , utiliser l'échelle MBI (la plus validée pour cette indication) Le logiciel calcule automatiquement vos scores. REPORTEZ LES ENSUITE CI-DESSOUS. Durée :5 à 7 minutes . (Cette question est facultative.)

26- Score de dépersonnalisation

- total inférieur ou égal à 5
- total entre 6 et 11
- total supérieur ou égal 12

27- Score d'épuisement professionnel

- total inférieur ou égal 17
- total entre 18 et 29
- total supérieur ou égal à 30

28- Score d'accomplissement personnel

- total inférieur ou égal à 33
- total entre 34 et 39
- total supérieur ou égal 40

Annexe 2 : caractéristiques sociodémographiques et modalités d'exercice.

praticiens interrogés (n=164)		N	%
Age	moins de 30 ans	7	4
	31 à 40 ans	52	32
	41 à 50 ans	39	24
	51 à 60 ans	45	27
	plus de 60 ans	21	13
Genre	féminin	88	54
	masculin	76	46
Type d'activité	libérale	140	85
	mixte	24	15
Lieu d'exercice	urbain	60	36
	semi-rural	65	40
	rural	39	24
Individuel ou groupé	individuel	39	24
	cabinet de groupe	125	76
Secteur d'exercice	Secteur 1	160	98
	Secteur 2	4	2

formation ,enseignement	Activité complémentaire	Mode d'exercice particulier
<p>MSU formation médicale continue groupe de pairs</p>		<p>homéopathie (14 médecins) ostéopathie (6 médecins)</p>
<p>médecin en structure externe</p>	<p>médecin pompier médecin de crèche médecin de club sportif médecine militaire régulation médicale SSR</p>	<p>médecin du sport (5 médecins) mésothérapie (5 médecins) acupuncture (4 médecins)</p>
<p>réseau de santé</p>	<p>réseau hôpital/ville réseau IVG éducation thérapeutique projet de maison de santé pluridisciplinaire eFORMip</p>	<p>psychothérapie/TCC (2 médecins) manipulation vertébrale sexologie</p>
<p>associatif</p>	<p>humanitaire association de parent d'élève bénévole caisse de retraite association culturelle associatif non précisé</p>	<p>gynécologie/grossesse/IVG diététique addictologie</p>
<p>politique</p>	<p>élu URPS conseil d'administration de la SFMES conseiller municipal</p>	<p>échographie posturologie</p>
<p>sportif</p>	<p>initiateur aviron surveillance de concours d'équitation sport sans précision</p>	
<p>artistique</p>	<p>musique: piano classique orchestre symphonique théâtre</p>	
<p>syndicalisme</p>		

Annexe 3 : Activités complémentaires et Modes d'exercice particuliers .

Annexe 4 : Nature et durée des formations à l'hypnose médicale citées.

Formation(s)	Durée
DU Limoges GEMA, DU, ATNH SFMG faculte medecine CHU Purpan	8 jours
DU Toulouse, IMHETO AFHYP, AFHEP	224 heures
GEMA	3 jours
Imetho	21 jours
Institut Milton Erickson SFMG	
SFMG	12 jours
Institut Milton Erickson de Biarritz DU	15 jours
milton erickson -	6 jours
CFHM	20 jours
IHMER Institut Milton H Erickson Toulouse et Occitanie	>185 heures

ARVERS Yasmine

Bénéfices de la diversification de l'activité, et de l'hypnose médicale, sur l'épanouissement professionnel des médecins généralistes (satisfaction professionnelle, stress professionnel et syndrome d'épuisement professionnel). Enquête transversale auprès des médecins généralistes de Midi-Pyrénées.

Contexte : L'épanouissement professionnel des médecins est un enjeu majeur pour leur santé, la qualité des soins et la démographie médicale. **Objectifs** : Étudier le lien entre diversification d'activité et épanouissement professionnel des généralistes. Rechercher les déterminants de satisfaction professionnelle. Étudier les liens entre les indicateurs utilisés. **Méthodes** : Enquête transversale par questionnaire internet aux généralistes de Midi-Pyrénées. Épanouissement professionnel étudié par trois indicateurs : satisfaction professionnelle, stress professionnel perçu, et syndrome d'épuisement professionnel (SdEP), respectivement évalués par l'IB stress, et Maslash Burnout Inventory (MBI), facultatif. **Résultats** : 164 généralistes ont répondu, 155 ont rempli le MBI. 128 étaient épanouis, la moitié étaient stressés, 19 avaient un niveau important d'épuisement professionnel. Pratique d'activité complémentaire associée à l'épanouissement ($p=0,01$), à la satisfaction ($p=0,01$) et au SdEP ($p=0,04$). Association significative de la pratique de l'hypnose médicale avec l'épanouissement ($p=0,04$). Pas de liens significatifs de la satisfaction avec les autres déterminants. La satisfaction évolue inversement au stress et au MBI. **Conclusion** : Prévalence non négligeable de médecins non épanouis. Encourager la pratique d'activités variées peut améliorer l'attractivité de la médecine générale. Le bénéfice potentiel de la pratique de l'hypnose sur l'épanouissement professionnel se confirme et mérite d'être plus largement exploré.

Mots clés : enquête transversale - diversification de l'activité - mode d'exercice particulier - hypnose médicale - satisfaction professionnelle - épuisement professionnel - burnout - stress professionnel - médecins généralistes - Midi-Pyrénées.

Discipline administrative : MÉDECINE GÉNÉRALE.

Directeur de thèse : Dr AMETEPE Léonard, **Co-directeur de thèse** : Dr BISMUTH Serge.

Faculté de Médecine Rangueil - 133route de Narbonne -31062 TOULOUSE Cedex 04 - France