

THÈSE

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

Présentée et soutenue publiquement
par

Loïk BELINGA

Le 30 SEPTEMBRE 2021

**Comment distinguer épisode dépressif caractérisé et burn-out chez le médecin généraliste :
Revue narrative de la littérature**

Directrice de thèse : Pr Motoko DELAHAYE

JURY :

Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC

Madame le Professeur Motoko DELAHAYE

Monsieur Professeur Bruno CHICOULAA

Madame le Docteur Marielle PUECH

Président

Assesseur

Assesseur

Assesseur

**TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2020**

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. ADOUE Daniel	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. BONAFE Jean-Louis	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre
Professeur Honoraire	M. BONNEVILLE Paul	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire Associé	M. BROS Bernard	Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges		
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette		
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline		
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean		
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel		
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.		
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique		
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy		
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel		
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri		
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean		
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.		
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel		
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean		
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard		
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard		
Professeur Honoraire	M. FORTANIER Gilles		
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard		
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques		
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle		
Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles		
Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques		
Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves		
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis		
Professeur Honoraire	M. GRAND Alain		
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD CHAUMEIL Bernard		
Professeur Honoraire	M. HOFF Jean		
Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis		
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves		
Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques		
Professeur Honoraire	M. LANG Thierry		
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche		
Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy		
Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck		
Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Yves		
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul		

Professeurs Emérites

Professeur ADER Jean-Louis	Professeur SALVAYRE Robert
Professeur ALBAREDE Jean-Louis	Professeur SARRAMON Jean-Pierre
Professeur ARBUS Louis	Professeur SIMON Jacques
Professeur ARLET Philippe	
Professeur ARLET-SUAU Elisabeth	
Professeur BOCCALON Henri	
Professeur BOUTAULT Franck	
Professeur BONEU Bernard	
Professeur CARATERO Claude	
Professeur CHAMONTIN Bernard	
Professeur CHAP Hugues	
Professeur CONTÉ Jean	
Professeur COSTAGLIOLA Michel	
Professeur DABERNAT Henri	
Professeur FRAYSSE Bernard	
Professeur DELISLE Marie-Bernadette	
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	
Professeur GRAND Alain	
Professeur JOFFRE Francis	
Professeur LAGARRIGUE Jacques	
Professeur LANG Thierry	
Professeur LAURENT Guy	
Professeur LAZORTHES Yves	
Professeur MAGNAVAL Jean-François	
Professeur MANELFE Claude	
Professeur MASSIP Patrice	
Professeur MAZIERES Bernard	
Professeur MOSCOVICI Jacques	
Professeur MURAT	
Professeur RISCHMANN Pascal	
Professeur RIVIERE Daniel	
Professeur ROQUES-LATRILLE Christian	

FACULTE DE MED EC INE TOULOUSE -PU R P A N

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : D. CARRIE

P.U .- P.H .		P.U .- P.H .	
Classe Exceptionnelle et 1ère classe		2ème classe	
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne	M. CAVAINAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. BLANCHER Antoine (C.E)	Immunologie (option Biologique)	M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire	M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. BRASSAT David	Neurologie	M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. BUREAU Christophe	Hépat-Gastro-Entérologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. CALVAS Patrick (C.E)	Génétique	M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale	Mme PASQUET Marlène	Pédiatrie
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. CHAIX Yves	Pédiatrie	Mme RUYSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence	Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. SIZUN Jacques	Pédiatrie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	Mme TREMOLLIERS Florence	Biologie du développement
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie		
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique		
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie		
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie	P. U. Médecine générale	
M. GAME Xavier	Urologie	M. MESTHÉ Pierre	
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation		
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	Professeur Associé Médecine générale	
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique	M. ABITTEBOUL Yves	
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition	M. POUTRAIN Jean-Christophe	
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'urgence		
M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale	Professeur Associé en Bactériologie-Hygiène	
M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	Mme MALAUDA Sandra	
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie		
M. MALAUDA Bernard	Urologie		
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique		
M. MARCHOU Bruno	Maladies Infectieuses		
M. MAS Emmanuel	Pédiatrie		
M. MAZIERES Julien	Pneumologie		
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique		
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie		
Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie		
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie		
M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie		
M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique		
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie		
M. PARINAUD Jean (C.E)	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PAUL Carle (C.E)	Dermatologie		
M. PAYOUX Pierre	Biophysique		
M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie		
M. PERON Jean-Marie	Hépat-Gastro-Entérologie		
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie		
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie		
M. RECHER Christian(C.E)	Hématologie		
M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie		
M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile		
M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie		
M. SANS Nicolas	Radiologie		
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques		
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie		
M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale		
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépat-Gastro-Entérologie		
P. U. Médecine générale			
M. OUSTRIC Stéphane (C.E)			
Professeur Associé de Médecine Générale			
Mme IRI-DELAHAYE Motoko			

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SER RANO

P.U. - P.H.		P.U. - P.H.	
Classe Exceptionnelle et 1ère classe		2ème classe	
M. ACAR Philippe	Pédiatrie	M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile	M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie	Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie	M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
M. ARNAL Jean-François	Physiologie	Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. BERRY Antoine	Parasitologie	M. DE BONNEGAZE Guillaume	Oto-rhino-laryngologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie	M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie	Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire	M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépatogastro-Entérologie	Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	M. GARRIDO-STÓWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie	M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. CHAYNES Patrick	Anatomie	Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	M. LE CAIGNEC Cédric	Génétiq
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. COURBON Frédéric	Biophysique	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie	M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire	M. PUGNET Grégory	Médecine interne
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses	M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. DELORD Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie	M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. TACK Ivan	Physiologie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique	M. YSEBAERT Loic	Hématologie
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie		
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique		
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	P. U. Médecine générale	
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	
M. HUYGHE Eric	Urologie		
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie	Professeur Associé de Médecine Générale	
M. LARRUE Vincent	Neurologie	M. BOYER Pierre	
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie		
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie		
M. MARQUE Philippe (C.E)	Médecine Physique et Réadaptation		
M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie		
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie		
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation		
M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive		
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile		
M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition		
M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie		
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale		
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie		
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie		
M. SAILLER Laurent (C.E)	Médecine Interne		
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie		
M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie		
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie		
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail		
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie		
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive		
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie		
Mme URO-COSTE Emmanuelle (C.E)	Anatomie Pathologique		
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique		
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie		
Professeur Associé de Médecine Générale			
M. STILLMUNKES André			

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN
37, allées Jules Guesde – 31062 Toulouse Cedex

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE- RANGU EIL
133 , route de Narbonne - 310 62 TOULOUSE ced ex

M.C.U. - P.H.

M.C.U. - P.H

M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie
Mme BELLIERES-FABRE Julie	Néphrologie
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion
M. BIETH Eric	Génétique
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
M. CUROT Jonathan	Neurologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZSKY Isabelle	Physiologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDJ Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LHERMUSIER Thibaut	Cardiologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MASSIP Clémence	Bactériologie-virologie
Mme MONTASTIER Emile	Nutrition
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
Mme PERROT Aurore	Hématologie
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOUY Julie

M.C.A. Médecine Générale

Mme FREYENS Anne
M. CHICOUCAA Bruno
Mme PUECH Marielle

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme BREHIN Camille	Pneumologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme CORRE Jill	Hématologie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
Mme SIEGFRIED Aurore	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
Mme VIJA Lavinia	Biophysique et médecine nucléaire
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie d'adultes

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel
M. ESCOURROU Emile

M.C.A. Médecine Générale

M. BIREBENT Jordan
Mme BOURGEOIS Odile
Mme BOUSSIER Nathalie
Mme LATROUS Leila

Remerciements au Jury

Au président du jury :

Monsieur le Professeur OUSTRIC.

Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse, je vous en suis reconnaissant. Merci également pour votre investissement auprès des internes de médecine générale. Je vous prie de croire en l'expression de ma gratitude et de mon profond respect.

Aux membres du jury :

Monsieur le Professeur CHICOULAA.

Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail de thèse et d'y apporter votre regard de médecin généraliste. Soyez assuré de ma profonde gratitude.

Madame le Docteur PUECH.

Je vous remercie de juger ce travail ; votre regard m'est important au regard de votre implication dans l'accompagnement des internes. Soyez assurée de ma profonde gratitude.

A ma directrice de thèse :

Madame le Professeur DELAHAYE.

Je vous remercie d'avoir accepté de m'encadrer dans ce travail de thèse, et d'avoir su me tendre la main au moment où j'avais le plus besoin d'aide. Merci, sincèrement. J'espère pouvoir aider un confrère un jour comme je me suis senti aidé cette année.

Remerciements personnels

À ma famille

À Regina, parce que même si tu es une mère pénible et qu'on ne s'est pas toujours compris je sais bien tout ce que tu as fait pour moi, et que ce n'est pas par hasard si j'en suis là, alors merci. Essaie de ne pas vieillir trop vite, que j'ai le temps d'être reconnaissant !

À mes sœurs, que je tyrannise depuis toujours, mais c'est de bonne guerre ! Melissa, dont je n'aurais pas imaginé que nos parcours se rejoignent si on me l'avait dit au lycée (tu remarqueras que je t'ai laissé le privilège d'être la première doctorante de la fratrie ^^), et Laureen la star internationale que même Beyoncé jalouse, merci d'être là !

À Armel, mon cher oncle, probablement la personne qui m'a le mieux compris, même si on ne pourra pas partager ça, je fais de mon mieux pour que tu sois fier de moi.

Et à toute la famille Gbaguidi : Mémé, Lucette, Francis, les cousins/cousines, et le neveu !
(oui Melissa, ça ressemble à ta propre page, au moins tu sais que j'ai lu ta thèse !)

À mes amis

Mes Tortues Ninja sûres : Kevin mon Sam Gamegie, Aldébaran le troubadour, fidèles au poste Johan, Tim, Tom, Ilyes, Matis, les Charlie Runkle, avec qui j'ai tant ri et tant joué

Big up à Karma mon vieux barlou préféré, Guy le meilleur skateur que j'ai connu dans ma vie, Fly le mec le plus stylé

Ma petite team Aïra : William, Arthur, Alice, PH, et bien sûr Humtsi le S ! Bienvenue à Lys !

La mif' du Gouffre : Sami, Pablo, Roman, Roger, Kendal, Lola, Margaux, Simon, Bastien, Adrien, Samy, Schall, Tab... À mes Chineurs et tous les gens avec qui j'ai partagé de la musique
Pensées aussi pour mes vieux potes de fac, les 4 Fantastiques (Sylvain, Jean-Matthieu, Jeremy et Gildas), à Noé, et les autres : même si on s'est perdus de vue, je ne vous oublie pas !

Mes vieux amis Omar et Romain, avec qui j'ai plaisir à refaire le monde quand on se voit !

Gloire à Demacia et une bise à mes potes qui profitent de ma belle top diff

RIP Arthur, je pense souvent à nos dernières discussions, j'espère te faire honneur.

A ceux que j'ai oubliés, je n'ai droit qu'à une page, ce n'est qu'un papier, je vous kiffe aussi !

On n'oublie pas d'où on vient, et là où j'irai, j'espère qu'on ira ensemble.

Cthulhu fhtagn (oui)

TABLE DES MATIERES

<u>TABLE DES ANNEXES</u>	<u>9</u>
<u>LISTE DES ABREVIATIONS</u>	<u>10</u>
<u>INTRODUCTION</u>	<u>111</u>
<u>MATERIEL ET METHODES</u>	<u>133</u>
I. TYPE D'ETUDE :	13
II. INCLUSION DES DOCUMENTS :	14
A) CRITERES D'INCLUSION :	14
B) CRITERES D'EXCLUSION :	14
III. RECUEIL DES DONNEES	15
1. STRATEGIE DE RECHERCHE	15
2. ÉQUATIONS DE RECHERCHE	15
3. RECUEIL DES DONNEES :	15
IV. ÉTHIQUE	16
<u>RESULTATS</u>	<u>17</u>
I. DIAGRAMME DE FLUX :	17
II. GRILLE DE LECTURE :	18
<u>DISCUSSION</u>	<u>30</u>
<u>CONCLUSION</u>	<u>34</u>
<u>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES</u>	<u>35</u>
<u>ANNEXES</u>	<u>39</u>

TABLE DES ANNEXES

Annexe 1 : Définition de l'EDC selon le DSM-V	39
Annexe 2 : Maslach Burnout Inventory	40
Annexe 3 : Copenhagen Burnout Inventory	41
Annexe 4 : DASS-21	43
Annexe 5 : CES-D	44
Annexe 6 : PHQ-9	45
Annexe 7 : GHQ	46
Annexe 8 : HADS	48
Annexe 9 : 2 items du PRIME-MD PQ	49

LISTE DES ABREVIATIONS

BO :	Burn Out
CES-D :	Center for Epidemiologic Studies- Depression scale
CIM-11 :	Classification Internationale des Maladies, 11 ^{ème} édition
DASS-21 :	Depression Anxiety and Stress Scale
DP :	Dé-Personnalisation
DSM-V :	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition
EDC :	Épisode Dépressif Caractérisé
EE :	Épuisement Émotionnel
GHQ :	Global Health Questionnaire
HADS :	Hospital Anxiety and Depression Scale
MG :	Médecin Généraliste
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
PA :	Personal Accomplishment (Accomplissement Personnel)
PHQ-9 :	Patient Health Questionnaire

INTRODUCTION

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le Burn Out (*BO*) se caractérise par un « *sentiment de fatigue intense, de perte de contrôle et d'incapacité à aboutir à des résultats concrets au travail* ».

Maslach et Leiter l'ont défini comme étant un syndrome psychologique apparaissant comme une réponse prolongée à des facteurs stressants interpersonnels au travail (1). Les trois dimensions clés de cette réponse sont un épuisement émotionnel (EE) insurmontable, une dépersonnalisation (DP) qui associe déshumanisation du rapport au travail et des traits cyniques, ainsi qu'un sentiment d'inefficacité professionnelle et de perte d'accomplissement personnel (PA). Le BO peut entraîner des conséquences sur le plan de la santé avec le risque de survenue d'autres pathologies psychiatriques comme l'anxiété et la dépression, mais aussi sur le plan professionnel car certains patients seront incapables de reprendre leur activité et devront envisager un reclassement professionnel.

En France, une prévalence de l'ordre de 50 % chez les Médecins Généralistes (MG) a été retrouvée dans de nombreuses études (2,3,4). 43% des médecins de famille européens en souffrent (5).

Selon l'INSERM, le trouble dépressif caractérisé « *concerne environ 15 à 20 % de la population générale. Il se présente comme une succession d'Épisodes Dépressifs Caractérisés (EDC), se traduisant par de nombreux symptômes dont la tristesse pathologique, l'anhédonie et des symptômes cognitifs, avec un retentissement majeur sur la vie du patient et de son entourage. S'ils se pérennisent, les symptômes liés à la dépression peuvent impacter le plan socioprofessionnel. Le risque de suicide est particulièrement élevé et concerne 10 à 20 % de ces patients* » (6).

L'association de traitements pharmacologiques (les médicaments antidépresseurs en première intention) et de traitements psychothérapeutiques bien conduits permet de soigner efficacement l'EDC et d'éviter la survenue de nouveaux épisodes dépressifs.

Selon le DSM-V (annexe 1) le diagnostic est posé lorsqu'une personne présente une humeur dépressive ou une perte de l'élan vital, associée à au moins quatre symptômes parmi : idées suicidaires, anxiété permanente, ralentissement psychomoteur, asthénie, perte d'appétit, troubles du sommeil, troubles de la concentration et de la mémoire. Et ce, tous les jours depuis au moins deux semaines, en présence d'un retentissement des symptômes et d'une souffrance

associée.

En pratique, il semble y avoir un sous-diagnostic de ces deux pathologies chez les MG, avec des raisons qui ont été bien documentées : le sentiment de toute-puissance du médecin par rapport à la maladie, la honte, le refus de consulter d'autres professionnels de santé, d'avoir ces antécédents inscrits sur des dossiers consultables par les pairs, la peur du jugement, etc. (7) Pourtant en France, les médecins ont des conditions de travail qui peuvent paraître difficiles, notamment les MG avec une activité libérale toujours plus prenante, dans un contexte de pénurie de professionnels. Leur profession est exigeante sur de nombreux plans, notamment émotionnel et les difficultés personnelles, administratives, financières ou dans le cadre de leur pratique peuvent se répercuter d'un plan à l'autre. Ils ont un risque de suicide 2,5 fois supérieur à la population générale, même si ce chiffre est ancien et n'a pas été actualisé (8).

Le BO n'est d'ailleurs reconnu ni par le DSM-V ni par la CIM-11 qui n'en font pas une entité à part entière, le classant simplement comme phénomène lié au travail (9). Certains éléments du tableau clinique du BO se retrouvent également dans un EDC, même si ces deux pathologies sont différentes et entraînent des conséquences différentes pour les professionnels concernés. Il semble donc important de bien identifier chaque entité afin d'établir un diagnostic et une prise en charge précoces : surtout chez les médecins dont les études sont longues et le reclassement professionnel complexe.

Quels sont les éléments permettant de faire le diagnostic différentiel entre EDC et BO chez le MG ?

L'objectif principal de notre travail est de lister les signes cliniques et les éléments d'anamnèse afin d'identifier les deux entités et faire le diagnostic différentiel.

L'objectif secondaire est de trouver des clés pour une prise en charge précoce et adaptée de chacun de ces diagnostics.

MATERIEL ET METHODES

I. Type d'étude :

Il s'agit d'une revue de la littérature narrative et non systématisée en utilisant le portail internet de la bibliothèque de l'Université Paul Sabatier (UPS). J'ai effectué ma recherche documentaire du 27/05/2021 au 22/06/2021.

La revue internationale a été effectuée dans les bases de données internationales PubMed et Cochrane Library.

Pour constituer ma littérature grise, j'ai recherché les données francophones avec les moteurs de recherche du Système Universitaire de Documentation (SUDoc) et du Catalogue et Index des Sites Médicaux de langue Française (CISMeF).

J'ai donc retenu des articles scientifiques, des revues, des essais cliniques mais aussi des thèses soutenues de 2011 à nos jours en France.

Mots clés retenus :

<u>Mots clés en français</u>	<u>Mots clés en anglais</u>
Burnout	Burnout
Syndrome d'épuisement	Burnout
Dépression	Depression
Trouble dépressif	Depressive disorder
Médecine générale	General practice
Médecin généraliste	General practitioner

Limites de recherche :

- Limite temporelle : Documents publiés entre le 1^{er} janvier 2011 et le 22 juin 2021. J'ai choisi de tenir compte des publications des 10 dernières années afin d'obtenir des

documents relativement récents.

- Limite de langue : Français, Anglais.
- Limite de catégorie de document : article scientifique, essai clinique, revue, méta-analyse, thèse.

II. Inclusion des documents :

a) Critères d'inclusion :

- Sur le titre : Mention des mots clés, mention de troubles psychologiques chez le soignant.
- Sur le résumé : Critères d'inclusion évoqués précédemment, aussi appliqués à la lecture du résumé.
- Sur la lecture de l'article : Critères identiques utilisés pour la lecture de l'article.

b) Critères d'exclusion :

- Sur le titre : Absence de mots clés ou de notion clé, mention des mots clés mais chez les non soignants, mention des diagnostics mais avec le médecin en tant que soignant.
- Sur le résumé : Critères d'exclusion évoqués précédemment, pas de mention de l'anamnèse et/ou du tableau clinique.
- Sur la lecture de l'article : Critères d'exclusion évoqués précédemment, pas de mention des signes cliniques présentés.
- Les documents n'étant pas disponibles gratuitement dans leur intégralité.

III. Recueil des données

1. Stratégie de recherche

Pour chaque moteur de recherche, les filtres suivants ont été appliqués :

- PubMed : Clinical trial, Review, Abstract, Free full text, published in the last 10 years, Humans
- Cochrane Library : Since 2011, Trial, Review, in Title Abstract Key word (Word variations have been searched)
- CISMef et SUDoc : aucun

2. Équations de recherche

Bases de données	Équations de recherche
PubMed	((burnout or burn-out syndrome) AND (depression or depressive disorder)) AND (general practice or general practitioner) 105
Cochrane Library	“burnout” or “burn-out syndrome” AND “depression” or “depressive disorder” AND “general practice” or “general practitioner” 29
	“burnout” or “burn-out syndrome” AND “general practice” or “general practitioner” 92
CISMef	dépression ET médecine générale ou médecin généraliste 51
	burnout ET médecine générale ou médecin généraliste 38
SUDoc	burnout ET dépression ET médecin généraliste 18

3. Recueil des données :

Établissement d’une grille de lecture par un tableur Microsoft Excel sur les éléments cliniques, d’anamnèse, et de prise en charge, ainsi que les grilles diagnostiques utilisées.

IV. Éthique

Il n'y a pas eu de demande auprès d'un comité éthique : car la thématique de la thèse n'est pas un sujet sensible et la méthode de recherche ne nécessite pas cette démarche.

RESULTATS

Nous avons obtenu 333 occurrences : nous les avons triées sur leur titre puis à la lecture de l'abstract. Après lecture des articles complets sélectionnés, nous avons retenu 10 documents, que nous avons étudiés à travers notre grille de lecture.

I. Diagramme de flux :

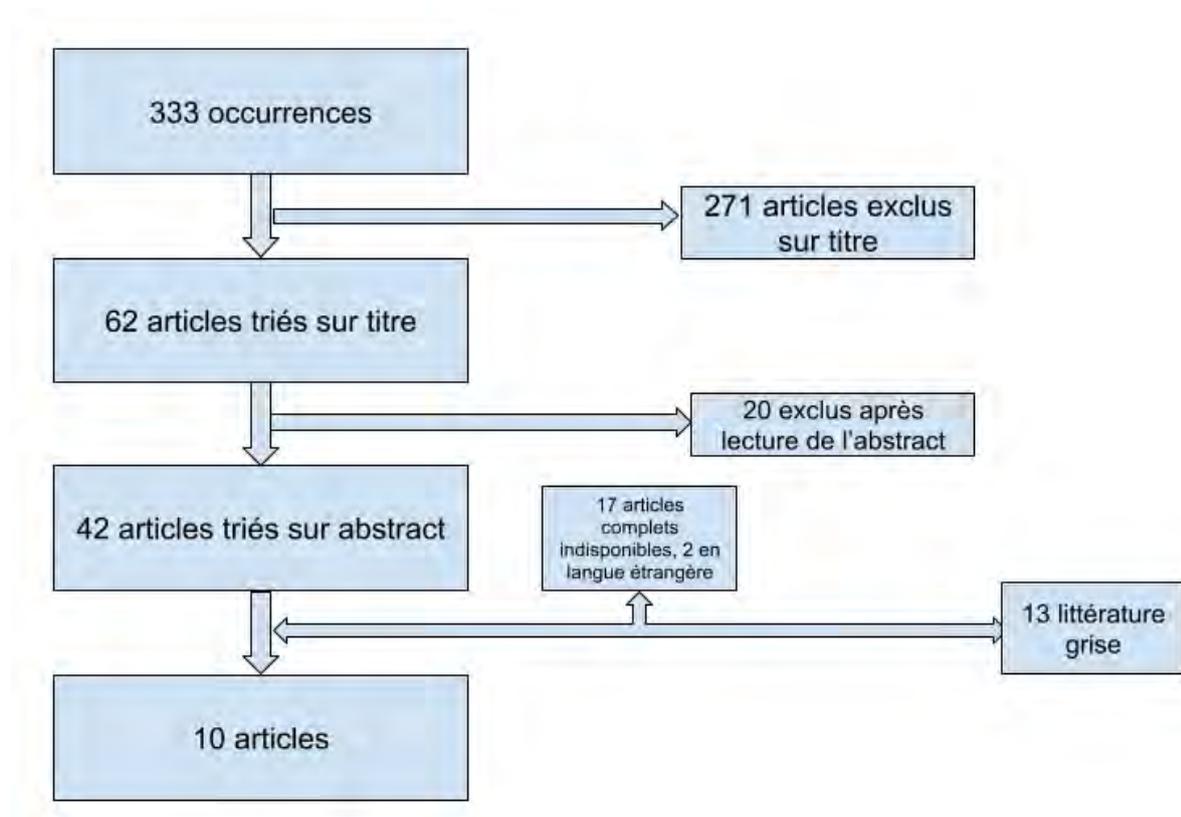


Figure 1 : Diagramme de flux de l'étude

II. Grille de lecture :

	Article 1 (10)
Titre	« Treading water but drowning slowly » : what are GP's experiences of living and working with mental illness and distress in England ? A qualitative study
Auteurs	Riley et Al.
Année	2018
Type d'article	Article de recherche
Type d'étude	Etude qualitative
Résumé/Conclusion	Entretiens visant à recueillir les expériences de MG britanniques présentant un diagnostic de maladie psychiatrique Une quantité indéterminée de MG avec santé mentale fragile...
Incidence/prévalence pour BO/EDC	Les MG, psychiatres et anesthésistes ont un taux de suicide supérieur aux autres spécialités médicales
Facteurs de risque / anamnèse	Charge de travail, temps de travail, exigences émotionnelles du travail Contextes de consommation de tabac, alcool, drogues, mésusage de médicaments mais aussi parfois conséquences
Symptômes / signes cliniques	BO : perte d'empathie, sensation de vide, fatigue, difficulté à prendre des décisions, faible satisfaction au travail et perte d'épanouissement au travail Dépression : stress au travail, baisse de l'humeur, désespoir, troubles du sommeil, faible estime de soi, culpabilité, fatigue, agitation, idées suicidaires
Grilles/tests diagnostiques	Non renseigné
Éléments de diagnostic différentiel	BO : perte d'empathie, sensation de vide, fatigue, difficulté à prendre des décisions, faible satisfaction au travail et perte d'épanouissement au travail Dépression : stress au travail, baisse de l'humeur, désespoir, troubles du sommeil, faible estime de soi, culpabilité, fatigue, agitation, idées suicidaires
PEC non médicamenteuse	Groupes Balint Activité physique et sportive
Niveau de preuve	Faible

	Article 2 (11)
Titre	Mental health problems and psychological burnout in Medical Health Practitioners : a study of associations and triadic comorbidity
Auteurs	Ashraf et Al.
Année	2019
Type d'article	Article original
Type d'étude	Etude corrélative
Résumé / Conclusion	Coexistence triadique du BO, de la dépression et de l'anxiété chez un pourcentage significatif d'un échantillon de 157 médecins de 3 hôpitaux de Islamabad, sans pour autant définir de lien de causalité
Incidence / prévalence pour BO/EDC	Association significative entre dépression, stress et BO 6% de l'échantillon présente à la fois dépression sévère et BO sévère
Facteurs de risque / anamnèse	Non renseigné
Symptômes / signes cliniques	BO : épuisement émotionnel, fatigue et atteintes de la santé mentale dans 3 contextes : individuel, lié à la patientèle, lié au travail/lieu de travail
Grilles / tests diagnostiques	DASS-21, Copenhagen Burnout Inventory
Éléments de diagnostic différentiel	BO généralement décrit comme repli social, pensées négatives, mise en retrait et épuisement associé à des symptômes d'anxiété ou de dépression plutôt qu'une entité distincte
PEC non médicamenteuse	Non renseigné
Niveau de preuve	Fort

	Article 3 (12)
Titre	Mental health of postgraduate trainees in primary care : a cross-sectional study
Auteurs	Bugaj et Al.
Année	2020
Type d'article	Article de recherche
Type d'étude	Etude transversale
Résumé / Conclusion	Les internes en MG allemands souffrent du stress, avec burnout et dépression à des taux supérieurs à la population générale, selon un échantillon de 211 internes
Incidence / prévalence pour BO/EDC	11% symptômes de dépression modérée à sévère MBI-EE : faible 20,2%, moyen 46,3%, élevé 33,5% MBI-DP : faible 32,4%, moyen 32,4%, élevé 35,2% MBI-PA : faible 56,8%, moyen 28,6%, élevé 14,6% (2,5% ont un score élevé sur les trois axes)
Facteurs de risque / anamnèse	Pas d'association entre caractéristiques socio-démographiques et PSQ-20, MBI-EE et MBI-PA MBI-DP diminue avec l'âge Femmes PHQ-9 plus élevé donc plus dépressives
Symptômes / signes cliniques	BO : épuisement émotionnel, fatigue et atteintes de la santé mentale dans 3 contextes : individuel, lié à la patientèle, lié au travail/lieu de travail
Grilles / tests diagnostiques	Burnout selon Maslach : - Épuisement émotionnel (EE) - Dépersonnalisation/cynisme (DP) - Accomplissement personnel/efficacité professionnelle (PA) Dépression définie selon DSM IV
Éléments de diagnostic différentiel	Non renseigné
PEC non médicamenteuse	Mentoring, entraînements à la résilience
Niveau de preuve	Fort

	Article 4 (13)
Titre	Factors related to the probability of suffering mental health problems in emergency care professionals
Auteurs	Cruz et Al.
Année	2019
Type d'article	Article original
Type d'étude	Etude transversale
Résumé / Conclusion	Recherche de FDR de pathologie psychiatrique chez les professionnels des urgences en Andalousie
Incidence / prévalence pour BO/EDC	Les taux de burnout les plus élevés ont été retrouvés aux urgences par rapport aux autres spécialités hospitalières Un taux de 36.8% de pathologie psychiatrique pour les professionnels des urgences
Facteurs de risque / anamnèse	Être médecin est plus à risque qu'être un autre type de soignant Tabagisme quotidien Avoidance-centered coping (évitement du problème), EE DP Troubles de la socialisation
Symptômes / signes cliniques	BO syndrome psychologique en 3 dimensions, EE, DP et PA en réponse à un stress chronique au travail EE conduit à perte de ressources émotionnelles DP mène à des attitudes négatives envers les patients PA conduit à perte du sentiment de compétence et d'accomplissement au travail
Grilles / tests diagnostiques	MBI, General Health Questionnaire
Éléments de diagnostic différentiel	Non renseigné
PEC non médicamenteuse	Activité physique quotidienne (facteur protecteur)
Niveau de preuve	Intermédiaire

	Article 5 (14)
Titre	« Intern life » : a longitudinal study of burnout, empathy and coping strategies used by French GP in training
Auteurs	Galam et Al.
Année	2017
Type d'article	Article de recherche
Type d'étude	Étude longitudinale prospective
Résumé / Conclusion	Suivi de la 1ère année d'internes de MG français, avec évaluation stress anxiété dépression et BO
Incidence / prévalence pour BO/EDC	Plus de la moitié des IMG français souffre de BO 64% des IMG 1ère année ont au moins un critère de BO élevé
Facteurs de risque / anamnèse	Emotion-centered coping associé à un risque de EE Expériences d'agressions associées à DP Problem-centered coping, prendre du recul sur l'empathie, soutien professionnel et personnel associés à une amélioration de PA Globalement l'anxiété et la dépression diminuent avec le temps mais DP augmente
Symptômes / signes cliniques	BO défini selon Maslach : EE, DP, PA
Grilles / tests diagnostiques	MBI, Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)
Éléments de diagnostic différentiel	Non renseigné
PEC non médicamenteuse	Problem-centered coping, prendre du recul sur l'empathie, soutien professionnel et personnel associés à une amélioration de PA Travail sur la relation médecin-patient, découvrir les curricula cachés de la formation d'un médecin
Niveau de preuve	Fort

	Article 6 (15)
Titre	Resident Wellness Behaviors : relationship to stress, depression, and burnout
Auteurs	Lebensohn et Al.
Année	2013
Type d'article	Article original
Type d'étude	Étude de cohorte
Résumé / Conclusion	Étude des comportements positifs relatifs au bien-être chez des résidents américains, ces comportements sont associés à moins de souffrance au travail chez les résidents
Incidence / prévalence pour BO/EDC	23% des résidents à risque de dépression, 13,7% EE élevé et 23,8% DP élevé Femmes plus tendance à anxiété et dépression, hommes plus tendance à DP
Facteurs de risque / anamnèse	Forte consommation d'alcool associée à dépression et BO DP élevée et manque de temps pour entretenir des relations sont associés à une tendance à consommer médicaments pour le sommeil, l'humeur et l'anxiété chez les femmes Pattern reconnu : BO en début d'internat, dépression en fin
Symptômes / signes cliniques	BO défini selon Maslach : EE, DP, PA
Grilles / tests diagnostiques	Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D), MBI
Éléments de diagnostic différentiel	Non renseigné
PEC non médicamenteuse	Méditation, yoga, tai chi, relaxation Activité physique Alimentation équilibrée Sommeil Entretenir des relations
Niveau de preuve	Intermédiaire

	Article 7 (16)
Titre	A National Comparison of Burnout and Work-Life Balance Among Internal Medicine Hospitalists and Outpatient General Internists
Auteurs	Roberts et Al.
Année	2014
Type d'article	Article original
Type d'étude	Étude de cohorte
Résumé / Conclusion	Comparaison du BO et de l'équilibre travail/vie privée pour les médecins hospitaliers et libéraux américains Les taux de BO sont comparables mais les hospitaliers plus satisfaits par l'équilibre vie/travail
Incidence / prévalence pour BO/EDC	52,3% des hospitaliers et 54,5% des libéraux affectés par le burnout 40,3% des hospitaliers et 40,0% des libéraux présentent des symptômes de dépression MG plus touchés que les autres spécialités par le BO
Facteurs de risque / anamnèse	Les hospitaliers ont plus tendance à changer de projet pro pour une carrière administrative, universitaire, de recherche ou à la direction BO lié à des erreurs médicales, une santé précaire et moins de professionnalisme FDR : pression temporelle, manque de contrôle au travail, confrontation à des patients difficiles
Symptômes / signes cliniques	BO défini selon Maslach : EE, DP, PA Dépression selon Spitzer en 2 items : anhédonie, trouble de l'humeur
Grilles / tests diagnostiques	MBI, 2 questions du Primary Care Evaluation of Mental Disorders (PRIME MD PQ)
Éléments de diagnostic différentiel	Non renseigné
PEC non médicamenteuse	Non renseigné
Niveau de preuve	Intermédiaire

	Article 8 (17)
Titre	Intervention to Promote Physician Well-being, Job Satisfaction and Professionalism : A Randomized Clinical Trial
Auteurs	West et Al.
Année	2014
Type d'article	Article original
Type d'étude	Essai clinique randomisé
Résumé / Conclusion	Interventions pour promouvoir le bien-être au travail et lui redonner du sens auprès de médecins hospitaliers américains : amélioration stress et BO (amélioration de DP significative dans le groupe bénéficiant des interventions)
Incidence / prévalence pour BO/EDC	BO : moitié des étudiants en médecine, résidents et praticiens aux USA
Facteurs de risque / anamnèse	Non renseigné
Symptômes / signes cliniques	BO défini selon Maslach : EE, DP, PA Dépression selon Spitzer en 2 items : anhédonie, trouble de l'humeur
Grilles / tests diagnostiques	MBI, 2 items du Prime MD PQ
Éléments de diagnostic différentiel	Les interventions n'ont pas du tout amélioré la dépression
PEC non médicamenteuse	Sessions de pleine conscience, groupes de parole, groupes d'apprentissage, groupes Balint
Niveau de preuve	Fort

	Article 9 (18)
Titre	Symptoms that may be stress-related and lead to exhaustion disorder : a retrospective medical chart review in Swedish primary care
Auteurs	Adamsson & Bernhardsson
Année	2018
Type d'article	Article de recherche
Type d'étude	Revue rétrospective
Résumé / Conclusion	Revue rétrospective de dossiers de patients (dont des soignants) avec un syndrome d'épuisement (BO) diagnostiqué dans le centre de soins de l'étude pendant l'année pour voir leurs motifs précédents de consultation
Incidence / prévalence pour BO/EDC	Non renseigné
Facteurs de risque / anamnèse	Les patients avec un syndrome d'épuisement sont en fait souvent allés consulter leur MG avec des symptômes liés au stress dans les années précédant le diagnostic : douleur, fatigue, troubles gastro-intestinaux, troubles du sommeil, infections mais aussi anxiété et dépression
Symptômes / signes cliniques	<p>Critères diagnostiques du syndrome d'épuisement :</p> <p>A. symptômes phy et psy d'épuisement sur minimum 2 semaines, en réponse à des facteurs de stress présents pdt au moins 6 mois</p> <p>B. Perte marquée d'énergie psychique, avec perte d'initiative, diminution de l'endurance ou récupération prolongée après pression mentale</p> <p>C. Au moins 4 pdt 2sem. :</p> <ul style="list-style-type: none"> - troubles de la mémoire et de la concentration - perte marquée de la capacité à gérer les demandes ou à travailler sous pression - instabilité émotionnelle, irritabilité - troubles du sommeil - asthénie marquée - symptômes physiques : douleur, douleur thoraciques, palpitations, symptômes digestifs, vertiges, sensibilité au bruit <p>D. Les symptômes causent une souffrance cliniquement significative ou réduisent la capacité à fonctionner au travail, socialement ou dans d'autres situations importantes</p> <p>E. Les symptômes ne sont pas liés aux effets physio directs d'une substance ou d'une maladie somatique</p> <p>F. Si les critères pour un EDC, un trouble dysthymique ou un trouble de l'anxiété généralisé sont remplis, le syndrome d'épuisement doit être considéré comme un diagnostic secondaire</p>

Grilles / tests diagnostiques	Critères diagnostiques de syndrome d'épuisement selon le Swedish National Board of Health and Welfare
Éléments de diagnostic différentiel	Selon ces critères, s'il y a EDC alors le syndrome d'épuisement n'est qu'un diagnostic secondaire
PEC non médicamenteuse	Non renseigné
Niveau de preuve	Intermédiaire

	Article 10 (19)
Titre	The experiences of general practitioner partners living with distress : an interpretative phenomenological analysis
Auteurs	Spiers et Al.
Année	2020
Type d'article	Article original
Type d'étude	Etude qualitative
Résumé / Conclusion	Expériences de MG britanniques présentant un diagnostic de maladie psychiatrique parlant de l'environnement de travail en cabinet avec leur associés (fait partie d'une plus grande étude avec le 1er article)
Incidence / prévalence pour BO/EDC	70% des MG interrogés lors d'une étude récente britannique prévoient de changer de plan de carrière dans les 5 ans
Facteurs de risque / anamnèse	Environnements non accompagnants, partenaires harceleurs manipulateurs, charge de travail et exigences toujours plus grandes des patients sont des facteurs de risque de pathologie mentale pour les médecins
Symptômes / signes cliniques	BO : épuisement, détachement Dépression : perte d'estime de soi, désespoir
Grilles / tests diagnostiques	Non renseigné
Éléments de diagnostic différentiel	BO : épuisement, détachement Dépression : perte d'estime de soi, désespoir
PEC non médicamenteuse	Travailler dans un environnement positif, avec des staffs qui se soutiennent est protecteur
Niveau de preuve	Faible

Références des articles analysés :

Article 1 (10)

Riley R, Spiers J, Chew-Graham CA, Taylor AK, Thornton GA, Buszewicz M. 'Treading water but drowning slowly': what are GPs' experiences of living and working with mental illness and distress in England? A qualitative study. *BMJ Open*. 2018 May 3;8(5):e018620.

Article 2 (11)

Ashraf F, Ahmad H, Shakeel M, Aftab S, Masood A. Mental health problems and psychological burnout in Medical Health Practitioners: A study of associations and triadic comorbidity. *Pak J Med Sci*. 2019 Nov-Dec;35(6):1558-1564.

Article 3 (12)

Bugaj TJ, Krug K, Rentschler A, Nikendei C, Szecsenyi J, Schwill S. Mental health of postgraduate trainees in primary care: a cross-sectional study. *BMC Fam Pract*. 2020 Jun 27;21(1):123.

Article 4 (13)

Cruz SP, Cruz JC, Cabrera JH, Abellán MV. Factors related to the probability of suffering mental health problems in emergency care professionals. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2019 Apr 29;27:e3144.

Article 5 (14)

Galam E, Vauloup Soupault C, Bunge L, Buffel du Vaure C, Boujut E, Jaury P. 'Intern life': a longitudinal study of burnout, empathy, and coping strategies used by French GPs in training. *BJGP Open*. 2017 Jun 14;1(2):bjgpopen17X100773.

Article 6 (15)

Lebensohn P, Dodds S, Benn R, Brooks AJ, Birch M, Cook P, Schneider C, Sroka S, Waxman D, Maizes V. Resident wellness behaviors: relationship to stress, depression, and burnout. *Fam Med*. 2013 Sep;45(8):541-9.

Article 7 (16)

Roberts DL, Shanafelt TD, Dyrbye LN, West CP. A national comparison of burnout and work-life balance among internal medicine hospitalists and outpatient general internists. *J Hosp Med.* 2014 Mar;9(3):176-81.

Article 8 (17)

West CP, Dyrbye LN, Rabatin JT, Call TG, Davidson JH, Multari A, Romanski SA, Hellyer JM, Sloan JA, Shanafelt TD. Intervention to promote physician well-being, job satisfaction, and professionalism: a randomized clinical trial. *JAMA Intern Med.* 2014 Apr;174(4):527-33.

Article 9 (18)

Adamsson A, Bernhardsson S. Symptoms that may be stress-related and lead to exhaustion disorder: a retrospective medical chart review in Swedish primary care. *BMC Fam Pract.* 2018 Oct 30;19(1):172.

Article 10 (19)

Spiers J, Buszewicz M, Chew-Graham CA, Riley R. The experiences of general practitioner partners living with distress: An interpretative phenomenological analysis. *J Health Psychol.* 2020 Sep;25(10-11):1439-1449.

DISCUSSION

Notre revue narrative de la littérature a permis de distinguer des éléments cliniques et d'anamnèse propres au BO et à l'EDC ; tout en soulignant l'existence d'une « zone grise » de symptômes communs entre les deux entités.

La littérature utilise presque toujours le Maslach Burnout Inventory (MBI), comme gold standard de l'évaluation du BO (annexe 2), et sa triade clinique construite autour de EE, DP et PA. Le Copenhagen Burnout Inventory (annexe 3) s'axe sur les dimensions personnelles, professionnelles et relationnelles du BO.

De nouveaux outils d'évaluation font leur apparition, essayant d'inclure des dimensions que le MBI avait négligées jusque-là (20). Leur utilisation dans le futur nous permettra peut-être de mieux identifier certains tableaux de BO.

L'EDC est clairement défini par le DSM-V. Les articles inclus ne cherchaient pas à définir l'EDC selon le DSM-V mais ont utilisé divers outils pour évaluer plus ou moins précisément la dépression : DASS-21 (annexe 4), CES-D (annexe 5), GHQ (annexe 6), PHQ-9 (annexe 7), HADS (annexe 8) et les 2 items du PRIME-MD PQ (annexe 9).

On peut noter qu'on retrouve souvent la fatigue et les troubles du sommeil dans la description qui nous est faite tant du BO que de l'EDC dans les articles étudiés.

Un des éléments contribuant au différentiel est la prise en charge : si les thérapeutiques notamment médicamenteuses de l'EDC sont bien connues, il n'est jamais évoqué de traitement médicamenteux dans le BO. En effet, dans le BO, on envisage d'abord d'améliorer les différentes dimensions associées au BO, à savoir le travail, le lieu de travail, le rapport avec le public (ici en l'occurrence les patients), le rapport à soi. Ainsi on peut proposer aux médecins souffrant de BO d'intégrer des groupes Balint (réunions entre professionnels de santé pour échanger sur son vécu professionnel), mettre en place des interventions pour promouvoir le bien-être au travail, « rééduquer » leur empathie et leur relationnel. On peut également les inciter à pratiquer des activités physiques et sportives ou de relaxation comme la méditation, qui peut aider à travailler leur résilience au stress, point-clé de la problématique du BO. Ces outils, lorsqu'ils sont étudiés dans les articles de la revue, n'ont pas d'efficacité sur les éléments

de dépression (15, 17, 21-26). Les nouvelles technologies renforcent l'accessibilité de ces outils, avec nombre d'applications consacrées à la gestion du stress et au bien-être : sites et applications fournissant des séances de méditation pré-enregistrées, de sophrologie, de « cohérence cardiaque »... (27).

Nous avons également obtenu des résultats intéressants sur le plan de la chronologie : plusieurs articles évoquent des schémas chronologiques chez les MG, qui présenteraient souvent des symptômes de BO en début de parcours, notamment pendant leurs études - l'internat -, puis plus tard développeraient des symptômes dépressifs. Ainsi pour de nombreux auteurs le BO serait une conséquence du stress lié au travail, mais aussi une possible cause de dépression, pouvant aller jusqu'à l'EDC, avec les risques suicidaires associés.

Cependant, il est intéressant de constater que certains articles évoquent des symptômes de dépression à des stades de BO léger à modéré, ce qui laisse penser que cette chronologie n'est pas si abrupte. On retrouve également certains facteurs de risque comme les dépendances (alcoolisme, tabagisme chronique, toxicomanie, mésusage de médicaments), causes potentielles de pathologies psychiatriques mais également parfois conséquences de BO.

Le BO ne semble donc pas être une entité si facilement détachable de la dépression, ce qui explique la coexistence de stress, BO, anxiété et dépression chez un certain nombre de MG dans les différents articles de notre revue.

Certains auteurs soutiennent ouvertement le fait que le BO n'est pas une entité à part entière et que le caractère dépendant du travail du BO n'en fait pas moins pour autant un élément du champ de la dépression (28, 29).

En 2010 cependant, le Swedish National Board of Health and Welfare a défini le syndrome d'épuisement selon des critères précis, qu'on retrouve dans l'article 9, qui en font une entité à part entière : en effet, selon ces critères, s'il y a EDC ou trouble dysthymique ou trouble anxieux généralisé, alors le diagnostic de syndrome d'épuisement doit être envisagé comme un diagnostic secondaire (17).

Ainsi, que les auteurs fassent du BO un élément associé à la dépression ou pas, en présence des deux diagnostics, c'est toujours la dépression qui prime. Elle nécessite, quel que soit son stade, une prise en charge thérapeutique spécifique qui ne peut être négligée.

Le fait que les diagnostics de BO et d'EDC puissent être intriqués nous conduit à penser qu'il s'agit en fait d'un continuum d'étapes secondaires à un stress chronique au travail. On peut dès lors intervenir à plusieurs niveaux au cours de l'évolution de ce stress : de l'intervention précoce pour apporter plus de résilience aux MG, à des interventions plurifactorielles dans le cadre de tableaux plus avancés et complexes.

On rappellera toutefois l'importance d'une prise en charge précoce, car comme nous le montrent plusieurs articles de cette revue, la prévalence du BO est importante chez les MG : la plupart des articles retrouve une prévalence de BO supérieure à 50 %, avec des pourcentages non négligeables de formes sévères plus ou moins associées à des symptômes dépressifs (11). Et isolé ou non, le BO entraîne des répercussions sur la vie des professionnels touchés.

La pratique du MG est un exercice complexe, qui ne peut s'exercer en solitaire lorsque le soignant est en souffrance. Aujourd'hui de nombreuses associations tentent d'apporter du soutien psychologique aux MG en difficulté, avec une démarche confidentielle d'entraide, afin de « mieux être pour mieux soigner », comme l'Association d'Aide Professionnelle aux Médecins Libéraux (AAPML) ou l'association Médecin Organisation Travail Santé (MOTS). La formation continue et les ateliers de groupe sont également autant d'occasions de rencontrer ses confrères afin partager ses problématiques car, comme l'évoque l'article 5, la médecine générale est remplie de curricula cachés, ce qui fait un bon médecin ne pouvant se résumer à une simple transmission de connaissances. Il semble d'autant plus important d'aborder ces sujets tôt dans les cursus médicaux que les internes sont les premiers concernés.

L'originalité de notre travail tient en l'inclusion d'articles récents et de différents types d'études avec des points de vue actuels concernant le BO et la dépression, ne les considérant pas tous exactement de la même façon, ce qui permet de discuter la vision actuelle du bien-être au travail. C'est une notion complexe qui dépend forcément de facteurs culturels (30) : nous n'avons par exemple pas recueilli d'articles complets évoquant le BO dans les sociétés asiatiques ou africaines, où la culture du travail est différente de notre société occidentale, quand bien même la santé mentale des soignants était étudiée (31). Nous avons en revanche trouvé une considération différente de cette notion en Suède où le syndrome d'épuisement est clairement reconnu, ce qui peut sans doute expliquer qu'il y ait beaucoup de BO diagnostiqués dans ce pays.

Les limites de notre travail sont tout d'abord le caractère non systématique de cette revue de la littérature, qui nous aura peut-être fait ignorer d'autres articles intéressants sur d'autres sources, et ensuite la limite temporelle d'inclusion, qui ne donne pas de place à des articles antérieurs à 2011, qu'il aurait été complexe d'explorer dans le cadre de cette thèse (32).

La problématique du BO et de l'EDC chez le MG est comme le signe d'une machine qui s'enraye, où le soignant devient malade et ne se laisse pas aider, lui qui travaille au bien-être des autres. Elle nécessite que le soignant accepte d'avoir un suivi médical, et se résolve à demander de l'aide lorsque la situation devient critique (33-35). Il s'agit alors d'instaurer un rapport de confiance avec nos confrères pour travailler dans des cadres sains et aller mieux pour mieux travailler, comme nous nous efforçons de le faire avec nos patients.

CONCLUSION

Notre revue narrative de la littérature a mis en évidence certains symptômes et éléments d'anamnèse pour distinguer Burn Out et Épisode Dépressif Caractérisé. Même si les avis des auteurs divergent, BO et EDC sont deux concepts entre lesquels on retrouve une corrélation sans lien de causalité évident. Si les éléments cliniques standards sont bien retrouvés à travers les diverses évaluations de l'EDC et celles du BO, nous n'avons pas mis en évidence de signe clinique pathognomonique de ces entités chez les MG.

Stress au travail, BO puis EDC sont des éléments successifs intriqués d'un possible même continuum. La prise en charge pourrait débiter par des interventions non médicamenteuses de promotion du bien-être au travail en prévention ou aux stades précoces ; puis une prise en charge psychologique voire pluri-professionnelle et médicamenteuse.

Le BO et le bien-être au travail restent des notions relativement récentes, et les divergences des avis des auteurs montrent également l'évolution de la perception que nous en avons. Si certains pays reconnaissent le BO comme une pathologie à part entière, la plupart des auteurs en reste à la corrélation, d'autres encore n'abordent pratiquement pas le sujet.

Les MG en souffrance existent pourtant bien, et nos résultats montrent que la prise en charge des symptômes dépressifs prime sur le reste en cas de doute diagnostique. La plus grande part du travail reste cependant de s'assurer que les MG, souvent isolés dans leur pratique médicale et la gestion de leur santé, entreprennent les démarches d'entraide afin de pouvoir agir précocement. Ce travail d'éducation devrait être débuté dès la formation initiale pour aider les générations futures à garder leur vocation.

Signatures et tampons :

Doyen de la faculté + permis d'imprimer

Président de Jury

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Maslach C, Leiter MP. Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry* 2016; 15(2): 103–111.
2. VaquinVilleminey C, Wong O. Prévalence du *burn-out* en médecine générale : enquête nationale auprès de 221 médecins généralistes du réseau Sentinelle, [Thèse de Médecine Générale] Université René Descartes, 2007
3. D. Truchot. Le burn-out des médecins généralistes : influence de l'iniquité perçue et de l'orientation communautaire. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, Elsevier Masson, 2009, 167 (6), pp.422.
4. Galam E. Mouries R. L'épuisement professionnel des médecins libéraux : témoignages, analyses et perspectives. Paris, 2007. [En ligne] https://www.urml-idf.org/upload/etudes/etude_070723.pdf
5. Inserm. (page consultée le 13/04/2021) Dépression : mieux la comprendre pour la guérir durablement, [En ligne] <https://www.inserm.fr/dossier/depression/>
6. Spiers J, Buszewicz M, Chew-Graham CA, Gerada C, Kessler D, Leggett N, Manning C, Taylor AK, Thornton G, Riley R. Barriers, facilitators, and survival strategies for GPs seeking treatment for distress: a qualitative study. *Br J Gen Pract.* 2017 Oct;67(663):e700-e708. doi: 10.3399/bjgp17X692573. Epub 2017 Sep 11.
7. What's up doc ? (page consultée le 13/04/2021) Les chiffres introuvables du suicide des médecins français. [En ligne] <https://www.whatsupdoc-lemag.fr/article/les-chiffres-introuvables-du-suicide-des-medecins-francais>
8. Solera JK, Yaman H, Estevac M et al. : Burnout in European family doctors : the EGPRN study. *Family Practice* 2008 ; 25 : 245-65
9. WHO. International Classification of Diseases (ICD-11); WHO: Geneva, Switzerland, 2019
10. Riley R, Spiers J, Chew-Graham CA, Taylor AK, Thornton GA, Buszewicz M. 'Treading water but drowning slowly': what are GPs' experiences of living and working with mental illness and distress in England? A qualitative study. *BMJ Open.* 2018 May 3;8(5):e018620.
11. Ashraf F, Ahmad H, Shakeel M, Aftab S, Masood A. Mental health problems and psychological burnout in Medical Health Practitioners: A study of associations and triadic comorbidity. *Pak J Med Sci.* 2019 Nov-Dec;35(6):1558-1564.

12. Bugaj TJ, Krug K, Rentschler A, Nikendei C, Szecsenyi J, Schwill S. Mental health of postgraduate trainees in primary care: a cross-sectional study. *BMC Fam Pract.* 2020 Jun 27;21(1):123.
13. Cruz SP, Cruz JC, Cabrera JH, Abellán MV. Factors related to the probability of suffering mental health problems in emergency care professionals. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2019 Apr 29;27:e3144.
14. Galam E, Vauloup Soupault C, Bunge L, Buffel du Vaure C, Boujut E, Jaury P. 'Intern life': a longitudinal study of burnout, empathy, and coping strategies used by French GPs in training. *BJGP Open.* 2017 Jun 14;1(2):bjgpopen17X100773.
15. Lebensohn P, Dodds S, Benn R, Brooks AJ, Birch M, Cook P, Schneider C, Sroka S, Waxman D, Maizes V. Resident wellness behaviors: relationship to stress, depression, and burnout. *Fam Med.* 2013 Sep;45(8):541-9.
16. Roberts DL, Shanafelt TD, Dyrbye LN, West CP. A national comparison of burnout and work-life balance among internal medicine hospitalists and outpatient general internists. *J Hosp Med.* 2014 Mar;9(3):176-81.
17. West CP, Dyrbye LN, Rabatin JT, Call TG, Davidson JH, Multari A, Romanski SA, Hellyer JM, Sloan JA, Shanafelt TD. Intervention to promote physician well-being, job satisfaction, and professionalism: a randomized clinical trial. *JAMA Intern Med.* 2014 Apr;174(4):527-33.
18. Adamsson A, Bernhardsson S. Symptoms that may be stress-related and lead to exhaustion disorder: a retrospective medical chart review in Swedish primary care. *BMC Fam Pract.* 2018 Oct 30;19(1):172.
19. Spiers J, Buszewicz M, Chew-Graham CA, Riley R. The experiences of general practitioner partners living with distress: An interpretative phenomenological analysis. *J Health Psychol.* 2020 Sep;25(10-11):1439-1449.
20. Schaufeli WB, Desart S, De Witte H. Burnout Assessment Tool (BAT)-Development, Validity, and Reliability. *Int J Environ Res Public Health.* 2020 Dec 18;17(24):9495.
21. Feeney S, O'Brien K, O'Keeffe N, Iomaire AN, Kelly ME, McCormack J, McGuire G, Evans DS. Practise what you preach: health behaviours and stress among non-consultant hospital doctors. *Clin Med (Lond).* 2016 Feb;16(1):12-8.
22. Kötter T, Ritter J, Katalinic A, Voltmer E. Predictors of Participation of Sophomore Medical Students in a Health-Promoting Intervention: An Observational Study. *PLoS One.* 2016 Dec 12;11(12):e0168104.

23. Hamilton-West K, Pellatt-Higgins T, Pillai N. Does a modified mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) course have the potential to reduce stress and burnout in NHS GPs? Feasibility study. *Prim Health Care Res Dev*. 2018 Nov;19(6):591-597.
24. Lo K, Waterland J, Todd P, Gupta T, Bearman M, Hased C, Keating JL. Group interventions to promote mental health in health professional education: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Adv Health Sci Educ Theory Pract*. 2018 May;23(2):413-447.
25. Pollock A, Campbell P, Cheyne J, Cowie J, Davis B, McCallum J, McGill K, Elders A, Hagen S, McClurg D, Torrens C, Maxwell M. Interventions to support the resilience and mental health of frontline health and social care professionals during and after a disease outbreak, epidemic or pandemic: a mixed methods systematic review. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020 Nov 5;11(11):CD013779.
26. Rees CS, Craigie MA, Slatyer S, Crawford C, Bishop M, McPhee E, Hegney DG. Pilot study of the effectiveness of a Mindful Self-Care and Resiliency program for rural doctors in Australia. *Aust J Rural Health*. 2020 Feb;28(1):22-31.
27. Pospos S, Young IT, Downs N, Iglewicz A, Depp C, Chen JY, Newton I, Lee K, Light GA, Zisook S. Web-Based Tools and Mobile Applications To Mitigate Burnout, Depression, and Suicidality Among Healthcare Students and Professionals: a Systematic Review. *Acad Psychiatry*. 2018 Feb;42(1):109-120. doi: 10.1007/s40596-017-0868-0. Epub 2017 Dec 18.
28. Bianchi R, Schonfeld IS, Laurent E. Is it Time to Consider the "Burnout Syndrome" A Distinct Illness? *Front Public Health*. 2015 Jun 8;3:158
29. Wurm W, Vogel K, Holl A, Ebner C, Bayer D, Mörkl S, Szilagyí IS, Hotter E, Kapfhammer HP, Hofmann P. Depression-Burnout Overlap in Physicians. *PLoS One*. 2016 Mar 1;11(3):e0149913.
30. Schaufeli WB, Van Dierendonck D. A cautionary note about the cross-national and clinical validity of cut-off points for the Maslach Burnout Inventory. *Psychol Rep*. 1995 Jun;76(3 Pt 2):1083-90.
31. Mao Y, Zhang N, Liu J, Zhu B, He R, Wang X. A systematic review of depression and anxiety in medical students in China. *BMC Med Educ*. 2019 Sep 2;19(1):327.
32. Jonckheer P, Stordeur S, Lebeer G, Roland M, De Schampheleire J, De Troyer M, Kacenenbogen N, Offermans AM, Pierart J, Kohn L. Le Burnout des médecins généralistes: prévention et prise en charge - supplément. *Health Services Research*

- (HSR). Bruxelles: Centre federal d'expertise des soins de santé (KCE). 2011. KCE Reports 165S. D/2011/10.273/56
33. Bommarito S, Hughes M. Intern Mental Health Interventions. *Curr Psychiatry Rep.* 2019 Jun 4;21(7):55.
 34. Dyrbye LN, West CP, Satele D, Boone S, Sloan J, Shanafelt TD. A national study of medical students' attitudes toward self-prescribing and responsibility to report impaired colleagues. *Acad Med.* 2015 Apr;90(4):485-93.
 35. Austin H. Supervision for superheroes: the case for reflective professional supervision for senior doctors. *N Z Med J.* 2016 May 6;129(1434):69-72.
 36. Définition de l'EDC selon le DSM-V (consulté le 26/08/21) [Internet] https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-12/annexe_4_definition_de_ledc_selon_le_dsm-5_proposition_de_traduction.pdf
 37. Test d'inventaire du burnout de Maslach (consulté le 26/08/21) [Internet] <https://www.atousante.com/wp-content/uploads/2013/06/Test-dInventaire-de-Burnout-de-Maslach-MBI.pdf>
 38. CBI scale (consulté le 26/08/21) [Internet] <https://nfa.dk/-/media/NFA/Vaerktojer/Spoergeskemaer/CBI/CBI-scales.ashx?la=da>
 39. DASS-21 en français (consulté le 26/08/21) [Internet] <http://www2.psy.unsw.edu.au/Groups/Dass/French/DASS42French.pdf>
 40. CES-D (consulté le 26/08/21) [Internet] <https://medworksmmedia.com/product/center-for-epidemiologic-studies-depression-scale-ces-d-nimh/>
 41. PHQ-9 (consulté le 26/08/21) [Internet] https://www.prevention-depression.lu/wp-content/uploads/PHQ9_French_for_France.pdf
 42. GHQ-12 (consulté le 26/08/21) [Internet] <http://filoucellimac.free.fr/1TFE/TFE%20Soutenance%20Orale/Questionnaire%20GHQ.pdf>
 43. HADS (consulté le 26/08/21) [Internet] https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil__echelle_had.pdf
 44. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, and the Patient Health Questionnaire Primary Care Study Group. Validation and Utility of a Self-report Version of PRIME-MD: The PHQ Primary Care Study. *JAMA.* 1999;282(18):1737–1744.

ANNEXES

ANNEXE 1 : Définition de l'EDC selon le DSM-V (36)

A. Au moins 5 des symptômes suivants doivent être présents pendant une même période d'une durée de 2 semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.
NB : Ne pas inclure les symptômes manifestement attribuables à une autre affection médicale.

(1) Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (ex. : se sent vide ou triste ou désespéré) ou observée par les autres (ex. : pleure ou est au bord des larmes). NB : Éventuellement irritabilité chez l'enfant ou l'adolescent.

(2) Diminution marquée du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

(3) Perte ou gain de poids significatif en absence de régime (ex. : modification du poids corporel en 1 mois excédant 5 %) ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours.
NB : Chez l'enfant, prendre en compte l'absence de l'augmentation de poids attendue.

(4) Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.

(5) Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constatés par les autres, non limités à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).

(6) Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.

(7) Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).

(8) Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

(9) Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

B. Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants.

C. Les symptômes ne sont pas attribuables à l'effet physiologique d'une substance ou d'une autre affection médicale.

NB : Les critères A à C caractérisent l'EDC.

NB : La réaction à une perte significative (p. ex. décès, ruine financière, perte secondaire à une catastrophe naturelle, affection médicale ou handicap sévères) peut inclure une tristesse intense, des ruminations au sujet de cette perte, une insomnie, une perte d'appétit et une perte de poids notée au niveau du critère A, et peut ressembler à un épisode dépressif. Bien que ces symptômes puissent être compréhensibles ou considérés comme adaptés face à cette perte, la présence d'un EDC en plus de la réponse normale à cette perte doit aussi être envisagée. Cette décision demande que le jugement clinique tienne compte de l'histoire individuelle et des normes culturelles concernant l'expression de la souffrance dans un contexte de perte.

Pour constituer un trouble dépressif unipolaire, les critères D et E doivent s'y ajouter.

D. L'occurrence de l'EDC n'est pas mieux expliquée par un trouble schizo-affectif, une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant, ou un autre trouble psychotique.

E. Il n'y a jamais eu d'épisode maniaque ou hypomaniaque.

ANNEXE 2 : MBI (37)

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

Total du Score d'Épuisement Professionnel (SEP)

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

SEP =

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

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

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

SD =

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

Total du Score Accomplissement Personnel (SAP)

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

SAP =

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

ANNEXE 3 : Copenhagen Burnout Inventory (English version) (38)

NB: The questions of the CBI are not being printed in the questionnaire in the same order as shown here. In fact, the questions are mixed with questions on other topics. This is recommended in order to avoid stereotyped response patterns.

Part one: Personal burnout

Definition: Personal burnout is a state of prolonged physical and psychological exhaustion.

Questions:

1. How often do you feel tired?
2. How often are you physically exhausted?
3. How often are you emotionally exhausted?
4. How often do you think: "I can't take it anymore"?
5. How often do you feel worn out?
6. How often do you feel weak and susceptible to illness?

Response categories: Always, Often, Sometimes, Seldom, Never/almost never. Scoring: Always: 100. Often: 75. Sometimes: 50. Seldom: 25. Never/almost never: 0.

Total score on the scale is the average of the scores on the items.

If less than three questions have been answered, the respondent is classified as non-responder.

Part two: Work-related burnout

Definition: Work-related burnout is a state of prolonged physical and psychological exhaustion, which is perceived as related to the person's work.

Questions:

1. Is your work emotionally exhausting?
2. Do you feel burnt out because of your work?
3. Does your work frustrate you? 2
4. Do you feel worn out at the end of the working day?

5. Are you exhausted in the morning at the thought of another day at work?
6. Do you feel that every working hour is tiring for you?
7. Do you have enough energy for family and friends during leisure time?

Response categories:

Three first questions: To a very high degree, To a high degree, Somewhat, To a low degree, To a very low degree.

Last four questions: Always, Often, Sometimes, Seldom, Never/almost never. Reversed score for last question.

Scoring as for the first scale.

If less than four questions have been answered, the respondent is classified as non-responder.

Part three: Client-related burnout

Definition: Client-related burnout is a state of prolonged physical and psychological exhaustion, which is perceived as related to the person's work with clients*. *Clients, patients, social service recipients, elderly citizens, or inmates.

Questions:

1. Do you find it hard to work with clients?
2. Do you find it frustrating to work with clients?
3. Does it drain your energy to work with clients?
4. Do you feel that you give more than you get back when you work with clients?
5. Are you tired of working with clients?
6. Do you sometimes wonder how long you will be able to continue working with clients?

Response categories:

The four first questions: To a very high degree, To a high degree, Somewhat, To a low degree, To a very low degree.

The two last questions: Always, Often, Sometimes, Seldom, Never/almost never.

Scoring as for the first two scales.

If less than three questions have been answered, the respondent is classified as non-responder.

ANNEXE 4 : DASS-21 (version française)(39)

EDAS21

Nom:

Date:

Veillez lire chaque énoncé et indiquez lequel correspond le mieux à votre expérience au cours de la dernière semaine. Indiquez votre choix en encerclant le chiffre qui y correspond (soit 0,1,2 ou 3). Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Ne vous attardez pas trop longuement aux énoncés.

L'échelle de notation est la suivante :

- 0 ne s'applique pas du tout à moi
- 1 s'applique un peu à moi, ou une partie du temps
- 2 s'applique beaucoup à moi, ou une bonne partie du temps
- 3 s'applique entièrement à moi, ou la grande majorité du temps

1	J'ai trouvé difficile de décompresser.				
2	J'ai été conscient(e) d'avoir la bouche sèche.	0	1	2	3
3	J'ai eu l'impression de ne pas pouvoir ressentir d'émotion positive.	0	1	2	3
4	J'ai eu de la difficulté à respirer (par exemple, respirations excessivement rapides, essoufflement sans effort physique).	0	1	2	3
5	J'ai eu de la difficulté à initier de nouvelles activités.	0	1	2	3
6	J'ai eu tendance à réagir de façon exagérée.	0	1	2	3
7	J'ai eu des tremblements (par exemple, des mains).	0	1	2	3
8	J'ai eu l'impression de dépenser beaucoup d'énergie nerveuse.	0	1	2	3
9	Je me suis inquiété(e) en pensant à des situations où je pourrais paniquer et faire de moi un(e) idiot(e).	0	1	2	3
10	J'ai eu le sentiment de ne rien envisager avec plaisir.	0	1	2	3
11	Je me suis aperçu(e) que je devenais agité(e).	0	1	2	3
12	J'ai eu de la difficulté à me détendre.	0	1	2	3
13	Je me suis senti(e) abattu(e) et triste.	0	1	2	3
14	J'ai été intolérant(e) à tout ce qui m'empêchait de faire ce que j'avais à faire.	0	1	2	3
15	J'ai eu le sentiment d'être presque pris(e) de panique.	0	1	2	3
16	J'ai été incapable de me sentir enthousiaste au sujet de quoi que ce soit.	0	1	2	3
17	J'ai eu le sentiment de ne pas valoir grand chose comme personne.	0	1	2	3
18	J'ai eu l'impression d'être assez susceptible.	0	1	2	3
19	J'ai été conscient(e) des palpitations de mon coeur en l'absence d'effort physique (sensation d'augmentation de mon rythme cardiaque ou l'impression que mon coeur venait de sauter).	0	1	2	3
20	J'ai eu peur sans bonne raison.	0	1	2	3
21	J'ai eu l'impression que la vie n'avait pas de sens.	0	1	2	3

ANNEXE 5 : CES-D(40)

Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D), NIMH

Below is a list of the ways you might have felt or behaved. Please tell me how often you have felt this way during the **past week**. Circle **one** number on each line.

	During the Past Week				
	Rarely or none of the time (less than 1 day)	Some or a little of the time (1-2 days)	Occasionally or a moderate amount of time (3-4 days)	All of the time (5-7 days)	
1. I was bothered by things that usually don't bother me	0	1	2	3	
2. I did not feel like eating; my appetite was poor	0	1	2	3	
3. I felt that I could not shake off the blues even with help from my family or friends	0	1	2	3	
4. I felt I was just as good as other people	0	1	2	3	
5. I had trouble keeping my mind on what I was doing	0	1	2	3	
6. I felt depressed	0	1	2	3	
7. I felt that everything I did was an effort	0	1	2	3	
8. I felt hopeful about the future	0	1	2	3	
9. I thought my life had been a failure	0	1	2	3	
10. I felt fearful	0	1	2	3	
11. My sleep was restless	0	1	2	3	
12. I was happy	0	1	2	3	
13. I talked less than usual	0	1	2	3	
14. I felt lonely	0	1	2	3	
15. People were unfriendly	0	1	2	3	
16. I enjoyed life	0	1	2	3	
17. I had crying spells	0	1	2	3	
18. I felt sad	0	1	2	3	
19. I felt that people dislike me	0	1	2	3	
20. I could not get "going"	0	1	2	3	
<hr/>					
ITEM WEIGHTS	Items 4, 8, 12, & 16	3	2	1	0
	All other items:	0	1	2	3

SCORING: Score is the sum of the 20 item weights. If more than 4 items are missing, do not score the scale. A score of 16 or greater is considered depressed.

Radloff LS. The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population.
Applied Psychological Measurement 1977;1:385-401.

ANNEXE 6 : PHQ-9 (41)

QUESTIONNAIRE SUR LA SANTÉ DU PATIENT - 9 (PHQ-9)

Au cours des 2 dernières semaines, selon quelle fréquence avez-vous été gêné(e) par les problèmes suivants ?
(Veuillez cocher (✓) votre réponse)

	Jamais	Plusieurs jours	Plus de la moitié du temps	Presque tous les jours
1. Peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses	0	1	2	3
2. Être triste, déprimé(e) ou désespéré(e)	0	1	2	3
3. Difficultés à s'endormir ou à rester endormi(e), ou dormir trop	0	1	2	3
4. Se sentir fatigué(e) ou manquer d'énergie	0	1	2	3
5. Avoir peu d'appétit ou manger trop	0	1	2	3
6. Avoir une mauvaise opinion de soi-même, ou avoir le sentiment d'être nul(le), ou d'avoir déçu sa famille ou s'être déçu(e) soi-même	0	1	2	3
7. Avoir du mal à se concentrer, par exemple, pour lire le journal ou regarder la télévision	0	1	2	3
8. Bouger ou parler si lentement que les autres auraient pu le remarquer. Ou au contraire, être si agité(e) que vous avez eu du mal à tenir en place par rapport à d'habitude	0	1	2	3
9. Penser qu'il vaudrait mieux mourir ou envisager de vous faire du mal d'une manière ou d'une autre	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING 0 + _____ + _____ + _____
=Total Score: _____

Si vous avez coché au moins un des problèmes évoqués, à quel point ce(s) problème(s) a-t-il (ont-ils) rendu votre travail, vos tâches à la maison ou votre capacité à vous entendre avec les autres difficile(s) ?

Pas du tout
difficile(s)

Assez
difficile(s)

Très
difficile(s)

Extrêmement
difficile(s)

ANNEXE 7 : GHQ (42)

Toutes les questions suivantes concernent votre état de santé actuel ou récent.

Les 12 questions suivantes peuvent vous surprendre dans leurs formulations, mais elles font partie d'un **questionnaire international étalonné et validé**, le General Health Questionary dans sa version française de 12 items (GHQ12).

Il est important de répondre **A TOUTES LES QUESTIONS** en cochant la réponse qui vous semble le mieux correspondre à ce que vous **ressentez actuellement**, **GLOBALEMENT ET DANS LA VIE DE TOUS LES JOURS, TANT DANS LA VIE PRIVEE QU'AU TRAVAIL**. (Ce questionnaire ne porte donc pas sur le stress au travail, mais sur votre état général).

CES DERNIERS TEMPS :

1. **Avez-vous pu vous concentrer sur ce que vous faisiez ?**
 - 1. Mieux que d'habitude.
 - 2. Comme d'habitude.
 - 3. Moins que d'habitude.
 - 4. Beaucoup moins que d'habitude.

2. **Vos soucis vous ont-ils empêché de dormir ?**
 - 1. Pas du tout.
 - 2. Pas plus que d'habitude.
 - 3. Plutôt plus que d'habitude.
 - 4. Beaucoup plus que d'habitude.

3. **Avez-vous eu le sentiment de jouer un rôle utile ?**
 - 1. Plutôt plus que d'habitude.
 - 2. Comme d'habitude.
 - 3. Moins utile que d'habitude.
 - 4. Beaucoup moins utile.

4. **Vous êtes vous senti capable de prendre des décisions ?**
 - 1. Plutôt plus que d'habitude.
 - 2. Comme d'habitude.
 - 3. Plutôt moins que d'habitude.
 - 4. Beaucoup moins capable.

5. **Vous êtes vous senti constamment sous pression ?**
 - 1. Pas du tout.
 - 2. Pas plus que d'habitude.
 - 3. Un peu plus que d'habitude.
 - 4. Beaucoup plus que d'habitude.

6. **Avez-vous senti que vous ne pouviez pas surmonter vos difficultés ?**
 - 1. Pas du tout.
 - 2. Pas plus que d'habitude.
 - 3. Un peu plus que d'habitude.
 - 4. Beaucoup plus que d'habitude.

7. **Avez-vous pu prendre plaisir à vos activités quotidiennes ?**
 - 1. Plutôt plus que d'habitude.
 - 2. Comme d'habitude.
 - 3. Plutôt moins que d'habitude.
 - 4. Beaucoup moins que d'habitude.

8. **Avez-vous pu faire face à vos problèmes ?**
- 1. Plutôt plus que d'habitude.
 - 2. Comme d'habitude.
 - 3. Moins capable que d'habitude.
 - 4. Beaucoup moins capable.
9. **Vous êtes-vous senti malheureux, déprimé ?**
- 1. Pas du tout.
 - 2. Pas plus que d'habitude.
 - 3. Un peu plus que d'habitude.
 - 4. Beaucoup plus que d'habitude.
10. **Avez-vous perdu confiance en vous ?**
- 1. Pas du tout.
 - 2. Pas plus que d'habitude.
 - 3. Un peu plus que d'habitude.
 - 4. Beaucoup plus que d'habitude.
11. **Avez-vous pensé que vous ne valez rien ?**
- 1. Pas du tout.
 - 2. Pas plus que d'habitude.
 - 3. Un peu plus que d'habitude.
 - 4. Beaucoup plus que d'habitude.
12. **Vous êtes-vous senti relativement heureux dans l'ensemble ?**
- 1. Plutôt plus que d'habitude.
 - 2. A peu près comme d'habitude.
 - 3. Plutôt moins que d'habitude.
 - 4. Beaucoup moins que d'habitude.

CALCUL DES SCORES

Les valeurs 1 et 2 sont recodées en 0
Les valeurs 3 et 4 sont recodées en 1

Un score supérieur ou égal à 2 correspondrait à un trouble psychiatrique

ANNEXE 8 : HADS (43)

Le questionnaire HADS (de l'anglais *Hospital Anxiety and Depression Scale*)

Dans la série de questions ci-dessous, cochez la réponse qui exprime le mieux ce que vous avez éprouvé au cours de la semaine qui vient de s'écouler. Ne vous attardez pas sur la réponse à faire : votre réaction immédiate à chaque question fournira probablement une meilleure indication de ce que vous éprouvez, qu'une réponse longuement méditée.

Score	Anxiété	Score	Dépression
3 2 1 0	Je me sens tendu ou énervé : <input type="checkbox"/> la plupart du temps <input type="checkbox"/> souvent <input type="checkbox"/> de temps en temps <input type="checkbox"/> jamais	0 1 2 3	Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois <input type="checkbox"/> oui, tout autant <input type="checkbox"/> pas autant <input type="checkbox"/> un peu seulement <input type="checkbox"/> presque plus
3 2 1 0	J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver <input type="checkbox"/> oui, très nettement <input type="checkbox"/> oui, mais ce n'est pas grave <input type="checkbox"/> un peu, mais cela ne m'inquiète pas <input type="checkbox"/> pas du tout	0 1 2 3	Je ris facilement et vois le bon côté des choses <input type="checkbox"/> autant que par le passé <input type="checkbox"/> plus autant qu'avant <input type="checkbox"/> vraiment moins qu'avant <input type="checkbox"/> plus du tout
3 2 1 0	Je me fais du souci : <input type="checkbox"/> très souvent <input type="checkbox"/> assez souvent <input type="checkbox"/> occasionnellement <input type="checkbox"/> très occasionnellement	3 2 1 0	Je suis de bonne humeur : <input type="checkbox"/> jamais <input type="checkbox"/> rarement <input type="checkbox"/> assez souvent <input type="checkbox"/> la plupart du temps
0 1 2 3	Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté : <input type="checkbox"/> oui, quoi qu'il arrive <input type="checkbox"/> oui, en général <input type="checkbox"/> rarement <input type="checkbox"/> jamais	3 2 1 0	J'ai l'impression de fonctionner au ralenti : <input type="checkbox"/> presque toujours <input type="checkbox"/> très souvent <input type="checkbox"/> parfois <input type="checkbox"/> jamais
0 1 2 3	J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué : <input type="checkbox"/> jamais <input type="checkbox"/> parfois <input type="checkbox"/> assez souvent <input type="checkbox"/> très souvent	3 2 1 0	Je ne m'intéresse plus à mon apparence : <input type="checkbox"/> plus du tout <input type="checkbox"/> je n'y accorde pas autant d'attention que je le devrais <input type="checkbox"/> il se peut que je n'y fasse plus autant attention <input type="checkbox"/> j'y prête autant d'attention que par le passé
3 2 1 0	J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place : <input type="checkbox"/> oui, c'est tout à fait le cas <input type="checkbox"/> un peu <input type="checkbox"/> pas tellement <input type="checkbox"/> pas du tout	0 1 2 3	Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses : <input type="checkbox"/> autant qu'auparavant <input type="checkbox"/> un peu moins qu'avant <input type="checkbox"/> bien moins qu'avant <input type="checkbox"/> presque jamais
3 2 1 0	J'éprouve des sensations soudaines de panique : <input type="checkbox"/> vraiment très souvent <input type="checkbox"/> assez souvent <input type="checkbox"/> pas très souvent <input type="checkbox"/> jamais	0 1 2 3	Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission radio ou de télévision : <input type="checkbox"/> souvent <input type="checkbox"/> parfois <input type="checkbox"/> rarement <input type="checkbox"/> très rarement
	☞ Total du score pour l'anxiété		☞ Total du score pour la dépression

Chaque réponse correspond à un chiffre. En additionnant ces chiffres, on obtient un score total par colonne (anxiété et dépression). Si le score d'une colonne est supérieur ou égal à 11, cela signifie que vous souffrez d'anxiété ou de dépression (selon la colonne concernée).

ANNEXE 9 : 2 items du PRIME-MD PQ (44)

The PRIME-MD PQ is a self-administered 1-page questionnaire consisting of 26 yes/no questions about the presence of symptoms and signs during the past month. The questionnaire serves as an initial screen for 5 general groups of mental disorders commonly found in the general population.

The 2 screening questions for depression on the PRIME-MD PQ are (question 18) “During the past month, have you often been bothered by having little interest or pleasure in doing things?” and (question 19) “During the past month, have you often been bothered by feeling down, depressed, or hopeless?”

AUTEUR : Loïk BELINGA

TITRE : Comment distinguer épisode dépressif caractérisé et burn-out chez le médecin généraliste : revue narrative de la littérature

DIRECTRICE DE THESE : Dr Motoko DELAHAYE

RESUME :

Introduction : Le burnout et les troubles dépressifs caractérisés ont un impact socio-économique majeur mais ont également d'autres conséquences sur le plan de la santé pour les médecins généralistes concernés, nombreux à être touchés. Cependant, si les conséquences peuvent être différentes, les tableaux cliniques peuvent parfois être assez similaires.

Objectif : L'objectif est de trouver des éléments cliniques et de l'anamnèse, permettant de distinguer épisode dépressif caractérisé et burnout chez les médecins généralistes

Méthode : Cette thèse propose une revue de la littérature d'articles publiés à partir de 2011 sur le burnout et la dépression des soignants, notamment les médecins généralistes

Résultats : Nous n'avons pas retrouvé d'éléments cliniques pathognomoniques du burnout ou de l'épisode dépressif caractérisé. Cependant en présence de symptômes dépressifs, la prise en charge de ce diagnostic semble primer. A des stades précoces de burnout, il y a de nombreuses solutions pour accompagner les médecins en difficulté.

Discussion : Si les avis des auteurs divergent, le burnout reste cependant un problème de santé publique, que les médecins doivent prendre en compte pour mieux être et mieux soigner.

SUMMARY :

Introduction: Burnout and major depressive disorders have a major socio-economic impact but also have other health consequences for the general practitioners concerned, many of whom are affected. However, while the consequences may be different, the clinical symptoms can sometimes be quite similar. The objective is to find some clinical elements and the history, to try to distinguish between major depressive disorder and burnout in general practitioners

Method : This thesis offers a review of the literature of articles published from 2011 on burnout and depression of caregivers, in particular general practitioners

Results : We did not find pathognomonic clinical elements of burnout nor major depressive episode. However, when there are some depressive symptoms, the treatment of this diagnosis seems to be the priority. At the early stages of burnout, there are many solutions to support doctors in difficulty.

Discussion : Even if the opinions of the authors differ, burnout remains a public health problem, which doctors must take into account in order to be better and better treat.

MOTS CLES :

Burnout, syndrome d'épuisement, dépression, trouble dépressif, médecin généraliste, médecine générale

KEY WORDS :

Burnout, depression, depressive disorder, general practice, general practitioner

Discipline administrative : Médecine Générale

Faculté de Médecine Rangueil : 133 Route de Narbonne, 31062 Toulouse Cedex 04, France