



HAL
open science

Évaluation des performances d'un outil de dépistage du burn out vers le Maslach burn out inventory en médecine générale

Cécile Zins

► **To cite this version:**

Cécile Zins. Évaluation des performances d'un outil de dépistage du burn out vers le Maslach burn out inventory en médecine générale. Sciences du Vivant [q-bio]. 2016. hal-01932166

HAL Id: hal-01932166

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01932166>

Submitted on 23 Nov 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITE DE LORRAINE
2016

FACULTE DE MEDECINE DE NANCY

THESE- MEMOIRE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

dans le cadre du troisième cycle de médecine générale

par

Cécile ZINS

le 1^{er} décembre 2016

**EVALUATION DES PERFORMANCES D'UN OUTIL DE DEPISTAGE DU BURN
OUT VERSUS LE MASLACH BURN OUT INVENTORY EN MEDECINE
GENERALE**

Membres du jury :

M. le Professeur N.Jay

Président

Mme le Professeur S.SIEGRIEST

Juge

Mme le Docteur I.THAON

Juge

Mme le Docteur C.MICHON COUR

Directrice de Thèse



UNIVERSITÉ
DE LORRAINE



FACULTÉ DE MÉDECINE
1963

Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT
Doyen de la Faculté de Médecine
Professeur Marc BRAUN

Vice-doyens

Pr Karine ANGIOI-DUPREZ, Vice-Doyen

Pr Marc DEBOUVERIE, Vice-Doyen

Asseseurs :

Premier cycle : Dr Guillaume GAUCHOTTE

Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER

Troisième cycle : Pr Marc DEBOUVERIE

Innovations pédagogiques : Pr Bruno CHENUÉL

Formation à la recherche : Dr Nelly AGRINIER

Animation de la recherche clinique : Pr François ALLA

Affaires juridiques et Relations extérieures : Dr Frédérique CLAUDOT

Vie Facultaire et SIDES : Pr Laure JOLY

Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER

Etudiant : M. Lucas SALVATI

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Dr Guillaume VOGIN

Commission de prospective facultaire : Pr Pierre-Edouard BOLLAERT

Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER

PACES : Dr Chantal KOHLER

Plan Campus : Pr Bruno LEHEUP

International : Pr Jacques HUBERT

=====

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER

Professeur Henry COUDANE

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Jean AUQUE - Gérard BARROCHE Alain BERTRAND - Pierre BEY

Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL – Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE

Jean-Louis BOUTROY – Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL

Claude CHARDOT - Jean-François CHASSAGNE - François CHERRIER Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY

Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE - Jean-Bernard DUREUX - Gilbert FAURE -

Gérard FIEVE

Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Alain GERARD - Hubert GERARD

Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - Oliéro GUERCI - Philippe

HARTEMANN

Gérard HUBERT - Claude HURIET Christian JANOT - Michèle KESSLER - François KOHLER - Jacques LACOSTE

Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE

Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN – Jean-Claude MARCHAL - Pierre MATHIEU

Michel MERLE - Pierre MONIN Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS

Claude PERRIN - Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL - Jean PREVOT - Francis RAPHAEL

Antoine RASPILLER – Denis REGENT - Michel RENARD - Jacques ROLAND - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT

Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON - Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ

Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Gérard VAILLANT - Paul VERT – Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET

Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WEBER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Etienne ALIOT - Professeur Gérard BARROCHE - Professeur Pierre BEY - Professeur Jean-Pierre CRANCE -

Professeur Alain GERARD - Professeure Michèle KESSLER – Professeur François KOHLER

Professeur Jacques LECLÈRE - Professeur Alain LE FAOU - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ

Professeure Simone GILGENKRANTZ – Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Philippe HARTEMANN

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur François PLENAT

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC - Professeur Jean-François STOLTZ - Professeur Paul VERT

Professeur Michel VIDAILHET

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Marc BRAUN – Professeure Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (*Histologie, embryologie et cytogénétique*)

Professeur Christo CHRISTOV – Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur Jean-Michel VIGNAUD – Professeur Guillaume GAUCHOTTE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD - Professeur Michel CLAUDON

Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT - Professeur Jacques FELBLINGER

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUÉL - Professeur François MARCHAL

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LOZNIIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et Mycologie*)

Professeure Marie MACHOUART

3^{ème} sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeur François ALLA - Professeur Francis GUILLEMIN - Professeur Denis ZMIROU-NAVIER

3^{ème} sous-section : (*Médecine légale et droit de la santé*)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Professeur Thierry CONROY - Professeur François GUILLEMIN - Professeur Didier PEIFFERT - Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT – Professeure Marie-Thérèse RUBIO

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (*Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence*)

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER

Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN

2^{ème} sous-section : (*Réanimation ; médecine d'urgence*)

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU - Professeur Patrick NETTER

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL - Professeur Faiez ZANNAD

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Luc TAILLANDIER - Professeure Louise TYVAERT

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean AUQUE - Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN - Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur Daniel MOLE - Professeur François SIRVEAUX

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT - Professeur Yves MARTINET

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET - Professeur Yves JUILLIERE

Professeur Nicolas SADOUL

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Thierry FOLLIGUET - Professeur Juan-Pablo MAUREIRA

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie)

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY

Professeure Christine PERRET-GUILLAUME – Professeur Roland JAUSSAUD – Professeure Laure JOLY

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD

3^{ème} sous-section : (Médecine générale)

Professeur Jean-Marc BOIVIN – Professeur Paolo DI PATRIZIO

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,

ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET

Professeur Emmanuel RAFFO - Professeur Cyril SCHWEITZER

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD - Professeur Jean-Luc GEORGE

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur associé Sophie SIEGRIST

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON

2^{ème} sous-section : (Histologie, embryologie et cytogénétique)

Docteure Chantal KOHLER

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Jean-Marie ESCANYE

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Docteur Damien MANDRY - Docteur Pedro TEIXEIRA

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN

Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteur Marc MERTEN - Docteur Abderrahim OUSSALAH

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Mathias POUSSEL

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Docteure Anne DEBOURGOGNE

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)

Docteure Nelly AGRINIER - Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE

2^{ème} sous-section (Médecine et Santé au Travail)

Docteure Isabelle THAON

3^{ème} sous-section (Médecine légale et droit de la santé)

Docteur Laurent MARTRILLE

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Docteure Aurore PERROT – Docteur Julien BROSEUS (stagiaire)

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Docteure Lina BOLOTINE – Docteur Guillaume VOGIN (stagiaire)

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Docteure Céline BONNET - Docteur Christophe PHILIPPE

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET

THÉRAPEUTIQUE

2^{ème} sous-section : (Réanimation ; Médecine d'urgence)

Docteur Antoine KIMMOUN

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)

Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALA-BERTOLA

4^{ème} sous-section : (*Thérapeutique ; Médecine d'urgence ; addictologie*)

Docteur Nicolas GIRERD

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Docteure Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (*Dermato-vénérologie*)

Docteure Anne-Claire BURSZTEJN

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire*)

Docteur Fabrice VANHUYSE

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*)

Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

3^{ème} sous-section : (*Médecine générale*)

Docteure Elisabeth STEYER

54^{ème} Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

5^{ème} sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale*)

Docteure Isabelle KOSCINSKI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (*Oto-Rhino-Laryngologie*)

Docteur Patrice GALLET

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

7^{ème} Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES

Madame Christine DA SILVA-GENEST

19^{ème} Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

60^{ème} Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL

Monsieur Alain DURAND

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA - Monsieur Pascal REBOUL

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Monsieur Jean-Louis GELLY

Madame Céline HUSELSTEIN - Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE - Monsieur Christophe NEMOS

66^{ème} Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Pascal BOUCHE – Docteur Olivier BOUCHY - Docteur Arnaud MASSON – Docteur Cédric BERBE

Docteur Jean-Michel MARTY

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)

Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)

Brown University, Providence (U.S.A)

Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)

Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)

Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)

Université de Pennsylvanie (U.S.A)

Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)

Research Institute for Mathematical Sciences de

Kyoto (JAPON)

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS
(1996)

Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)

Université d'Helsinki (FINLANDE)

Professeur Duong Quang TRUNG (1997)

Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)

Professeur Daniel G. BICHET (2001)

Université de Montréal (Canada)

Professeur Marc LEVENSTON (2005)

Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)

Université de Dundee (Royaume-Uni)

Professeur Yunfeng ZHOU (2009)

Université de Wuhan (CHINE)

Professeur David ALPERS (2011)

Université de Washington (U.S.A)

Professeur Martin EXNER (2012)

Université de Bonn (Allemagne)

A notre maître et président de thèse,

Monsieur le Professeur Nicolas JAY,
Professeur de Biostatistiques, informatique médicale et technologies de
communication de l'intérêt que vous avez bien voulu porter à notre travail et de
nous avoir fait l'honneur de présider le jury de cette thèse.
Nous vous remercions pour vos précieux conseils et votre soutien dans
la réalisation de ce travail.

Je tiens à vous exprimer ma gratitude et mon plus profond respect.

Je remercie les membres du jury d'avoir accepté de juger ce travail de thèse :

A notre maître et juge :

Le Professeur Sophie SIEGRIST,
Professeur Attaché en médecine générale,
Je vous remercie pour votre sens humain et pour votre soutien au cours de mon exercice médical en HAD.
Pour l'intérêt accordé à notre travail et pour votre disponibilité.

A notre maître et juge :

Le Docteur Isabelle THAON,
Docteur en Médecine, Maître de conférences associé en Médecine et Santé au Travail.
Je vous remercie pour l'intérêt accordé à notre travail, pour votre soutien, pour votre disponibilité et vos remarques pertinentes.

A notre maître, juge et directeur de thèse:

Le Docteur Christine MICHON COUR

Praticien Hospitalier aux Urgences, Centre Hospitalier de l'Ouest Vosgien.

Tu m'as fait l'honneur de me confier ce travail et de m'encadrer.

Je te remercie pour ta disponibilité, tes corrections et ton soutien.

Au-delà d'une relation professionnelle, de notre rencontre aux urgences, est née une belle amitié.

Pour ta gentillesse, ta patience et ta bienveillance ...

Tes connaissances médicales, ton professionnalisme et surtout tes qualités humaines font de toi un modèle pour ma pratique future.

Que ce travail soit pour toi l'expression de ma reconnaissance la plus sincère et de ma profonde estime.

A notre maître,

Monsieur le Professeur Francis GUILLEMIN,
Professeur d'Epidémiologie, économie de la santé et prévention, de l'intérêt que
vous avez bien voulu porter à notre travail, de votre aide et de vos cadrages.
Vous n'avez malheureusement pas pu participer au jury de cette thèse.
Nous vous remercions pour vos précieux conseils et votre soutien dans
la réalisation de ce travail.

Je tiens à vous exprimer ma gratitude et mon plus profond respect.

Pour la transmission de leur art médical et leur pratique inspiratrice, j'ai une profonde reconnaissance pour mes enseignants et mes maîtres de stage, notamment les Professeurs Marc-André BIGARD, Georges WERYHA, François DAP et Gilles DAUTEL, les docteurs Philippe RAUCH, Jean-Pascal FYAD, Thomas CUNY, Sophie GERARD, Karim LOUNIS, Mohammed ABDANNE, Gilles KREMER, François TOURMENTE, Jaques HERMANN, Pascale MARTIN, Pierre CERVANTES, Maria RIFF, Philippe FAVIER, Hervé HUMBERT, Stéphane ALBIZATTI, Philippe ATAIN KOUADIO, Mickaël SEGONDI, Aline BUREL, Gérard TRAUTMANN, Delphine CHRISTOPHE, Laury HAKMOUN, Christelle DOUART-LEGER, Amandine CATELLE, Patrick DOUART.

Je tiens à remercier également l'ensemble de mes co-externes, co-internes et mes amis pour leur soutien et leurs encouragements.

Merci aux équipes des urgences et de médecine B de l'hôpital de Neufchâteau

Merci à mes amis de promo : Laure, Alicia, Stéphanie, Sandy, Mathieu, Ghislain, Julian, Pierre... sans qui ces années d'études auraient été bien plus pénibles.

Merci à l'équipe de l'HAD de Neufchâteau pour le travail dans la bonne humeur, vous êtes formidables !

Merci à Manue et Jean-Christophe pour leurs encouragements et leur suivi.

Merci aux médecins généralistes lorrains ayant accepté de consacrer du temps à notre travail.

Et je tiens à exprimer mes plus profonds remerciements à

A mes parents,

« Sans qui je ne serai pas là aujourd'hui », évidemment !

A votre soutien, aux valeurs essentielles de la vie que vous m'avez transmises, à votre confiance, à votre écoute, votre altruisme et surtout à votre amour.

Depuis mes premiers pas vous avez toujours cru en moi; je vous dédie ce travail!

A mes frères,

Julien, toujours plein d'énergie et d'ambition, notre aîné modèle !

A tes projets, à tes voyages qui me transportent.

Merci pour ton aide et ta bienveillance.

Guillaume, à ta gentillesse et ton humanité. Sache que je suis fière de toi, fière de partager l'expérience que nous avons chacun du domicile et des patients.

A mes raclées au Trivial !

A notre complicité et nos souvenirs d'enfance. Merci !

A mes belles sœurs,

A Sophie et Aline, au plaisir que nous avons à nous retrouver, à votre spontanéité, votre gaité, vos combines pour rendre la vie plus douce, à votre courage. Merci pour ces bons moments.

A ma belle-famille,

merci de m'avoir accueillie avec bienveillance, en toute simplicité.

Merci pour ces longs moments passés à discuter les soirs d'été, merci pour les recettes, merci pour le hammam, merci pour votre joie de vivre. Je vous aime fort.

A mes oncles et tantes,

A la convivialité de leurs repas, à leur goût des choses simples et bonnes, aux nombreuses belles fêtes passées ensemble, à leur soutien dans les moments difficiles.

A mes cousins,

A la joie de nous retrouver pour faire la fête, à l'Aïd, aux vacances au ski, aux soirées et aux fou-rires.

A Annie et Gilbert,

Les hussards de la République.

A ceux qui nous ont quittés trop tôt,
Papa, à ton hédonisme, aux mots-croisés, aux mathématiques, aux parties de cartes à te regarder jouer, merci de m'avoir tant enseigné.
Didier, à nos vacances en Tunisie avec Honorine et Léonie...
Riri, à nos vacances dans les Vosges, au ski de fond !!
Mémère Odette,
A tes expressions que je reprends et qui font rire mes collègues, à ton franc-parler et à la femme que tu étais ! Merci !
Vous resterez à jamais dans mon cœur.

A Khaled, à toi, surtout à TOI.
Merci pour ton aide et ta patience pendant l'écriture de cette thèse. Merci d'être toujours là pour moi, de m'avoir aidé à me faire confiance, pour ton altruisme, pour ton savoir-vivre.
Tu es ma plus belle rencontre et la plus belle chose qui me soit arrivée.
Merci d'être un père si complice avec sa fille.

Et enfin,

A Manel,
Au bonheur que tu m'apportes chaque jour, aux livres que nous lisons chaque jour et que je connais par cœur.
Au plaisir que j'ai de chanter et danser avec toi, à la petite fille dégourdie que tu es. Je t'aime.

SERMENT

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».

LISTE DES ACRONYMES

AAPML : Association d'Aide au Professionnels de santé et aux Médecins Libéraux

AP : Accomplissement Personnel

APSS : Association pour la Promotion des Soins aux Soignants

ASRA : Aide aux Soignants de Rhône-Alpes

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

BM : Burnout Measure

CAPI : Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles

CARMF : Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France

CBI : Copenhagen Burnout Inventory

CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

CIM 10 : Classification Internationale des Maladies

CISP : Classification Internationale des soins en Santé Primaire

CNAM : Conservatoire National des Arts et Métiers

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CROM : Conseil Régional de l'Ordre des Médecins

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DP : Dépersonnalisation

DSM-4 : Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders

EE: Epuisement Emotionnel

GPM : Groupe Pasteur Mutualité

HAD : Hospitalisation A Domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

IDM : Infarctus Du Myocarde

MBI : Maslach Burn out Inventory

MOTS: Médecins Organisation Travail et Santé

PAIMM : Programme d'Attention Intégrale au Médecin Malade

PAMQ : Programme d'Aide aux médecins du Québec

RBP : Recommandations de Bonnes Pratiques

ROSP : Rémunération sur Objectifs de Santé Publique

S-MBM : Shirom-Melamed Burnout Measure

URPS: Union Régionale des Professionnels de Santé

URSSAF: Union de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ACRONYMES	16
INTRODUCTION	23
1) LE SYNDROME D'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL DES SOIGNANTS	25
1-1) Définition, mécanismes et manifestations cliniques	25
<u>1-1-1) Définition</u>	25
<u>1-1-2) Mécanismes</u>	28
<u>1-1-3) Manifestations cliniques</u>	29
1-2) Classification et diagnostic différentiel	31
<u>1-2-1) Le syndrome dépressif</u>	32
<u>1-2-2) Le trouble anxieux</u>	33
<u>1-2-3) Le Karoshi</u>	33
1-3) Histoire de l'épuisement professionnel des soignants	34
1-4) L'épuisement professionnel : sujet tabou et rapport à la déontologie médicale	37
1-5) A propos d'une échelle de mesure de l'épuisement professionnel des soignants : la Maslach Burn out Inventory (MBI)	39
1-6) Les causes et facteurs associés à l'épuisement professionnel des soignants	42
<u>1-6-1) Les facteurs organisationnels et professionnels</u>	42
<u>1-6-2) Les variables sociodémographiques</u>	44
<u>1-6-3) Les variables personnelles</u>	44
<u>1-6-4) La société et les patients</u>	45

2) MATERIELS ET METHODES	46
2-1) Objectifs et type d'étude	46
2-2) Contenu du questionnaire de l'étude	47
2-3) Critères d'inclusion et échantillonnage	50
2-4) Présentation du questionnaire de l'étude ; spécificité, avantages et inconvénients de l'envoi électronique	51
<u>2-4-1) Avantages et spécificité</u>	52
<u>2-4-2) Inconvénients</u>	53
2-5) Recueil statistique et étude des données	53
3) RESULTATS	54
3-1) Participation	54
3-2) Description de la population de médecins étudiée	54
<u>3-2-1) Au niveau des résultats de l'échelle MBI</u>	54
<u>3-2-2) Au niveau de l'interprétation du MBI</u>	57
3-2-2-a) Trois dimensions avec scores élevés EE, DP et AP	57
3-2-2-b) Deux dimensions avec scores élevés EE et DP	58
3-2-2-c) Deux dimensions avec scores élevés EE et AP	59
3-2-2-d) Deux dimensions avec scores élevés DP et AP	60
3-2-2-e) Une dimension avec score élevé EE, DP ou AP	61
<u>3-2-3) Au niveau des résultats du test de dépistage</u>	62
3-3) Analyse des résultats obtenus au test de dépistage par rapport aux dimensions élevées au MBI	67
<u>3-3-1) Pour trois dimensions élevées au MBI</u>	67
<u>3-3-2) Pour deux dimensions élevées au MBI</u>	67

3-3-2-a) Epuisement émotionnel et dépersonnalisation	67
3-3-2-b) Epuisement émotionnel et accomplissement personnel	68
3-3-2-c) Accomplissement personnel et dépersonnalisation	69
<u>3-3-3) Pour une dimension élevée au MBI</u>	70
3-3-3-a) Epuisement émotionnel	70
3-3-3-b) Dépersonnalisation	72
3-3-3-c) Accomplissement personnel	74
3-4) Recherche de la valeur seuil du test de dépistage	75
<u>3-4-1) Généralités et méthode statistique</u>	75
<u>3-4-2) Tableaux de contingence</u>	76
<u>3-4-3) Courbe de ROC et choix de la valeur seuil</u>	77
3-5) Coefficient PABAK	78
<u>3-5-1) Définition</u>	78
<u>3-5-2) Calcul du PABAK pour valeur seuil=12</u>	79
4) DISCUSSION	81
4-1) Limites de notre étude	81
<u>4-1-1) A propos de l'utilisation d'une correspondance électronique</u>	81
<u>4-1-2) A propos de la date d'envoi du questionnaire et du recueil des réponses</u>	81
<u>4-1-3) A propos de l'utilisation d'un auto-questionnaire</u>	82
<u>4-1-4) A propos du contenu du questionnaire</u>	82
<u>4-1-5) A propos de la zone géographique étudiée</u>	83
<u>4-1-6) A propos de la taille de l'échantillon</u>	83
<u>4-1-7) A propos de l'interprétation du MBI à la fin du questionnaire</u>	83

4-2) Commentaires concernant les résultats à l'échelle MBI en fonction du nombre de dimensions atteintes	84
<u>4-2-1) Taux de médecins avec un épuisement professionnel (défini comme score élevé dans les trois dimensions du MBI)</u>	84
<u>4-2-2) Taux de médecins avec deux dimensions élevées au MBI</u>	85
<u>4-2-3) Taux de médecins avec une dimension élevée au MBI</u>	86
<u>4-2-4) Taux de médecins n'ayant aucune dimension élevée au MBI</u>	86
4-3) Commentaires concernant les résultats à l'échelle MBI par dimension atteinte	86
<u>4-3-1) Dimension d'épuisement émotionnel élevée</u>	86
<u>4-3-2) Dimension de dépersonnalisation élevée</u>	87
<u>4-3-3) Dimension d'accomplissement personnel faible</u>	88
4-4) Commentaires des résultats obtenus au test de dépistage par rapport aux dimensions élevées au MBI	88
<u>4-4-1) Pour trois dimensions élevées</u>	88
<u>4-4-2) Pour deux dimensions élevées</u>	89
<u>4-4-3) Pour une dimension élevée (basse pour l'accomplissement personnel)</u>	90
4-5) Commentaires des résultats obtenus aux questions du test de dépistage en rapport avec la dimension étudiée	91
<u>4-5-1) Questions 1 et 2 en rapport avec la dimension d'épuisement émotionnel</u>	91
<u>4-5-2) Question 3 en rapport avec la dimension de dépersonnalisation</u>	92
<u>4-5-3) Question 4 en rapport avec la dimension d'accomplissement personnel</u>	92
4-6) Commentaires quant à la validité interne du test de dépistage pour valeur seuil=12	93
4-7) Commentaires quant à l'interprétation du PABAK	93

4-8) Prise en charge, moyens de prévention : ce que nous retenons des propositions faites dans la littérature	94
<u>4-8-1) Prévention</u>	94
4-8-1-a) La gestion du temps de travail	94
4-8-1-b) Le choix du mode d'exercice	94
4-8-1-c) Le secrétariat	94
4-8-1-d) L'engagement socioprofessionnel	94
4-8-1-e) Le cloisonnement des sphères professionnelles et familiales	95
4-8-1-f) L'analyse de ses propres erreurs	95
4-8-1-g) La diplomatie	95
4-8-1-h) La distance avec le patient	95
4-8-1-i) La prévoyance	95
4-8-1-j) Le médecin traitant	96
<u>4-8-2) Prise en charge</u>	96
4-8-2-a) L'Association d'Aide Professionnelle aux Médecins Libéraux	96
4-8-2-b) L'Association Pour les Soins aux Soignants	97
4-8-2-c) Le programme d'actions du Groupe Pasteur Mutualité	97
4-8-2-d) Le réseau d'Aide aux Soignants de Rhône-Alpes	98
4-8-2-e) L'association Médecins Organisation Travail et Santé	98
4-8-2-f) L'entraide ordinale	99
CONCLUSION	100
BIBLIOGRAPHIE	103
ANNEXES	107

INTRODUCTION

Le burn out ou syndrome d'épuisement professionnel est un concept qui, depuis les années 2000, fait l'objet d'un consensus. Il se décrit pourtant depuis les années 1950, dans les pays développés et en voie de développement à travers le monde et est une souffrance dont l'origine est l'engagement relationnel.

D'abord limité aux professionnels de l'aide, il concerne aujourd'hui toutes les catégories socioprofessionnelles, ce qui en fait le nouveau « mal du siècle ». Parce qu'il peut nous toucher tous, le burn out est réellement devenu un sujet d'actualité dont les médias s'emparent tandis que les politiques commencent à réfléchir à sa reconnaissance en maladie professionnelle.

En revanche, le burn out des médecins présente la particularité d'être un sujet tabou sur lequel la France, comparée à d'autres pays, accuse beaucoup de retard (publications et actions encore trop marginales).

Les médecins généralistes sont parmi les plus touchés par ce syndrome.

Selon l'étude du Dr Léopold, vice-président de la « Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France », menée de 2002 à 2005, 40% des causes d'invalidité chez les médecins français sont des pathologies psychiatriques et représente la première cause de mise en invalidité des médecins libéraux.

[21]

En outre, l'étude prospective menée par le Conseil National de l'Ordre des médecins en 2003, nous apprend que le suicide explique 14% des décès chez les médecins français contre 5,9% dans la population générale pour une même tranche d'âge. [30]

Doit-on dès lors considérer la médecine comme un métier à risque, et, de surcroît, faire reconnaître le syndrome d'épuisement professionnel des soignants comme une maladie professionnelle ?

Ses conséquences sont d'autant plus inquiétantes que nous devons faire face à une pénurie croissante de la démographie médicale, et d'une évolution des mentalités dans la société tendant à une relation de soin de plus en plus conflictuelle.

Nous ne sommes pas tous égaux face à ce risque professionnel : des facteurs individuels de susceptibilité entrent en compte.

Faire la part entre les facteurs exogènes (professionnels, environnementaux...) et les facteurs endogènes de l'apparition de cette souffrance au travail s'avère laborieux.

De nombreuses études et ouvrages à l'échelon international fleurissent et tentent d'expliquer, de faire reconnaître scientifiquement, et de prévenir le syndrome d'épuisement professionnel des soignants. [23]

L'idée de la construction d'un test de dépistage en quatre questions est née de nombreux appels de confrères lors d'admission de patients aux urgences ou en Hospitalisation A Domicile, au cours desquels les médecins généralistes se livraient sur leurs conditions de travail, leurs inquiétudes et agacement.

Nous avons cherché à élaborer un questionnaire court et reproductible de façon à reconnaître les confrères à risque pour lesquels nous étions inquiets de façon à leur proposer une orientation.

Le but de cette thèse est donc d'évaluer la performance d'un questionnaire en quatre items en tant qu'outil de dépistage en le comparant au gold standard : le Maslach Burn out Inventory.

Ceci est réalisé par une étude quantitative, épidémiologique descriptive transversale, basée sur l'auto-questionnaire anonyme.

Dans un premier temps, nous nous attacherons à définir le syndrome d'épuisement professionnel des soignants, dans un second temps nous donnerons les méthodes de l'enquête réalisée, dans un troisième temps ses résultats, que nous discuterons, enfin, dans un quatrième temps.

1/LE SYNDROME D'ÉPUISEMENT PROFESIONNEL DES SOIGNANTS

1-1) Définition, mécanisme et manifestations cliniques

1-1-1) Définition

Proposition de définition adoptée par Maslach et Jackson en 1986, et dont nous utiliserons l'échelle de mesure « Maslach Burn out Inventory » : « burn-out » (terme anglo-saxon pour épuisement professionnel) : « syndrome d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et de réduction de l'accomplissement personnel, qui apparaît chez des individus professionnellement impliqués auprès d'autrui. »[35]

Les trois dimensions de la pathologie du burn out selon Maslach :

A) Épuisement émotionnel : marqué par une fatigue (physique et psychique), un manque de motivation et d'entrain au travail, la sensation que tout est difficile, insurmontable. Il existe un assèchement des ressources de l'individu qui est « vidé nerveusement ». Les conséquences sont tensions et frustration.

Dans bon nombre de cas et tout particulièrement chez les médecins, il existe une incapacité à exprimer toute émotion, le fait d'exprimer ses sentiments étant vécu comme un signe de faiblesse.

B) Dépersonnalisation : cette composante n'existe que pour les personnes impliquées dans une relation à l'autre.

Le patient est vu de manière détachée, déshumanisée, impersonnelle, voire négative et cynique. Il y a une mise à distance.

Le terme dépersonnalisation peut prêter à confusion et ne doit pas être confondu avec l'état psychique où domine l'impression d'être étranger à soi-même. Il s'agit ici de déshumanisation de la relation à l'autre.

Ce cynisme fait partie d'une stratégie défensive, « le coping », en réponse à l'effondrement de l'énergie et de la motivation.

Cet état associé à l'épuisement émotionnel va aboutir au « John Wayne Syndrome », décrit dans la littérature américaine comme un syndrome où

le médecin est devenu impassible, à l'image du célèbre acteur dans ses rôles de cow-boy, devient capable d'assumer et d'affronter toutes les souffrances humaines sans le moindre trouble.

- C) Accomplissement personnel : le médecin se déprécie, s'évalue négativement, se juge incompetent et sans utilité pour ses patients. L'estime professionnelle s'amointrissant, il devient difficile de supporter les efforts requis par la profession.

Les conséquences peuvent être :

- la baisse de l'estime de soi ;
- l'anhédonie (absence de plaisir face à des situations antérieurement vécues comme source de plaisir) ;
- l'addiction (excès d'alcool, de tabac, de café et d'automédication avec notamment abus de psychotropes...) ;
- l'isolement ;
- l'absentéisme pouvant aller jusqu'à l'abandon de poste (attitude de fuite) ;
- ou plus fréquemment chez le médecin le « présentisme inefficace », c'est-à-dire un surinvestissement vain d'activité professionnelle ;
- les erreurs médicales ;
- le déni de la souffrance qui est une constante chez le médecin.

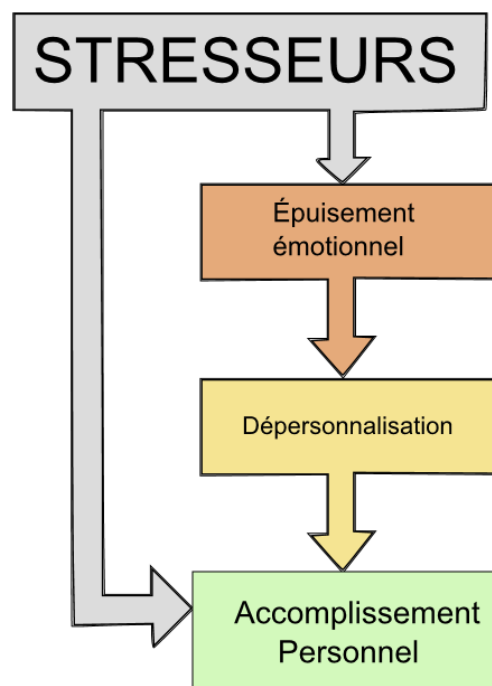
Au cœur des symptômes, il existe une incapacité croissante à contrôler les émotions négatives telles que l'anxiété, la honte, la rage, le désenchantement, sans pouvoir mettre en perspective les émotions positives telles que la joie, la fierté, la gratitude.

L'épuisement émotionnel constitue la composante affective du burn out, tandis que la dépersonnalisation et la réduction de l'accomplissement personnel constituent respectivement les composantes attitudinales et cognitives du burn out.

La dépersonnalisation correspond à une réaction de défense face à l'épuisement émotionnel et conduit à la rupture avec l'idéal que le médecin se fait de sa pratique, ce qui aboutit à l'atteinte de l'accomplissement personnel.

La description des ces trois dimensions fondamentales a permis la reconnaissance du syndrome du burn out par sa meilleure compréhension psychodynamique et constitue le socle de base à la construction de l'échelle d'autoévaluation (MBI).

Figure : MODELE TRIDIMENSIONNEL DE MASLACH ET JACKSON.



1-1-2) Mécanisme

Cette souffrance résulte de l'état de stress chronique, elle est une réaction cumulative des pressions professionnelles et relationnelles continues et répétées sur une longue période de temps.

Il s'agit d'un épuisement face à une demande importante d'énergie, de ressources et de force.

Le processus est progressif, il s'établit lentement et insidieusement.

Il s'agit d'une atteinte des professionnels dont l'activité requiert un engagement relationnel : les soignants, mais aussi les travailleurs sociaux, les enseignants, les avocats, les policiers, les pompiers...

Elle touche au-delà de toutes les relations d'aide, on peut également la retrouver hors du champ professionnel : proches de familles de malades chroniques.

Se pose alors le problème éthique de la relation d'aide : quelle distance établir pour aider tout en respectant la personne et sans se consumer soi-même ? [4]

Tour à tour sollicitée sur différents registres affectifs, de la dépendance maternelle, à l'assujettissement paternel, au copinage fraternisant, au rejet agressif, etc. : la relation médecin malade implique un ajustement permanent de la personnalité : un art fatigant.

« Le burn out ou mourir d'épuisement comme un caméléon sur un kilt écossais » Burgault, 1981.

« L'obtention de l'équilibre entre le savoir-faire, le savoir et les émotions ou sentiments relève de l'habileté d'un funambule » Manoukian. [34]

La relation médecin malade implique de plus en plus, pour le médecin, une confrontation à la souffrance, à l'impuissance et à l'incertitude.

Le médecin de premier recours, dont le médecin généraliste libéral, est souvent confronté aux situations non programmées qui augmentent encore son exposition au stress et à l'épuisement.

1-1-3) Manifestations cliniques

L'épuisement professionnel du soignant se manifeste par une variété de troubles émotionnels, physiques, intellectuels et /ou comportementaux. [34]

Les manifestations cliniques de l'épuisement professionnel du soignant peuvent être multiples et sont toujours non spécifiques :

Elles peuvent apparaître sur le versant somatique ou fonctionnel : fatigue, lassitude, céphalées, troubles digestifs, troubles du sommeil, sensibilité accrue aux infections...

Elles apparaissent également sur le versant émotionnel et affectif : irritabilité, susceptibilité, labilité émotionnelle, rigidité, pessimisme, méfiance, sensibilité accrue aux frustrations, tristesse, désespoir...

Elles apparaissent sur le versant cognitif : diminution de libido professionnelle, de l'attention, de la réflexion et de la créativité, troubles du jugement, troubles mnésiques et difficultés à prendre des décisions...

Elles peuvent se manifester sur le plan comportemental : isolement, apathie, majoration de consommation de substances psycho actives, troubles du comportement alimentaire...

Elles peuvent également contribuer à l'apparition de troubles psychiatriques et comportements suicidaires.

Les conséquences en sont l'altération de la qualité de vie professionnelle et des soins prodigués aux patients, ainsi que l'altération de la vie personnelle du médecin.



1-2) Classification et diagnostic différentiel

Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants pourrait, selon les cas, se rattacher aux troubles psychiques liés au stress, à la dépression ou encore aux maladies de l'adaptation, aux troubles anxieux ou aux troubles de la personnalité.

Il intéresse la psychiatrie, tout comme la santé au travail, la santé publique et la sociologie. [34]

Pourtant la définition de ce syndrome reste d'origine populaire et non académique : il n'est ni défini, ni reconnu parmi les classifications nosographiques référentielles des maladies mentales telle que la CIM 10(classification internationale des maladies) dans son chapitre 5 ou le DSM-4(diagnostic and statistical manual of mental disorders).

Il n'est pas non plus répertorié dans le CISP(classification internationale des soins de santé primaires).

L'amalgame ne doit donc pas se faire entre un trouble pathologique psychiatrique avéré diagnostiqué selon les référentiels de psychiatrie, et une souffrance telle que l'épuisement professionnel qui n'est pas une pathologie en tant que telle mais un facteur de risque.

Le manque de spécificité du concept d' « épuisement professionnel », son polymorphisme clinique et la grande diversité des facteurs qui lui sont associés, peuvent parfois induire une confusion avec certaines entités cliniques.

Le diagnostic différentiel se fait donc essentiellement avec :

-le syndrome dépressif,

-le trouble anxieux,

-le Karoshi.

Il est important de souligner que notre étude porte uniquement sur l'épuisement professionnel des soignants, et plus précisément des médecins généralistes, même si les termes de « burn out » ou « d'épuisement au travail » sont actuellement employés, bien au-delà du secteur de soins, car la souffrance mentale liée à la profession est devenue un véritable phénomène de société.

Les 23 consultations spécialisées dans la prise en charge de la souffrance au travail en France sont débordées : 1/4 des hommes et 1/3 des femmes salariés sont touchés par la détresse psychique au travail, selon une enquête de la fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie au travail. Un certificat de spécialisation en psychopathologie du travail, validé par le CNAM (Conservatoire National des Arts et Métiers) et l'université Descartes, a été créé il y a deux ans, et ouvert aux professionnels médicaux ou sociaux impliqués dans la santé mentale au travail.

1-2-1) Le syndrome dépressif

Ses principaux symptômes sont :

- anhédonie ;
- fatigue et perte de l'élan vital ;
- baisse de l'estime de soi avec sentiment d'inutilité ;
- sentiment de culpabilité ;
- ralentissement idéo-moteur ;
- troubles du comportement alimentaire conduisant à des variations pondérales ;
- idées noires voire suicidaires.

La dépression peut survenir secondairement à une situation de contrainte dont fait partie le travail (surmenage, conflit) ; il s'agit dans ce cas de dépression réactionnelle, par opposition à la dépression de type psychotique et classiquement sans facteur déclenchant ou « endogène »

1-2-2) Le trouble anxieux

Il est bien défini en psychiatrie et se manifeste par au moins trois des neuf symptômes suivants :

- agitation ;
- fatigabilité
- troubles de la concentration et de la mémoire ;
- irritabilité ;
- tension musculaire ;
- troubles du sommeil ;
- troubles fonctionnels digestifs ;
- troubles de l'alimentation ;
- épuisement.

La particularité du burn out est qu'il peut faire le lit d'une véritable anxiété généralisée ou d'une dépression qui sont, par conséquent à la fois des diagnostics différentiels et des complications potentielles évolutives de celui-ci.

1-2-3) Le Karoshi

Au Japon, sévit une forme particulièrement intense de burn out : le karoshi (karo=mort et shi=fatigue au travail) ou mort subite par excès de travail.

L'obligation de résultats dans l'entreprise allant jusqu'au sacrifice de la personne, le karoshi est reconnu comme maladie professionnelle. Cette mort subite serait due à des accidents cardiovasculaires (accident vasculaires cérébraux(AVC), infarctus du myocarde (IDM), insuffisance cardiaque aigue) dont la survenue est favorisée par la surcharge de travail.

1-3) Histoire de l'épuisement professionnel des soignants

1768 : Dr Tissot décrit déjà les méfaits de l'acharnement au travail chez les intellectuels et les dirigeants d'entreprises, il est le précurseur d'une psychologie du travail. [41]

1940 : le terme de burn out est utilisé dans l'industrie aérospatiale pour expliquer l'écrasement au sol d'une fusée ayant monté à trop vive allure et du même coup ayant brûlé trop rapidement son carburant. C'est le burn out du combustible qui est responsable de l'explosion de la fusée trop vite redescendue à terre. On commence à trouver la notion de psychopathologie d'origine professionnelle dans la littérature américaine dès 1936 par le Dr Hans Selye et en 1942 par le physiologiste Walter Bradford Cannon, notamment chez les infirmières.

Dès les années 1950 : de multiples articles scientifiques de chercheurs ou cliniciens décrivent le phénomène de souffrance des soignants.

Naît la psychopathologie du travail par les travaux de Veil, Amiel et Sivadon. [50]

1959 : Dr Claude Veil, psychiatre, évoque le concept d'épuisement professionnel et ses symptômes qui n'entrent pas dans la nosographie classique de la psychiatrie. [50]

1969 : Première trace du terme « burn out » dans une publication de H.B. Bradley où il le définit comme « un stress spécifiquement lié au travail ».

1974 : Herbert Freudenberger, psychiatre, reprend le terme de « burn out ». Il l'utilise pour caractériser l'état mental du personnel soignant bénévole travaillant avec lui en clinique et auprès de patients atteints de toxicomanie. Il décrit le phénomène comme une combustion totale des ressources internes des soignants sous l'effet de la tension, qu'il métaphorise à l'incendie d'immeubles sous les flammes. [14]

1976 : Christina Maslach, chercheuse en psychologie sociale, découvre ce phénomène dans le cadre d'une recherche sur le stress émotionnel et les stratégies de coping développés par les employés de services sociaux face à

leurs usagers. Elle en distingue les trois composantes que sont l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et l'atteinte de l'accomplissement personnel. Elle crée, en 1981, avec Susan Jackson, l'échelle de mesure « Maslach Burn out Inventory » ou « MBI », finalisée en 1986 et la plus utilisée à nos jours. [35]

1980 : Cary Cherniss propose un modèle transactionnel du burn out où l'individu et l'environnement interagissent en permanence, constituant un « processus ». Il en résulte un déséquilibre lorsqu'il y a un écart entre les exigences de travail et les ressources de l'individu, c'est-à-dire entre les attentes initiales et la réalité du terrain. [8]

1981 : Ayala Pines propose une autre approche motivationnelle du burn out où les tensions de l'individu proviennent également de l'écart entre les attentes ou la motivation et la réalité. D'après elle, le travail représente pour nombres d'individus une quête existentielle, si cette quête échoue, le burn out survient.

Années 2000 : sont mis en place des structures et programmes d'aide pour les professionnels de santé en souffrance : PAIMM (Programme d'Attention Intégrale au Médecin Malade) catalan et le PAMQ (Programme d'Aide aux Médecins du Québec) canadien.

Le PAIMM s'adresse à des médecins en exercice présentant des problèmes psychiques et/ou des comportements d'addiction. La finalité et le fonctionnement du PAIMM s'appuie sur le code de déontologie catalan qui comprend une double obligation : obligation de soins (article 101) alliée à une obligation de signalement (article 102). Ce programme est cofinancé par le gouvernement de Catalogne et l'Ordre des médecins de Catalogne.

Le PAMQ est un organisme à but non lucratif et autonome. Il offre depuis 1990 une aide discrète, professionnelle, compréhensive par des entretiens téléphoniques ou des rencontres avec des médecins (identification des problèmes, établissement d'un plan d'action, soutien tout au long de la démarche, réinsertion socioprofessionnelle).

2005 : création par le Dr Eric Galam de l'AAPML (Association d'Aide Professionnelle aux Médecins Libéraux) en France grâce à des fonds publics.

Un numéro de téléphone, le 0826 004 580, dédié aux médecins libéraux en difficulté psychologique dans l'exercice de leur profession, permet aux personnes appelant, en tout anonymat, d'avoir accès à un psychologue clinicien 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 [11,19]

2009 : création de l'APSS (Association Pour les Soins aux Soignants) à l'initiative du CNOM (Conseil National de l'Ordre des Médecins) et de la CARMF (Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France). Les objectifs de cette association sont d'abord de constituer une base de données sur les pathologies spécifiques des professionnels de santé, de les prévenir et de les traiter en constituant des structures d'accueil et de soins spécifiques dédiées aux soignants. Il existe à ce jour, en France cinq établissements opérationnels répartis sur l'ensemble du territoire, disposant de lits spécifiquement dédiés aux soignants.

4 décembre 2008 : colloque « vulnérabilité et souffrance du soignant » par Groupe Pasteur Mutualité, sous le patronage de Roselyne Bachelot, ministre de la santé, et avec la participation du Conseil National de l'Ordre des Médecins, de la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins, de la CARMF, de l'Association Médicale Française, et du directeur médical du « Quotidien du Médecin ». Un site Internet est conçu pour l'occasion recueillant témoignages et contributions des professionnels de santé :

www.souffrancedusoignant.fr

2010 : Le Groupe Pasteur Mutualité lance une enquête sur le burn out auprès de 3786 médecins dont le but est la mise en place d'un dispositif de prévention.

1-4) L'épuisement professionnel : sujet tabou et rapport à la déontologie médicale :

Parler d'épuisement professionnel du soignant, c'est accepter de parler du médecin en tant que personne, c'est travailler sur l'identité professionnelle des soignants et en chercher les caractéristiques et les ressources.

« C'est enfin mettre en évidence l'humanité de la fonction soignante par rapport à la technicité des actes. », Canaoui. [4]

Or pour la société, et pour le médecin lui-même souvent, il existe un fantasme d'invulnérabilité du médecin, parler d'épuisement c'est alors en premier lieu un constat d'échec. Pour le médecin, accepter d'être malade est souvent lié à un sentiment de culpabilité, de honte...

Sur le plan personnel, pour le médecin, il s'agit de relativiser ce mythe de la toute puissance et de l'endurance, d'accepter de se faire plaisir dans le soin et dans le loisir, en replaçant l'activité professionnelle dans son existence personnelle, se poser la question de son idéal professionnel et de le replacer dans les conditions réelles d'exercice.

En conséquence de ces sentiments de honte et de culpabilité, les circonstances de diagnostic sont peu adaptées : « diagnostic de couloir » : il s'agit du ressenti des collègues au sujet d'un des leurs, qui préfèrent ne pas en parler, c'est la loi du silence collectif.

La prise en charge d'un médecin malade par un confrère implique des contraintes : une confidentialité accrue, car il s'agit d'un professionnel libéral, de la vie publique, et une question déontologique à se poser au sujet de la santé des patients dont le médecin malade a la responsabilité. Faut-il signaler, et à qui, un confrère malade potentiellement dangereux pour ses patients ?

Selon certains codes de déontologie médicale étrangers : oui, ce devoir y est même décrit de façon explicite en Catalogne :

Article 101 : Le médecin qui soit conscient d'être malade et de pouvoir transmettre une maladie ou qui constate des difficultés pour exercer de façon pleinement efficace sa profession, a le devoir de consulter un ou plusieurs collègues pour qu'ils estiment sa capacité professionnelle et pour que le médecin affecté suive les indications qui lui seront données.

Article 102 : Le médecin qui sache qu'un autre médecin, à cause de ses conditions de santé, habitudes ou possibilités de contagion, peut nuire aux patients, a le devoir de lui communiquer et de lui recommander avec discrétion qu'il consulte celui qui pourra lui recommander la meilleure actuation. Ce médecin a également le devoir de le communiquer à l'ordre des médecins. Le bien être des patients doit toujours être la priorité.

Le code de déontologie médicale français ne spécifie rien à ce sujet, même si l'on doit se soucier de la confraternité, ainsi que la déontologie vis-à-vis de patients subissant les nuisances possibles d'un médecin souffrant.

Néfastes aussi, l'« autodiagnostic » d'épuisement existe, non suivi de mesures correctives, mais au contraire souvent surcompensé d'un excès de zèle, qui aggrave l'épuisement.

1-5) Le Maslach Burn out Inventory (MBI): échelle de mesure de l'épuisement professionnel du soignant (annexe 1)

Crée en 1986 par Maslach et Jackson, l'échelle MBI est la plus utilisée au niveau mondial, européen, et français. Sa validité a été attestée par de nombreuses études psychométriques. [10,35]

Il s'agit d'une échelle composée de 22 affirmations, pour chacune de celles-ci, la personne interrogée indique la fréquence selon laquelle elle éprouve ce ressenti :

0=jamais,

1=quelquefois par an,

2=une fois par mois,

3=plusieurs fois par mois,

4=une fois par semaine,

5=plusieurs fois par semaine,

6=tous les jours.

Chacune de ses affirmations correspond à l'une des trois dimensions du burn out : on obtient alors un score unique pour chacune des trois dimensions du burn out que sont l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et l'accomplissement personnel.

Le score obtenu permet la mesure de l'épuisement professionnel comme variable continue, dont le score passe de faible à modéré puis à fort : et non comme une variable dichotomique.

Ce score rend compte d'une souffrance relationnelle plus ou moins importante dans l'exercice de sa profession médicale et non d'un état pathologique psychiatrique avéré.

Item	Fréquence
1. Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail	0123456
2. Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail	0123456
3. Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une nouvelle journée de travail	0123456
4. Je peux comprendre facilement ce que mes malades ressentent	0123456
5. Je sens que je m'occupe de certains malades de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets	0123456
6. Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort	0123456
7. Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes malades	0123456
8. Je sens que je craque à cause de mon travail	0123456
9. J'ai l'impression au travers de mon travail d'avoir une influence positive sur les gens	0123456
10. Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail	0123456
11. Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement	0123456
12. Je me sens plein(e) d'énergie	0123456
13. Je me sens frustré(e) par mon travail	0123456
14. Je sens que je travaille « trop dur » dans mon travail	0123456
15. Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes malades	0123456
16. Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop	0123456
17. J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes malades	0123456
18. Je me sens ragaillard(e) lorsque dans mon travail, j'ai été proche de mes malades	0123456
19. J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail	0123456
20. Je me sens au bout du rouleau	0123456
21. Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement	0123456
22. J'ai l'impression que mes malades me rendent responsables de certains de leurs problèmes	0123456

-L'épuisement émotionnel

Etudié par la somme des réponses aux affirmations 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 et 20.

-Bas si inférieur ou égal à 17,

-Modéré de 18 à 29,

-Elevé si supérieur ou égal à 30.

-La dépersonnalisation

Etudié par la somme des réponses aux affirmations 5, 10, 11, 15 et 22.

-Bas si inférieur ou égal à 5,

-Modéré de 6 à 11,

-Elevé si supérieur ou égal à 12.

-L'accomplissement personnel

Etudié par la somme des réponses aux affirmations 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 et 21.

-Bas si inférieur ou égal à 33,

-Modéré de 34 à 39,

-Elevé si supérieur ou égal à 40.

Des scores modérés, voire élevés, sont le signe d'un épuisement professionnel latent, en train de s'installer.

Si vous avez obtenu :

Un score élevé aux deux premières échelles et un score faible à la dernière :
vous vous sentez épuisé(e) professionnellement en ce moment.

Si vous avez obtenu :

Un score faible aux deux premières échelles et un score élevé à la dernière :
vous êtes loin d'être épuisé(e).

Il existe d'autres échelles de mesure, moins utilisées :

La mesure de Pines ou Burnout Measure (BM) : après le MBI, c'est l'échelle la plus utilisée dans le monde car elle est simple d'utilisation.

Elle comprend 21 items et est davantage corrélée à la composante « épuisement émotionnel » qu'aux deux autres dimensions. [33,36]

La mesure de Shirom-Melamed (S-MBM) : est plus récente, composée de 12 items, sa conception renvoie quasi exclusivement à la dimension « épuisement émotionnel ». [38]

La Copenhagen Burnout Inventory (CBI) : est une échelle adaptée en français, elle explore l'épuisement émotionnel, professionnel et relationnel.

1-6) Les causes et facteurs associés à l'épuisement professionnel des soignants :

1-6-1) Les facteurs organisationnels et professionnels :

-Les exigences croissantes du métier notamment avec l'émergence d'un cadre réglementaire de plus en plus contraignant et la nécessité de se conformer à des obligations relevant du champ administratif plus que médical.

Par exemple, le CAPI (Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles) mis en place en 2009 par l'assurance maladie dans le but de généraliser la prescription de médicaments génériques. Les RBP (Recommandations de Bonnes Pratiques) élaborées par la HAS (Haute Autorité de Santé), la ROSP (Rémunération sur Objectifs de Santé Publique) mis en place en 2012 par l'assurance maladie.

Ces dispositifs réduisent la marge de manœuvre du médecin dans son exercice et, son autonomie en particulier en matière de prescription,

- Horaires,
- Nombres de journées travaillées,
- Gardes,
- Les contraintes financières : emprunt d'aménagement du cabinet, fisc, assurances...pouvant conduire à un surendettement ;
- L'hypermédiatisation conduisant à une surcharge d'informations transforme l'image du « patient observant » en « client évaluateur »,
- Le poids administratif : papiers, fisc, contrôle URSSAF, caisses, difficultés de gestion du cabinet (sorte de micro entreprise libérale) conduisent à une bureaucratisation de la médecine générale ;
- Le décloisonnement de la vie professionnelle et privée pouvant conduire à une désintégration familiale par manque de disponibilité du médecin vis-à-vis de lui-même (repos, congés, loisirs) et de sa famille,
- Risques contentieux et juridiques avec un nombre croissant de procès intentés aux médecins,
- Cas cliniques difficiles à prendre en charge,
- Visites à domicile et consultations sans rendez-vous,
- Temps pour les formations ou activités médicales annexes à l'exercice libéral,
- Densité médicale du secteur d'exercice,
- La durée d'installation.

1-6-2) Les variables sociodémographiques :

-L'âge, (très controversé dans la littérature)

-Le sexe, (très controversé dans la littérature)

-Le statut matrimonial et familial, il semble que la vie de famille ait un effet positif sur le sentiment de satisfaction au travail et au contraire que le conflit entre vie professionnelle et carrière soit une source de stress pouvant favoriser le burn out.

1-6-3) Les variables personnelles :

Les antécédents personnels pathologiques (somatiques ou psychiatriques), les problèmes d'ordre affectif, les fragilités individuelles psychologiques, la personnalité du médecin.

Les causes de l'épuisement professionnel peuvent se retrouver dans les besoins personnels ressentis dans l'accomplissement de son travail : être trop idéaliste et se donner des objectifs irréalisables, avoir le goût du sacerdoce et faire preuve de trop d'altruisme et d'abnégation, combler son besoin affectif par de la reconnaissance et des remerciements.

La sous-estimation de soi et de ses compétences professionnelles peut également être la cause de l'épuisement.

1-6-4) La société et les patients :

Comme l'explique D.Truchot dans son article [42], la relation médecin-malade est perçue comme équitable et donc source de bien-être quant le rapport bénéfices /investissements entre chaque partie est égal.

En effet l'iniquité perçue par l'un ou l'autre des parties est source de détresse. Si dans la relation médecin-malade, en retour de ses investissements le médecin reçoit des honoraires, il peut cependant ressentir qu'il ne recueille que peu de considération par rapport à l'énergie investit dans la relation.

De plus, l'évolution vers une société de consommation aboutit à la notion de « client roi » où le médecin serait un « bien consommable » parmi tant d'autres. L'image du médecin se retrouve alors ternie, elle passe par une perte de statut, de respectabilité et de reconnaissance.

Dans un bulletin de l'ordre des médecins de 2003, le Dr Gautier relève trois périodes majeurs du siècle dernier dans l'histoire de la relation avec le patient :

Le temps des « malades », puis le temps des « patients », puis le temps des « usagers de droit ». [24] Les nouvelles obligations légales concernant le devoir d'information du patient et le droit d'accès au dossier alourdissent la relation.

2) MATERIEL ET METHODES

2-1) Objectifs et type de l'étude

Le premier objectif de cette étude était la construction d'un outil de dépistage du burn out en quatre items permettant d'identifier rapidement (par exemple : au cours d'une conversation téléphonique) les médecins à risque de façon à les orienter.

Le second objectif était de faire corrélér cet outil au gold standard : le MBI, afin d'en déterminer la valeur seuil permettant l'obtention des meilleures performances en tant qu'outil de dépistage.

Il s'agissait d'effectuer une étude épidémiologique descriptive transversale, quantitative, basée sur l'auto-questionnaire anonyme.

Chaque médecin généraliste interrogé avait également la possibilité de nous retourner toutes suggestions ou commentaires sur une boîte mail, cette fois de façon non anonyme et facultative.

2-2) Contenu du questionnaire de l'étude (test de dépistage et MBI) (annexe 2 avec pondération)

1. Parvenez-vous à consacrer du temps à vos loisirs ?

-une fois par semaine ou plus

-deux à trois fois par mois

-une fois par mois

-quelquefois par an

2. Parmi ces pathologies : fatigue chronique, céphalées, lombalgies, souffrez-vous d'au moins l'une d'entre elles ?

-une fois par semaine ou plus

-deux à trois fois par mois

-une fois par mois à quelquefois par an

-vous ne souffrez d'aucune de ses pathologies

3. Avez-vous le sentiment d'être émotionnellement impliqué(e) dans la prise en charge de vos patients ?

-de trop, vous y pensez même en dehors de votre travail

-selon vous, de la même façon que vos confrères

-à votre avis, pas autant que vos confrères

-pas du tout

4. Etes-vous satisfait(e) de votre exercice médical (aujourd'hui) ?

-complètement satisfait

-plutôt satisfait

-pas vraiment satisfait

-pas du tout satisfait

Le questionnaire en quatre items comprenait :

- Deux questions orientées vers l'évaluation du niveau d'épuisement émotionnel : les questions 1 et 2
- Une question orientée vers l'analyse du niveau de dépersonnalisation : la question 3
- Une question orientée vers l'analyse de l'accomplissement personnel : la question 4

Nous avons choisi d'axer deux questions sur l'évaluation du niveau d'épuisement émotionnel puisque la littérature considère cette dimension comme majeure dans la survenue du burn out.

Nous ne pouvions cependant pas exclure les deux dimensions : « dépersonnalisation » et « accomplissement personnel » lors de la construction du test de dépistage.

C'est pourquoi une question par dimension a été élaborée puisque la dépersonnalisation est spécifique des soignants et l'accomplissement personnel quand il est atteint, découle de l'atteinte des deux dimensions précédentes.

Le score des réponses au test de dépistage allait de 1 à 4 en considérant que répondre 1 exposait à peu de risque et qu'au contraire répondre 4 exposait à un risque maximal. Le score total à la fin du questionnaire de dépistage allait de 4 à 16.

Les réponses n'allaient pas graduellement dans l'énoncé du questionnaire de manière à ne pas influencer les participants.

Par exemple, répondre à la question 3 : « Avez-vous le sentiment d'être émotionnellement impliqué(e) dans la prise en charge de vos patients ? » par la première réponse : « de trop, vous y pensez même en dehors de votre travail » correspondait à un score de 3(voir annexe)

Le MBI permettant une évaluation du score d'épuisement professionnel dans ses trois composantes : épuisement émotionnel, dépersonnalisation et accomplissement personnel (voir chapitre 1-5) était renseigné par la suite sur la même page. Il comprenait 22 questions avec des scores pour chaque réponse allant de 0 à 6.

Les 26 questions au total étaient renseignées en 5minutes environ.

2-3) Critères d'inclusion et échantillonnage

200 médecins généralistes installés en activité libérale en Lorraine ont été tirés au sort.

Il s'agissait d'une randomisation à partir du site des pages jaunes de 50 médecins en Meuse, 50 en Meurthe et Moselle, 50 en Moselle et 50 dans les Vosges.

Les médecins ont été contactés par téléphone afin de leur expliquer brièvement le projet, obtenir leur consentement et leurs adresses électroniques.

Les médecins ayant refusé de participer nous ont tous fait savoir qu'ils avaient, hélas, des contraintes de temps et s'en sont excusés.

En cas de refus, un autre médecin était tiré au sort en fonction du département d'origine.

Une fois les 200 adresses recueillies, les médecins généralistes ont été interrogés par courrier électronique entre le 20/06/16 et le 18/08/16.

Le recueil a quant à lui été effectué du 20/06/16 au 14/09/16 soit pendant 86 jours.

2-4) Présentation du questionnaire d'étude ; spécificité, avantages et inconvénients de l'envoi électronique.

Objet : Travail de thèse mémoire sur le burn out en médecine générale

Message d'accueil :

Mesdames, Messieurs, médecins généralistes lorrains, testez votre niveau d'épuisement professionnel en 5 minutes.

Participez de façon strictement anonyme à l'enquête menée auprès de 200 médecins généralistes lorrains tirés au sort, faisant l'objet d'une thèse mémoire de médecine générale, effectuée par Cécile BEN ZID et dirigée par le Dr Christine COUR.

Vous recevrez une réponse à la fin du test ainsi qu'un message: «Le script est terminé mais aucune réponse n'a été obtenue " merci de ne pas en tenir compte.

Le MBI (Maslach Burn out Inventory) est le questionnaire de référence utilisé dans les études évaluant l'épuisement professionnel.

Le but de cette étude est d'évaluer la performance d'un questionnaire en 4 items en tant qu'outil de dépistage versus le Maslach Burn out Inventory.

Pour participer, veuillez cliquer sur le lien ci-dessous

<https://script.google.com/macros/s/AKfycbxlYqCVRs9vzP5fw7CkmfbIbWAGdxec0FhQP6IjaAJBaRui6D4C/exec>

Nous vous remercions,

Cécile BEN ZID, Christine MICHON COUR

PS : vous pouvez, si vous le souhaitez, nous retourner vos remarques ou questions.

2-4-1) Avantages et spécificité :

-Un anonymat des réponses.

-Des réponses forcément exploitables et cohérentes. En effet, en cas d'absence de réponse à une question, l'envoi était bloqué et le médecin averti. De la même façon, une seule réponse était admise par question à l'aide de cases à cocher.

- Le courrier électronique adressé proposait également aux médecins un retour sur la boîte mail, permettant le recueil de témoignages, suggestions et commentaires de façon non anonyme.

-Des résultats obtenus à la fin du questionnaire, au moment de l'envoi permettant de se situer en termes d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et d'accomplissement personnel. (cf annexe 3)

- Une obligation déontologique : possibilité de signaler aux candidats qu'ils souffraient d'épuisement professionnel en cas de burn out avéré au MBI, tout en préservant l'anonymat.

- S'agissant d'un lien, le médecin interrogé pouvait interrompre la saisie et reprendre plus tard, ou revenir sur les questions sans contrainte horaire tant que l'envoi n'avait pas été effectué.

2-4-2) Inconvénients :

-Nous ne connaissions pas les adresses électroniques des médecins n'ayant pas répondu et ne pouvions pas effectuer de relances spécifiques auprès d'eux.

-Plusieurs réponses étaient possibles par adresse électronique interrogée même si, lors des relances, nous avons spécifié que les personnes ayant déjà répondu devaient s'abstenir.

- En souhaitant anonymiser les adresses électroniques des participants et en les plaçant dans l'onglet « CCI » pour « copie conforme invisible », beaucoup de participants ont reçu le courrier directement dans les spam. Il a donc fallu adresser des courriers un par un.

-Les médecins dont les 3dimensions étaient atteintes au MBI n'ont pas pu être identifiés, aucune orientation n'a été prévue.

2-5) Recueil statistique et analyse des données

Les données recueillies ont été exportées à partir de « google forms » sous forme d'un document Microsoft Excel.

L'étude statistique a été réalisée grâce au logiciel Excel et avec l'aide du Pr Jay et du Pr Guillemin.

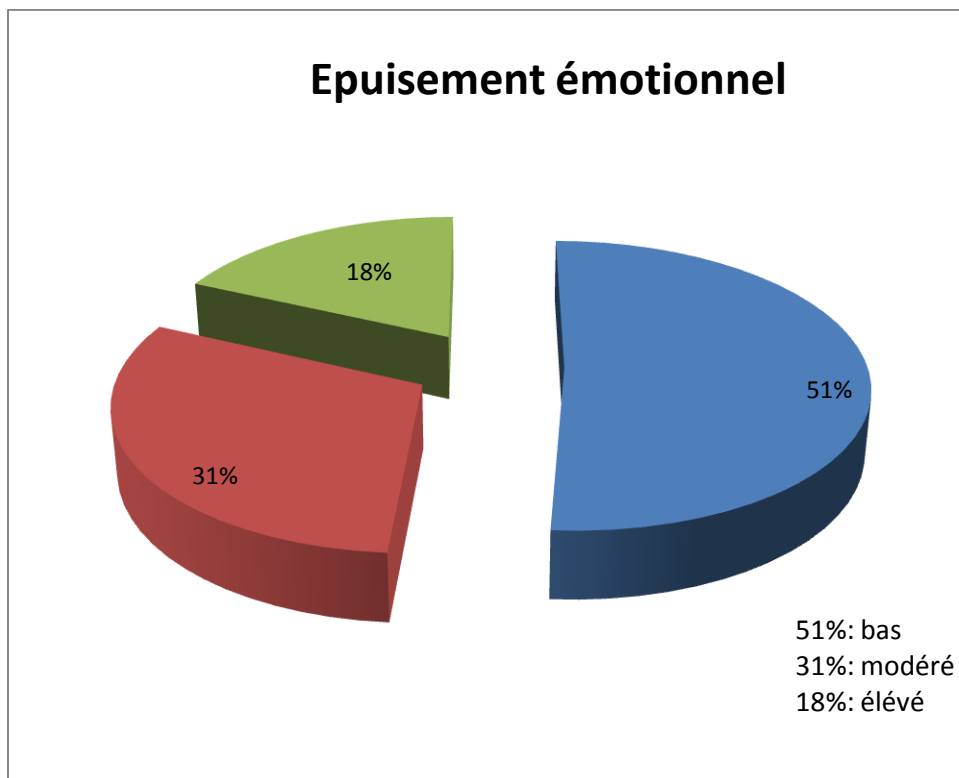
3) RESULTATS

3-1) Participation

Sur les 200 médecins ayant souhaité participer à l'étude, 89 ont répondu, soit un taux de participation de 44%.

3-2) Description de la population de médecins étudiée

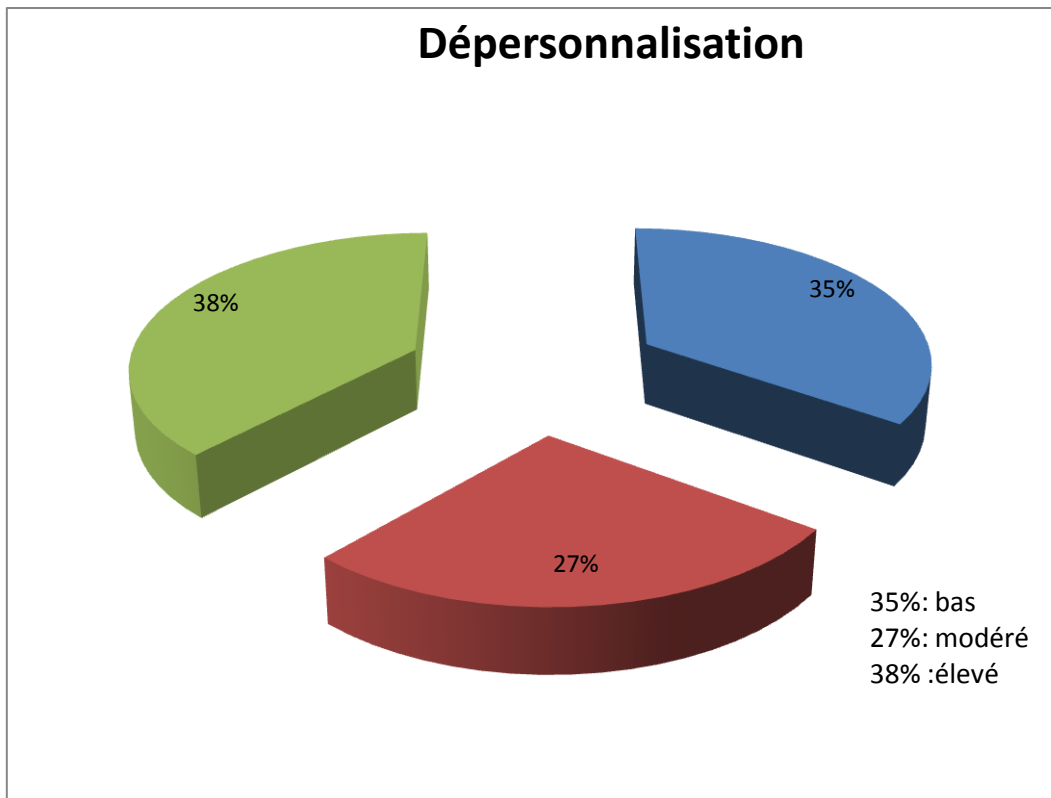
3-2-1) Au niveau des résultats de l'échelle MBI



-51% des médecins interrogés ont un score d'épuisement émotionnel bas ;

-31% d'entre eux ont un score d'épuisement émotionnel modéré ;

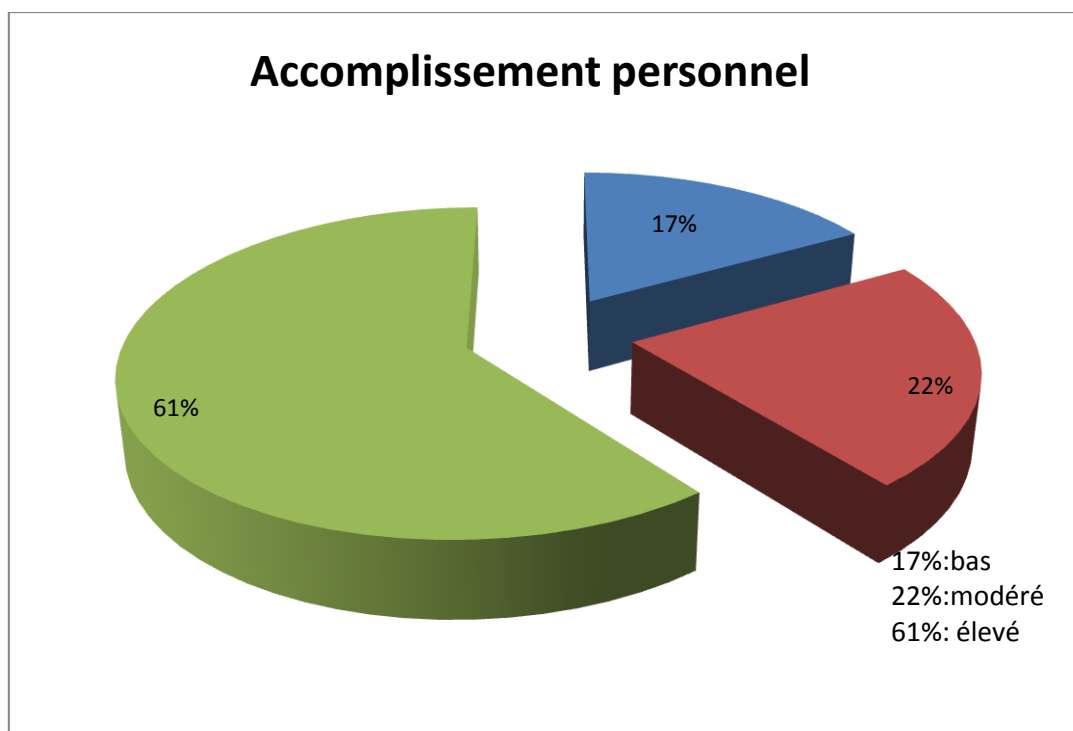
-18% d'entre eux ont un score d'épuisement émotionnel élevé.



-35% des médecins interrogés ont un score de dépersonnalisation bas;

-27% d'entre eux ont un score de dépersonnalisation modéré ;

-38% d'entre eux ont un score de dépersonnalisation élevé.



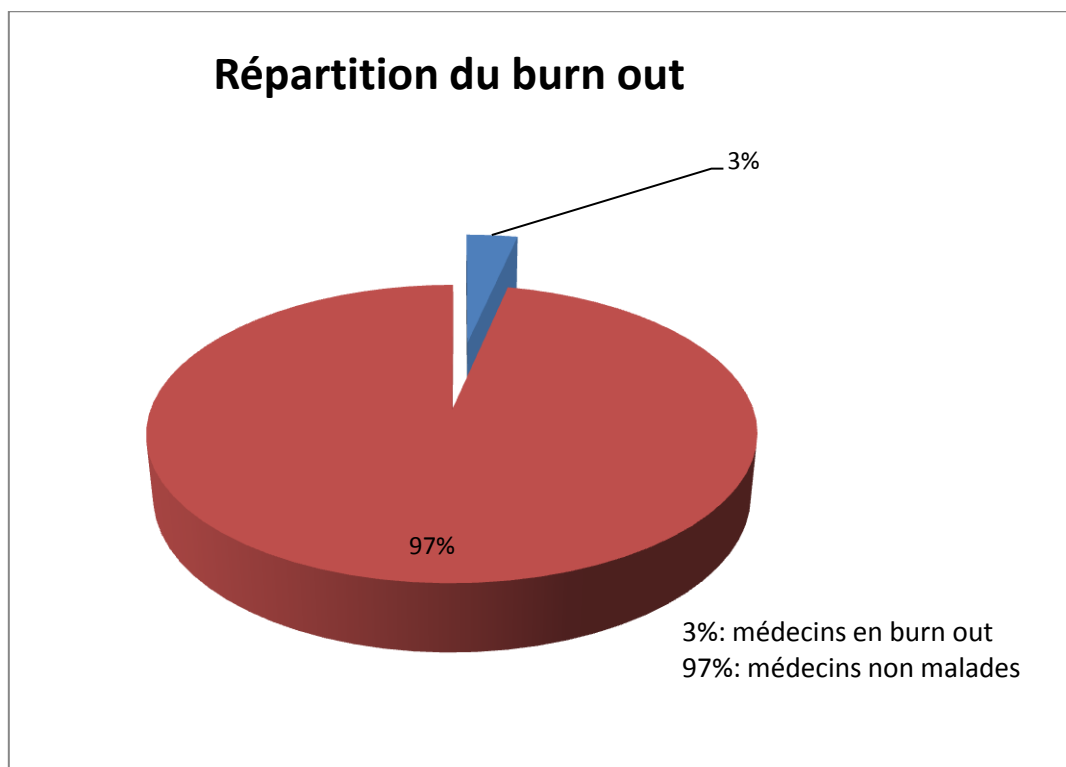
- 17% des médecins interrogés ont un score d'accomplissement personnel bas ;
- 22% d'entre eux ont un score d'accomplissement personnel modéré ;
- 61% d'entre eux ont un score d'accomplissement personnel élevé.

Pourcentage de médecins selon leurs évaluations sur les trois dimensions du syndrome d'épuisement professionnel

Dimension du syndrome	Faible	Modéré	Elevé
Epuisement émotionnel	51%	31%	18%
Dépersonnalisation	35%	27%	38%
Accomplissement personnel	17%	22%	61%

3-2-2) Au niveau de l'interprétation du MBI

3-2-2-a) Trois dimensions avec scores élevés EE, DP et AP

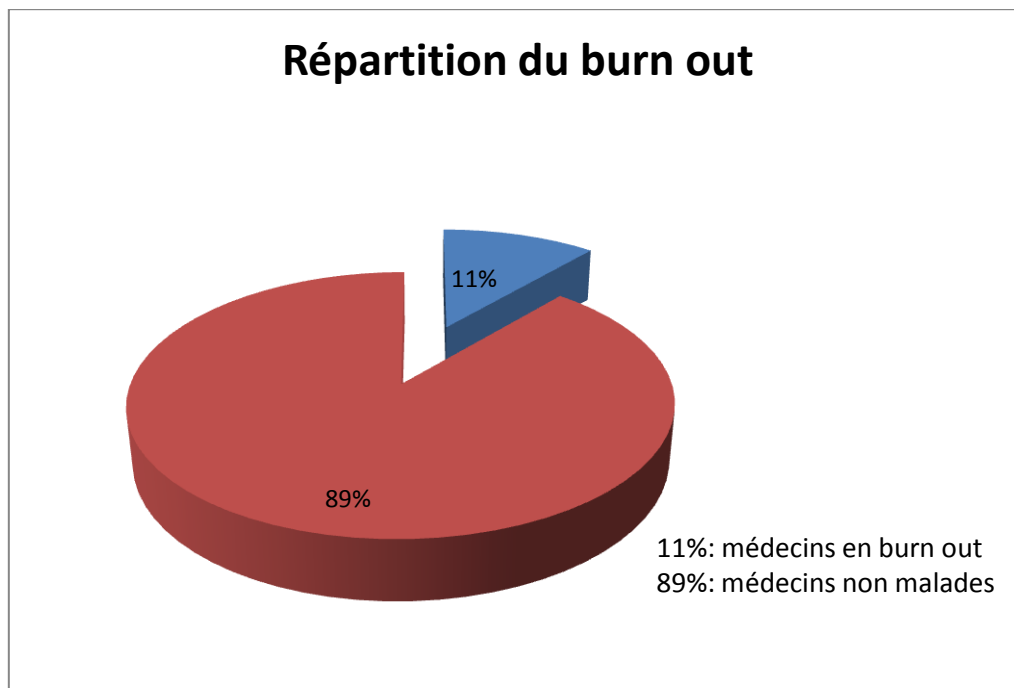


Dans notre échantillon :

-3% des médecins généralistes sont atteints de burn out ;

-97% d'entre eux sont non malades.

3-2-2-b) Deux dimensions avec scores élevés EE et DP

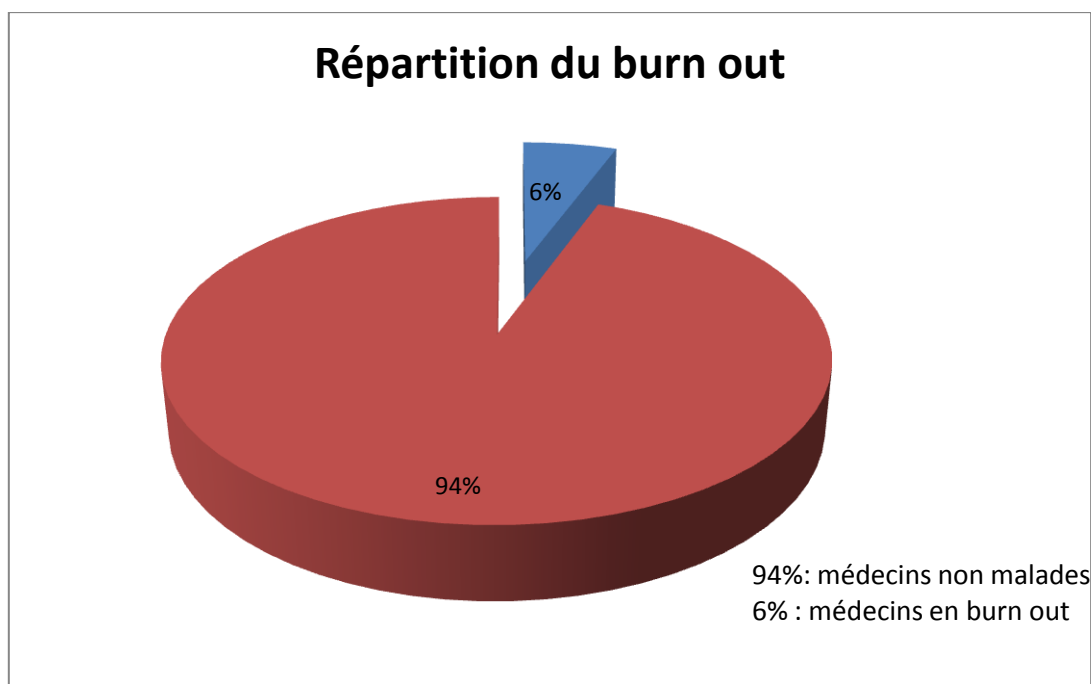


Si nous considérons que deux dimensions atteintes suffisent à poser le diagnostic de burn out (pour les dimensions d'EE et de DP) :

-11% des médecins généralistes interrogés seraient atteints de burn out ;

-89% d'entre eux seraient non malades.

3-2-2-c) Deux dimensions avec scores élevés EE et AP

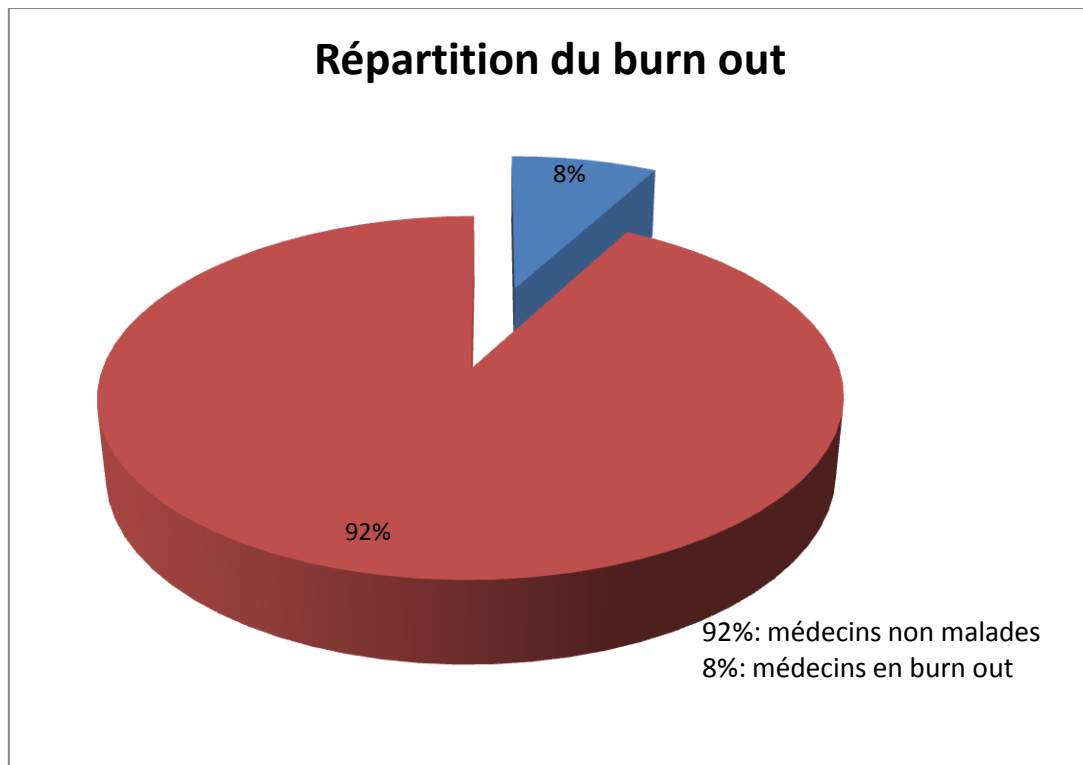


Si nous considérons que deux dimensions atteintes suffisent à poser le diagnostic de burn out (pour les dimensions d'EE et d' AP) :

-6% des médecins généralistes interrogés seraient atteints de burn out ;

-94% d'entre eux seraient non malades.

3-2-2-d) Deux dimensions avec scores élevés DP et AP

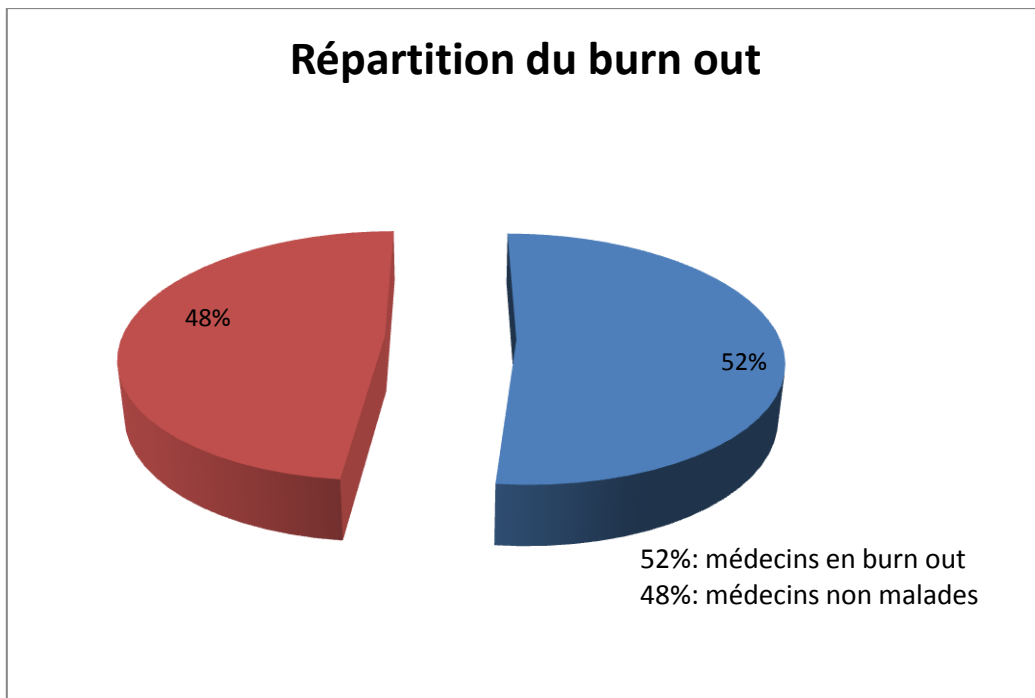


Si nous considérons que deux dimensions atteintes suffisent à poser le diagnostic de burn out (pour les dimensions de DP et d'AP) :

-8% des médecins généralistes interrogés seraient atteints de burn out ;

-92% d'entre eux seraient non malades.

3-2-2-e) Au moins une dimension avec score élevé EE ou DP ou AP

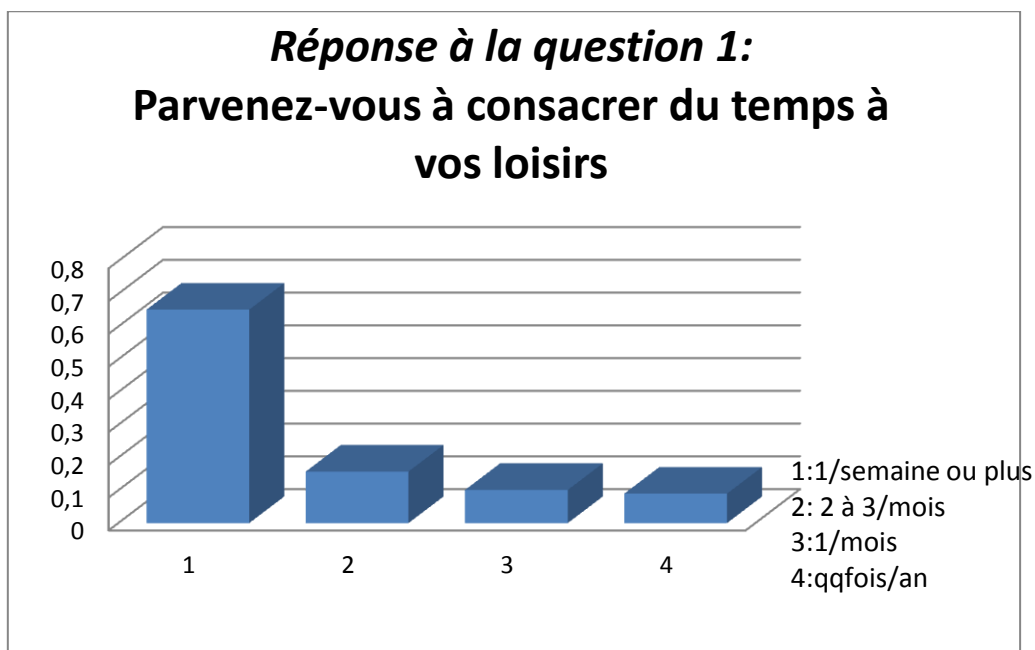


Si nous considérons qu'une seule dimension atteinte suffit à poser le diagnostic de burn out (pour les dimensions d'EE ou de DP ou d'AP) :

-52% des médecins généralistes interrogés seraient atteints de burn out ;

-48% d'entre eux seraient non malades.

3-2-3) Au niveau des résultats du test de dépistage



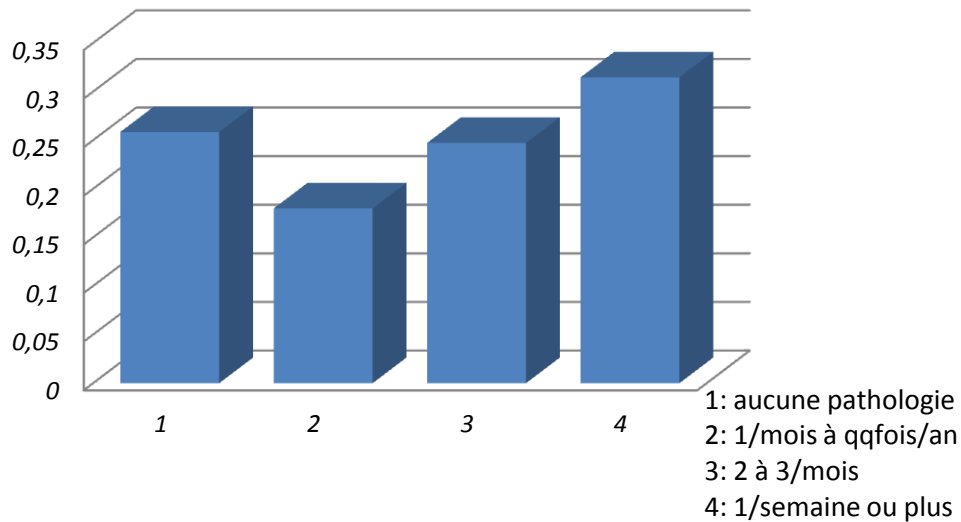
-65% des médecins interrogés ont répondu qu'ils parvenaient à consacrer du temps à leurs loisirs une fois par semaine ou plus ;

-16% d'entre eux, deux à 3 fois par semaine ;

-10% d'entre eux, une fois par mois ;

-9% d'entre eux, quelquefois par an.

**Réponse à la question 2:
Parmi ces pathologies (...) souffrez-vous
d'au moins l'une d'entre elles**



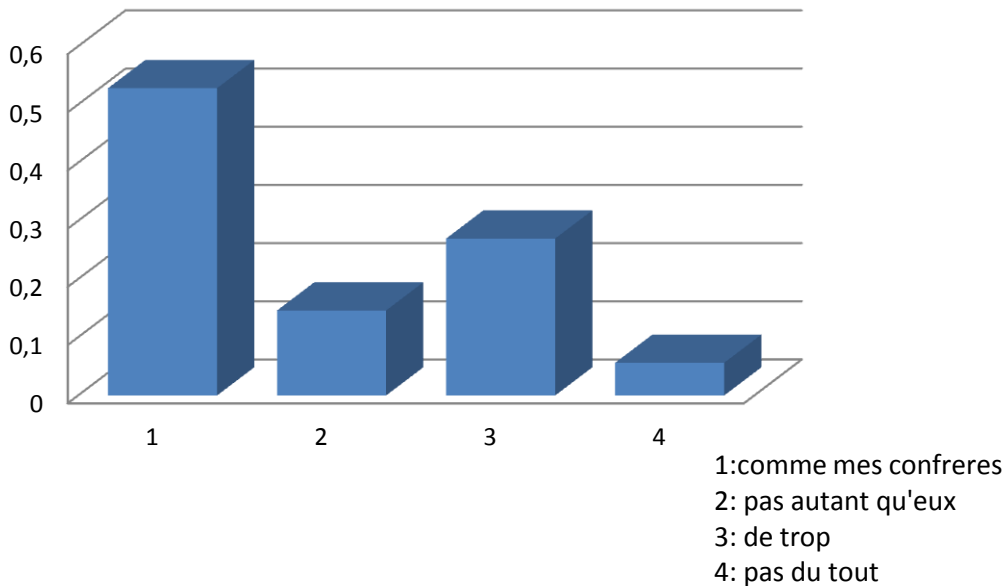
-26% des médecins interrogés ont déclaré ne souffrir d'aucune pathologie ;

-18% ont déclaré souffrir d'un de ces maux entre une fois par mois à quelquefois par an ;

-25% ont déclaré souffrir d'un de ces maux deux à trois fois par mois ;

-31% ont déclaré souffrir d'un de ces maux une fois par semaine ou plus.

**Réponse à la question 3:
Avez-vous le sentiment d'être émotionnellement
impliqué(e) dans la prise en
charge de vos patients**



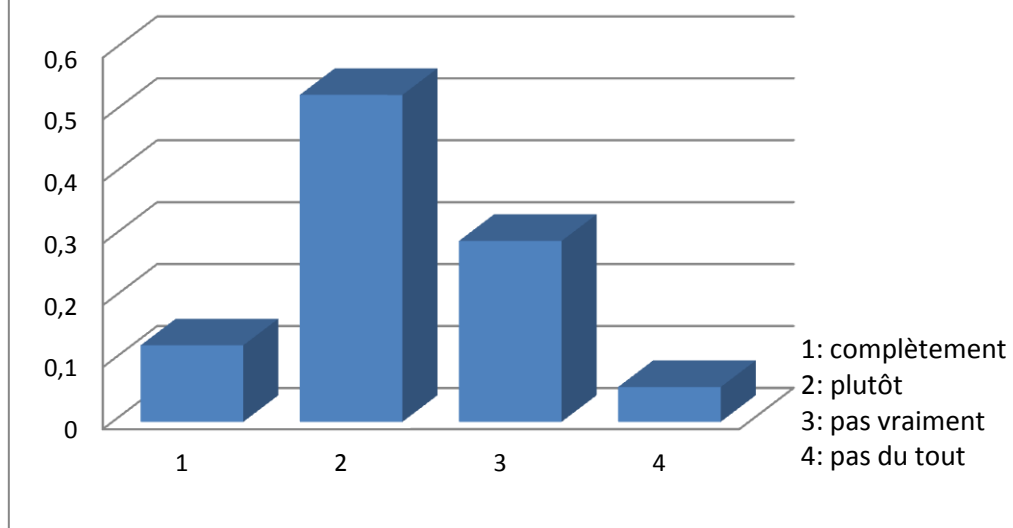
-53% des médecins ont le sentiment d'être autant impliqués que leurs confrères dans la prise en charge de leurs patients ;

-14% d'entre eux ne se sentent pas autant impliqués que leurs confrères ;

-27% d'entre eux ont le sentiment d'être trop impliqués et y pensent même en dehors de leur travail ;

-6% d'entre eux ont le sentiment de ne pas être du tout impliqués dans la prise en charge de leurs patients.

**Réponse à la question 4:
Etes-vous satisfait(e) de votre exercice
médical**

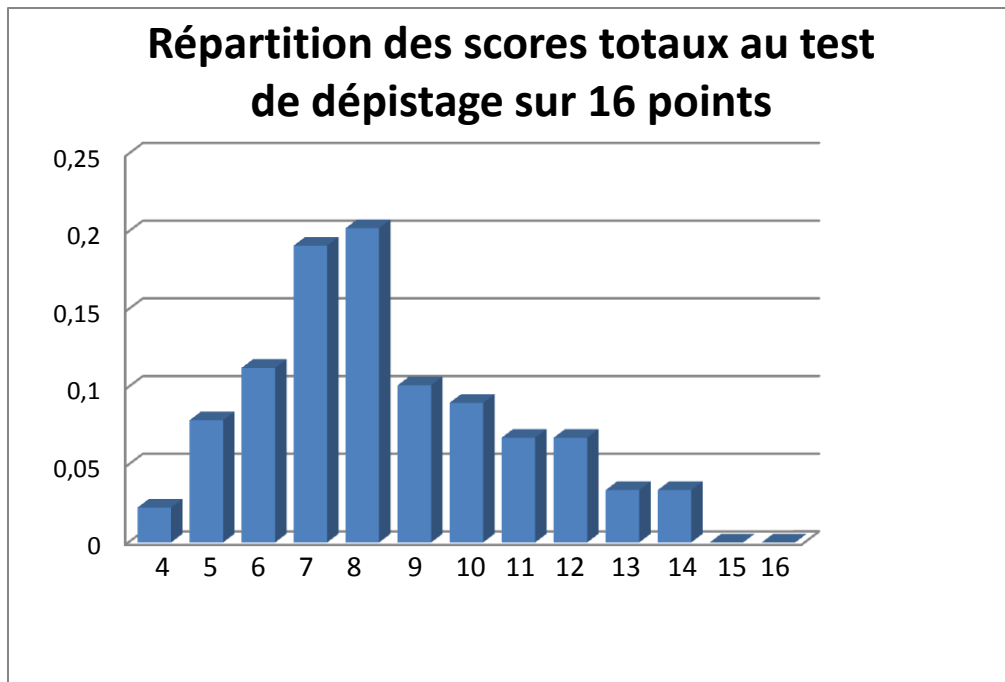


-12% des médecins interrogés ont déclaré être complètement satisfaits de leur exercice médical ;

-53% d'entre eux se déclarent plutôt satisfaits ;

-29% d'entre eux ne se déclarent pas vraiment satisfaits ;

-6% d'entre eux ne se déclarent pas du tout satisfaits.

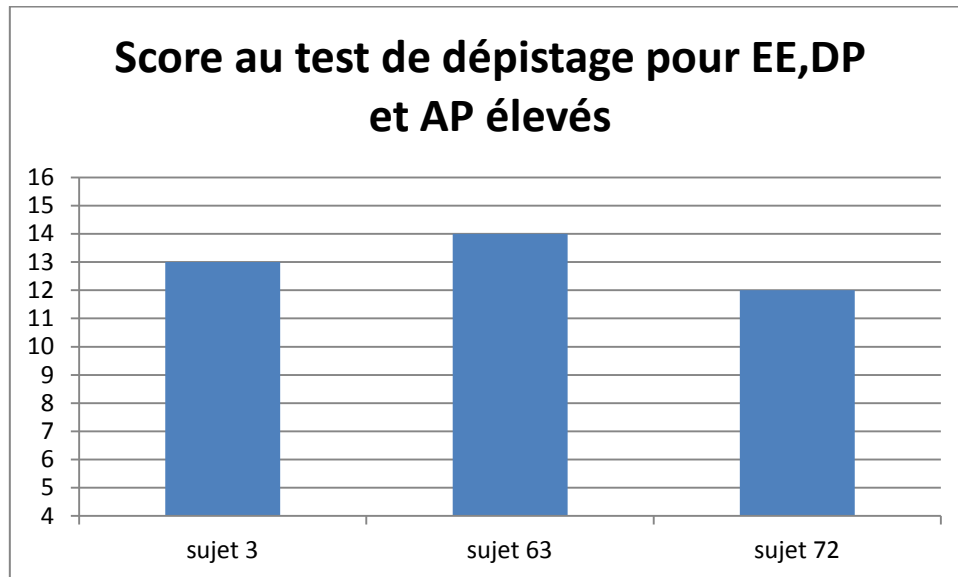


Ici, le mode correspond à la valeur 8, cela signifie que 20% des médecins soit 18 médecins interrogés, ont eu un total de 8 points sur 16 au test de dépistage. En effet le score 8 correspond à la valeur la plus fréquente de l'échantillon.

Le score moyen au test de dépistage est de 8.38.

3-3) Analyse des résultats obtenus au test de dépistage par rapport aux dimensions élevées au MBI.

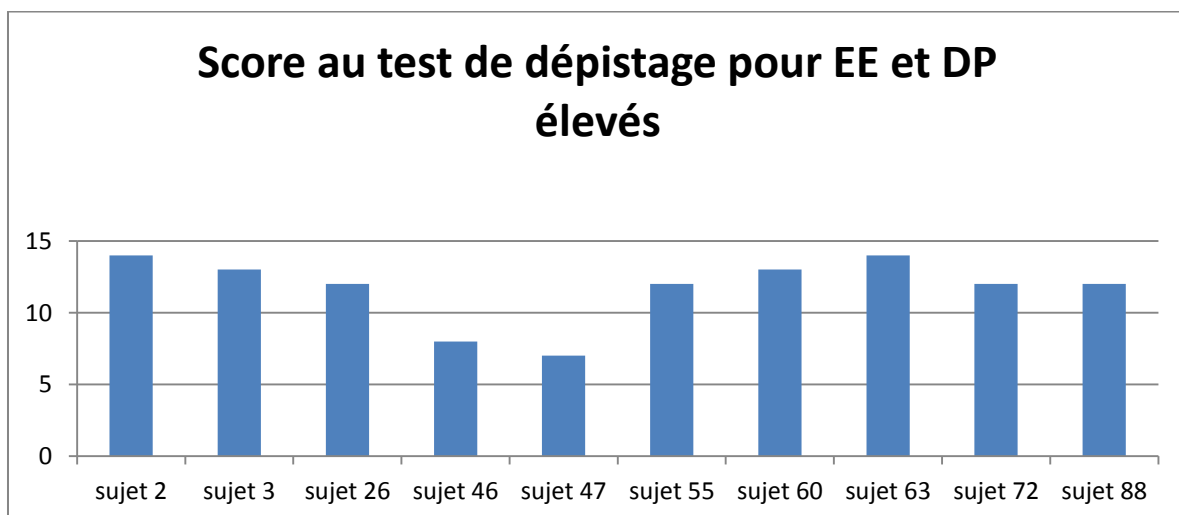
3-3-1) Pour trois dimensions élevées au MBI



Dans ce cas de figure, 3 médecins sont diagnostiqués en burn out et la moyenne de leur score au test de dépistage est de 13.

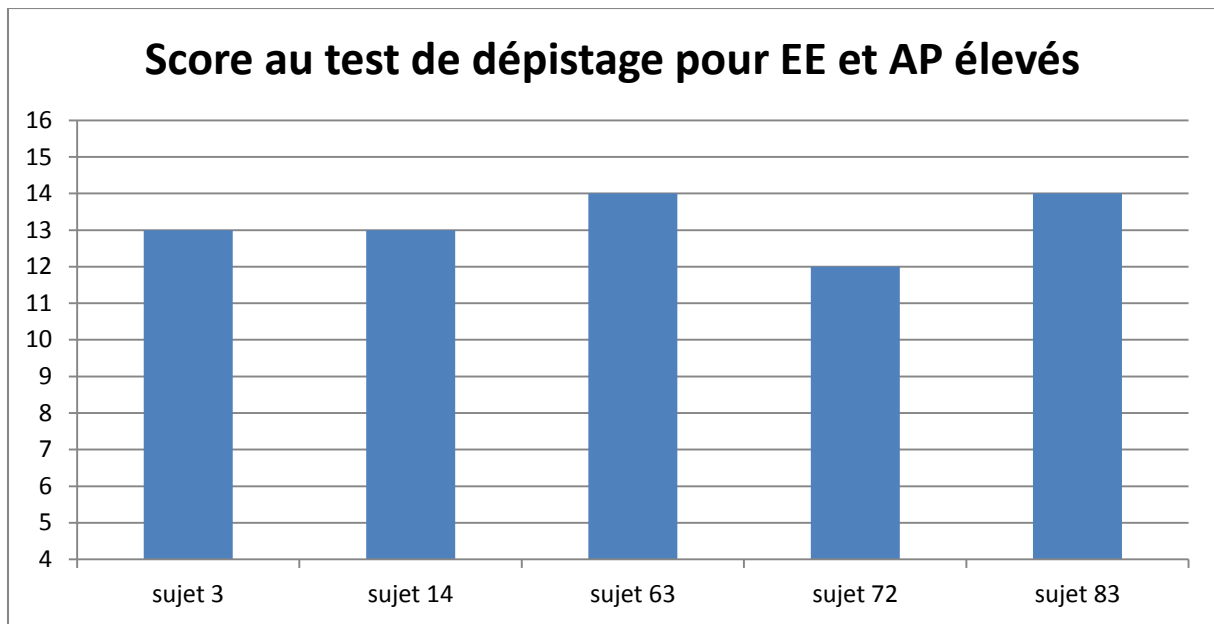
3-3-2) Pour deux dimensions élevées au MBI

3-3-2-a) Epuisement émotionnel et dépersonnalisation



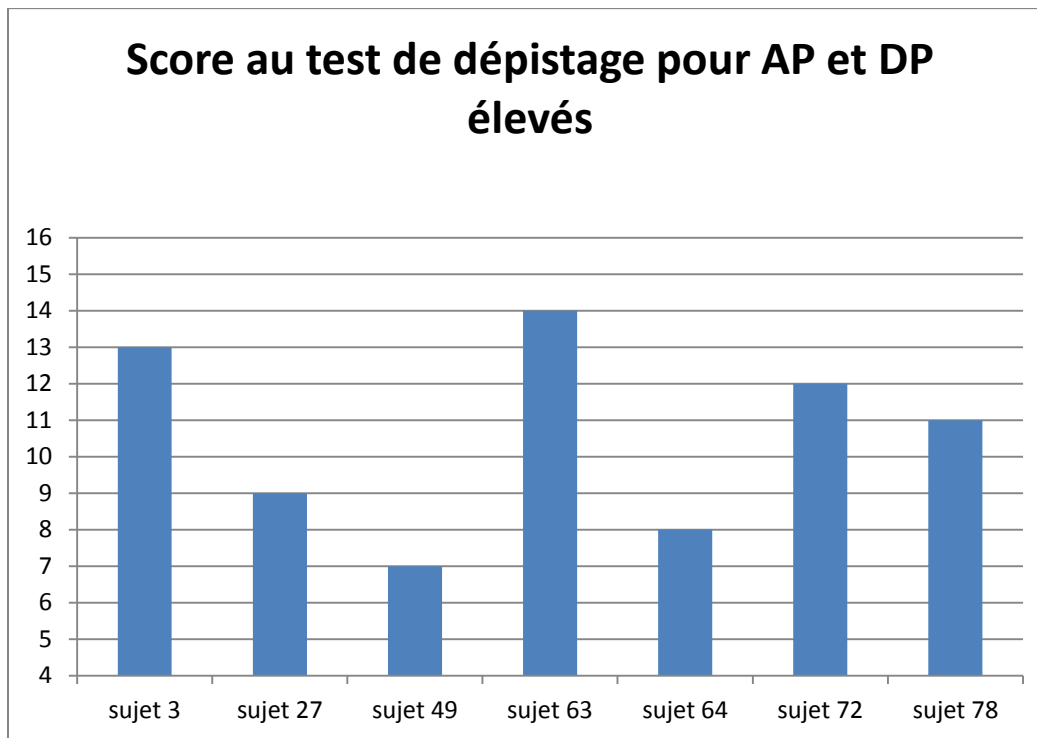
Dans ce cas de figure, 10 médecins sont diagnostiqués en burn out et la moyenne de leur score au test de dépistage est de 11,7.

3-3-2-b) Epuisement émotionnel et accomplissement personnel



Dans ce cas de figure, 5 médecins sont diagnostiqués en burn out et la moyenne de leur score au test de dépistage est de 13,2.

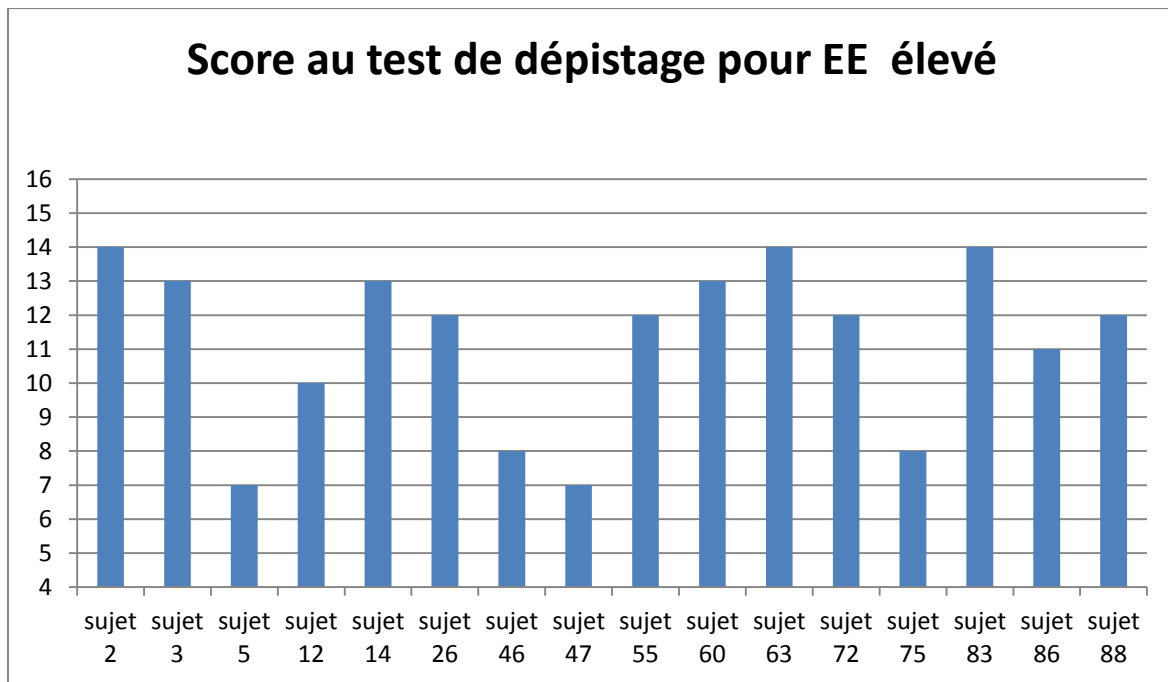
3-3-2-c) Accomplissement personnel et dépersonnalisation



Dans ce cas de figure, 7 médecins sont diagnostiqués en burn out et la moyenne de leur score au test de dépistage est de 10,6.

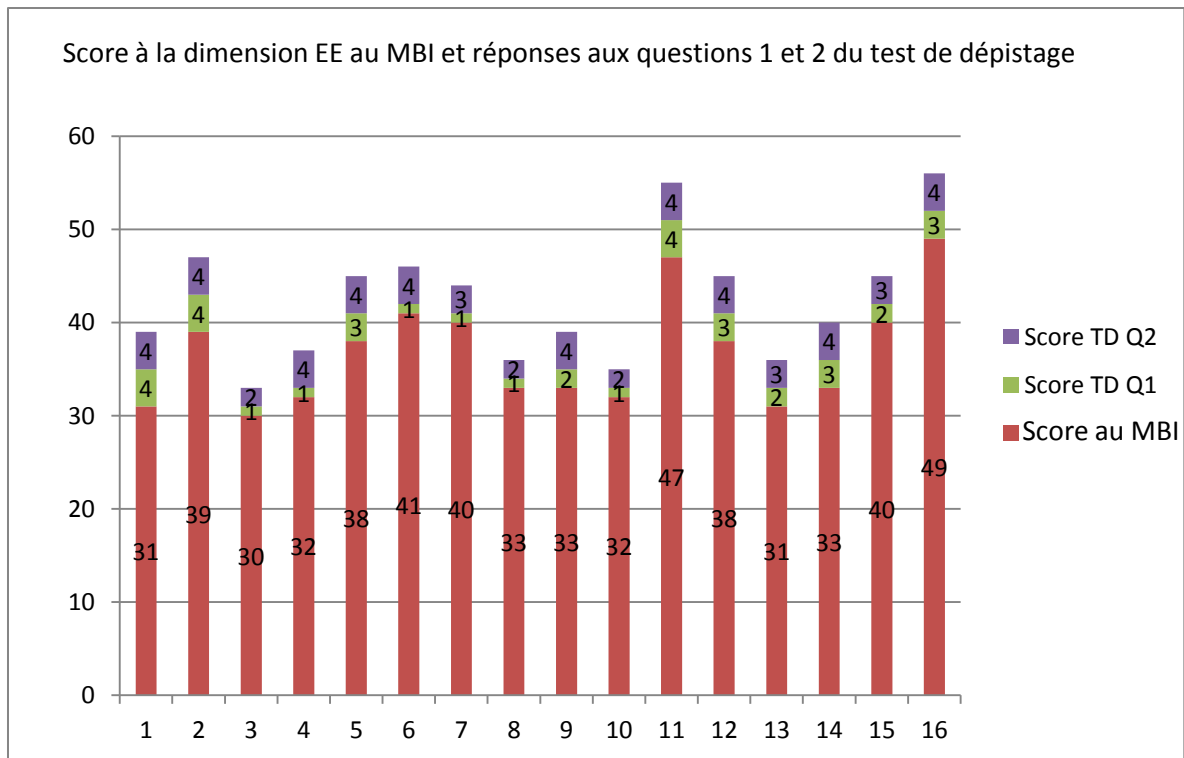
3-3-3) Pour une dimension élevée au MBI

3-3-3-a) Epuisement émotionnel



Ici le mode correspond à la valeur 12, il y a en effet 4 médecins ayant obtenu un score d'épuisement émotionnel élevé ayant un score de 12 au test de dépistage.

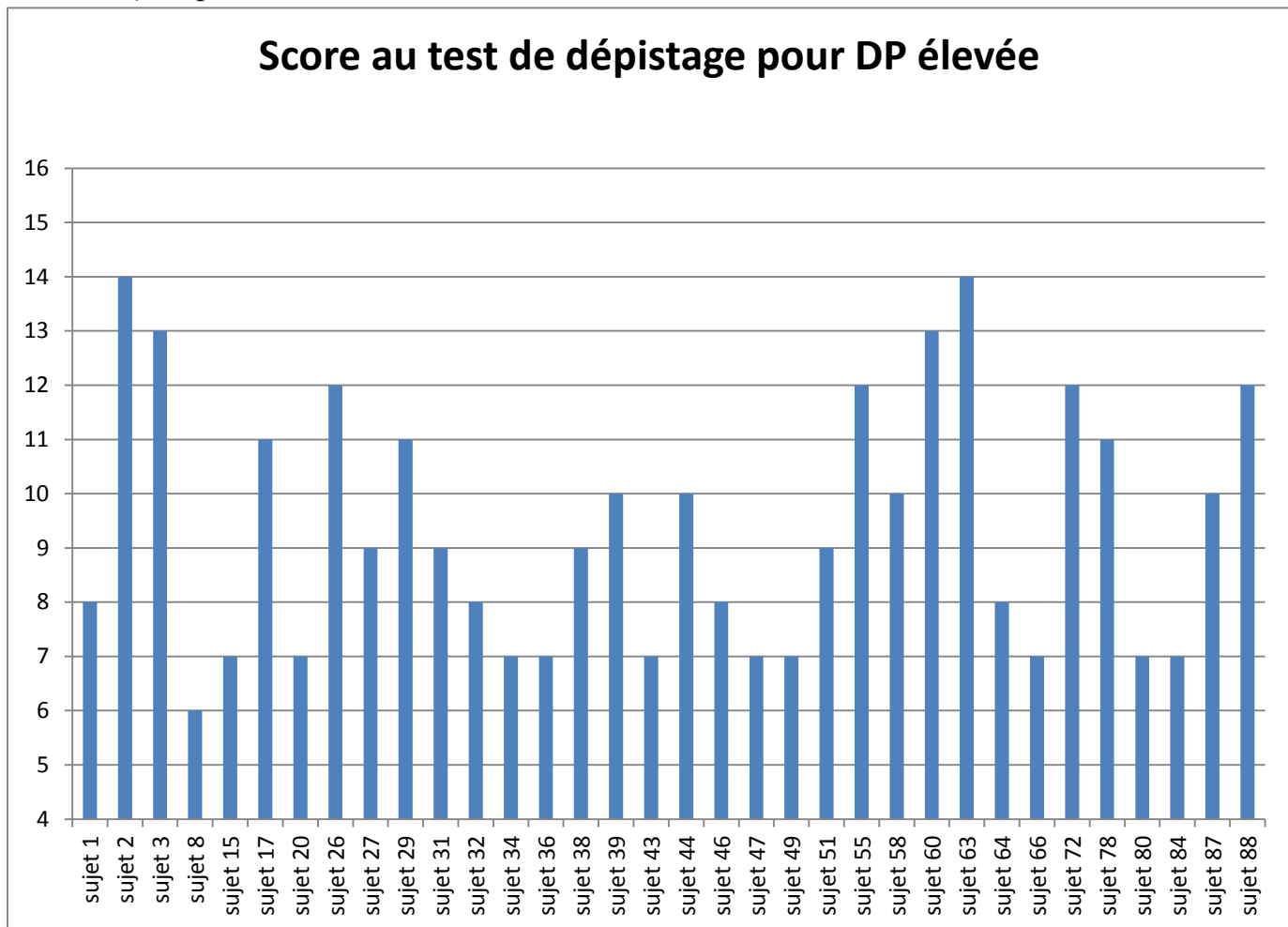
La moyenne des scores obtenus au test de dépistage est de 11,25.



La question 1 du test de dépistage semble peu discriminante car même pour des scores élevés obtenus au MBI, le score correspondant à la question 1 est égal à 1 pour plusieurs médecins.

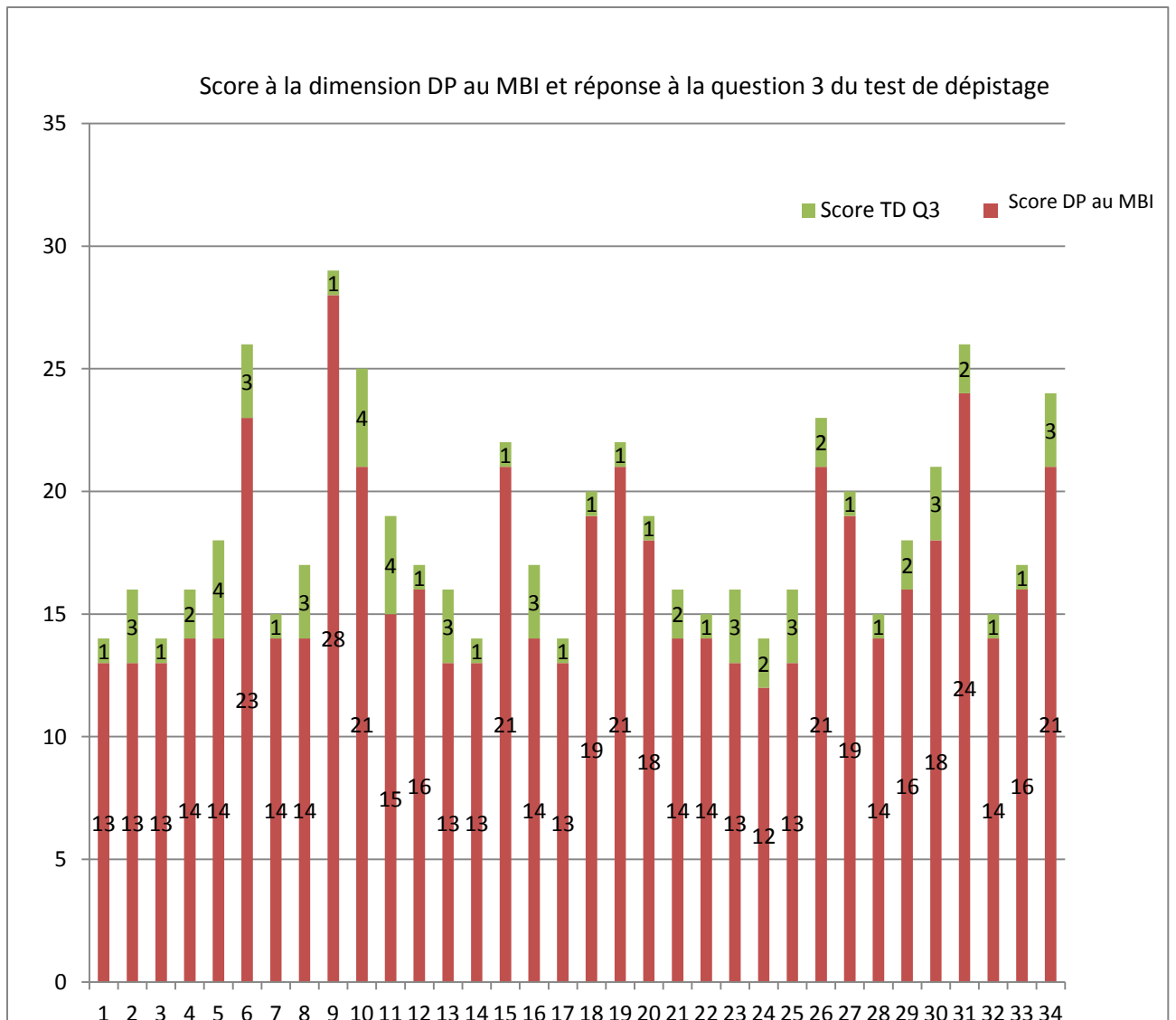
Exemple : sujet 6 et 7

3-3-3-b) Dépersonnalisation



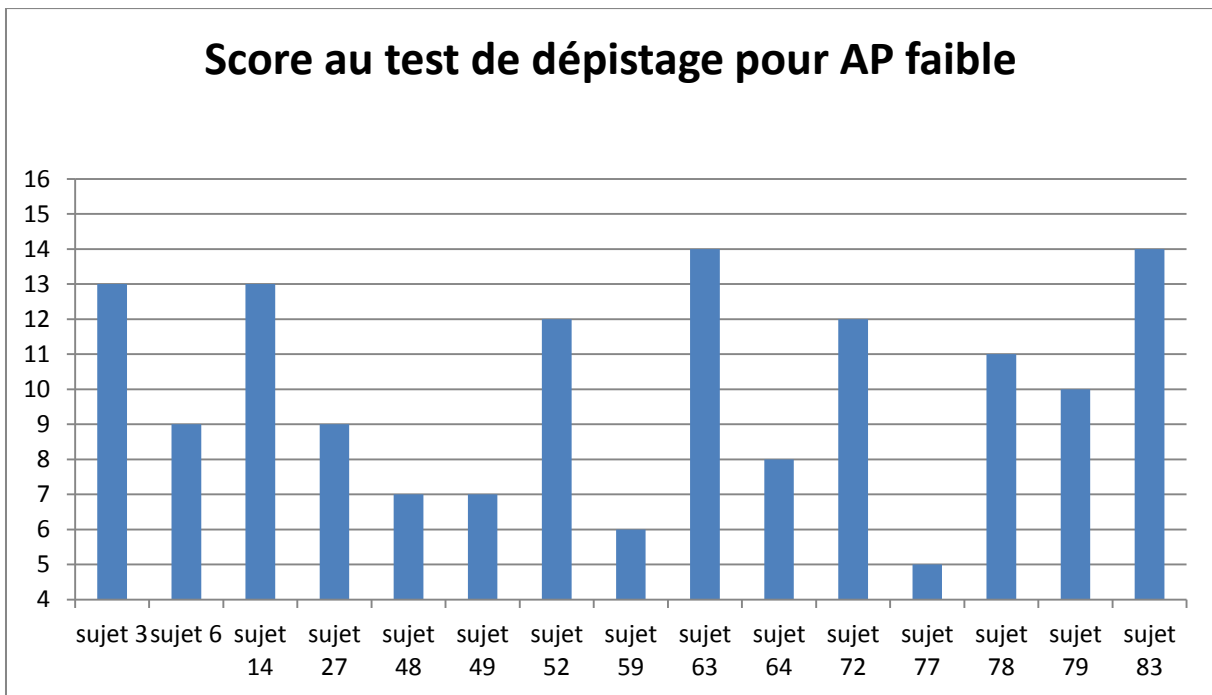
Ici le mode correspond à la valeur 7, il y a en effet 10 médecins ayant obtenu un score de dépersonnalisation élevée ayant un score de 7 au test de dépistage.

La moyenne des scores obtenus au test de dépistage est de 9,38.

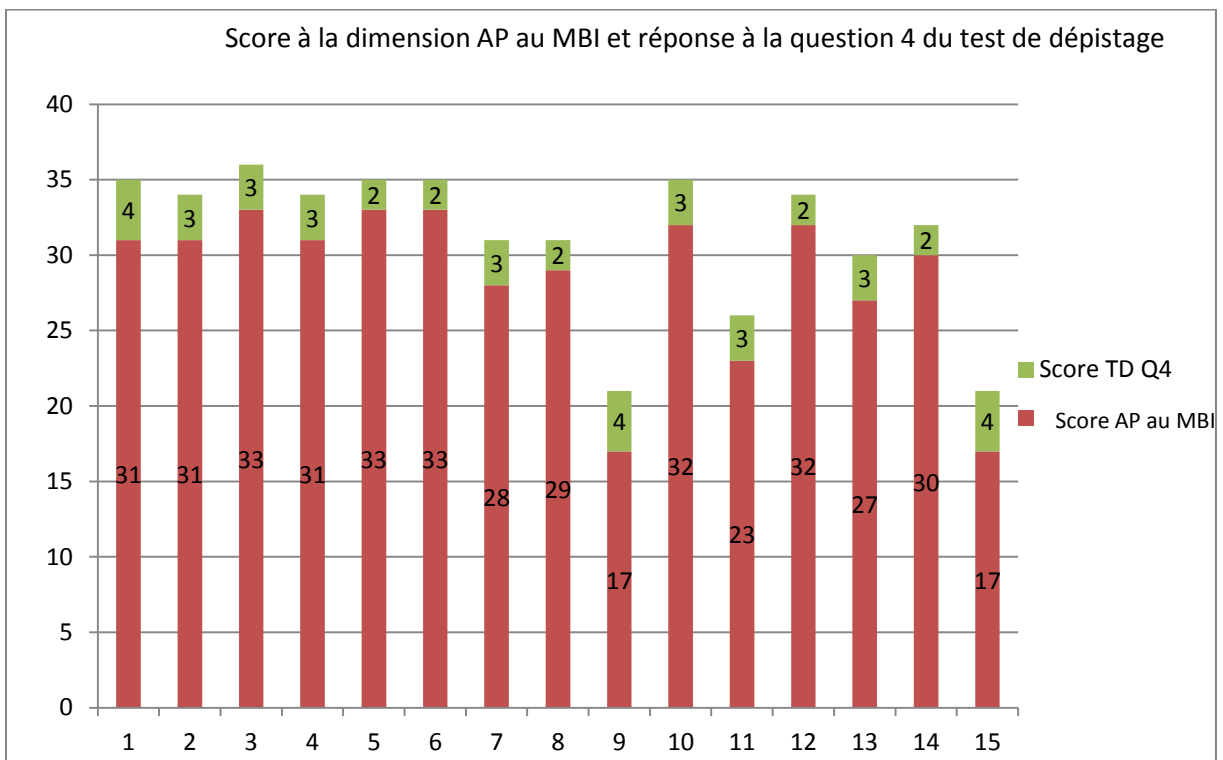


Pour cette dimension également, il semblerait que la question du test de dépistage soit peu discriminante. En effet, il existe une grande hétérogénéité des réponses au test de dépistage et ce même pour un score de dépersonnalisation >20.

3-3-3-c) Accomplissement personnel



La moyenne des scores obtenus au test de dépistage est de 10.



En ce qui concerne cette question du test de dépistage, rappelons que contrairement aux autres dimensions plus le score MBI est bas, plus il est pathologique, ce qui explique les résultats obtenus pour les sujets 9 et 15.

3-4) Recherche de la valeur seuil du test de dépistage

3-4-1) Généralités et méthode statistique

Une fois ces données recueillies, nous devons rechercher la valeur seuil du test de dépistage. Pour cela, nous avons établi pour chaque valeur seuil allant de 4 à 16, un tableau de contingence (cf annexe) et calculé pour chaque valeur seuil la sensibilité, la spécificité, les valeurs prédictives positives et négatives du test.

Nous avons considéré que les médecins malades étaient ceux dont les trois dimensions au MBI étaient pathologiques même si l'incidence de la maladie était faible.

	MALADES	NON MALADES	TOTAL
TEST POSITIF	VP	FP	
TEST NEGATIF	FN	VN	
TOTAL			

Quand on a un échantillon représentatif d'une population, on peut résumer les données de l'expérience par un tableau de contingence 2×2, sur lequel sont indiqués les effectifs suivants :

- * VP (Vrais Positifs) : ce sont les individus malades chez lesquels le test est positif ;
- * FP (Faux Positifs) : la maladie est absente et le test est positif ;
- * FN (Faux Négatifs) : la maladie est présente et le test est négatif ;
- * VN (Vrais Négatifs) : la maladie est absente et le test est négatif.

Estimation de la sensibilité (Se) et de la spécificité (Sp)

La **sensibilité** d'un signe (ici « d'un test ») pour une maladie est la probabilité que le signe soit présent si le sujet est atteint de la maladie considérée.

Il s'agit donc de la probabilité conditionnelle qu'on peut noter :

$$\text{Sensibilité} = Se = Pr(S / M)$$

On estime cette probabilité conditionnelle par le rapport des effectifs correspondants sur le tableau de contingence observé :

$$Se \approx \frac{VP}{VP + FN}$$

La **spécificité** d'un signe (« d'un test ») pour une maladie est la probabilité que le signe soit absent si le sujet n'est pas atteint de la maladie.

De manière similaire, on a :

$$\text{Spécificité} = Sp = Pr(\bar{S}/\bar{M})$$

$$\text{Spécificité} = Sp = Pr(\bar{S}/\bar{M}) \approx \frac{VN}{VN + FP}$$

La **VPP** (Valeur Prédictive Positive) correspond à la probabilité qu'un sujet soit réellement malade lorsque le test est positif.

La **VPN** (Valeur Productive Négative) correspond à la probabilité qu'un sujet soit réellement non malade lorsque le test est négatif.

Les estimations s'obtiennent à partir du même tableau des données :

$$VPP = Pr(M/S) \approx \frac{VP}{VP + FP}$$

$$VPN = Pr(\bar{M}/\bar{S}) \approx \frac{VN}{VN + FN}$$

3-4-2) Tableaux de contingence : exemple

Exemple pour VS(Valeur Seuil) égale 4

VS = 4	MALADES	NON MALADES	TOTAL
TEST POSITIF	3	86	89
TEST NEGATIF	0	0	0
TOTAL	3	86	89

$$Se = 3/(3+0) \quad Sp = 0/(0+86) \quad VPP = 3/(3+86) \quad VPN = 0/(0+0)$$

$$Se = 1 \quad Sp = 0 \quad VPP = 0.03 \quad VPN = 0$$

3-4-3) Courbe de ROC et choix de la valeur seuil

Un outil graphique permet de représenter la capacité d'un test à discriminer entre la population des malades et des non-malades : la courbe de «receiver operating characteristic»(ce terme n'est habituellement pas traduit) ou ROC.

La courbe ROC représente en ordonnée la proportion de tests positifs parmi la population malade (la sensibilité) en fonction de la proportion de tests négatifs parmi la population non-malade (complément de la spécificité ou 1 – spécificité, en abscisse), pour toutes les valeurs-seuil envisageables du test. Pour un test qui discriminerait parfaitement entre malades et non-malades, il est possible de trouver une valeur seuil ayant une sensibilité et une spécificité de 100 %, qui correspond au coin supérieur gauche du graphique
On haussera le seuil pour rendre un test plus spécifique. On baissera le seuil pour avoir un test plus sensible.

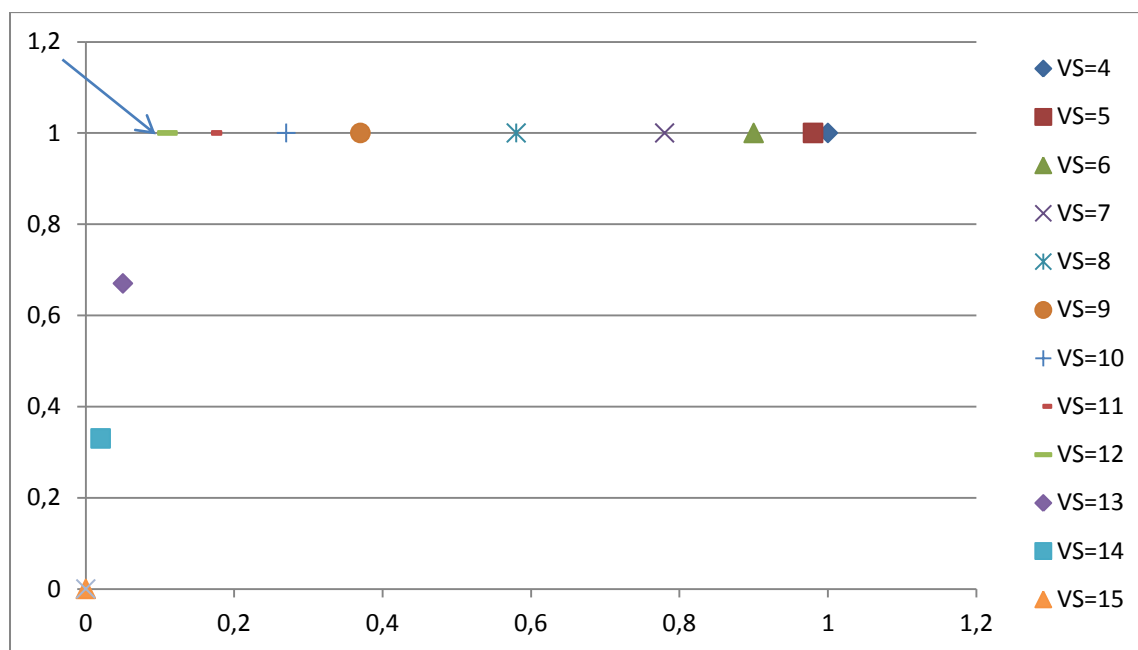
Tableau récapitulatif des résultats du test de dépistage en fonction de la valeur seuil

seuil	fp	vp	fn	vn	se	sp	vpp	vpn	1-sp
4	86	3	0	0	0	1	0	0,03	0
5	84	3	0	0	2	1	0,02	0,03	1
6	77	3	0	0	9	1	0,1	0,04	1
7	67	3	0	19	1	0,22	0,04	1	0,78
8	50	3	0	36	1	0,42	0,06	1	0,58
9	32	3	0	54	1	0,63	0,09	1	0,37
10	23	3	0	63	1	0,73	0,11	1	0,27
11	15	3	0	71	1	0,83	0,17	1	0,17
12	9	3	0	77	1	0,89	0,25	1	0,11
13	4	2	1	82	0,67	0,95	0,33	0,99	0,05
14	2	1	2	84	0,33	0,98	0,33	0,98	0,02
15	0	0	3	86	0	1	0	0,97	0
16	0	0	3	86	0	1	0	0,97	0

Tableau de contingence pour valeur seuil =12

	Malades	non malades	total
Test +	3	9	12
Test -	0	77	77
total	3	86	89
Sensibilité	1		
Spécificité	0,8953488		

Courbe de ROC



Les deux principales qualités d'un test de dépistage, qui définissent la validité interne (« accuracy») de l'instrument de mesure, sont:

- la sensibilité : capacité du test à identifier les sujets atteints de la maladie,
- la spécificité: capacité du test à identifier les sujets sains.

Il convenait donc de choisir la valeur seuil ayant la meilleure sensibilité puis spécificité et la meilleure VPN. En effet, dans ces conditions si le test est négatif, on est sûr que le sujet n'est pas à risque de burn out.

En fonction de ces critères et de la courbe de ROC, la valeur seuil choisie était donc 12.

3-5) Coefficient PABAK

3-5-1) Définition

Le coefficient KAPPA(K) permet d'évaluer la concordance entre deux méthodes de mesure. Le coefficient Kappa est un nombre réel, sans dimension, compris entre -1 et +1. L'accord est d'autant plus élevé que la valeur de Kappa est proche de +1. Une valeur de Kappa est égale à -1 lorsqu'il n'y a aucune réponse

concordante entre les deux tests. Lorsqu'il ya indépendance des jugements, le coefficient Kappa est égal a zéro ($p_o = p_a$).

$K = \frac{\text{proportion d'accords observés} - \text{proportions d'accords dus au hasard}}{1 - \text{proportion d'accords dus au hasard}}$

1-proportion d'accords dus au hasard

$K = \frac{p_o - p_a}{1 - p_a}$

1- p_a

Cependant, plusieurs «paradoxes» dans son interprétation ont été soulignés. Les difficultés se produisent parce que le kappa mesure non seulement l'accord, mais est également affecté de manière complexe par la présence de biais entre les observateurs et par la distribution des données soit la « prévalence ».

Il existe un nouvel indice qui prend en compte ces difficultés et est dérivé du kappa, il s'agit du PABAK.

Le PABAK signifie « Prévalence Accords Biais Ajustés au Kappa », il permet d'ajuster la concordance de deux méthodes de mesure au biais et à la prévalence faible d'une maladie.[2]

Il est défini par :

$$PABAK = \frac{2n/N - 0,5}{(1 - 0,5)} = 2p_o - 1 \quad n = (a+d)/2$$

3-5-2) Calcul du PABAK pour la valeur seuil=12

TEST DE DEPISTAGE

MBI

	Malade	Non malade	Total
Malade	a=3	b=0	g1=3
Non malade	c=9	d=77	g2=86
Total	f1=12	f2=77	N=89

Proportion d'accords observés : p_o

$$p_o = a+d/N$$

$$p_o = 3+77/89 \quad \mathbf{p_o=0,90}$$

Proportion d'accords dus au hasard : p_a

$$p_a = (f_1+g_1)^2 + (f_2+g_2)^2 / 4N^2 \text{ soit } p_e = (f_1g_1) + (f_2g_2) / N^2$$

$$p_a = (12 \times 3) + (77 \times 86) / 89^2$$

$$\mathbf{p_a = 0,84}$$

$$\mathbf{K = 0,37}$$

PI : Prevalence Index et BI : Biais Index

$$PI = (a-d)/N \text{ et } BI = ((a+b)/N) - ((a+c)/N)$$

$$\mathbf{PABAK = 0,8 \text{ avec } PI = 0.83 \text{ et } BI = 0.1}$$

4) DISCUSSION

4-1) Limites de notre étude

4-1-1) A propos de l'utilisation d'une correspondance électronique

Une des premières limites à l'utilisation du courrier électronique est la consultation irrégulière de la boîte mail par les médecins.

Le fait que le courrier électronique soit de plus en plus utilisé par la plupart des organismes administratifs, multiplie le nombre de courriels reçus et augmente le risque de non ouverture du courrier électronique envoyé destiné à notre étude.

La voie postale avec retour affranchi aurait sans doute permis un meilleur retour et augmenté le taux de participation mais elle représentait un coût important et d'autres inconvénients notamment l'encombrement et le risque d'erreurs lors de la retranscription des résultats.

4-1-2) A propos de la date d'envoi du questionnaire et du recueil des réponses

Le questionnaire a été adressé pendant la saison estivale.

Beaucoup de médecins étaient en vacances ou remplacés c'est pourquoi nous avons fait courir le recueil jusqu'au 14 septembre afin d'augmenter le taux de participation.

Nous pouvions constater que les retours s'amenuisaient au fur et à mesure de la période estivale.

En effet, lors du premier envoi en juin, nous avons recueilli 50 réponses, la première relance du mois de juillet a permis de recueillir 24 questionnaires supplémentaires alors que le dernier recueil du mois d'août n'en a recueilli que 15.

Interroger les médecins à une autre période de l'année aurait sans doute permis d'augmenter le taux de participants.

D'autre part, certains médecins interrogés étaient sans doute de retour de vacances ce qui peut expliquer la faible prévalence de la maladie dans la

population étudiée et constituer un biais. En été, la charge de travail étant moins importante qu'en hiver.

De manière plus générale, les réponses à l'échelle MBI peuvent être influencées par l'humeur instantanée du participant et du moment où il répond.

Par ailleurs, les médecins interrogés étaient tous en activité puisqu'ils ont été contactés au préalable, ceci constitue un biais de « bonne santé des travailleurs ».

En effet, les médecins interrogés étaient capables d'exercer un travail régulier et donc, a priori, étaient en meilleure santé que la population générale de médecins généralistes dans laquelle on retrouve des médecins malades dans l'incapacité d'exercer.

On peut également penser que seuls ont répondu les médecins les moins surchargés de travail et donc les moins épuisés ce qui a pu biaiser nos résultats.

4-1-3) A propos de l'utilisation d'un auto-questionnaire

Les réponses obtenues sont entièrement subjectives, les médecins connaissant la définition du burn out, ils pouvaient alors être dans le déni de leur souffrance ou au contraire exagérer celle-ci dans leurs réponses.

4-1-4) A propos du contenu du questionnaire

Le sujet même de l'enquête sur le surmenage peut être tabou même si les médecins interrogés ont été plutôt enthousiastes à l'idée d'y participer et n'ont pas émis de réserve.

Concernant le MBI, certaines formulations vont à l'encontre de la « conformité » habituelle des sentiments perçus par le médecin dans l'exercice de sa profession.

Par exemple : « Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes malades », il est difficile pour un médecin, d'admettre qu'un tel sentiment soit « conforme ».

De la même façon, concernant le test de dépistage admettre de « ne pas se sentir du tout émotionnellement impliqué dans la prise en charge de ses patients » est difficile à admettre.

Le fait d'avoir d'abord répondu au MBI puis ensuite au test de dépistage sur la même page a influencé les réponses apportées à ce dernier même si l'interprétation du MBI apparaissait après avoir renseigné l'ensemble des questions (MBI et test de dépistage).

Cependant pour des raisons d'anonymat et d'analyse, nous ne pouvions pas envoyer deux questionnaires différents par courrier électronique.

4-1-5) A propos de la zone géographique étudiée

Le rythme et la qualité de vie des médecins généralistes peuvent énormément varier selon les lieux d'exercice et la densité médicale.

Les réponses obtenues en Lorraine ne sont ni extrapolables aux autres régions ni à tous les médecins généralistes.

4-1-6) A propos de la taille de l'échantillon

Nous nous sommes limités à un échantillon de 200 médecins, or nous savions que la prévalence de la maladie allait être faible.

Pour gagner en significativité et en représentativité, il aurait été préférable d'interroger au moins dix fois plus de médecins.

4-1-7) A propos de l'interprétation du MBI à la fin du questionnaire

A la fin du questionnaire, les médecins interrogés obtenaient une interprétation du MBI. Il s'agissait d'une fenêtre pop up qui s'ouvrait.

Pour les médecins diagnostiqués en burn out, le message était volontairement modéré. En effet, nous avons prévu de compléter le message par une orientation vers un spécialiste, une association ou vers un groupe de pairs, Balint... mais cette proposition a été réfutée par le conseil scientifique.

L'impact pour un médecin de se savoir en burn out sans recours proposé n'a pas pu être mesuré et n'est sans doute pas sans conséquences psychologiques.

De plus, le questionnaire étant anonyme, nous ne pouvions pas nous rapprocher des trois médecins en burn out.

4-2) Commentaires concernant les résultats à l'échelle MBI en fonction du nombre de dimensions atteintes

4-2-1) Taux de médecins avec un épuisement professionnel (défini comme score élevé dans les trois dimensions du MBI)

Le taux d'épuisement professionnel est de 3% soit 3 médecins sur les 89 participants.

Les études nationales retrouvent par ailleurs, une prévalence du syndrome d'épuisement professionnel allant de 5 à 20%.

Une étude européenne menée en 2008 (EGPRN : European General Practice Research Network) auprès de 1393 médecins généralistes de 12 pays d'Europe retrouvait une prévalence d'épuisement professionnel de 12%.

La prévalence la plus basse était de 2% en Croatie et la plus élevée était de 25% en Grèce.

Dans l'étude EGPRN, le taux d'épuisement professionnel des médecins généralistes français était de 10% versus 3% dans notre étude. [39]

Les médecins généralistes lorrains sont 3.3 fois moins épuisés que la moyenne des médecins généralistes européens.

Doit-on en conclure que les conditions d'exercice de la médecine générale sont plus agréables et moins épuisantes en Lorraine ?

4-2-2) Taux de médecins avec deux dimensions élevées au MBI

Dans notre étude le taux de médecins ayant un score défaillant à deux dimensions s'élève à 14.6%.

Il représente 13 médecins sur 89 avec respectivement : 11% des médecins ayant des scores élevés d'EE et de DP, 6% des médecins ayant des scores élevés d'EE et d'AP et 8% d'entre eux ayant des scores élevés de DP et d'AP.

Dans l'enquête EGPRN de 2008, on retrouve un taux bien plus élevé :

21,4% des médecins généralistes européens ont un score élevé à deux dimensions du MBI. [39]

Dans une enquête plus récente menée en 2013, chez des médecins généralistes français en formation, sur un échantillon de 4050 médecins, 24,1% d'entre eux présentaient un score élevé à deux dimensions du MBI. [22]

Les travaux de beaucoup d'auteurs ne sont pas superposables car certains considèrent que deux dimensions élevées au MBI suffisent pour parler d'épuisement professionnel. Cependant, la traduction française de l'échelle par Dion et Tessier ainsi que les travaux de C.Maslach ne précisent pas quelle analyse peut être faite en cas d'atteinte de deux variables sur les trois.

Nous nous sommes donc référées à l'interprétation suivante :

Si vous avez obtenu :

Un score élevé aux deux premières échelles et un score faible à la dernière :
vous vous sentez épuisé(e) professionnellement en ce moment.

Si vous avez obtenu :

Un score faible aux deux premières échelles et un score élevé à la dernière :
vous êtes loin d'être épuisé(e).

4-2-3) Taux de médecins avec une dimension élevée au MBI

Dans notre étude, ce taux s'élevait à 33,7% soit 30 médecins sur 89 ayant une dimension élevée au MBI.

Ce taux semble se rapprocher sensiblement du taux retrouvé dans l'étude EGPRN respectivement de 31.5% [39], et, au contraire s'éloigner de celui retrouvé chez les médecins généralistes en formation : 58,1%. [22]

4-2-4) Taux de médecins n'ayant aucune dimension élevée au MBI

Il représente 43 médecins dans notre étude soit 48,3% et se rapproche cette fois du taux retrouvé auprès des médecins généralistes en formation : 41,9%. [22]

Il s'éloigne du taux retrouvé dans l'enquête européenne de 35,1%. [39]

De ce fait, il aurait été intéressant de connaître l'âge moyen des participants. En effet, les médecins généralistes en formation étant par définition une population jeune, nous ne pouvons pas conclure pour cet échantillon si le fait de débiter dans la profession est un facteur protecteur ou si l'âge et le temps d'installation est indépendant de la survenue d'épuisement professionnel?

4-3) Commentaires concernant les résultats à l'échelle MBI par dimension atteinte

4-3-1) Dimension d'épuisement émotionnel élevé

Ce taux d'épuisement émotionnel de 18%, est bien plus faible que celui obtenu dans la plupart des enquêtes de la littérature utilisant le MBI au près des médecins :

-47,2% parmi les médecins libéraux de Bourgogne en 2001, [45]

-42,3% parmi les médecins libéraux de Champagne-Ardenne en 2003, [44]

-40,3% parmi les médecins libéraux de Poitou-Charentes en 2004, [46]

-43% parmi les médecins européens de l'enquête EGPRN en 2008, [39]

-Exception faite des médecins généralistes en formation dont le taux est de 16%, soit, sensiblement identique au nôtre dans l'enquête de 2013. [22]

Peut-on conclure que les conditions d'exercice de la médecine générale sont plus agréables et moins épuisantes en Lorraine ?

4-3-2) Dimension de dépersonnalisation élevée

Ce taux de dépersonnalisation de 38% est sensiblement identique à celui retrouvé dans les enquêtes suivantes :

-32,8% parmi les médecins libéraux de Bourgogne en 2001, [45]

-35,3% parmi les médecins européens de l'enquête EGPRN en 2008, [39]

-33,8% parmi les médecins généralistes en formation dans l'enquête de 2013. [22]

Cet échantillon de médecins généralistes lorrains à un taux de score de dépersonnalisation plus faible que ceux mesurés par D.Truchot en Champagne-Ardenne en 2003 et en Poitou-Charentes en 2004. Respectivement 44,5% et 43.7%. [44,46]

Les médecins généralistes lorrains sont autant atteints dans leur score de dépersonnalisation que la moyenne nationale.

Peut-on conclure que la déshumanisation de la relation à l'autre est une évolution incontournable dans la relation médecin-patient pour un tiers des médecins généralistes ?

4-3-3) Dimension d'accomplissement personnel faible

Ce taux de faible accomplissement personnel est de 17% est bien plus faible que celui obtenu dans la plupart des enquêtes de la littérature utilisant le MBI auprès de médecins :

-29,2% parmi les médecins libéraux de Bourgogne en 2001, [45]

-37,4% parmi les médecins libéraux de Champagne-Ardenne en 2003, [44]

-43,9% parmi les médecins libéraux de Poitou-Charentes en 2004, [46]

-39,5% parmi les médecins européens de l'enquête EGPRN en 2008, [39]

-38,9% parmi les médecins généralistes en formation dans l'enquête de 2013. [22]

Les médecins généralistes lorrains sont en moyenne deux fois plus accomplis personnellement que la moyenne des médecins généralistes français.

Peut-on en conclure que les conditions d'exercice de la médecine générale sont plus agréables et moins épuisantes en Lorraine ?

4-4) Commentaires des résultats obtenus au test de dépistage par rapport aux dimensions élevées au MBI

4-4-1) Pour trois dimensions élevées

On retrouve trois médecins en épuisement professionnel ; leur score au test de dépistage est respectivement de 13,14 et 12.

La moyenne du score au test de dépistage est pour cet échantillon de 13 et il n'apparaît pas de score aberrant.

4-4-2) Pour deux dimensions élevées

S'agissant des scores au test de dépistage pour les dimensions d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation élevées :

- ils sont peu uniformes,
- ils varient de 7 à 14,
- leur moyenne est de 11,7.

S'agissant des scores au test de dépistage pour les dimensions d'épuisement émotionnel élevé et d'accomplissement personnel bas :

- ils sont uniformes,
- ils varient de 12 à 14,
- leur moyenne est de 13,2.

S'agissant des scores au test de dépistage pour les dimensions d'accomplissement personnel bas et de dépersonnalisation élevée :

- ils sont très peu uniformes,
- ils varient de 7 à 14,
- leur moyenne est de 10,6.

Dès lors, nous serions tentés d'affirmer que les questions du test de dépistage en rapport avec l'épuisement émotionnel et l'accomplissement personnel sont les plus discriminantes du test mais poussons le raisonnement plus loin...

4-4-3) Pour une dimension élevée (basse pour l'accomplissement personnel)

Qu'il s'agisse de la dimension épuisement émotionnel, de dépersonnalisation élevée ou d'accomplissement personnel bas, les scores obtenus au test de dépistage sont très peu uniformes.

Ainsi, si nous avons choisi comme D. Truchot ou d'autres auteurs de définir l'épuisement émotionnel comme résultant de l'atteinte d'une dimension élevée ou deux au MBI, à valeur seuil équivalente, notre test de dépistage aurait eu une très mauvaise validité interne.

4-5) Commentaires des résultats obtenus aux questions du test de dépistage en rapport avec la dimension étudiée

4-5-1) Question 1 et 2 en rapport avec la dimension d'épuisement émotionnel

Pour les médecins ayant obtenus un score d'épuisement émotionnel élevé au MBI, les réponses au test de dépistage étaient :

-pour la question 1, très variables, allant de 1 à 4 avec une moyenne se situant à 2,25. En effet, pour des scores élevés obtenus au MBI dans cette dimension, plusieurs scores au test de dépistage apparaissaient comme aberrant puisqu'égaux à 1. Le mode était ici égal à 1.

-pour la question 2, plus uniformes, allant de 2 à 4 avec une moyenne se situant à 3,25. En effet les scores bas au test de dépistage(2) correspondaient à des scores d'épuisement émotionnel situés entre 30 et 33. Le mode était ici égal à 4.

Dès lors, il apparaît que la question 1 du test de dépistage est peu discriminante pour dépister les médecins à risque d'épuisement émotionnel.

Nous pouvons supposer que le temps consacré aux loisirs ne constituerait pas un facteur de prévention de l'épuisement émotionnel ou considérer que les modalités de réponses à cette question ne sont pas assez précises ?

Cependant les différentes données de la littérature à ce sujet nous informent du fait que les médecins ayant une activité de loisir, indépendante de leur profession, sont moins touchés par l'épuisement professionnel :

-La pratique régulière d'exercice physique est associée à moins d'épuisement chez les urgentistes américains en 1996.

-Un temps préservé pour les loisirs est perçu comme permettant de lutter contre l'épuisement, chez les médecins de soins palliatifs aux USA en 2009 et augmente la satisfaction au travail et l'estime de soi chez les médecins de réanimation pédiatrique en 1995.

En revanche, la question 2 du test de dépistage relative à la fréquence des maux dont souffrent les médecins généralistes reflèterait bien la dimension d'épuisement émotionnel. Le fait de ne souffrir d'aucun mal constituerait un facteur préventif d'épuisement émotionnel.

Au contraire, le fait de souffrir de ces pathologies plus d'une fois par an, constituerait un facteur de risque d'épuisement émotionnel.

4-5-2) Question 3 en rapport avec la dimension de dépersonnalisation

Pour les médecins ayant obtenus un score de dépersonnalisation élevé au MBI, les réponses au test de dépistage étaient :

-très variables, allant de 1 à 4 avec une moyenne se situant à 1,97. En effet, pour des scores élevés obtenus au MBI dans cette dimension, plusieurs scores au test de dépistage apparaissaient comme aberrants puisqu'égaux à 1 et ce même pour des scores MBI très élevés. Le mode était égal à 1

Dès lors, il apparaît que la question 3 du test de dépistage est peu discriminante pour dépister les médecins à risque de dépersonnalisation.

Nous pouvons supposer que le sentiment d'implication émotionnelle dans la prise en charge des patients reflète mal la dimension de dépersonnalisation ou que les modalités de réponses proposées à cette question sont peu explicites ?

4-5-3) Question 4 en rapport avec la dimension d'accomplissement personnel

Pour les médecins ayant obtenus un score d'accomplissement personnel faible au MBI, les réponses au test de dépistage étaient :

-plutôt uniformes, allant de 2 à 4 avec une moyenne se situant à 2,9. En effet, pour des scores faibles obtenus au MBI dans cette dimension, plusieurs scores au test de dépistage apparaissaient comme étant égaux à 4. Le mode était égal à 3.

Dès lors, il apparaît que la question 4 du test de dépistage en rapport avec la satisfaction de l'exercice médical des médecins généralistes serait discriminante

dans l'évaluation de l'accomplissement personnel. Le fait d'être satisfait constituerait un facteur préventif d'épuisement professionnel.

Au contraire le fait d'être : plutôt satisfait, pas vraiment satisfait ou pas du tout satisfait par son exercice médical constitueraient des facteurs de risques d'accomplissement personnel faible.

4-6) Commentaires quant à la validité interne du test de dépistage (pour valeur seuil=12) et à la courbe de ROC

En théorie la sensibilité et la spécificité du test sont bonnes.

De même la valeur prédictive négative du test est égale à 1, ce qui signifie que le test négatif affirme que la personne ne souffre pas d'épuisement professionnel.

Le test dépiste 9 sujets à risque d'épuisement professionnel pourtant indemnes, ceci correspond aux Faux Positifs et cela reste acceptable dans un but de construction de test de dépistage.

Néanmoins, l'effectif des malades est vraiment trop faible pour pouvoir tirer une quelconque conclusion sur la valeur de la sensibilité, dont l'intervalle de confiance est très grand dans tous les cas.

De ce fait, la courbe de ROC est peu interprétable et exagérément optimiste.

4-7) Commentaires quant à l'interprétation du PABAK

Le PABAK obtenu est ici égal à 0.8. Selon la grille de lecture proposée par Landis et Koch [29], il existe une concordance satisfaisante entre le MBI et notre test de dépistage dans cet échantillon.

Le calcul du PABAK permet ici de corriger le biais de prévalence. [2]

De ce fait si la concordance entre les deux tests est satisfaisante pour cet échantillon qu'en sera-t-il pour d'autres échantillons avec des effectifs nettement plus grands ?

4-8) Prise en charge, moyens de prévention : ce que nous retenons des propositions faites dans la littérature

4-8-1) Prévention

A partir de différentes recherches ayant permis d'évaluer l'ampleur du phénomène, médecins et psychologues ont élaboré en 2012 dix stratégies pour contourner le burn out. [23]

4-8-1-a) La gestion du temps de travail

La première règle à adopter serait de privilégier les consultations sur rendez-vous. Il s'agit d'une pratique courante chez les spécialistes sauf chez les médecins généralistes.

4-8-1-b) Le choix du mode d'exercice

Les jeunes médecins ont des stratégies d'installation différentes de leurs aînés, privilégiant le mode d'exercice en groupe, leur idéal étant un panachage entre un exercice libéral et salarié.

4-8-1-c) Le secrétariat

Une étude de l'URPS Ile de France montre que les médecins généralistes franciliens passent en moyenne plus de 7 heures par semaine au téléphone et que 56% d'entre eux se déclarent même « harcelés par le téléphone ». [20]

L'existence d'un secrétariat médical, s'il ne supprime pas en totalité les appels téléphoniques à gérer directement par le médecin, peut malgré tout l'en décharger d'une bonne partie, le standard téléphonique à distance moins onéreux pouvant être une alternative.

4-8-1-d) L'engagement socioprofessionnel

Au travers de ses nombreux travaux sur le burn out des médecins libéraux, D.Truchot est formel : l'engagement socioprofessionnel protège du burn out et le fait de diversifier son activité donne notamment au médecin généraliste un sentiment d'utilité sociale.[42]

4-8-1-e) Le cloisonnement des sphères professionnelles et familiales

Le Dr Yves Léopold, médecin généraliste, vice président de la CARMF et spécialiste du suicide des médecins, souligne l'importance dans ses travaux de cloisonner des sphères professionnelles et familiales. [31]

4-8-1-f) L'analyse de ses propres erreurs

Dans son ouvrage, L'erreur médicale, le burnout et le soignant, le Dr Eric Galam, médecin généraliste à Paris et coordonnateur de l'AAPML, montre que l'erreur médicale est d'autant plus une source de d'épuisement professionnel et d'autodépréciation que le médecin tente d'en effacer l'épisode (déli). [17]

C'est en analysant cette erreur que le médecin va pouvoir l'accepter et se détacher ainsi de ce sentiment d'échec. D'ou l'importance des groupes Balint, de pairs...

4-8-1-g) La diplomatie

Selon le Dr Yves Léopold, savoir dire non à une demande injustifiée est « un exercice difficile car les médecins savent qu'il y a un risque de conflit ».

C'est pourquoi il propose d'user de diplomatie plutôt que d'opposer un non catégorique. [21]

4-8-1-h) La distance avec le patient

D'après D.Truchot, la relation médecin-malade est la principale source de stress.

Il est donc important d'établir un cadre à cette relation par une mise à distance y compris dans les situations les plus délicates comme l'accompagnement d'un patient en fin de vie et de pouvoir « canaliser » le patient. [42]

4-8-1-i) La prévoyance

La cotisation à la CARMF est obligatoire mais insuffisante, une couverture supplémentaire s'avère indispensable.

En effet, en cas de burn out ou d'autres pathologies, la CARMF ne couvre pas les 90 premiers jours d'arrêt de travail.

Il paraît donc indispensable de souscrire à un contrat prévoyance.

4-8-1-j) Le médecin traitant

9,90% des médecins libéraux n'ont pas de médecin traitant or le médecin doit avoir aussi un médecin pour éviter l'engrenage de l'autodiagnostic et de l'auto prescription qui font partie intégrante du cercle vicieux dans lequel s'enferme le médecin souffrant et qui ne font qu'aggraver le pronostic de burn out.

4-8-2) Prise en charge

4-8-2-a) L'Association d'Aide Professionnelle aux Médecins Libéraux

L'AAPML a mis en place un numéro de téléphone dédié aux médecins libéraux en difficultés dans l'exercice de leur profession, il permet aux personnes appelant, en tout anonymat, d'avoir accès à un psychologue clinicien 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7.

Les conclusions du bilan 2012 de l'AAPML étaient que ce dispositif offrait une réponse adaptée à la problématique du burn out des médecins libéraux mais qu'il ne permettait pas de couvrir la globalité du besoin (prise en charge ponctuelle). L'AAPML a pour projet de faire évoluer ce dispositif en réalisant un véritable réseau de prise en charge en aval permettant l'accompagnement des médecins libéraux sur du long terme.

AAPML : 0826 004 580

4-8-2-b) L'Association Pour les Soins aux Soignants

Il existe, à ce jour, cinq établissements opérationnels disposants de lits spécifiquement dédiés aux soignants.

A l'instar de la PAMQ, ces hospitalisations sont encadrées par un contrat thérapeutique (uniquement pour les médecins), sous le contrôle du CNOM et de la CARMF, contrat auquel le médecin malade est libre de souscrire ou non.

Contre l'acceptation de soins dans des établissements labellisés par l'APSS, contre l'acceptation d'un suivi médical étroit et d'un parrainage prolongé, le CNOM s'engage à accepter la poursuite de l'exercice professionnel tandis que la CARMF s'engage à accepter le paiement précoce des indemnités journalières sans délai de carence puis après l'hospitalisation lors de la période d'aide à la reprise d'activité.

APSS : <http://apss-sante.org/>

4-8-2-c) Le programme d'actions du Groupe Pasteur Mutualité (GPM)

Le groupe mène une réflexion sur le burn out des soignants depuis quelques années. Après son colloque sur le thème de la vulnérabilité et de la souffrance du soignant en décembre 2008, il a lancé une enquête sur le burn out, en 2010 ayant pour but la mise en place d'un dispositif de prévention.

Il en résulte que sur un échantillon de 3786 médecins dont 82% exerçaient en activité libérale ou mixte :

-66% d'entre eux pensent qu'un dispositif de prévention leur serait utile voir très utile dans l'immédiat et 86% à l'avenir ;

-79% souhaitent que cette consultation soit assurée par des médecins spécifiquement formés ;

- 83% font de l'anonymat une condition première ;

-97% réclament une confidentialité stricte vis à vis du promoteur de la consultation et des éventuelles institutions associées ;

-88% exigent une proximité géographique avec leur lieu d'exercice ;

-71% souhaitent la gratuité de cette consultation ;

-48% envisagent la possibilité d'assurer eux-mêmes cette consultation auprès d'un confrère en souffrance et, dans ce cas, 90% se disent prêts à se former pour cela.

Face à ce constat, le GPM a donc lancé en décembre 2012, une consultation de prévention et d'évaluation centrée sur le burn out des médecins (libéraux, hospitaliers ou autres médecins salariés) réservée à ses adhérents.

Cette consultation est assurée par un réseau national de 40 médecins consultants et respecte les prérequis mis en évidence par l'enquête.

Les objectifs du réseau sont de prévenir et d'évaluer la souffrance des médecins, d'évaluer le risque suicidaire afin de réagir en amont et de favoriser les échanges entre médecins.

GPM : 01 40 54 53 77

4-8-2-d) Le réseau d'Aide aux Soignants de Rhône-Alpes (ASRA)

A été créé en mai 2012 et est un réseau régional dédié aux 25 000 médecins libéraux et hospitaliers de la région Rhône-Alpes.

Il est constitué d'une quarantaine de praticiens bénévoles assurant une astreinte téléphonique gratuite 24heures/24 7jours/7 afin de répondre aux confrères en difficultés. Ces médecins interviennent avec l'appui de professionnels ressources tels que psychiatres, addictologues, avocats, conseillers juridiques et fiscaux et assurent une prise en charge anonyme.

ASRA : 0805 620 133

4-8-2-e) L'association Médecins Organisation Travail et Santé (MOTS)

A été lancée en 2010 par les Drs Jean Thévenot et Philippe About, respectivement gynécologue-obstétricien et médecin généraliste.

Il s'agit d'une structure préventive à destination de tous les médecins. Elle propose, sur la base du volontariat, une évaluation ergonomique et psychosociale personnalisée et gratuite avec des mesures concrètes

d'amélioration des conditions de travail et une orientation, si besoin, vers d'autres spécialistes.

Cette association à but non lucratif créée initialement par les CDOM et CROM de la Haute-Garonne, s'est étendue à toute la région Midi-Pyrénées puis au Languedoc-Roussillon et depuis peu au Limousin.

Elle est financée par des subventions, des dons et des cotisations, elle s'engage à respecter le secret médical et professionnel.

De plus, trois médecins du travail assurent à ce jour dans chacune des régions précédemment citées des consultations dans un lieu neutre choisi par le médecin volontaire.

Notons que 180 médecins ont déjà fait appel à cette structure et qu'il existe une collaboration avec l'APSS en cas d'hospitalisation jugée nécessaire.

MOTS : 06 08 282 589

4-8-2-f) L'entraide ordinale [37]

L'entraide ordinale s'articule au niveau national au travers de la Commission nationale d'entraide et au niveau départemental avec les commissions d'entraide des CDOM, elle n'a rien de spécifique à l'égard du burn out.

Cependant grâce aux liens étroits entre la CNOM et l'APSS, la Commission nationale d'entraide est en mesure d'assurer la prise en charge de médecins relevant de pathologies lourdes dans des services adaptés en respectant la confidentialité.

Cette entraide consiste en une aide confraternelle à l'égard des médecins en difficulté ou de leur famille. Elle peut prendre la forme d'une aide financière (ponctuelle ou plus pérenne si besoin) ou d'une aide morale et sociale.

Président de la Commission Nationale d'entraide ordinale :

Dr Jean-Pierre Gicquel : 01 53 89 32 29

CONCLUSION

Parmi les médecins généralistes lorrains, le taux d'épuisement professionnel, calculé selon l'échelle MBI est peu élevé en comparaison aux données mondiales de la littérature étudiant la souffrance au travail dans l'exercice de la médecine générale.

Ce faible taux d'épuisement professionnel se fait surtout aux dépens de deux de ses composantes, que sont l'épuisement émotionnel et l'accomplissement personnel, qui sont peu affectées chez les médecins généralistes lorrains ; tandis que sa troisième composante, la dépersonnalisation, reste affectée de manière importante : plus d'1/3 (38%) des médecins généralistes lorrains souffrent de dépersonnalisation élevée, calculée selon l'échelle MBI.

L'élaboration du test avait pour but de dépister les confrères à risque lorsque ceux-ci se confiaient au téléphone, de façon à savoir comment les orienter.

L'étude réalisée met en évidence que lorsque le score obtenu au test de dépistage est supérieur ou égal à 12, nous sommes face à un confrère à risque et qu'il convient de l'orienter vers un spécialiste ou une association qui assurera la réalisation du MBI à but diagnostic.

En effet, la validité interne du test de dépistage est bonne cependant la prévalence de la maladie dans l'échantillon est vraiment trop faible pour conclure à une quelconque significativité du test.

Le calcul du PABAK permet alors de corriger ce biais de prévalence et montre que pour cet échantillon la concordance des examens est bonne.

Ainsi, il conviendrait de tester ce test de dépistage pour un échantillon très grand de façon à vérifier sa validité et définir s'il peut être utilisé comme outil de dépistage de masse.

Dès lors, nous pourrions aisément le diffuser à l'ensemble des médecins généralistes, au réseau ASRA, à l'AAPML et au GPM, ils pourraient l'utiliser lors d'astreintes téléphoniques (ASRA et AAPML) de manière à identifier les médecins généralistes à risque afin de les orienter vers des consultations spécialisées ou vers l'APSS si besoin.

Il est clair que la France a, à ce jour, beaucoup de retard concernant la prise en charge du burn out des médecins, notamment par rapport à l'Espagne et le Canada.

Ce retard est d'une part lié au manque d'infrastructure dédiée à la prise en charge des médecins en souffrance mais il concerne d'autre part le contexte réglementaire.

Si l'article 56 du code de déontologie prévoit que « les médecins se doivent assistance dans l'adversité... », il ne prévoit ni obligation de soins pour le médecin malade, ni obligation de signalement par le confrère qui en a connaissance.

Cependant les choses évoluent : le CNOM dans la dernière version de ses commentaires du code de déontologie sur son site, rappelle en référence à l'article 56, que l'efficacité de l'entraide dépend souvent « de la précocité du dépistage des problèmes » d'où le rôle essentiel joué par les « confrères de proximité ». Il va même plus loin en ajoutant que « tout médecin qui a connaissance des difficultés d'un confrère doit s'en ouvrir à lui, lui proposer son aide et le convaincre de se rapprocher du Conseil départemental (..), si le processus n'aboutit pas et que la gravité de la situation (...) l'exige, il doit aviser le Président du Conseil départemental ».

Dans ce contexte et en attendant le déploiement des structures de prise en charge spécifique, pourquoi ne pas mettre ce test de dépistage à destination des médecins généralistes ou à défaut le MBI, de façon à leur permettre de jouer leur rôle de « confrère de proximité » ; sous réserve que les médecins généralistes choisissent un médecin traitant.

Ainsi, nous pourrions imaginer de compléter le test de dépistage par la consigne suivante :

Si votre confrère obtient un score supérieur ou égal à 12, il fait partie des professionnels à risque d'épuisement professionnel.

Nous vous conseillons alors de le mettre en relation avec l'AAPML (L'Association d'Aide Professionnelle aux Médecins Libéraux) en cas de besoin ponctuel au :

0826 004 580

Ou avec le Groupe Pasteur Mutualité au : 01 40 54 53 77 s'il est adhérent,

Ou avec l'APSS (Association Pour les Soins aux Soignants) s'il s'agit de besoins chroniques : <http://apss-sante.org/>

BIBLIOGRAPHIE

[1]-Bédard D., Duquette A. *L'épuisement professionnel, un concept à préciser.* L'infirmière du Québec, septembre-octobre 1998 :18-23.

[2]-Byrt T., Bishop J., Carlin J.B., *Biais, prevalence and kappa*, J Clin Epidemiol, 1993, volume 46, n°5: 423-429.

[3]-Canaoui P., *La souffrance des soignants: un risque humain, des enjeux éthiques* ,Revue internationale de soins palliatifs, 2003, volume 18 : 101-104.

[4]-Canaoui P., Mauranges A. *Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants : de l'analyse du burn out aux réponses.* Paris, Masson édition.1998.

[5]-Canaoui P., Mauranges A. *Le burn out à l'hôpital. Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants.* Paris, Masson édition.2008.

[6]-CARMF. *Nature des affections des bénéficiaires de l'indemnité journalière et de la pension d'invalidité.* Novembre 2002, Informations CARMF n°49. Sur <http://www.carmf.fr/Publications/infocarmf/49-2002/infocarmf49.html>

[7]-Cathébras P., Bégon A., Laporte S., Bois C., Truchot D. *Épuisement professionnel chez les médecins généralistes*, Presse Médicale, 2004, volume 33 :1569-1574.

[8]-Cherniss C. *Professional burnout in the human service organizations.* New York, Praeger, 1980.

[9]- Delbrouck M., *Je suis épuisé(e) par ma charge de travail. Que puis-je y faire ? Le burn-out ou la souffrance des soignants. Causes spécifiques du syndrome d'épuisement professionnel du soignant* , Imaginaire & Inconscient ,2010,n° 25 :157-166.

[10]-Dion G., Tessier R. *Validation de la traduction de l'inventaire d'épuisement professionnel*

[11]- *Écoute téléphonique des médecins en souffrance*, Le Concours Médical, mai 2010,tome 132 :406.

[12]- Fahrenkopf A.M., Sectish T.C., Barger L.K., Sharek P.J., Lewin D., Chiang V.W., et al. *Rates of medication errors among depressed and burnt out residents: prospective cohort study.* BMJ, mars 2008,336:488-491.

- [13]-Freudenberger H.J. *L'épuisement professionnel : la brûlure interne*. Québec, Gaétan Morin éditeur, 1987.
- [14]-Freudenberger H.J. *Staff burnout*. Journal of Social Issues, 1974, volume XXX , 159-165.
- [15]-Galam E. *Burn out des médecins libéraux : des conséquences pour le médecin, mais aussi pour ses patients*. Médecine, janvier 2008, volume 4, n°1, 43-46.
- [16]-Galam E. *Le burn out des médecins libéraux*. Le Généraliste, 23 février 2007, n°2400.
- [17]-Galam E. *L'erreur médicale, le burn out et le soignant. De la seconde victime au premier acteur*. Edition Springer.2012.
- [18]-Galam E. *SOS médecine générale*. Libération, 11 janvier 2007.
- [19]-Galam E. *Stress professionnel des médecins : comment y remédier ?* Revue du Praticien médecine générale, 10 octobre 2005, tome 19, n° 704-705.
- [20]- Galam E., Mouriès R. *L'épuisement professionnel des médecins libéraux franciliens: Témoignages, analyses et perspectives*. URML IDF/ Commission prévention et santé publique,2007.
- [21]- Galam E., Leopold Y. *Dossier Burnout*.Le concours médical, avril 2008,Tome 130.393-405.
- [22]- Galam E.,Komly V., Le Tourneur A., Jund J.*Burnout chez les médecins généralistes français en formation: une étude transversale*,British Journal of General Practice, mars 2013.
- [23]-Gandolfi G. *10 règles d'or pour éviter le burn out*. Le Généraliste, 1^{er} juin 2012, n°2607.
- [24]- Gautier I, *Burn out des médecins*, Bulletin du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de la ville de Paris, mars 2003 : n° 86.
- [25]-Hurtebize P. *Médecine préventive : le point*. Janvier 2010, Bulletin n°5 du CDOM de la Seine Maritime.
- [26]-*Ils soignent les médecins*. Quotidien Paris Normandie, 15 avril 2011.

[27]- Jonckheer P., Stordeur S., Lebeer G., Roland M., De Schamphelleire J., De Troyer M., et al. *Le burnout des médecins généralistes: prévention et prise en charge*. Centre fédéral d'expertise des soins de santé; 2011.

[28]-Kushnir.T, Levhar.C, Cohen.A.H. *Are burn out levels increasing? The experience of isreali primary care physicians*. The Israel Medical Association Journal.2004 Aug;6(8):451-5.

[29]-Landis R.J., Koch G.G. *The measurement of observer agreement for categorical data*. Biometrics, 1977, volume 33:159-174.

[30]-Le Borgne C., *Burn-out : un numéro Vert pouraider les médecin*,Le Concours Médical, juin 2005, tome 127 :1155-1156.

[31]-Léopold Y. *Les chiffres du suicide chez les médecins*. Octobre 2003, rapport au CNOM.

[32]-Le Tourneur A., Komly V. *Burn out des internes en médecine générale : état des lieux et perspectives en France métropolitaine*. Médecine humaine et pathologie. 2011.

[33]-Lourel M., Guegen N., Mouda F. *L'évaluation du burn out de Pines adaptation et validation en version française de l'instrument Burnout Measure Short version (BMS-10)*. Pratiques psychologiques,2007, 353–364.

[34]- Manoukian A. *La souffrance au travail. Les soignants face au burn out*. Editions Lamarre, 2009.

[35]-Maslach C., Jackson S.E. *The Maslach Burrnout Inventory*. Consulting psychologist press, 1981, Palo Alto.

[36]-Malach C.,Pines A., *The Burnout Measure Short version (BMS)*.2005, International journal of Stress Management 12(1), 78-88.

[37]- *Qu'est ce que l'entraide ordinale ?*

<http://www.conseil66.ordre.medecin.fr/node/6315>

[38]-Melamed S., Shirom A., Toker S., Berliner S., Shapira I.. *Burnout and risk of cardiovascular disease: evidence, possible causal paths, and promising research directions*, Psychological Bulletin, 2006, 132:327-353.

- [39]- Soler J.K., Yaman H., Esteva M., Dobbs F., Asenova R.S., Katic M., et al. *Burnout in European family doctors: the EGPRN study*. Family Practice, août 2008, 25:245-265.
- [40]-Shirom A., Melamed S., Toker S., Berliner S., Shapira I., *Burnout, mental and physical health: a review of the evidence and a proposed explanatory model*. International Review of Industrial and Organizational Psychology, 2005, 20, 269-309.
- [41]-Tissot, *De la santé des gens de lettres*, Alexitère, Ayssènes, 1991.
- [42]- Truchot D., *Le burn out des médecins généralistes : influence de l'iniquité perçue et de l'orientation communautaire*. Annales Médico-Psychologiques, Elsevier Masson édition 2009, n°167, 422-428.
- [43]-Truchot D. *Enquête Bulletin Ressources n°1*. Janvier 2002, URML Bourgogne.
- [44]-Truchot D. *Le burn out des médecins libéraux de Champagne-Ardenne*. 2002, Rapport de recherche pour l'URML Champagne-Ardenne.
- [45]-Truchot D., *Le burn out des médecins libéraux de Bourgogne*, 2001, Rapport de recherche URML Bourgogne, Dijon, UPMLB et Reims Département de Psychologie.
- [46]-Truchot D., *Le burn out des médecins généralistes de Poitou-Charentes*, avril 2004, Rapport de recherche URML Poitou-Charentes.
- [47]-Truchot D., 2002, Rapport de recherche pour l' URML Champagne-Ardenne.
- [48]-Truchot D., Roncari N., Bantégnie D., *Burnout, compliance du patient et retrait psychologique chez les médecins généralistes: une étude exploratoire*, L'Encéphale, 2011, volume n°37, 48-53.
- [49]-Van Ham I., Verhoven A.A., Groenier K.H., and all. *Job satisfaction among general practitioners: a systematic literature review*, The European Journal of General Practice, 2006, 12:174-180.
- [50]-Veil C., *Les états d'épuisement*. Concours médical, 1959.

ANNEXES

ANNEXE 1 : MBI

Item	Fréquence
1. Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail	0123456
2. Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail	0123456
3. Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une nouvelle journée de travail	0123456
4. Je peux comprendre facilement ce que mes malades ressentent	0123456
5. Je sens que je m'occupe de certains malades de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets	0123456
6. Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort	0123456
7. Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes malades	0123456
8. Je sens que je craque à cause de mon travail	0123456
9. J'ai l'impression au travers de mon travail d'avoir une influence positive sur les gens	0123456
10. Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail	0123456
11. Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement	0123456
12. Je me sens plein(e) d'énergie	0123456
13. Je me sens frustré(e) par mon travail	0123456
14. Je sens que je travaille « trop dur » dans mon travail	0123456
15. Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes malades	0123456
16. Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop	0123456
17. J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes malades	0123456
18. Je me sens ragaillardi(e) lorsque dans mon travail, j'ai été proche de mes malades	0123456
19. J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail	0123456
20. Je me sens au bout du rouleau	0123456
21. Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement	0123456
22. J'ai l'impression que mes malades me rendent responsables de certains de leurs problèmes	0123456

MBI INTERPRETATION

-L'épuisement émotionnel

Etudié par la somme des réponses aux affirmations 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 et 20.

-Bas si inférieur ou égal à 17,

-Modéré de 18 à 29,

-Elevé si supérieur ou égal à 30.

-La dépersonnalisation

Etudié par la somme des réponses aux affirmations 5, 10, 11, 15 et 22.

-Bas si inférieur ou égal à 5,

-Modéré de 6 à 11,

-Elevé si supérieur ou égal à 12.

-L'accomplissement personnel

Etudié par la somme des réponses aux affirmations 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 et 21.

-Bas si inférieur ou égal à 33,

-Modéré de 34 à 39,

-Elevé si supérieur ou égal à 40.

Des scores modérés, voire élevés, sont le signe d'un épuisement professionnel latent, en train de s'installer.

Si vous avez obtenu :

Un score élevé aux deux premières échelles et un score faible à la dernière : vous vous sentez épuisé(e) professionnellement en ce moment.

Si vous avez obtenu :

Un score faible aux deux premières échelles et un score élevé à la dernière : vous êtes loin d'être épuisé(e).

ANNEXE 2 : Test de dépistage

- | | Réponses= |
|---|-----------|
| 1. Parvenez-vous à consacrer du temps à vos loisirs ? | |
| -une fois par semaine ou plus | 1 |
| -deux à trois fois par mois | 2 |
| -une fois par mois | 3 |
| -quelquefois par an | 4 |
| 2. Parmi ces pathologies : fatigue chronique, céphalées, lombalgies, souffrez-vous d'au moins l'une d'entre elles ? | |
| -une fois par semaine ou plus | 1 |
| -deux à trois fois par mois | 2 |
| -une fois par mois à quelquefois par an | 3 |
| -vous ne souffrez d'aucune de ses pathologies | 4 |
| 3. Avez-vous le sentiment d'être émotionnellement impliqué(e) dans la prise en charge de vos patients ? | |
| -de trop, vous y pensez même en dehors de votre travail | 3 |
| -selon vous, de la même façon que vos confrères | 1 |
| -à votre avis, pas autant que vos confrères | 2 |
| -pas du tout | 4 |
| 4. Etes-vous satisfait(e) de votre exercice médical (aujourd'hui) ? | |
| -complètement satisfait | 1 |
| -plutôt satisfait | 2 |
| -pas vraiment satisfait | 3 |
| -pas du tout satisfait | 4 |

ANNEXE 3 : Message contenu s'affichant dans la fenêtre pop up

Si atteintes des 3 dimensions :

Vous avez obtenu des scores d'épuisement professionnel et de dépersonnalisation élevés.

Ceci correspond à un état de fatigue, de manque de motivation et d'énergie au travail. Vous avez probablement élaboré des moyens de défense contre des émotions trop envahissantes.

Votre score d'accomplissement personnel au travail est bas, ceci peut signifier l'installation d'une mésestime du métier, vous ne vous y épanouissez actuellement pas. Vous faites partie des médecins souffrant de surmenage.

Si atteinte d'une ou deux dimensions :

Vous avez obtenu des scores d'épuisement professionnel et de dépersonnalisation faibles à modérés. Vous pouvez parfois ressentir de la fatigue ou un manque d'énergie au travail cependant vous semblez exercer votre métier avec sérénité. Même si certains de vos patients peuvent vous inspirer une certaine indifférence humaine ou professionnelle, vous prenez en charge vos patients avec humanisme en étant à l'écoute de leur souffrance. Votre score d'accomplissement personnel est élevé à modéré, ceci peut signifier qu'il vous arrive de douter de votre utilité ou de vos compétences, mais que, la plupart du temps, vous exercez votre métier avec enthousiasme et que vous vous épanouissez au travail.

Annexe 4 : Commentaires des médecins

- 1)** Je vous réponds en évoquant mes derniers mois de travail: j'ai pris ma retraite en juillet dernier, en raison d'une fatigue importante...mais j'ai 67ans et 41ans de travail en MG, à la campagne, et j'ai été malade l'an dernier... Il est normal que je me sente encore épuisée. Bon courage pour votre thèse, et votre carrière. Surtout, sachez vous garder du temps pour vous, votre famille et vos amis, et des loisirs! Amicalement et confraternellement.

- 2)** Bonjour et désolé pour ma lenteur mais je suis un peu débordé par le travail. Je répondrai à votre questionnaire ce soir. Bien à vous.

- 3)** Bonjour, j'espère que vous avez reçu mes réponses, l'analyse des résultats du test me paraît proche de mon ressenti...

ANNEXE 5 : Recueil test de dépistage

q1depistage	q2depistage	q3depistage	q4depistage	TOT TEST
Une fois par semaine ou plus	Une fois par semaine ou plus	Selon vous, de la même façon que vos confrères	Plutôt satisfait	8
Quelquefois par an	Une fois par semaine ou plus	De trop, vous y pensez même en dehors du travail	Pas vraiment satisfait	14
Quelquefois par an	Une fois par semaine ou plus	Selon vous, de la même façon que vos confrères	Pas du tout satisfait	13
Une fois par semaine ou plus	Vous ne souffrez d'aucune de ces pathologies	Selon vous, de la même façon que vos confrères	Plutôt satisfait	5
Une fois par semaine ou plus	Une fois par mois à quelquefois par an	Selon vous, de la même façon que vos confrères	Pas vraiment satisfait	7
Une fois par semaine ou plus	Vous ne souffrez d'aucune de ces pathologies	Pas du tout	Pas vraiment satisfait	9
Une fois par semaine ou plus	Vous ne souffrez d'aucune de ces pathologies	Pas du tout	Plutôt satisfait	8
Une fois par semaine ou plus	Vous ne souffrez d'aucune de ces pathologies	A votre avis, pas autant que vos confrères	Plutôt satisfait	6
Une fois par semaine ou plus	Une fois par mois à quelquefois par an	De trop, vous y pensez même en dehors du travail	Plutôt satisfait	8
Une fois par semaine ou plus	Vous ne souffrez d'aucune de ces pathologies	A votre avis, pas autant que vos confrères	Complètement satisfait	5
Une fois par semaine ou plus	Vous ne souffrez d'aucune de ces pathologies	Selon vous, de la même façon que vos confrères	Complètement satisfait	4
Une fois par semaine ou plus	Une fois par semaine ou plus	De trop, vous y pensez même en dehors du travail	Plutôt satisfait	10
Une fois par semaine ou plus	Deux à trois fois par mois	Selon vous, de la même façon que vos confrères	Pas vraiment satisfait	8
Une fois par mois	Une fois par semaine ou plus	De trop, vous y pensez même en dehors du travail	Pas vraiment satisfait	13
Une fois par semaine ou plus	Vous ne souffrez d'aucune de ces pathologies	Pas du tout	Complètement satisfait	7
Une fois par mois	Une fois par mois à quelquefois par an	Selon vous, de la même façon que vos confrères	Plutôt satisfait	8
Une fois par semaine ou plus	Une fois par semaine ou plus	De trop, vous y pensez même en dehors du travail	Pas vraiment satisfait	11
Une fois par semaine ou plus	Deux à trois fois par mois	Selon vous, de la même façon que vos confrères	Plutôt satisfait	7
Une fois par semaine ou plus	Une fois par semaine ou plus	A votre avis, pas autant que vos confrères	Complètement satisfait	8
Une fois par semaine ou plus	Une fois par mois à quelquefois par an	Selon vous, de la même façon que vos confrères	Pas vraiment satisfait	7
Une fois par semaine ou plus	Deux à trois fois par mois	Selon vous, de la même façon que vos confrères	Complètement satisfait	6
Une fois par semaine ou plus	Une fois par semaine ou plus	Selon vous, de la même façon que vos confrères	Plutôt satisfait	8
Une fois par semaine ou plus	Vous ne souffrez d'aucune de ces pathologies	A votre avis, pas autant que vos confrères	Complètement satisfait	5
Deux à trois fois par mois	Deux à trois fois par mois	De trop, vous y pensez même en dehors du travail	Pas vraiment satisfait	11
Une fois par semaine ou plus	Vous ne souffrez d'aucune de ces pathologies	Selon vous, de la même façon que vos confrères	Complètement satisfait	4
Une fois par semaine ou plus	Une fois par semaine ou plus	De trop, vous y pensez même en dehors du travail	Pas du tout satisfait	12
Une fois par semaine ou plus	Une fois par semaine ou plus	Selon vous, de la même façon que vos confrères	Pas vraiment satisfait	9

Une fois par semaine ou plus	Vous ne souffrez d'aucune de ces pathologies	Selon vous, de la même façon que vos confrères	Pas vraiment satisfait	6
Une fois par semaine ou plus	Deux à trois fois par mois	Pas du tout	Pas vraiment satisfait	11
Deux à trois fois par mois	Deux à trois fois par mois	Selon vous, de la même façon que vos confrères	Plutôt satisfait	8
Une fois par semaine ou plus	Vous ne souffrez d'aucune de ces pathologies	Pas du tout	Pas vraiment satisfait	9
Une fois par semaine ou plus	Une fois par semaine ou plus	Selon vous, de la même façon que vos confrères	Plutôt satisfait	8
Une fois par semaine ou plus	Une fois par semaine ou plus	Selon vous, de la même façon que vos confrères	Plutôt satisfait	8
Une fois par semaine ou plus	Une fois par mois à quelquefois par an	De trop, vous y pensez même en dehors du travail	Complètement satisfait	7
Une fois par mois	Une fois par mois à quelquefois par an	Selon vous, de la même façon que vos confrères	Plutôt satisfait	8
Deux à trois fois par mois	Une fois par mois à quelquefois par an	Selon vous, de la même façon que vos confrères	Plutôt satisfait	7
Une fois par semaine ou plus	Une fois par mois à quelquefois par an	Selon vous, de la même façon que vos confrères	Pas vraiment satisfait	7
Une fois par semaine ou plus	Une fois par semaine ou plus	Selon vous, de la même façon que vos confrères	Pas vraiment satisfait	9
Une fois par mois	Une fois par mois à quelquefois par an	De trop, vous y pensez même en dehors du travail	Plutôt satisfait	10
Une fois par semaine ou plus	Vous ne souffrez d'aucune de ces pathologies	De trop, vous y pensez même en dehors du travail	Plutôt satisfait	7
Une fois par semaine ou plus	Vous ne souffrez d'aucune de ces pathologies	Selon vous, de la même façon que vos confrères	Plutôt satisfait	5
Deux à trois fois par mois	Une fois par mois à quelquefois par an	De trop, vous y pensez même en dehors du travail	Plutôt satisfait	9
Une fois par semaine ou plus	Deux à trois fois par mois	Selon vous, de la même façon que vos confrères	Plutôt satisfait	7
Deux à trois fois par mois	Une fois par semaine ou plus	Selon vous, de la même façon que vos confrères	Pas vraiment satisfait	10
Quelquefois par an	Vous ne souffrez d'aucune de ces pathologies	Selon vous, de la même façon que vos confrères	Plutôt satisfait	8
Une fois par semaine ou plus	Deux à trois fois par mois	Selon vous, de la même façon que vos confrères	Pas vraiment satisfait	8
Une fois par semaine ou plus	Une fois par mois à quelquefois par an	Selon vous, de la même façon que vos confrères	Pas vraiment satisfait	7
Une fois par mois	Vous ne souffrez d'aucune de ces pathologies	Selon vous, de la même façon que vos confrères	Plutôt satisfait	7
Deux à trois fois par mois	Vous ne souffrez d'aucune de ces pathologies	A votre avis, pas autant que vos confrères	Plutôt satisfait	7
Une fois par semaine ou plus	Deux à trois fois par mois	De trop, vous y pensez même en dehors du travail	Plutôt satisfait	9
Une fois par semaine ou plus	Une fois par semaine ou plus	Selon vous, de la même façon que vos confrères	Pas vraiment satisfait	9
Quelquefois par an	Une fois par semaine ou plus	Selon vous, de la même façon que vos confrères	Pas vraiment satisfait	12
Une fois par semaine ou plus	Une fois par semaine ou plus	De trop, vous y pensez même en dehors du travail	Plutôt satisfait	10
Une fois par semaine ou plus	Vous ne souffrez d'aucune de ces pathologies	A votre avis, pas autant que vos confrères	Plutôt satisfait	6
Deux à trois fois par mois	Une fois par semaine ou plus	De trop, vous y pensez même en dehors du travail	Pas vraiment satisfait	12
Une fois par semaine ou plus	Vous ne souffrez d'aucune de ces pathologies	A votre avis, pas autant que vos confrères	Plutôt satisfait	6
Deux à trois fois par mois	Vous ne souffrez d'aucune de ces pathologies	Selon vous, de la même façon que vos confrères	Plutôt satisfait	6

Deux à trois fois par mois	Deux à trois fois par mois	A votre avis, pas autant que vos confrères	Pas vraiment satisfait	10
Une fois par semaine ou plus	Une fois par mois à quelquefois par an	Selon vous, de la même façon que vos confrères	Plutôt satisfait	6
Quelquefois par an	Une fois par semaine ou plus	De trop, vous y pensez même en dehors du travail	Plutôt satisfait	13
Une fois par semaine ou plus	Une fois par mois à quelquefois par an	Selon vous, de la même façon que vos confrères	Complètement satisfait	5
Une fois par semaine ou plus	Deux à trois fois par mois	Selon vous, de la même façon que vos confrères	Plutôt satisfait	7
Quelquefois par an	Une fois par semaine ou plus	A votre avis, pas autant que vos confrères	Pas du tout satisfait	14
Une fois par semaine ou plus	Deux à trois fois par mois	Selon vous, de la même façon que vos confrères	Pas vraiment satisfait	8
Une fois par semaine ou plus	Vous ne souffrez d'aucune de ces pathologies	De trop, vous y pensez même en dehors du travail	Complètement satisfait	6
Une fois par semaine ou plus	Deux à trois fois par mois	Selon vous, de la même façon que vos confrères	Plutôt satisfait	7
Deux à trois fois par mois	Deux à trois fois par mois	Selon vous, de la même façon que vos confrères	Plutôt satisfait	8
Une fois par semaine ou plus	Deux à trois fois par mois	Selon vous, de la même façon que vos confrères	Plutôt satisfait	7
Quelquefois par an	Une fois par semaine ou plus	Selon vous, de la même façon que vos confrères	Plutôt satisfait	11
Une fois par semaine ou plus	Une fois par semaine ou plus	A votre avis, pas autant que vos confrères	Complètement satisfait	8
Une fois par semaine ou plus	Vous ne souffrez d'aucune de ces pathologies	Selon vous, de la même façon que vos confrères		5
Une fois par mois	Une fois par semaine ou plus	A votre avis, pas autant que vos confrères	Pas vraiment satisfait	12
Deux à trois fois par mois	Une fois par mois à quelquefois par an	De trop, vous y pensez même en dehors du travail	Plutôt satisfait	9
Une fois par semaine ou plus	Une fois par semaine ou plus	De trop, vous y pensez même en dehors du travail	Plutôt satisfait	10
Deux à trois fois par mois	Deux à trois fois par mois	Selon vous, de la même façon que vos confrères	Plutôt satisfait	8
Une fois par semaine ou plus	Une fois par mois à quelquefois par an	Selon vous, de la même façon que vos confrères	Plutôt satisfait	6
Une fois par semaine ou plus	Vous ne souffrez d'aucune de ces pathologies	Selon vous, de la même façon que vos confrères	Plutôt satisfait	5
Une fois par semaine ou plus	Une fois par semaine ou plus	De trop, vous y pensez même en dehors du travail	Pas vraiment satisfait	11
Une fois par semaine ou plus	Une fois par semaine ou plus	De trop, vous y pensez même en dehors du travail	Plutôt satisfait	10
Une fois par semaine ou plus	Une fois par mois à quelquefois par an	A votre avis, pas autant que vos confrères	Plutôt satisfait	7
Deux à trois fois par mois	Vous ne souffrez d'aucune de ces pathologies	Selon vous, de la même façon que vos confrères	Plutôt satisfait	6
Une fois par semaine ou plus	Deux à trois fois par mois	A votre avis, pas autant que vos confrères	Plutôt satisfait	8
Une fois par mois	Une fois par semaine ou plus	De trop, vous y pensez même en dehors du travail	Pas du tout satisfait	14
Une fois par semaine ou plus	Deux à trois fois par mois	Selon vous, de la même façon que vos confrères	Plutôt satisfait	7
Une fois par semaine ou plus	Deux à trois fois par mois	Selon vous, de la même façon que vos confrères	Pas du tout satisfait	9
Deux à trois fois par mois	Deux à trois fois par mois	De trop, vous y pensez même en dehors du travail	Pas vraiment satisfait	11
Une fois par mois	Deux à trois fois par mois	Selon vous, de la même façon que vos confrères	Pas vraiment satisfait	10

Une fois par mois	Une fois par semaine ou plus	De trop, vous y pensez même en dehors du travail	Plutôt satisfait	12
Quelquefois par an	Deux à trois fois par mois	De trop, vous y pensez même en dehors du travail	Plutôt satisfait	12

ANNEXE 6 : Tableaux de contingence

VS=4				VS=5			
	Malades	non malades	tot		Malades	non malades	tot
Test +	3	86	89	Test +	3	84	87
Test -	0	0	0	Test -	0	2	2
tot	3	86	89	tot	3	86	89
Sensibilité	1			Sensibilité	1		
Spécificité	0	1		Spécificité	0,0232558	0,9767442	

VS=6				VS=7			
	Malades	non malades	tot		Malades	non malades	tot
Test +	3	77	80	Test +	3	67	70
Test -	0	9	9	Test -	0	19	19
tot	3	86	89	tot	3	86	89
Sensibilité	1			Sensibilité	1		
Spécificité	0,1046512	0,8953488		Spécificité	0,2209302	0,7790698	

VS=8				VS =9			
	Malades	non malades	tot		Malades	non malades	tot
Test +	3	50	53	Test+	3	32	35
Test -	0	36	36	Test -	0	54	54
tot	3	86	89	tot	3	86	89
Sensibilité	1			Sensibilité	1		
Spécificité	0,4186047	0,5813953		Spécificité	0,627907	0,372093	

VS=10				VS=11			
	Malades	non malades	tot		Malades	non malades	tot
Test +	3	23	26	Test +	3	15	18
Test -	0	63	63	Test -	0	71	71
tot	3	86	89	tot	3	86	89
Sensibilité	1			Sensibilité	1		
Spécificité	0,7325581	0,2674419		Spécificité	0,8255814	0,1744186	

VS=12

	Malades	non malades	tot
Test +	3	9	12
Test -	0	77	77
tot	3	86	89

Sensibilité	1	
Spécificité	0,8953488	0,1046512

VS=13

	Malades	non malades	tot
Test +	2	4	6
Test -	1	82	83
tot	3	86	89

Sensibilité	0,6666667
Spécificité	0,9534884 0,0465116

VS=14

	Malades	non malades	tot
Test +	1	2	3
Test -	2	84	86
tot	3	86	89

Sensibilité	0,3333333
Spécificité	0,98 0,02

VS=15

	Malades	non malades	tot
Test +	0	0	0
Test -	3	86	89
tot	3	86	89

Sensibilité	0
Spécificité	1 0

VS=16

	Malades	non malades	tot	
Test +	0	0	0	
Test -	3	86	89	
tot	3	86	89	
Sensibilité	0			
Spécificité	1	0		

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

Les médecins généralistes sont parmi les plus touchés par le syndrome d'épuisement professionnel des soignants ou « burn out ». Selon les études, il est présent, en France chez 5 à 20% des médecins libéraux. En étudiant l'élaboration d'un outil de dépistage du burn out, ce travail détaille :

- La prévalence du syndrome d'épuisement professionnel chez les médecins généralistes lorrains : 3%, dans un échantillon de 89 médecins.
- La construction d'un test de dépistage à partir d'un test diagnostique le MBI : Gold Standard.
- Le recueil des résultats obtenus, et la comparaison des réponses entre test de dépistage et MBI.
- Le choix de la valeur seuil permettant de dépister les médecins à risques.
- L'évaluation des performances du test de dépistage et l'ajustement de celles-ci en tenant compte du biais de prévalence de la maladie par le calcul du PABAK.
- L'état des lieux des associations ou structures spécifiques à la prise en charge du burn out chez les médecins en France.

Le résultat obtenu est l'élaboration d'un test de dépistage rapide dont le score total supérieur ou égal à 12 permet d'identifier un médecin à risque. Son utilisation a pour but de prodiguer des conseils et d'orienter les confrères à risques.

PERFORMANCE EVALUATION OF A SCREENING TOOL BURN OUT VERSUS THE MASLACH BURN OUT INVENTORY FOR GENERAL PRACTITIONERS

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE — ANNÉE 2016

MOTS-CLÉS

Burn out professionnel, satisfaction au travail, burn out professionnel/diagnostic, burn out professionnel et médecin généraliste, burn out professionnel/prévention.

INTITULÉ ET ADRESSE

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Faculté de Médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex

FRANCE